ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of
ZBW
Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Kubota, Luis Claudio; Leal, Rodrigo Mendes

Working Paper

Radiografia das transferências federais para municípios por meio do bloco de Gestão do Fundo Nacional de Saúde (2013-2016)

Texto para Discussão, No. 2375

Provided in Cooperation with:
Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

Suggested Citation: Kubota, Luis Claudio; Leal, Rodrigo Mendes (2018) : Radiografia das transferências federais para municípios por meio do bloco de Gestão do Fundo Nacional de Saúde (2013-2016), Texto para Discussão, No. 2375, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/177591

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.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

TEXTO PARA DISCUSSÃO

2375

RADIOGRAFIA DAS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS PARA MUNICÍPIOS POR MEIO DO BLOCO DE GESTÃO DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (2013-2016)

Luis Claudio Kubota
Rodrigo Mendes Leal

ipea

2375
TEXTO PARA DISCUSSÃO
Brasília, março de 2018

RADIOGRAFIA DAS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS PARA MUNICÍPIOS POR MEIO DO BLOCO DE GESTÃO DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (2013-2016)[1,2]

Luis Claudio Kubota[3]
Rodrigo Mendes Leal[4]

1. Este *texto para discussão* (TD) é baseado em trabalho de conclusão de curso defendido por Luis Claudio Kubota em 2017, sob orientação de Rodrigo Mendes Leal, como requisito para a obtenção do título de especialista em economia da saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG). As opiniões expressas neste trabalho são exclusivamente dos autores, e não representam, necessariamente, a visão das instituições às quais estão vinculados.

2. Os autores agradecem pelas valiosas sugestões do dr. Sérgio Francisco Piola para a melhoria do TD.

3. Pesquisador na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.
4. Pesquisador convidado da UFG e economista do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

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 brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Ernesto Lozardo

Diretor de Desenvolvimento Institucional
Rogério Boueri Miranda

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
Fabiano Mezadre Pompermayer

Diretora de Estudos e Políticas Sociais
Lenita Maria Turchi

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

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação
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** 2018

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.

JEL: H51; I18; H11; H41.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO 7

2 UMA REVISÃO DE TEMAS CONEXOS 9

3 ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS PARA O BLOCO DE GESTÃO DO FNS 22

4 ANÁLISE DE INDICADORES SELECIONADOS RELACIONADOS ÀS CAPACIDADES ADMINISTRATIVAS E FISCAIS DOS MUNICÍPIOS 49

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 52

REFERÊNCIAS 54

ANEXO 57

RESUMO

Este estudo – de caráter descritivo – procurou investigar o perfil das transferências federais por meio do bloco de gestão do Fundo Nacional de Saúde (FNS). A análise foi elaborada para todos os municípios brasileiros, no nível dos dois componentes do bloco de gestão do FNS e também no nível mais desagregado: ação/estratégia/serviço. Contemplou 2013 a 2016, correspondente ao mandato dos prefeitos eleitos em 2012. Foi efetuada também uma breve análise de indicadores relacionados a capacidades administrativas e fiscais dos municípios para 2014.

A análise do bloco de gestão do FNS em seus subníveis indica que, dentre as ações previstas, há grande número daquelas relacionadas à atenção psicossocial. Entretanto, a ação que se mostrou mais espalhada geograficamente foi o Programa de Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição. Quanto às outras ações apoiadas, para muitas delas há reduzido contingente de municípios beneficiados e/ou valores pouco expressivos.

A análise espacial indicou que não há uma concentração, das transferências desse bloco, em municípios de regiões mais ricas. Pelo contrário, vários municípios da região Norte e de um dos estados mais pobres do Brasil, o Maranhão, obtiveram repasses por meio do bloco. Esse espalhamento geográfico se dá em maior grau por conta do componente de implantação de ações e serviços de saúde, mais do que por meio do componente de Qualificação da Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Fundo Nacional de Saúde; financiamento; Sistema Único de Saúde; federalismo; atenção básica.

ABSTRACT

The present study – descriptive – aimed to investigate federal funds through the management block of the National Health Fund (FNS). The analysis was conducted for all Brazilian municipalities, at the most disaggregated level: Action/Strategy/Service, but also at the Component level. The analysis contemplated the years 2013 to 2016, period or the term of the mayors elected in the 2012. The authors also developed a brief analysis of selected indicators of the budget cycle, for the year 2014.

The analysis of the sublevels of the management block of the FNS indicates that there is a great number of actions related to psychosocial care. However, the action that is

most geographically widespread is the Program for financing actions of feeding and nutrition. Among the other supported actions, there are many that have a small number of benefited municipalities and/or small values involved.

The spatial analysis indicates that there is no concentration in richer regions. On the contrary, many municipalities from the North Region and from Maranhão – one of the poorest states – obtained transfers through the block. This geographical spread is due more because of the component of Implementation of health actions and services, than because of the component of Qualification of SUS's management.

Keywords: National Health Fund; financing; Unified Health System; federalism; basic health care.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF), em seu art. 30, inciso VII, prevê que compete aos municípios "prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população". Da leitura deste inciso se pode depreender que o pleno entendimento da problemática da saúde envolve a questão federativa e o estudo da prestação do serviço em âmbito municipal.

A regulação das transferências da União para municípios é um tema extremamente relevante, não somente em função dos pressupostos constitucionais (Brasil, 1988) do caráter descentralizado que deve ter a gestão das ações e dos serviços públicos de saúde (Brasil, 1988, art. 198) e do caráter redistributivo que deve ter a alocação regional dos recursos (Brasil, 1988, inciso II, §3º, art. 198), mas também pela importância da participação (cerca de 45%) dos recursos federais no financiamento compartilhado do SUS (Piola, 2017).

Em janeiro de 2017, foi anunciada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) uma proposta de um novo modelo de transferência de recursos da União para estados e municípios, por meio de duas categorias de repasse (custeio e investimento), substituindo os blocos de financiamento do FNS – que serão descritos em seguida. Nesse sentido, é importante o entendimento da situação atual para subsidiar o debate em curso sobre a implantação do novo modelo e possibilitar que futuramente possam ser feitas as devidas comparações.[1]

Os blocos de financiamento do FNS se organizam desde 2007 da seguinte forma: *i)* atenção básica; *ii)* atenção média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar;

1. Na primeira reunião da CIT, em 26 de janeiro de 2017, no item de pauta "O SUS Legal – Ministro da Saúde", foi anunciada a mencionada proposta de novo modelo (disponível em: <https://goo.gl/zaWDwr>). Em 10 de março de 2017, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Recomendação nº 006, de que, em substituição à medida anunciada pela CIT, fosse adotada uma agenda de trabalho com ações e objetivos de curtíssimo, curto e médio prazo (disponível em: <https://goo.gl/JrwvRX>). Em 27 de abril de 2017, por meio da Portaria nº 1.091, o Ministério da Saúde (MS) instituiu um Grupo de Trabalho Tripartite para propor normas e procedimentos voltados ao processo de planejamento e de transferência dos recursos federais para o financiamento do SUS (disponível em: <https://goo.gl/RHU387>). Em maio de 2017, o MS reiterou a proposta do novo modelo anunciado na CIT (apresentação disponível em: <https://goo.gl/Su4n8W>).

iii) vigilância em saúde; *iv)* assistência farmacêutica; *v)* gestão do SUS; e *vi)* investimentos na rede de serviços de saúde.[2]

Os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) referentes às transferências do FNS para municípios (entre 2013 e 2016) mostram que um número relativamente reduzido de municípios recebe repasses por meio do bloco de financiamento de gestão. Isto, ao contrário do que ocorre nos blocos de assistência básica e vigilância,[3] torna este bloco interessante para análise do diferencial entre os municípios. Além disso, o bloco de gestão carece de estudos mais aprofundados na literatura, e se caracteriza como uma área de menor visibilidade para a alocação de recursos autônoma pelos municípios, que é uma característica que vem sendo pontuada, no caso dos blocos da atenção básica e vigilância sanitária, no debate sobre a proposta de mudança do modelo de financiamento do FNS.[4]

A escolha pelo nível municipal se deu pela importância dos municípios na prestação dos serviços de saúde, dado o modelo federativo brasileiro e considerando o seu protagonismo e complexidade na dinâmica dos repasses federais. O valor dos repasses do bloco de gestão para os municípios é quase três vezes maior que para os estados (dados de 2015). Considerando o número de transferências e de observações, a análise em âmbito municipal pode ser considerada bem mais complexa e trabalhosa.

Este estudo – de caráter descritivo – procurou investigar o perfil das transferências federais para os municípios realizadas por meio do bloco de gestão do FNS. Foi efetuada também uma análise de indicadores selecionados do ciclo orçamentário-financeiro para 2014.

2. Os critérios para transferências de recursos são definidos nos arts. 33 a 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (anexo II), na Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que instituiu os blocos de financiamento que são analisados ao longo do estudo, e na Portaria GM/MS nº 412, de 15 de março de 2013.
3. Para mais informações sobre os outros blocos do FNS, ver Piola (2017).
4. Alguns autores, como Pinto Junior, Cerbino Neto e Penna (2014), defendem que, para se avançar nos princípios norteadores do SUS, é necessário criar um fundo único, que simultaneamente melhore o processo de controle e avaliação em cada nível de governo. Por outro lado, alguns críticos à proposta de mudança dos blocos argumentam que o novo modelo poderá representar um retrocesso para áreas com menor visibilidade, como atenção básica e vigilância em saúde, em detrimento de áreas como a de média e alta complexidade (Mendes, 2017).

Além da importância de se conhecer a situação atual do financiamento à saúde no âmbito do SUS, em um cenário de mudança, o estudo traz contribuição inovadora, uma vez que a pesquisa não identificou qualquer estudo sobre o bloco de gestão, tampouco investigações sobre o FNS com nível tão desagregado de análise: em âmbito municipal e no nível de ação/serviço/estratégia.

O texto está organizado da seguinte forma: além desta introdução, a seção 2 contém uma revisão de literatura sobre os temas federalismo, financiamento e gestão municipal; a seção 3 apresenta as estatísticas descritivas do bloco de gestão; na seção 4 é feita a análise de indicadores selecionados do ciclo orçamentário-financeiro para 2014; e a seção 5 é dedicada às considerações finais.

2 UMA REVISÃO DE TEMAS CONEXOS

2.1 Federalismo

Franzese e Abrucio (2013) apontam para dois tipos de federalismo. O primeiro é o competitivo, caracterizado por distribuição de competências entre os níveis de governo e baseado na divisão de responsabilidades por área de política pública. Trata-se de um modelo descentralizado, no qual o poder de tributação é dividido, possibilitando a fixação de valores diferentes pelas unidades federativas. O caso mais representativo são os Estados Unidos, e o problema deste tipo de modelo é que a possibilidade de competição entre os estados pode levar a um problema de ação coletiva.

O outro tipo de modelo é o cooperativo, no qual as instituições políticas incentivam os atores territoriais a colaborarem, dividindo os poderes entre eles e prevendo tarefas a serem executadas conjuntamente. Tem-se um sistema de taxação conjunta e equalização vertical e horizontal. O caso mais típico é o alemão, e o problema desse modelo é que a constante necessidade de cooperação produz um grande número de vetos, criando a "armadilha da decisão conjunta" (Franzese e Abrucio, 2013).

No caso brasileiro, a diretriz constitucional instituiu que as principais políticas públicas deveriam ser descentralizadas para o âmbito municipal, senão na formulação, pelo menos na implementação. Entretanto, a CF raramente especificou claramente a competência de cada esfera de governo em determinada área, prevalecendo então

a execução de políticas públicas compartilhadas. Por um lado, o texto constitucional não definiu, como no caso alemão, qual função cabe a cada esfera de governo. Por outro lado, também não separou, como no caso norte-americano, as atribuições de cada governo dentro da matriz federativa. O resultado são graves problemas de superposição de ações e de responsabilização (Franzese e Abrucio, 2013).

As raízes do modelo de federalismo brasileiro antecedem a Constituição Federal de 1988. O federalismo implantado por meio da reforma fiscal de 1967 apresentava dois componentes principais. O primeiro foi o reforço da capacidade tributária dos entes subnacionais, com a criação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICM) e do Imposto sobre Serviços (ISS). O segundo foi a instituição de um duplo mecanismo de repartição de receitas na Federação: os fundos de participação, com funções distributivas, e os fundos setoriais de infraestrutura, com funções de cooperação. Além disso, os fundos de investimento voltados para a capitalização de empreendimentos privados no Nordeste e na Amazônia, baseados na renúncia do Imposto de Renda (IR), funcionavam não oficialmente como um terceiro componente do federalismo fiscal (Rezende, 2003).

Segundo Lima (2007), as bases do federalismo fiscal remontam à reforma fiscal de 1967. Esta se caracterizava por forte centralização arrecadatória no governo federal, reforço da capacidade tributária própria de estados e municípios, com a criação, respectivamente, do ICM e do ISS, implantação de repartição regular de receitas federais com fins redistributivos e não condicionados a gastos específicos – Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM), implantação de mecanismos de alocação de receitas federais para investimentos setoriais e criação de mecanismo de devolução tributária para os municípios.

A perda de autonomia política dos governos subnacionais durante o governo militar desencadeou forte reação de estados e municípios durante o processo de abertura política. Havia reinvindicação pelo aumento das transferências federais sem qualquer condicionalidade de uso.

Sobre o modelo tributário introduzido com a CF/1988, Rezende (2003) defende que os fundamentos do modelo de 1967 não foram alterados, mas perdeu-se o equilíbrio de partilhas e transferências de recursos. Para o autor, perdeu-se também a

cooperação intergovernamental para a implementação das políticas prioritárias para a promoção do desenvolvimento, com a incorporação de combustíveis, energia e comunicações à base de incidência do rebatizado Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). A parcela da receita federal no IR e no Imposto sobre Produto Industrializado (IPI) repassada aos fundos de participação passou a absorver praticamente metade da arrecadação dos principais tributos de competência da União. O componente de desenvolvimento regional ficou atrofiado (Rezende, 2003).

Segundo Rezende (2003), as mudanças tributárias pós-CF/1988 representaram uma deterioração da qualidade do sistema tributário. As novas responsabilidades sociais de competência do governo federal levaram à crescente utilização de contribuições sociais, que são tributos cumulativos danosos à competitividade dos produtos brasileiros. A falta de regras claras de cooperação intergovernamental impediu a articulação das ações federais, estaduais e municipais, com prejuízos para a eficácia e a eficiência das políticas sociais, o que foi parcialmente remediado com a criação do Fundo Nacional de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério (Fundef) e o estabelecimento de regras de coparticipação financeira em programas de saúde básica.

> Os recursos destinados ao financiamento das políticas sociais foram se concentrando nas mãos do governo federal, ao passo que as demandas por maior descentralização das responsabilidades nessa área exigiam uma maior resposta de estados e de municípios, cuja capacidade de reagirem a essas demandas ficava na dependência do acesso a recursos administrados pela União (Rezende, 2003, p. 29).

Oliveira (2003) acrescenta que os entes subnacionais ganharam mais receitas, mas nem por isso viram ampliar sua responsabilidade fiscal na cobertura dessas políticas, em função da imprecisa e vaga distribuição de competências estabelecidas na CF/1988. Não houve, como decorrência das mudanças, a adoção de medidas para melhorar a equidade e a eficiência do gasto social. As regras de 1988 previam que, do valor líquido do FPM, 10% seria distribuído entre as capitais; 86,4%, entre os demais municípios do interior; e o restante, de forma adicional para os municípios do interior com mais de 156.216 habitantes. Posteriormente, a distribuição para os municípios do interior passou a se dar por um coeficiente fixo diferenciado por estado.

De acordo com Lima (2007), o sistema tributário brasileiro está entre os mais descentralizados do mundo, tanto no que diz respeito ao poder de tributação como no que diz respeito aos gastos auferidos às instâncias subnacionais. A capacidade de gasto dos municípios foi ampliada nas últimas décadas, ao passo que a dos estados permaneceu estável. Entretanto, as disparidades encontradas na receita final *per capita* entre as capitais e os municípios abaixo de 5 mil habitantes, de um lado, e os municípios na faixa de 10 mil a 100 mil habitantes, de outro, é muito elevada. "Como os critérios passam a ser estáticos, o mecanismo de correção dos desequilíbrios horizontais a favor de patamares mais homogêneos de receitas e capacidades de gasto entre estados e regiões fica comprometido" (Lima, 2007, p. 514).

O peso dos repasses estaduais do ICMS para os municípios é relevante, mas a dependência em relação ao governo federal é maior. Esta dependência "privilegia as articulações entre o governo central e cada um dos governos municipais, o que dificulta a integração de políticas e a formação de redes de serviços" (Lima, 2007, p. 516).

Dentre as transferências setoriais, o Fundef – posteriormente substituído pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) – representa cerca de 30% dos recursos redistributivos totais transferidos, enquanto o SUS representa cerca de 20% (Lima, 2007).

Para a autora, "as transferências do SUS não são planejadas como um componente do sistema de partilha tributária brasileiro" (Lima, 2007, p. 517). Até 2004, coexistiam mecanismos que não estavam associados diretamente à prestação de serviços e eram realizados independentemente do quantitativo de ações e serviços produzidos, com mecanismos que atrelavam as transferências à informação prévia da produção. Segundo Lima (2007), alguns estudiosos criticam o caráter dependente da esfera federal. Ela acrescenta que existe uma tendência crescente do Ministério da Saúde de vincular os recursos transferidos a determinadas políticas e programas definidos no âmbito nacional, como tentativa do gestor federal de incentivar ou inibir políticas e práticas pelos gestores municipais, estaduais e prestadores de serviço.

Lima (2007) conclui defendendo que as transferências federais do SUS não favorecem a equidade no gasto público, por estarem fortemente associadas com oferta e produção, não permitindo a redistribuição de recursos para estados e municípios com maiores dificuldades orçamentárias.

No início dos anos 1990, foram introduzidas pelo MS as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) 1991 e 1993 – posteriormente alterada pela NOB-SUS 2002. Por meio do instrumento da habilitação, se reconhece que a prestação de serviços na área de saúde apresenta graus distintos de complexidade, os quais podem ser hierarquizados de acordo com a exigência de capacidade técnica e operacional para seu desempenho. Os mecanismos de adesão dos entes subnacionais ao sistema envolveram as transferências federais condicionadas e a obrigatoriedade de aplicação de recursos na área (Carneiro, 2016).

Segundo De Seta e Dain (2010), as relações intergovernamentais no campo da saúde se destacam entre as mais cooperativas da Federação. Sano e Abrucio (2013) acrescentam que os sanitaristas têm longa tradição de associativismo no Brasil. A I Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1942, e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), fundado em 1982.

As instâncias básicas para a viabilização dos propósitos integradores e harmonizadores do SUS são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal – a CIT – e pelos gestores estaduais e municipais – a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos conselhos de saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e equidade do SUS. A CIT é composta, paritariamente, por representação do MS, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e do Conasems. A CIB é composta de forma paritária por representação da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) ou órgão equivalente (Brasil, 1997).

A montagem de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção pressupõe a articulação entre municípios que exportam e importam serviços, sob a coordenação dos governos estaduais.[5]

5. Segundo o Decreto nº 7.508, de 2011, e Resolução CIT nº 1 de 2011, a região de saúde é o "espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde" (Brasil e Fiocruz, 2016, p. 97).

Entretanto, a disposição dos entes governamentais para cooperar entre si está longe de ser uma questão trivial, tendo sido objeto de normas ministeriais que determinaram incentivos para ofertar serviços de abrangência supramunicipal (Machado, 2013). Em 2001 e 2002, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas SUS) foram criadas com o intuito de reorganizar as redes de atenção de um modo mais hierarquizado e regionalizado, e representam importantes instrumentos.

Vargas *et al*. (2015) desenvolveram pesquisa exploratória para avaliar redes de saúde regionalmente integradas. Os resultados indicam dificuldades na implementação das redes devido a deficiências no desenho da política e no desempenho das três esferas de governo. Há falta de especificidade nos critérios e nas ferramentas para a configuração e o financiamento das redes, o que deve ser acordado entre os governos envolvidos. Os formuladores de políticas destacam os desincentivos para a colaboração entre os municípios. A alocação de responsabilidades é muito complexa para a capacidade dos municípios. É mencionado também um abandono das funções de planejamento dos estados.

2.2 Financiamento à saúde e relações federativas

A Constituição Federal de 1988 criou a seguridade social como um conjunto integrado de ações a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social, definindo que essa seria financiada por toda a sociedade, de maneira direta e indireta. Os recursos são provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e de contribuições sociais específicas da seguridade social (Piola e Barros, 2016).

O sistema de saúde brasileiro é constituído por dois subsistemas: o público e o privado. O subsistema público é constituído por dois segmentos: um de acesso universal, financiado por recursos públicos e com atendimento gratuito, o SUS, e outro de acesso restrito a servidores públicos. O subsistema privado, por seu turno, é constituído pelo segmento de planos e seguros privados de saúde e pelo chamado segmento privado autônomo. Para 72% da população, o acesso a serviços médico-hospitalares é assegurado exclusivamente pelo SUS, e parte significativa da população com cobertura privada também utiliza a rede pública para serviços como a imunização, entre outros (Piola e Barros, 2016).

O SUS é descentralizado e opera sob responsabilidade das três esferas de governo. A definição de responsabilidades de cada nível de governo está estabelecida na legislação infraconstitucional, e sua efetivação vem sendo construída de forma gradual (Piola e Barros, 2016).

O nível municipal é o principal responsável pela provisão das ações e dos serviços de saúde, especialmente no que diz respeito à atenção básica de saúde. O nível estadual é responsável pela organização de redes regionais resolutivas, pela cooperação técnica e financeira aos municípios, bem como – em caráter complementar – pela provisão de serviços, especialmente os serviços de média e alta complexidade (Piola e Barros, 2016).

O Ministério da Saúde coordena o SUS em âmbito nacional, além de formular a política nacional de saúde e cooperar tecnicamente com os níveis subnacionais. Além disso, o nível federal regula os sistemas público e privado; o registro e a qualidade de medicamentos; a qualidade sanitária de produtos, procedimentos e substâncias de interesse para a saúde; a vigilância sanitária aeroportuária; a formulação das políticas nacionais de produção de insumos e equipamentos e de sangue, hemoderivados; a coordenação nacional dos sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica; de informação, controle, auditoria e avaliação do sistema de saúde (Piola e Barros, 2016).

A participação social é assegurada em foros institucionais, como os conselhos de saúde. Estes são vinculados institucionalmente aos órgãos executivos de cada esfera de governo e têm a função de aprovar as políticas e as diretrizes destinadas a assegurar a oferta de ações e serviços de saúde (Piola e Barros, 2016).

No governo federal, os recursos do orçamento da seguridade social (OSS) são repartidos entre a previdência, assistência social e saúde. No caso da saúde, previu-se – até a aprovação da primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) – uma vinculação de 30% dos recursos do OSS, excluídos os recursos do seguro-desemprego (Piola e Barros, 2016).

O percentual não foi cumprido em 1990, 1992 e 1993. No último ano, as contribuições previdenciárias, que tradicionalmente tinham parte de sua arrecadação destinada à saúde, deixaram definitivamente de ser transferidas. O MS teve de recorrer a empréstimos ao Fundo do Amparo ao Trabalhador (FAT) para garantir um mínimo

de recursos à saúde. O pagamento dos empréstimos consumiu parte do orçamento da saúde nos anos subsequentes (Piola e Barros, 2016).

De acordo com Mendes e Funcia (2016), a análise das fontes de financiamento do Ministério da Saúde permite identificar que a maior parte dos recursos é proveniente das contribuições sociais (66,2% em 1996; 94,6% em 2013; e 89,8% em 2015).

Maior estabilidade do financiamento federal em saúde veio com a promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, que determinou valores mínimos de recursos a serem aplicados pelas três esferas de governo. A União deveria aplicar em 2000 o montante empenhado em 1999 acrescido de no mínimo 5%. A partir daí, o valor mínimo seria o apurado no anterior corrigido pela variação nominal do produto interno bruto (PIB). Os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar, no mínimo, 12% das receitas próprias, ao passo que os municípios deveriam aplicar 15% (Piola e Barros, 2016).

A EC nº 29/2000 trouxe mais recursos para a saúde e aumentou a participação de estados, Distrito Federal e municípios no financiamento para o setor. Entre 2000 e 2011, os estados e os municípios mais que triplicaram, a preços constantes, o volume de recursos destinados para a saúde. A EC nº 29/2000 aumentou as alocações de recursos públicos para a saúde em todas regiões, embora não tenha modificado alteração no perfil inter-regional dos gastos (Piola e Barros, 2016).

A EC nº 29/2000 levou mais de dez anos até ser regulamentada. Até 2012, o SUS deixou de receber integralmente os recursos devidos. A Lei Complementar (LC) nº 141, de 2012, regulamentou a EC nº 29/2000, voltando a reforçar o caráter prioritariamente redistributivo que devem ter as transferências federais para os entes subnacionais. Entretanto, até o momento, o CNS ainda não aprovou a proposta para a fórmula alocativa, provavelmente porque haveria necessidade de recursos adicionais para evitar a perda de determinadas unidades federativas (Piola e Barros, 2016).

A EC nº 86/2015 alterou o método do piso constitucional a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde pela União, mas manteve as regras para os entes subnacionais. Entretanto, em 2016 foi aprovada a EC nº 55, a chamada “PEC do gasto”. Ela limita o aumento dos gastos públicos à variação da inflação.

Os ideais de um sistema de saúde integral e universal foram detalhados nas leis nº 8.080/1990 (que regulamentou o SUS) e nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Prado, Cavalcanti e Quadros (1999) sugerem três cortes básicos para classificar as transferências intergovernamentais: *i)* do ponto de vista de sua função como componente do sistema fiscal (instrumento de política fiscal); *ii)* do ponto de vista da situação no âmbito do orçamento que cede a transferência; e *iii)* do ponto de vista da sua conexão com o orçamento que recebe a transferência.

O primeiro corte se justifica a partir de fatores de ordem técnico-tributária (devolução tributária), equalizadores (transferências redistributivas) e de viabilização de políticas setoriais. O segundo corte apresenta duas subdivisões: transferências legais e transferências discricionárias. No que diz respeito ao terceiro corte, as transferências podem ser classificadas como livres ou vinculadas (Prado, Cavalcanti e Quadros, 1999). As transferências setoriais do SUS podem ser classificadas como legais e vinculadas (repasses definidos para a saúde).

Critérios para distribuição dos recursos federais para as instâncias subnacionais estão presentes na legislação estruturante do SUS (leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990). As transferências do Ministério da Saúde para entes subnacionais, com aumento da sua importância relativamente à década de 1990, atualmente representam mais de 70% dos recursos que o ministério aplica em ações e serviços públicos de saúde (Piola, 2017, p. 17). Na ausência de regulamentação do art. 35 da Lei nº 8.080/1990, que trata especificamente dos critérios de repartição dos recursos federais para estados e municípios e da não operacionalização das regras transitórias da Lei nº 8.142/1990, a alocação de recursos federais passou a ser regulada por instrumentos de menor hierarquia legal, as normas operacionais. O Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, estabeleceu as condições e as formas para viabilizar os repasses regulares e automáticos de recursos do SUS. A NOB-SUS nº 1/1993 instituiu os primeiros repasses fundo a fundo a estados e municípios habilitados na forma de gestão semiplena (Santos e Luiz, 2016).

A NOB-SUS 1996 introduziu novas condições de gestão para estados e municípios: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema de saúde, abrindo a

possibilidade de descentralização de recursos a outras áreas do governo federal – vigilância sanitária, epidemiológica, Fundação Nacional da Saúde e assistência farmacêutica (Santos e Luiz, 2016).

As Noas de 2001 e 2002 estabeleceram nova proposta para a regionalização das redes de serviços e mecanismos mais concretos para a regulação do acesso. O Pacto pela Saúde substituiu as normas operacionais e abrangeu o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (Santos e Luiz, 2016).

A maior parte dos recursos federais aplicados no SUS é transferida para a gestão de estados e municípios, o que faz que a aplicação direta por parte do MS venha decrescendo ao longo dos anos. Para garantir a descentralização e tendo em vista a participação relevante dos recursos federais no financiamento do SUS, foi criada, ainda em 1993, a modalidade de transferência fundo a fundo, do FNS para fundos estaduais e municipais (Piola e Barros, 2016).

As transferências são feitas de forma regular e automática, o que não conseguiu equacionar de forma mais consistente a problemática dos critérios de alocação ou da distribuição dos recursos federais para os entes subnacionais (Piola e Barros, 2016).

Aprovado o orçamento pelo Congresso Nacional e sancionado pelo presidente da República, o MS o executa por meio do FNS. A Receita Federal arrecada impostos e contribuições, e repassa a parte da saúde para o FNS. O repasse da saúde para estados e municípios é feito nas seguintes modalidades: *i)* transferência fundo a fundo; *ii)* celebração de convênios ou outros instrumentos jurídicos similares; e *iii)* remuneração por prestação de serviços a estabelecimentos de saúde (Brasil e Opas, 2013).

As diferentes formas de transferência podem custear a execução de diversos tipos de ações, entre as quais o custeio de programas como o Saúde da Família, pagamentos de serviços hospitalares de média e alta complexidade, custeio e manutenção dos estabelecimentos de saúde, aquisição de medicamentos, aquisição de ambulâncias e outros veículos, construções e reformas. As transferências realizadas pelo MS não desobrigam os estados e os municípios de aplicarem em saúde, respectivamente, 12% e 15% de suas receitas próprias (Brasil e Opas, 2013).

A Portaria GM/MS nº 204/2007 – que fez parte do Pacto pela Saúde – regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde por meio dos blocos de financiamento, citados na introdução (Santos e Luiz, 2016).

Apesar da autonomia constitucional, como a União ainda é responsável por cerca de 68% da divisão federativa da receita tributária (arrecadação direta, dados de 2014), as transferências federais são muito importantes no processo de descentralização do SUS (Santos e Luiz, 2016).

Nos recursos destinados à média e alta complexidade (MAC), que correspondem à grande parcela do total disponível, as transferências federais privilegiam as regiões economicamente mais desenvolvidas (Castro e Machado, 2010). Nos blocos de MAC e de assistência farmacêutica, as regiões Norte e Nordeste recebem transferências em percentual inferior ao de suas respectivas populações (Piola e Barros, 2016).

O principal componente das transferências federais do SUS está voltado para a média e a alta complexidade. No Nordeste, entretanto, destacam-se os recursos voltados para a atenção básica, explicado, em parte, pela menor capacidade de oferta de serviços de maior complexidade. As transferências federais do SUS, comparando-se com a arrecadação, são mais significativas nos municípios das regiões Norte e Nordeste (Lima e Andrade, 2009).

Segundo Leite, Lima e De Vasconcelos (2012), os recursos federais não favorecem uma maior equidade no gasto público em saúde por dois motivos. Em primeiro lugar, não permitem redistribuição de recursos para estados e municípios com maiores dificuldades orçamentárias, devido à forte associação com a oferta e a produção. Em segundo lugar, desconsideram as possibilidades reais de aporte de recursos e ampliação do gasto com as receitas próprias dos entes subnacionais.

Os seis blocos das transferências federais para o SUS, por meio do FNS, são analisados por Piola (2017), considerando os valores destinados a estados e municípios de forma agregada, permanecendo pertinente a lacuna de análise específica de recursos destinados aos municípios, que é objeto de aprofundamento deste trabalho.

Esse estudo (Piola, 2017), de natureza agregada, considerando transferências para estados e municípios, coloca em evidência o fato de que há um componente de gestão no bloco de investimentos, sendo que, para 2014, salta aos olhos um valor elevado para o componente de gestão. Em face desse dado, os autores deste trabalho verificaram, com base em dados do Portal da Transparência do SUS, que o principal programa deste componente de gestão, em termos de valor, foi o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede e Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede). Registre-se que as transferências para este programa são feitas para estados, e não para municípios.

Segundo Lima e Andrade (2009), a avaliação do financiamento do SUS sob a ótica dos governos municipais é um campo que deve ser mais estudado. Em países federativos, nem sempre se consegue dimensionar o impacto que as transferências governamentais têm sobre o universo dos orçamentos locais que recebem os recursos. As principais fontes de receitas correntes municipais são as transferências intergovernamentais provenientes dos estados e da União, com destaque para o ICMS e o FPM.

2.3 Gestão municipal

Os municípios brasileiros formam um conjunto heterogêneo em vários prismas: porte populacional, capacidade fiscal e administrativa.[6] Os pequenos municípios apresentam dificuldades na gestão e provisão de bens públicos, e muitos só criaram secretarias e conselhos de saúde com a publicação da NOB-SUS 1996. Uma das consequências desta situação seria a realização em caráter precário ou a não execução de ações típicas de vigilância sanitária por parte da maioria dos municípios (De Seta e Dain, 2010).

Aos municípios cabe executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária; de alimentação e nutrição; de saneamento básico e saúde do trabalhador; implementar a política de insumos e equipamentos de saúde; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; e planejar, organizar, controlar e avaliar ações e os serviços de saúde (Brasil e Fiocruz, 2016).

A NOB-SUS 1996 define a gestão como a "atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria" (Brasil, 1997, p. 8).

6. Uma análise de capacidade fiscal por porte de município será apresentada na seção 4.

A LC nº 141/2012 enfatiza a transparência da gestão de saúde, demandando que os gestores da saúde deem ampla divulgação das prestações de contas periódicas da saúde. A lei sugere que a transparência seja assegurada no processo de elaboração do Plano de Saúde, da Programação Anual de Saúde e do Relatório de Gestão, devendo ser submetidos à apreciação do Conselho de Saúde e à realização de audiências públicas (Brasil e Fiocruz, 2016).

O quadro 1 apresenta os estudos sobre a gestão municipal na saúde identificados na revisão de literatura.

QUADRO 1
Estudos sobre a gestão municipal na saúde

Autores	Descrição
Silveira (2010)	Pesquisa qualitativa com os secretários de Saúde de Curitiba mais 28 municípios da segunda regional de saúde metropolitana. Os resultados indicam que não existe um uso adequado da informação, devido à inexistência de um fluxo informacional formalizado e ao uso da informação sem um nível adequado de qualidade.
Vidor, Fisher e Bordin (2011)	Avaliação do uso de tecnologias da informação com gestores de saúde de 127 municípios gaúchos com menos de 10 mil habitantes. Em 59% dos municípios, havia análise dos dados e geração de informações utilizadas no planejamento local. Houve dificuldade na compreensão de termos como "indicadores" e "dados estatísticos". Apenas 4,7% estava satisfeito com as informações obtidas dos sistemas de informação em saúde.
Avelino, Barberia e Biderman (2014)	Utilizando relatórios de auditoria de 980 municípios aleatoriamente selecionados pelo Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União, os autores identificaram que a experiência dos conselhos municipais de saúde está relacionada com a redução de casos de corrupção na saúde.
Scaratti e Calvo (2012)	Desenvolvimento de um indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal de atenção básica à saúde, por meio de análise envoltória de dados. Foram utilizados 55 indicadores de desempenho, classificados sob os critérios de relevância, efetividade e eficiência. Dos 36 municípios catarinenses avaliados, cinco foram classificados como eficientes na gestão das ações de acesso e oito na gestão de ações de provimento. Os demais municípios foram considerados ineficientes.
Albuquerque, Mota e Felisberto (2015)	Investigação do processo de descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco de 2001 a 2010. Devido a diferenças políticas regionais, alguns municípios avançaram mais que outros na implantação das ações descentralizadas. O preparo da equipe técnica, bem como o organograma rígido das secretarias municipais de saúde (SMS), não acompanhou o processo de implantação da descentralização da vigilância epidemiológica. Os municípios assumiram a obrigação de notificar, digitar, registrar e investigar os casos, ações que antes eram executadas no nível regional ou central das secretarias estaduais de saúde (SES). Entretanto, devido ao despreparo técnico de suas equipes, os dados muitas vezes não tinham qualidade.
Atkinson e Haran (2004)	Pesquisa realizada em 45 municípios cearenses, coletando dados sobre desempenho e organização formal, incluindo descentralização, gerenciamento informal e cultura política local. A descentralização está associada à melhoria de desempenho, mas apenas para cinco dos 22 indicadores avaliados. Indicadores de gerenciamento informal e cultura política apresentaram impactos mais significativos que a descentralização. Os autores concluem que são as boas práticas de gestão que levam à descentralização, e não o inverso.
Leite, Lima e De Vasconcelos (2012)	Estudo em quatorze municípios do Rio Grande do Norte. Os autores destacam a importância de identificar as ações no MS como estratégia para fomentar a capacidade dos estados e municípios, desenvolvendo, no âmbito local, ações de planejamento que permitam melhor monitoramento, controle, avaliação e informe de resultados, a fim de contribuir para um melhor resultado em âmbito regional.
Berretta, De Lacerda e Calvo (2011)	Pesquisa metodológica, cujo produto final foi um modelo da gestão municipal para o planejamento em saúde. As autoras apontam as dificuldades enfrentadas por gestores nas esferas federal e estadual: grande diversidade dos municípios, com desigualdades e necessidades regionais diferenciadas. Para os gestores municipais, principalmente os de cidades de pequeno porte, a dificuldade reside principalmente na precária organização da área de planejamento, com insuficiência numérica e de qualificação de pessoal. A validação dos indicadores utilizados foi feita por meio de consenso entre especialistas. As dimensões avaliadas compreendem as seguintes garantias: *i)* de recursos (materiais, humanos e de informações); e *ii)* de relações (intrassetorial, intersetorial e com a população).

Elaboração dos autores.

3 ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS PARA O BLOCO DE GESTÃO DO FNS

Na tabela 1, é possível observar que são obtidos por praticamente todos os municípios recursos dos blocos de assistência básica e de vigilância. Recursos relativos a assistência farmacêutica e investimentos são obtidos por aproximadamente 80% dos municípios. Já recursos referentes ao bloco de gestão são obtidos por um número reduzido de municípios, decrescente ao longo do período. Os recursos referentes à MAC apresentaram oscilação acentuada no período.

TABELA 1
Número de municípios que receberam repasses federais pelo FNS por bloco (2013-2016)

Blocos de financiamento	2013	2014	2015	2016
Assistência farmacêutica	4.265	4.113	4.520	4.684
Assistência básica[1]	5.569	5.568	5.568	5.568
Gestão	837	563	523	360
Investimentos	4.268	4.443	4.289	4.375
Média e alta complexidade	4.600	3.838	4.178	4.229
Vigilância[1]	5.568	5.568	5.568	5.569

Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.
Nota: [1] Em 2013 e 2016, consta valor para o Território Estadual de Fernando de Noronha (PE). Em 2014 e 2015, não consta valor.

O total de transferências é da ordem de R$ 44 bilhões em 2015 (em valores monetários da época), sendo que – de longe – os dois blocos mais significativos são o de MAC (R$ 25 bilhões) e o de atenção básica (R$ 15 bilhões). A tabela 2 apresenta uma análise do montante dos repasses *per capita*.

TABELA 2
Repasses federais aos municípios pelo FNS por UF e bloco de financiamento (2015)
(Em R$ por habitante)[1]

Unidade da Federação (UF)	Farmácia	Assistência básica	Gestão	Investimento	MAC	Vigilância	Total
RO	4,7	70,7	0,5	21,9	89,1	10,9	197,7
AC	5,0	95,3	0,8	23,3	4,9	11,4	140,7
AM	4,3	73,0	0,2	6,1	19,9	10,8	114,4
RR	4,8	70,3	0,6	18,7	61,9	14,7	171,0
PA	5,8	71,7	0,3	12,3	96,6	10,8	197,4
AP	4,5	75,2	0,2	12,5	12,1	12,9	117,3
TO	6,0	118,0	0,8	26,8	69,2	11,2	231,9
MA	5,3	101,2	0,4	15,2	96,4	10,1	228,6

(Continua)

(Continuação)

Unidade da Federação (UF)	Farmácia	Assistência básica	Gestão	Investimento	MAC	Vigilância	Total
PI	5,2	138,5	0,5	18,0	137,0	7,6	306,8
CE	2,4	91,4	0,3	10,6	157,3	7,6	269,6
RN	5,5	110,2	0,1	14,9	99,7	7,4	237,8
PB	6,2	128,6	0,5	17,6	151,8	6,8	311,6
PE	5,1	89,2	0,2	10,9	87,8	7,0	200,2
AL	5,5	100,3	0,1	12,6	162,4	7,5	288,5
SE	5,1	94,4	0,1	16,4	111,6	7,4	235,0
BA	4,1	86,0	0,1	9,4	99,3	7,3	206,2
MG	2,8	88,5	0,2	7,5	155,4	7,6	262,1
ES	4,7	63,2	0,1	8,6	57,3	7,6	141,4
RJ	5,0	57,4	0,0	6,3	174,6	7,7	251,0
SP	4,1	48,8	0,1	7,4	111,5	5,1	177,0
PR	1,5	72,1	0,2	11,4	135,9	5,2	226,3
SC	4,8	88,5	0,2	10,2	139,7	5,4	248,8
RS	5,1	56,9	0,1	9,3	139,6	5,3	216,3
MS	4,9	86,2	0,1	10,9	173,2	7,8	283,1
MT	5,2	80,0	0,1	19,0	125,3	9,0	238,5
GO	5,0	73,2	0,7	17,1	170,1	8,6	274,7
Total	**4,2**	**73,9**	**0,2**	**10,1**	**122,7**	**7,0**	**218,2**

Fontes: FNS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
Elaboração dos autores.
Nota: [1] Valores líquidos.

No que diz respeito à assistência farmacêutica, destacam-se os municípios do Ceará e do Paraná, que estão bem abaixo da média. Com relação à assistência básica, pode-se observar que municípios vizinhos do Maranhão, do Piauí e do Tocantins, bem como da Paraíba, do Rio Grande do Norte e de Alagoas apresentam os maiores valores *per capita*. Em nenhuma UF se observa valor por habitante superior a R$ 1, no caso do bloco de gestão.

Os repasses referentes a investimentos apresentam grande disparidade, com valores elevados para municípios de alguns estados do Norte e do Nordeste, como Rondônia, Acre, Tocantins e Maranhão, mas valores baixos para outros, como o Amazonas e a Bahia. No que diz respeito à MAC, a variabilidade também é elevada, com destaque para valores muito abaixo da média para municípios de estados do Norte, como Acre, Amapá e Amazonas, e, em menor escala, para Espírito Santo, Tocantins e Bahia.

Finalmente, no que diz respeito à vigilância, destacam-se os municípios dos estados do Norte do país. Com relação ao total, municípios de alguns estados recebem recursos por habitante em valores muito abaixo da média nacional: Acre, Amazonas, Amapá e Espírito Santo.

As definições referentes ao bloco de financiamento de gestão, conforme a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, estão reproduzidas no anexo. O bloco tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e a eficiência do sistema. É composto de dois componentes: qualificação da gestão do SUS e implantação de ações e serviços de saúde. O primeiro inclui: regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento; planejamento e orçamento; programação; regionalização; gestão do trabalho; educação em saúde; incentivo à participação e ao controle social; informação e informática em saúde; estruturação dos serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo. Já o segundo contempla: implantação e qualificação de centros de atenção psicossocial (Caps), implantação de residências terapêuticas em saúde mental, fomento para ações de redução de danos Caps álcool e drogas, inclusão social pelo trabalho para pessoas com transtornos mentais, implantação de centros de especialidades odontológicas, implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), reestruturação dos hospitais colônias de hanseníase, implantação de centros de referência em saúde do trabalhador, adesão à contratualização dos hospitais de ensino e outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo.

Os recursos referentes ao bloco de gestão – corrigidos pela inflação para valores de 2016 – encolhem consideravelmente na maior parte das UFs no período, conforme pode ser observado na tabela 3.

TABELA 3
Repasses federais aos municípios por meio do bloco de gestão do FNS por UF (2013-2016)
(Em R$ de 2016)

UF	2013[1]	2014[1]	2015[1]	2016
RO	807.938	855.476	901.956	588.801
AC	698.165	492.390	691.097	162.098
AM	1.437.274	495.950	1.029.785	145.000
RR	166.230	308.485	318.325	60.000
PA	4.329.176	1.811.759	2.715.686	545.000
AP	410.033	160.175	154.339	40.000
TO	1.698.893	1.295.046	1.260.437	250.000
MA	4.564.796	1.744.723	2.890.430	450.000
PI	2.533.636	2.609.691	1.576.127	484.341
CE	7.461.083	6.448.166	2.962.562	2.400.400
RN	1.519.298	582.122	360.125	1.225.610
PB	2.758.359	3.390.493	2.196.547	1.397.800
PE	4.829.394	2.057.361	2.042.236	1.273.236
AL	1.663.918	213.567	412.643	1.966.500
SE	991.931	373.742	182.742	170.000
BA	7.762.462	5.543.628	1.950.890	1.756.294
MG	19.303.448	13.083.937	5.349.675	3.821.800
ES	1.327.959	762.315	365.055	210.000
RJ	3.675.543	3.397.352	844.364	1.544.501
SP	19.306.142	13.740.165	6.545.375	8.024.256
PR	4.957.552	3.116.297	2.331.272	1.930.600
SC	10.340.098	4.129.315	1.445.322	910.600
RS	12.564.487	4.435.003	1.204.060	910.000
MS	1.791.292	1.063.175	200.427	140.000
MT	1.504.590	275.060	366.020	275.311
GO	1.743.147	3.340.051	4.611.366	3.303.092
Total	**120.146.846**	**75.725.439**	**44.908.864**	**33.985.238**

Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.
Nota: [1] Valores (líquidos) inflacionados pelo Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI).

Análise semelhante, mas considerando não valores, e sim percentual de municípios de cada UF, pode ser consultada na tabela 4.

TABELA 4
Municípios que receberam repasses federais por meio do bloco de gestão do FNS por UF (2013-2016)
(Em %)

UF	2013	2014	2015	2016
RO	6	12	15	6
AC	36	41	55	5
AM	27	8	24	5
RR	20	40	40	13
PA	33	14	26	8
AP	31	31	25	6
TO	14	11	19	2
MA	24	11	24	6
PI	13	5	10	1
CE	18	14	5	5
RN	7	3	4	3
PB	5	11	9	2
PE	18	9	18	11
AL	17	4	9	8
SE	9	8	5	4
BA	15	12	6	5
MG	13	11	5	5
ES	10	14	8	9
RJ	36	39	26	30
SP	16	12	11	14
PR	13	6	5	6
SC	14	6	5	4
RS	18	9	5	5
MS	10	9	8	3
MT	9	4	6	4
GO	11	9	7	7
Brasil	**15**	**10**	**9**	**6**

Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

A tabela 5 apresenta uma distribuição percentual dos valores e do número de municípios que receberam repasses para o período em análise, por componente do bloco.

TABELA 5
Valores repassados e número de municípios que receberam transferências federais por meio do bloco de gestão por componentes (2013-2016)
(Em %)

Variável	2013	2014	2015	2016
Repasses para a implantação de ações e serviços de saúde	47	81	58	52
Repasses para a qualificação da gestão do SUS	53	19	42	48
Total de repasses	**100**	**100**	**100**	**100**
Municípios que receberam repasses somente para a implantação de ações e serviços de saúde	84	91	94	93
Municípios que receberam repasses somente para a qualificação da gestão do SUS	4	4	2	2
Municípios que receberam repasses para ambos os componentes	12	5	4	5
Total de municípios	**100**	**100**	**100**	**100**

Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

Os dados da tabela 5 indicam que, em 2013, 2015 e 2016, houve um equilíbrio em termos de distribuição dos recursos entre os dois componentes, sendo que no primeiro ano os repasses para a qualificação da gestão do SUS até superaram 50%. Entretanto, o percentual de municípios que receberam repasses para a qualificação é muito inferior ao daqueles que receberam transferências para a implantação de ações e serviços de saúde, em todos anos.

Quando se analisa a distribuição dos componentes por UF, é possível observar que a implantação de ações e serviços de saúde é muito mais espalhada do que a qualificação da gestão do SUS. Ao passo que, para o primeiro componente, há pelo menos um município que recebeu repasses em cada UF e para o segundo componente há várias UFs sem qualquer município beneficiado em cada um dos anos. A análise da distribuição espacial será aprofundada com a análise por ação.

TABELA 6
Número de municípios que receberam transferências federais por meio do bloco de gestão por componentes (2013-2016)

	2013		2014		2015		2016	
UF	Implantação	Qualificação	Implantação	Qualificação	Implantação	Qualificação	Implantação	Qualificação
RO	3	1	6	2	6	2	2	2
AC	8	1	7	4	12	-	1	1
AM	17	1	3	3	15	-	3	-
RR	3	-	2	4	6	-	2	-

(Continua)

(Continuação)

	2013		2014		2015		2016	
UF	Implantação	Qualificação	Implantação	Qualificação	Implantação	Qualificação	Implantação	Qualificação
PA	47	3	15	6	37	-	11	-
AM	5	-	5	-	4	-	1	-
TO	19	1	6	10	26	-	3	-
MA	53	1	23	1	52	-	13	-
PI	28	2	12	1	21	1	2	1
CE	33	4	25	2	7	3	9	1
RN	11	3	5	1	6		5	1
PB	10	4	24	1	19	1	5	1
PE	29	10	16	-	32	4	18	4
AL	17	2	4	-	9	-	8	1
SE	6	2	6	-	4	-	3	-
BA	61	12	49	1	23	2	19	1
MG	107	12	90	3	44	4	41	3
ES	7	3	11	-	6	1	7	-
RJ	32	6	36	1	24	-	27	1
SP	88	30	76	6	68	4	90	5
PR	52	4	23	1	21	3	22	1
SC	35	13	19	2	16	3	12	1
RS	86	10	43	-	24	-	25	-
MS	8	3	7	-	6	-	2	-
MT	11	4	5	-	9	-	5	-
GO	28	2	21	1	15	2	16	2
Total	**804**	**134**	**539**	**50**	**512**	**32**	**352**	**26**

Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

Outra análise realizada foi por ação/serviço/estratégia, doravante denominados ações. A tabela 7 apresenta o consolidado de 2013 a 2016. Na tabela 7, é possível identificar vários pontos interessantes. O primeiro é que há grande número de ações referentes à atenção psicossocial, o que está originalmente previsto no componente implantação de ações e serviços de saúde do bloco, conforme visto anteriormente. O segundo é que há um grande número de ações com reduzido número de municípios beneficiados e/ou valores pouco expressivos. O terceiro ponto é que há poucas ações que o senso comum identificaria como de gestão, que tem como um dos poucos exemplos o incentivo à implantação ou implementação de complexos reguladores.

TABELA 7
Ações/estratégias/serviços do bloco de gestão do FNS (2013-2016)

Componente	Ações/estratégias/serviços	2013-2016[1]		
		R$ mil	Número de municípios[2]	R$ mil/ município
Qualificação	Agenda de intensificação da atenção nutricional à desnutrição infantil	1.869	26	71,9
Qualificação	Concurso Prêmio Inova SUS	4.541	9	504,6
Qualificação	Estruturação e qualificação dos núcleos de acesso e qualidade hospitalar (NAQH)	493	2	246,5
Qualificação	Formação profissional dos agentes comunitários de saúde	657	4	164,3
Qualificação	Incentivo à implantação ou implementação de complexos reguladores	53.225	34	1.565,4
Qualificação	Incentivo ao desenvolvimento de soluções de tecnologia da informação (TI) Cartão Nacional de Saúde (custeio)	2.198	4	549,5
Qualificação	Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde – Pro-Saúde (custeio)	50.478	127	397,5
Implantação	Ambiência (reforma)	2.012	39	51,6
Implantação	Ambiência dos serviços de parto (reforma)	2.888	16	180,5
Implantação	Caps Álcool e Drogas (Caps AD) – Incentivo aos centros de atenção psicossocial	3.630	66	55,0
Implantação	Caps AD III – Enfrentamento ao crack e outras drogas	15.527	81	191,7
Implantação	Caps I – Incentivo aos centros de atenção psicossocial	8.814	379	23,3
Implantação	Caps II – Incentivo aos centros de atenção psicossocial	1.115	45	24,8
Implantação	Caps III – Incentivo aos centros de atenção psicossocial	1.198	25	47,9
Implantação	Caps IN – Incentivo aos centros de atenção psicossocial	1.968	53	37,1
Implantação	Casa de Gestante e Bebê e Puérpera – CGPB (reforma)	170	1	170,0
Implantação	Centro de Parto Normal (reforma)	997	4	249,3
Implantação	Implantação de leitos de saúde mental	6.316	240	26,3
Implantação	Incentivo à implantação do programa de qualificação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps)	31.678	131	241,8
Implantação	Incentivo de reabilitação psicossocial	16.692	341	49,0
Implantação	Incentivo financeiro aos serviços residenciais terapêuticos	5.135	100	51,4
Implantação	Programa de financiamento das ações de nutrição e alimentação (FAN)	55.559	411	135,2
Implantação	Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)	850	13	65,4
Implantação	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru – Ucinca (reforma)	65	1	65,0
Implantação	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional – Ucinco (reforma)	1.041	8	130,1
Implantação	Unidade de Acolhimento Adulto – UAA (PI)	4.650	49	94,9
Implantação	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI)	2.901	31	93,6
Implantação	UTI Neonatal – UTI Neo (reforma)	902	4	225,5
	Total	**277.569**	**2.244**	**123,7**

Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Valores (líquidos) de 2013, 2014 e 2015 corrigidos pelo IGP-DI.
[2] Municípios contados sem duplicidade dentro de cada ação.

As ações com maior valor total foram estas: Programa de Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN); implantação de complexos reguladores; e Pro-Saúde (custeio). Já no que diz respeito ao valor médio, os maiores montantes foram ações com caráter modernizador da gestão, quais sejam: a implantação de complexos reguladores, o desenvolvimento do Cartão Nacional de Saúde e o Prêmio Inova SUS, que beneficiaram um número reduzido de municípios.

Os Caps I e II são para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os Caps III são para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. Os Caps AD são para usuários de álcool e drogas. O Caps IN é voltado para a infância e a adolescência (Brasil, 2004).

No período 2013 a 2016, a ação mais espalhada geograficamente foi a FAN, cuja distribuição (FAN) pode ser observada no mapa 1, e explica, em grande parte, por que o bloco de gestão atingiu a região Norte, o Maranhão e o Rio de Janeiro, conforme apresentado anteriormente na tabela 4.

A tabela 8 é semelhante à anterior, mas apresenta as ações, os valores repassados e o número de municípios beneficiados ano a ano.

TABELA 8
Ações/serviços/estratégias do bloco de gestão do FNS (2013 a 2016)

Ação/serviço/estratégia	2013		2014		2015		2016	
	R$ mil	Municípios beneficiados[2]	R$ mil	Municípios beneficiados[2]	R$ mil	Municípios beneficiados[2]	R$ mil	Municípios beneficiados[2]
Agenda de intensificação da atenção nutricional à desnutrição infantil	-	-	1.869	26	-	-	-	-
Concurso Prêmio Inova SUS	935	9	2.002	9	1.334	15	270	2
Estruturação e qualificação dos NAQHs	493	2	-	-	-	-	-	-
Formação profissional dos agentes comunitários de saúde	600	3	57	1	-	-	-	-
Incentivo à implantação ou implementação de complexos reguladores	9.586	11	10.284	15	17.412	20	15.943	25
Incentivo ao desenvolvimento de soluções de TI Cartão Nacional de Saúde (custeio)	2.198	4	-	-	-	-	-	-
Pro-Saúde (custeio)	50.201	126	149	1	-	-	127	1
Ambiência (reforma)	-		2.212	39	-	-	-	

(Continua)

(Continuação)

Ação/serviço/estratégia	2013		2014		2015		2016	
	R$ mil	Municípios beneficiados[2]	R$ mil	Municípios beneficiados[2]	R$ mil	Municípios beneficiados[2]	R$ mil	Municípios beneficiados[2]
Ambiência dos serviços de parto (reforma)	-	-	-	-	214	1	2.673	15
Caps AD – Incentivo aos centros de atenção psicossocial	1.688	31	1.163	20	429	8	350	7
Caps AD III – Enfrentamento ao crack e outras drogas	6.249	38	5.072	34	831	7	375	3
Caps I – Incentivo aos centros de atenção psicossocial	3.593	150	3.275	137	1.286	60	660	33
Caps II – Incentivo aos centros de atenção psicossocial	382	15	546	20	107	6	80	4
Caps III – Incentivo aos centros de atenção psicossocial	419	9	475	10	214	6	90	3
Caps Infanto-Juvenil – Incentivo aos centros de atenção psicossocial	517	14	925	23	225	7	300	10
CGPB (Reforma)	-	-	170	1	-	-	-	-
Centro de Parto Normal (reforma)	-	-	297	7	365	2	335	2
Implantação de leitos de saúde mental	2.699	100	2.496	96	669	27	452	18
Incentivo à implantação do programa de qualificação da Raps	2.188	55	29.467	88	23	6	-	-
Incentivo de reabilitação psicossocial	12.012	239	884	20	391	11	3.405	101
Incentivo financeiro aos serviços residenciais terapêuticos	1.047	23	1.044	19	1.265	24	1.780	37
Programa de FANs	21.819	375	7.938	179	19.148	395	6.655	179
Sisvan	850	13	-	-	-	-	-	-
Ucinca (reforma)	-	-	65	1	-	-	-	-
Ucinco (reforma)	-	-	945	7	96	1	-	-
UAA	1.465	13	2.159	23	675	9	350	5
UAI	1.207	13	1.329	13	225	3	140	2
UTI Neo (reforma)	-	-	902	4	-	-	-	-
Total	**120.147**	**1243**	**75.725**	**793**	**44.909**	**608**	**33.985**	**447**

Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Valores (líquidos) de 2013, 2014 e 2015 corrigidos pelo IGP-DI.
[2] Municípios contados em duplicidade caso recebam recursos de mais de uma ação.

É possível observar que, das ações do componente de Qualificação da gestão do SUS, a única ação que apresentava maior espalhamento em 2013 era o Pro-Saúde, mas, nos anos seguintes, o número de municípios beneficiados pelo programa passa a ser residual.

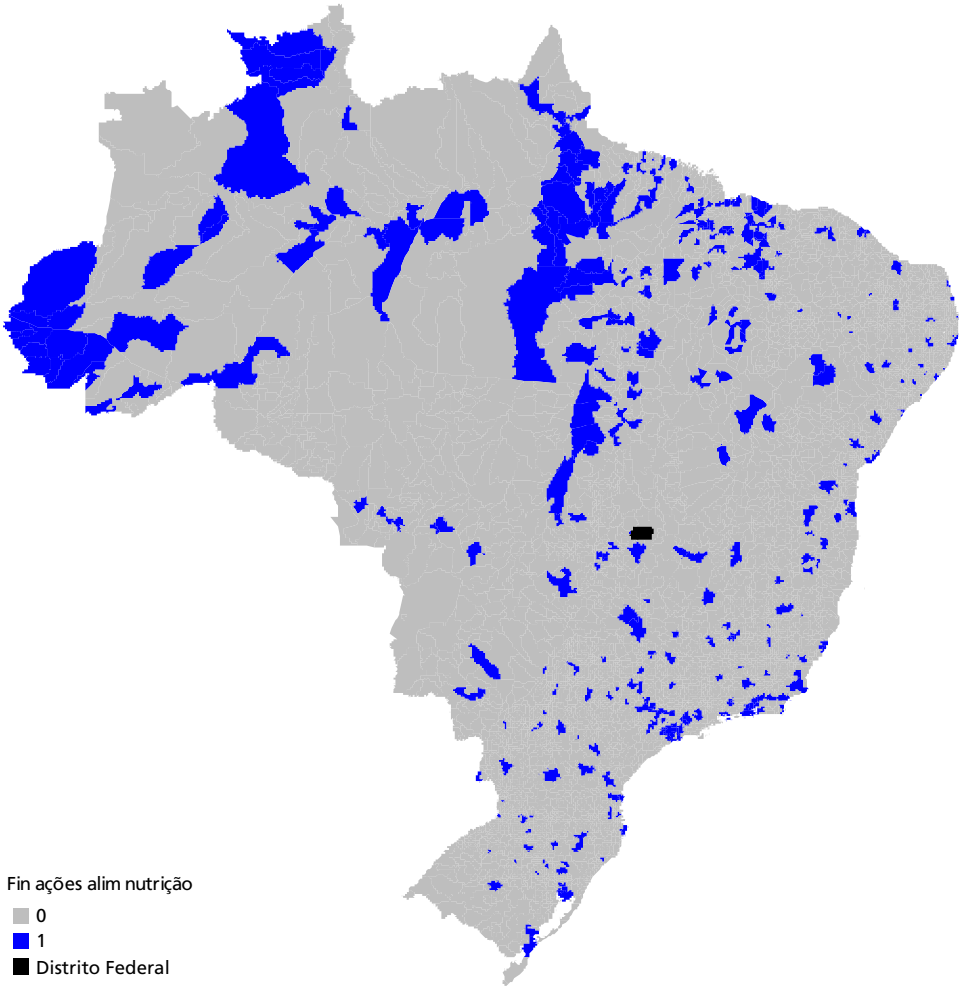
Os critérios para participação nas ações são extremamente variados,até porque os programas são muito distintos entre si. Por exemplo municípios com menos de 150 mil habitantes recebiam recursos do Programa de Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN) somente se estivessem participando da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil com vistas ao cumprimento dos objetivos estabelecidos na Portaria nº 2.387, de 12 de outubro de 2012.

Por sua vez, o Pró-Saúde foi criado por meio de parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, com o objetivo de promover a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional. O processo de seleção considera as necessidades locais definidas de forma articulada entre instituições de ensino e secretarias municipais/estaduais de saúde.

Um outro exemplo são os repasses referentes aos Caps, que obviamente dependem da existência dessas unidades nos municípios, o que, por sua vez, é regulado pela Portaria MS nº 615, de 15 de abril de 2013.

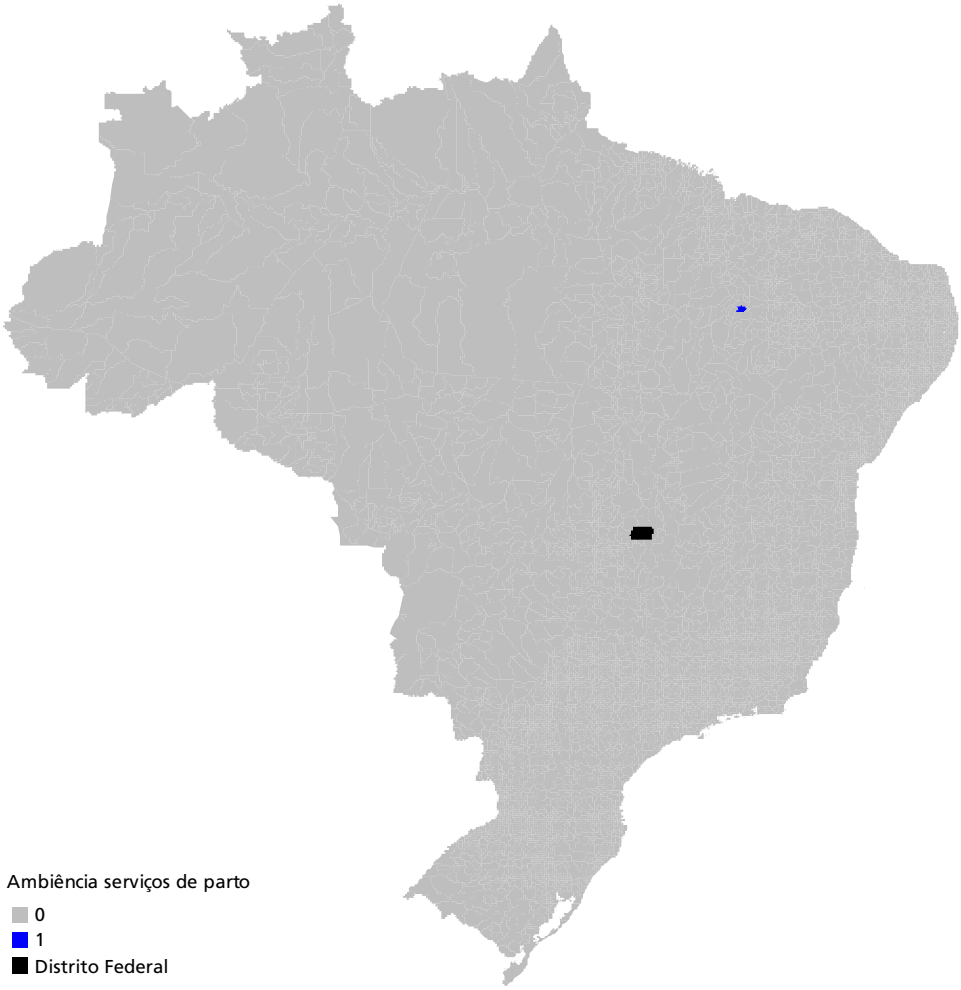
Os mapas dos municípios que receberam repasses em 2015, por ação, são apresentados a seguir.

FIGURA 1
Municípios que receberam repasses para o Programa de Financiamento das Ações de Nutrição e Alimentação (2015)



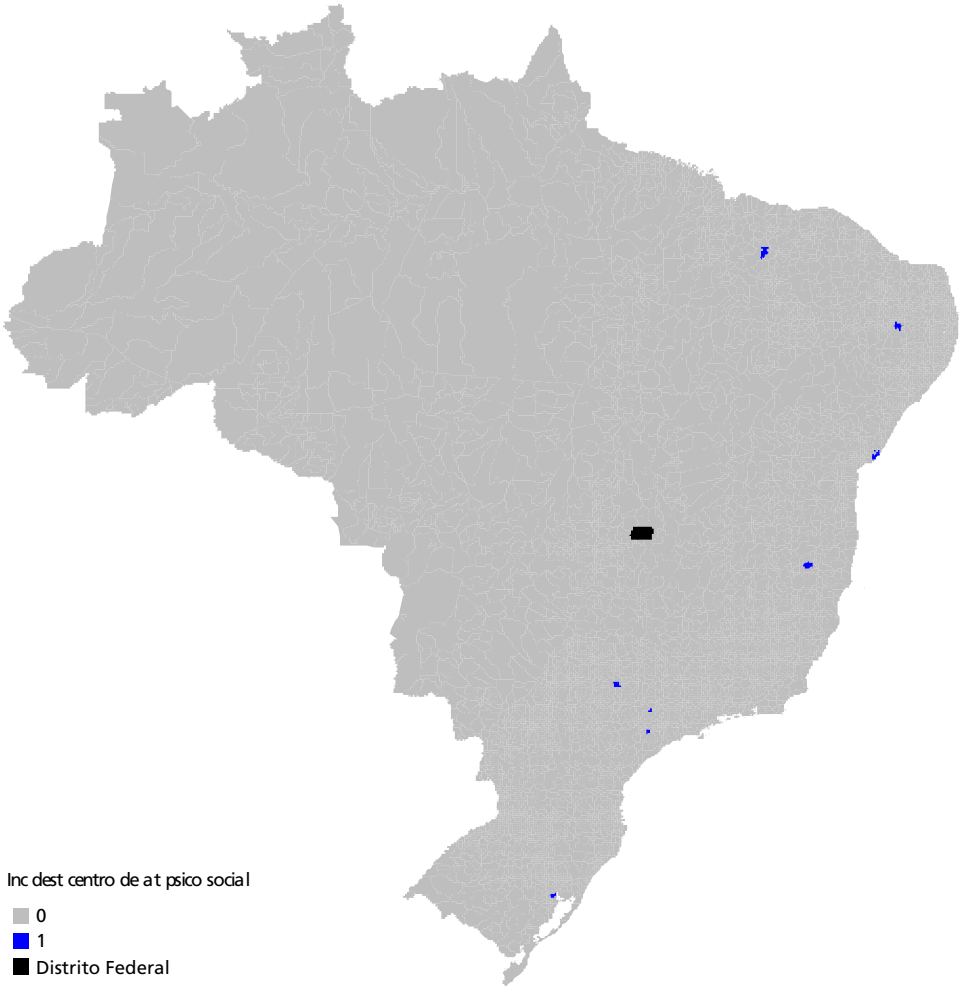
Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

FIGURA 2
Municípios que receberam repasses para a ambiência dos serviços de parto (2015)



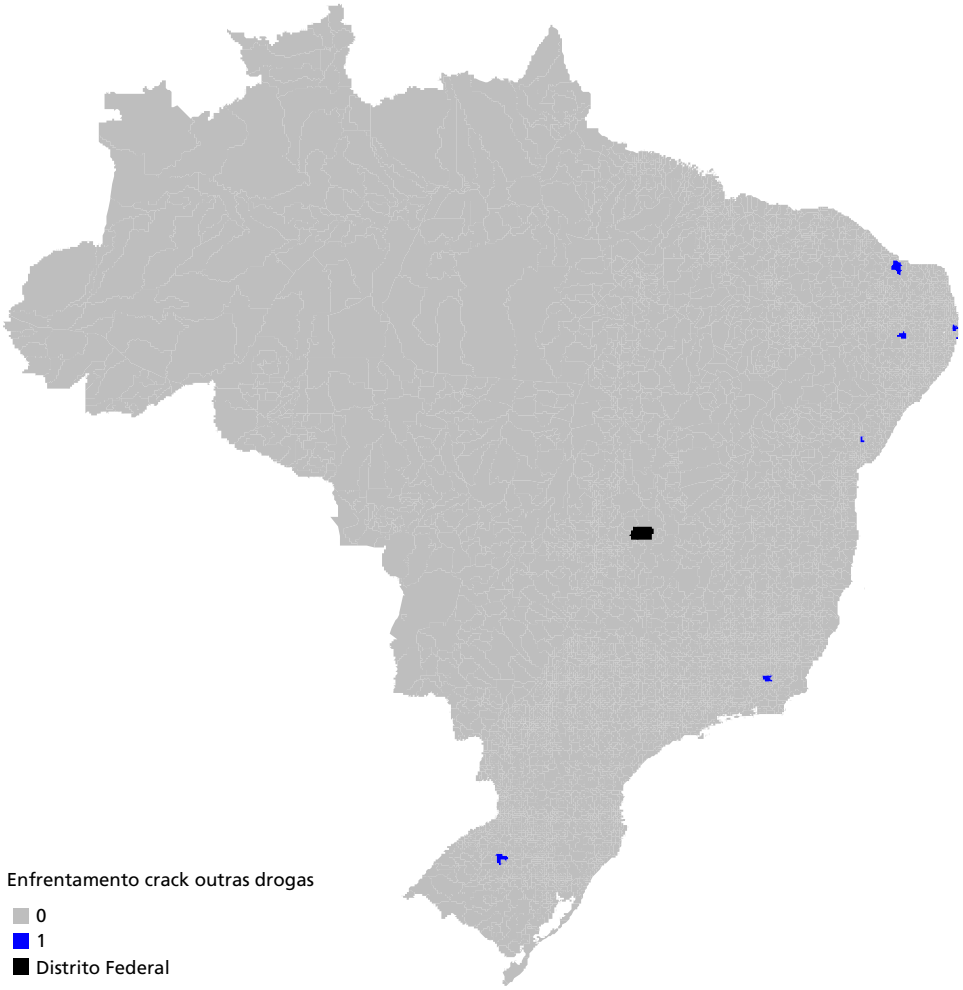
Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

FIGURA 3
Municípios que receberam incentivos destinados ao centro de atendimento psicossocial (2015)



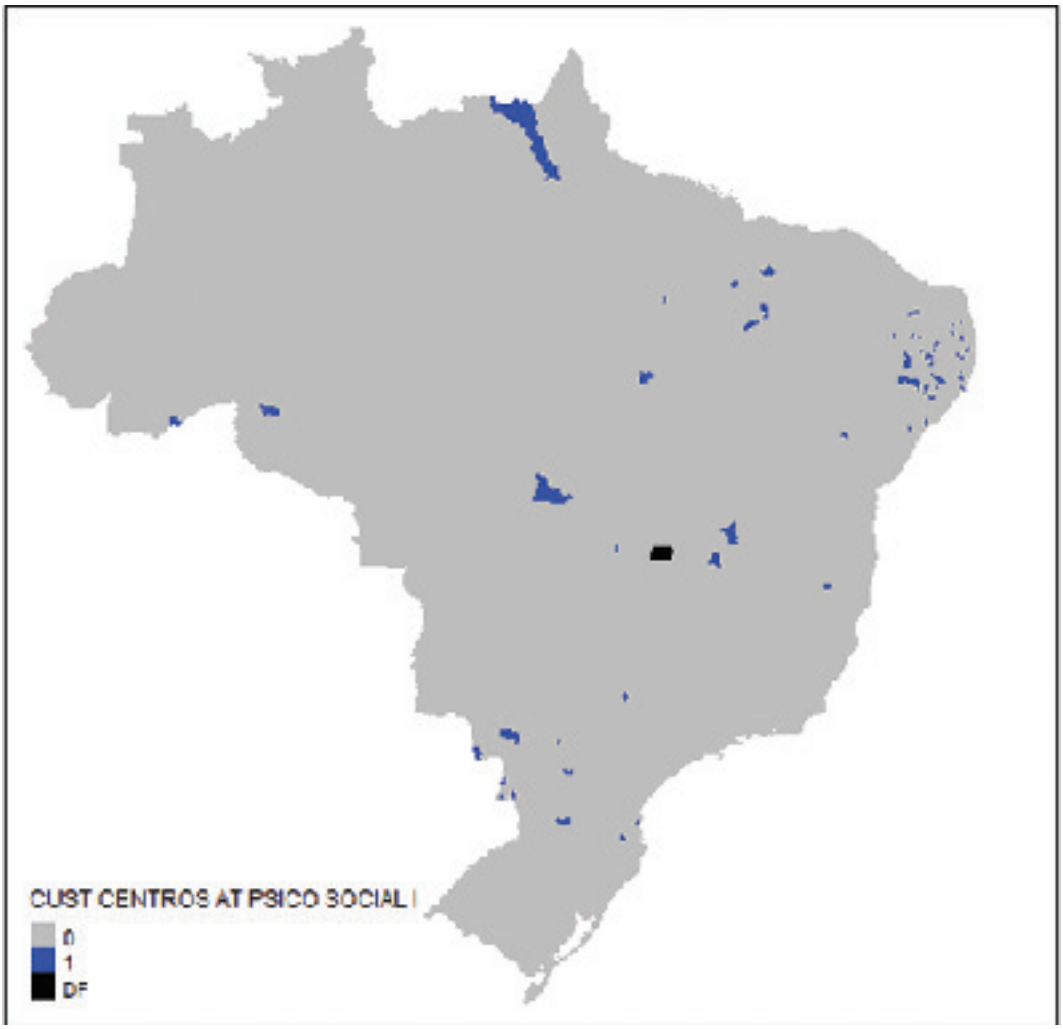
Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

FIGURA 4
Municípios que receberam repasses para o enfrentamento ao crack e a outras drogas (2015)



Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

FIGURA 5
Municípios que receberam repasses para o custeio dos Caps I (2015)

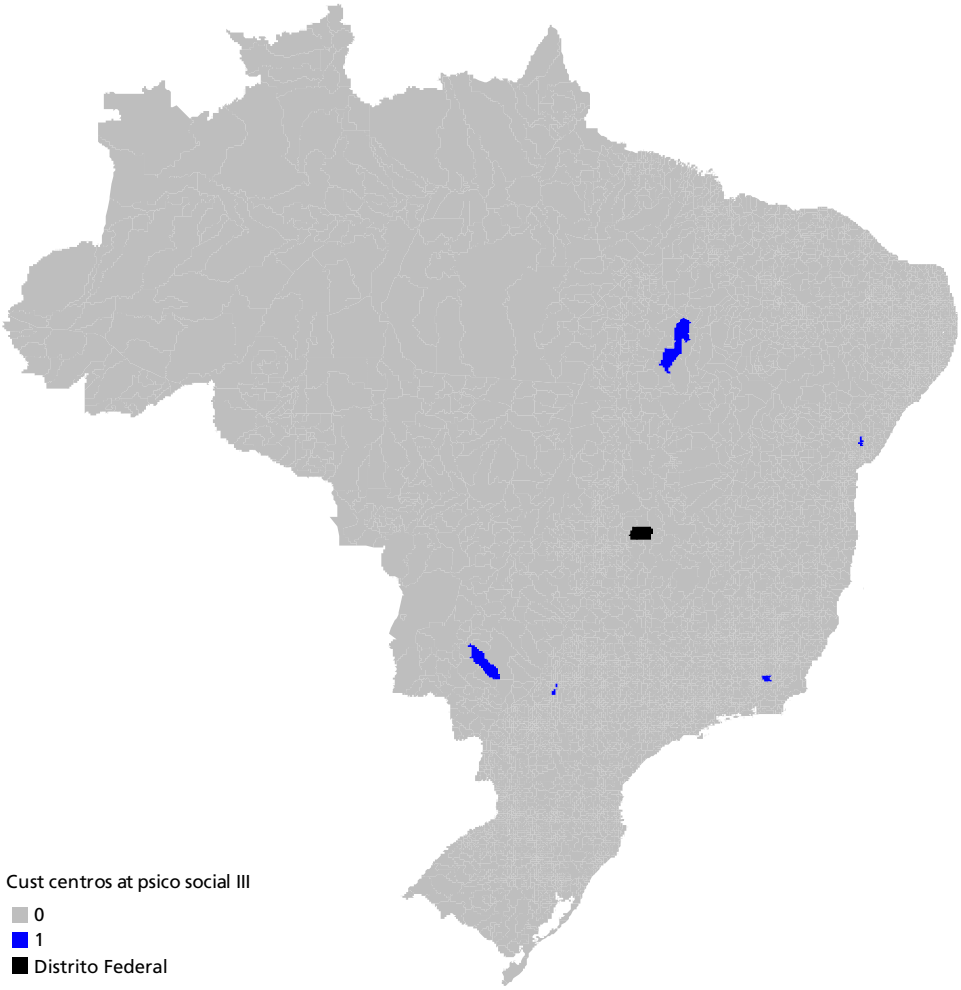


Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

FIGURA 6
Municípios que receberam repasses para o custeio dos Caps II (2015)

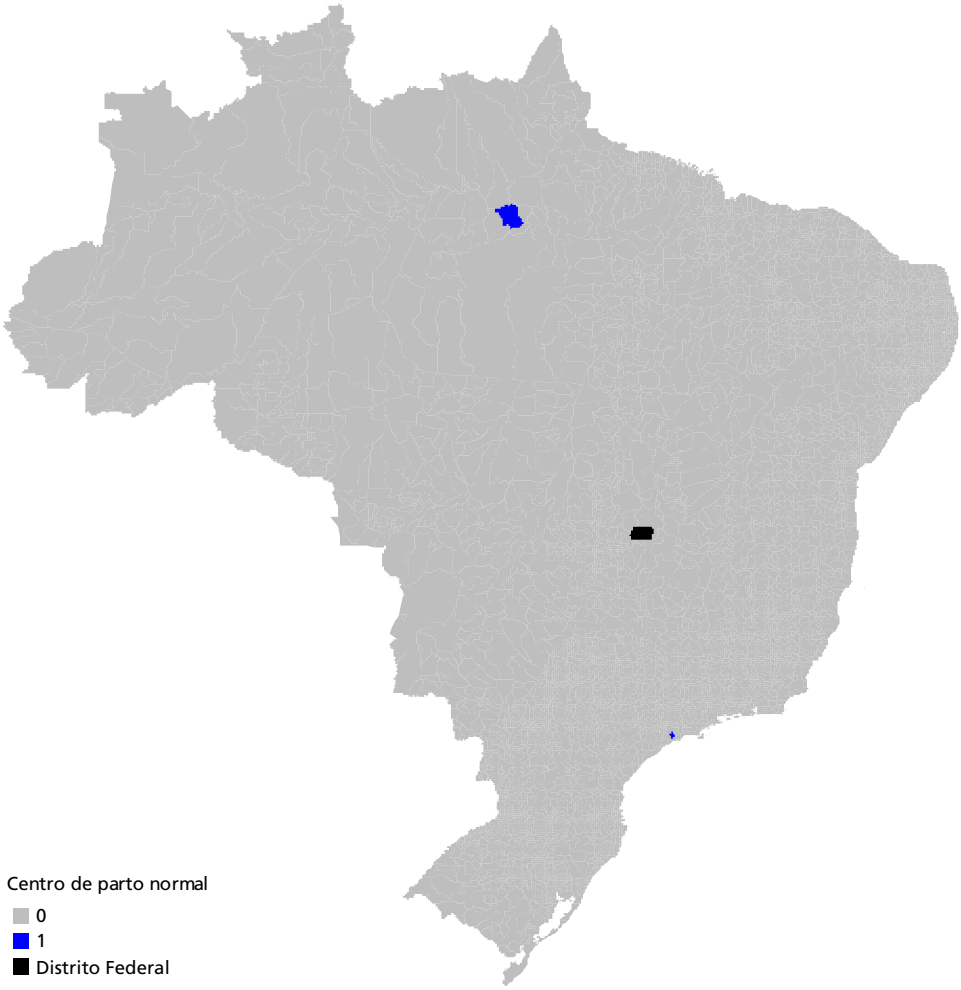
Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

FIGURA 7
Municípios que receberam repasses para o custeio dos Caps III (2015)



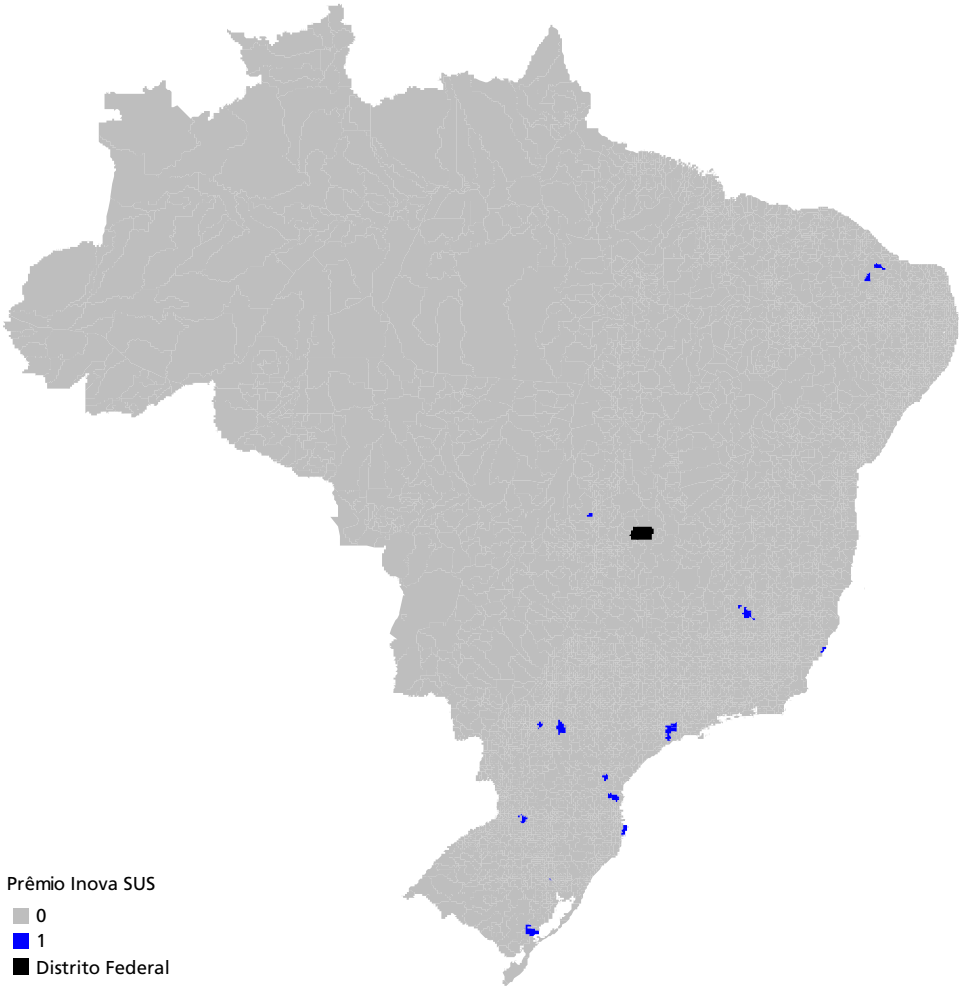
Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

FIGURA 8
Municípios que receberam repasses para centros de parto normal (2015)



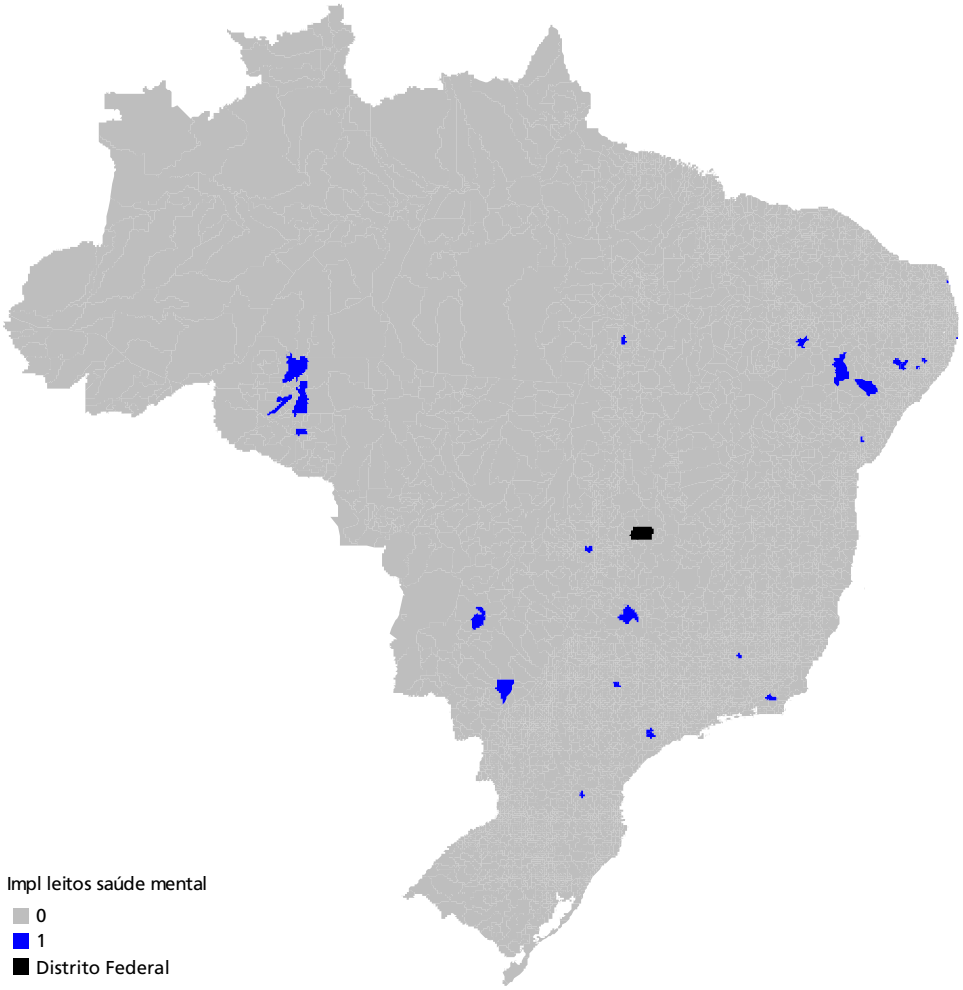
Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

FIGURA 9
Municípios que receberam repasses para o Prêmio Inova SUS (2015)



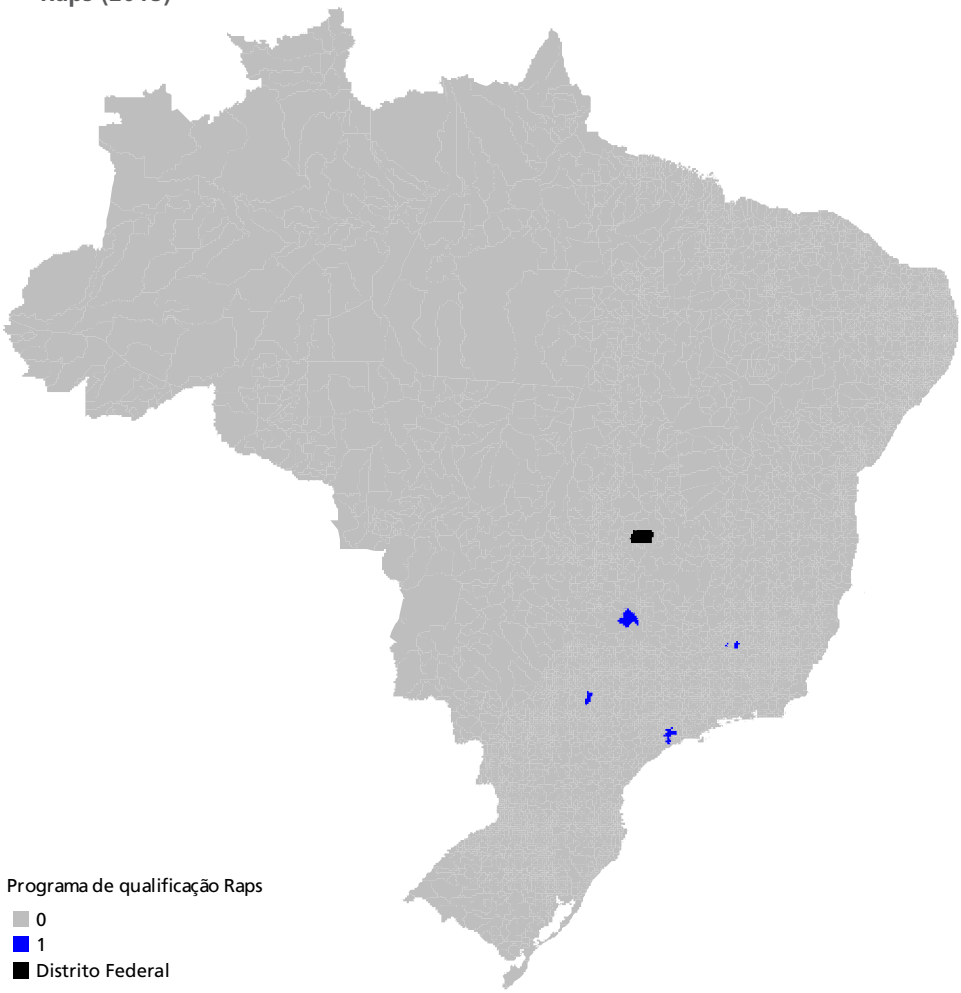
Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

FIGURA 10
Municípios que receberam repasses para a implantação de leitos de saúde mental (2015)



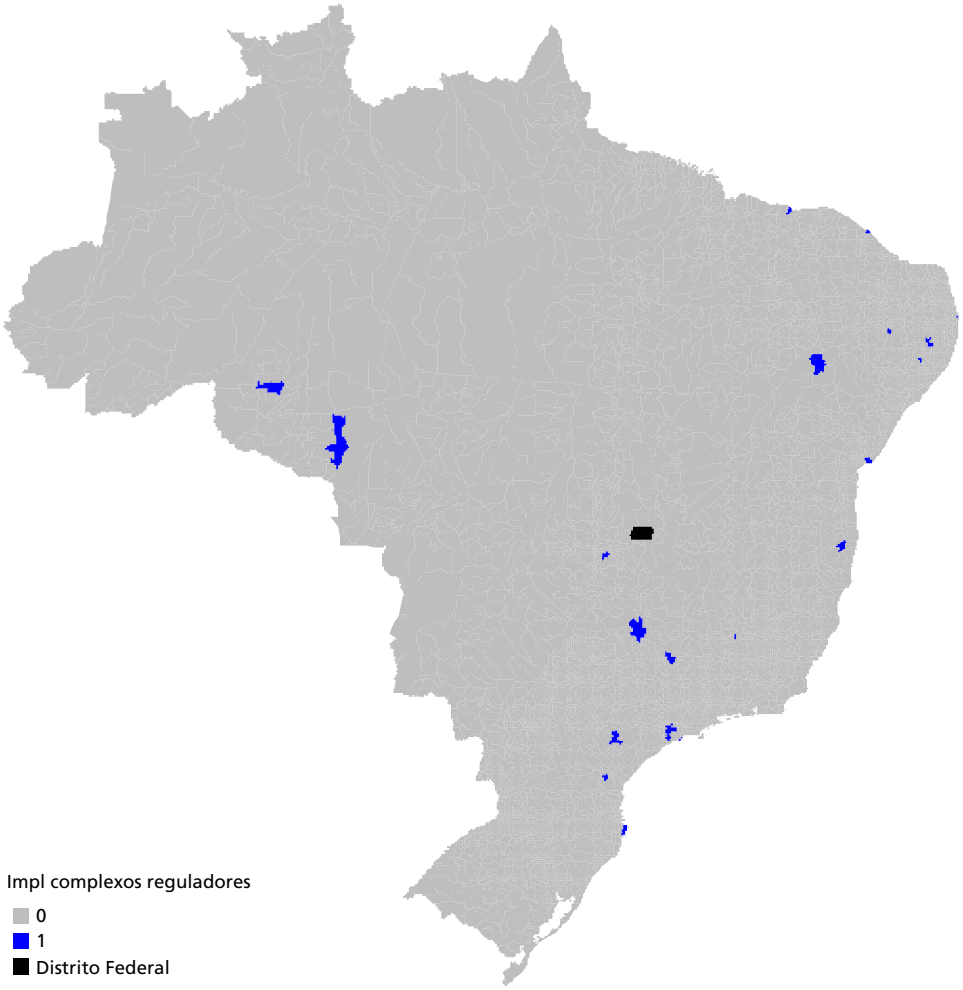
Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

FIGURA 11
Municípios que receberam incentivos à implantação do programa de qualificação da Raps (2015)



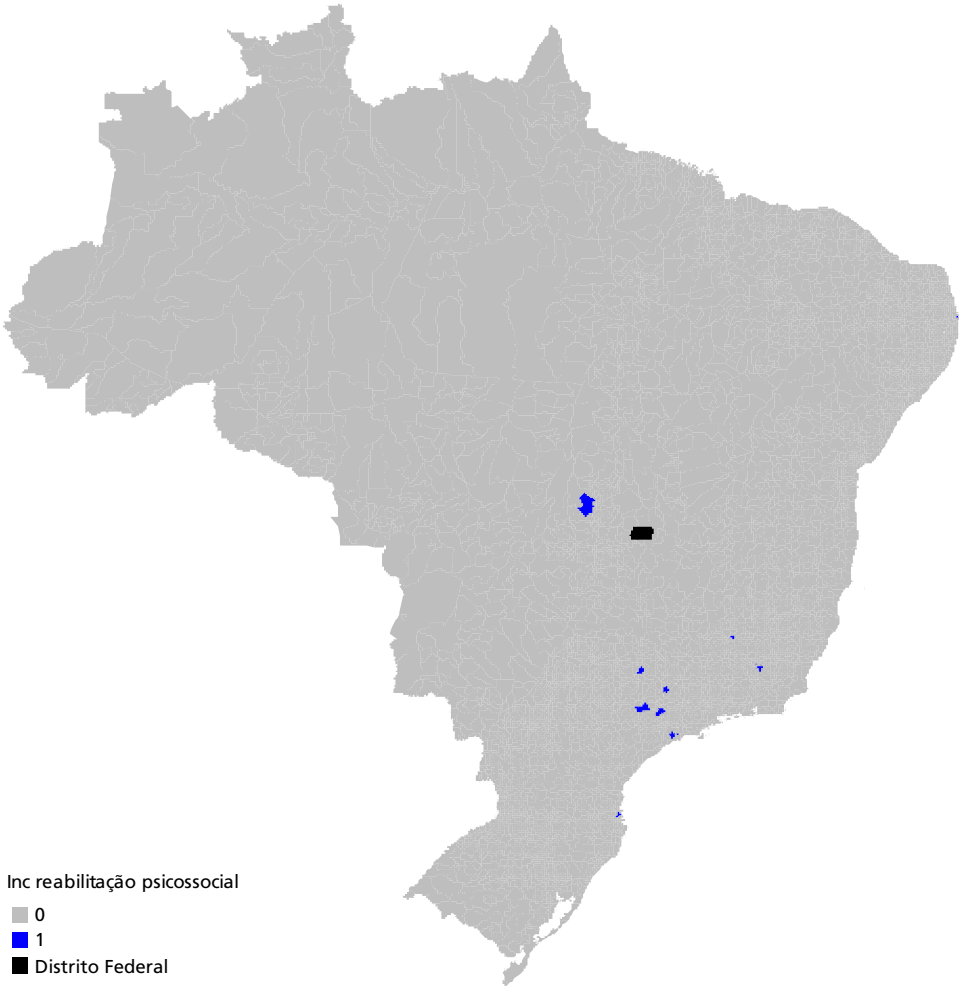
Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

FIGURA 12
Municípios que receberam incentivos à implantação de complexos reguladores (2015)



Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

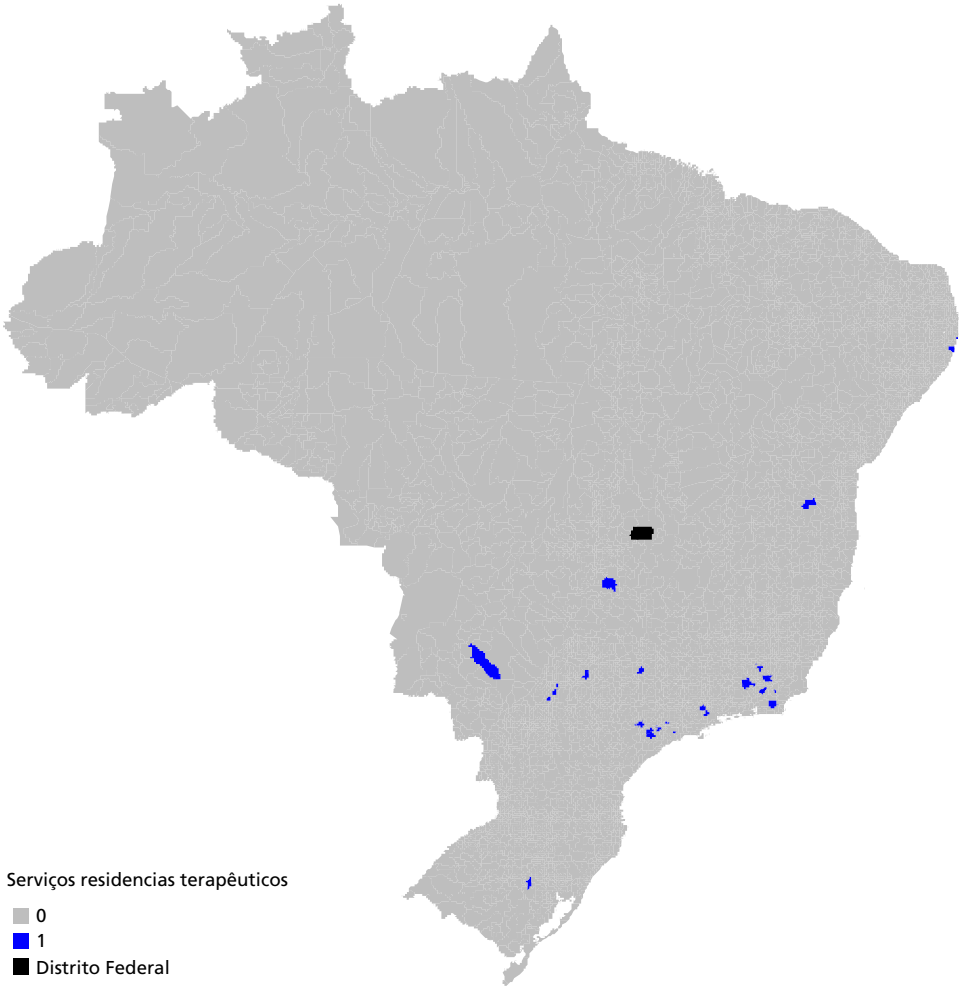
FIGURA 13
Municípios que receberam incentivos à reabilitação psicossocial (2015)



Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

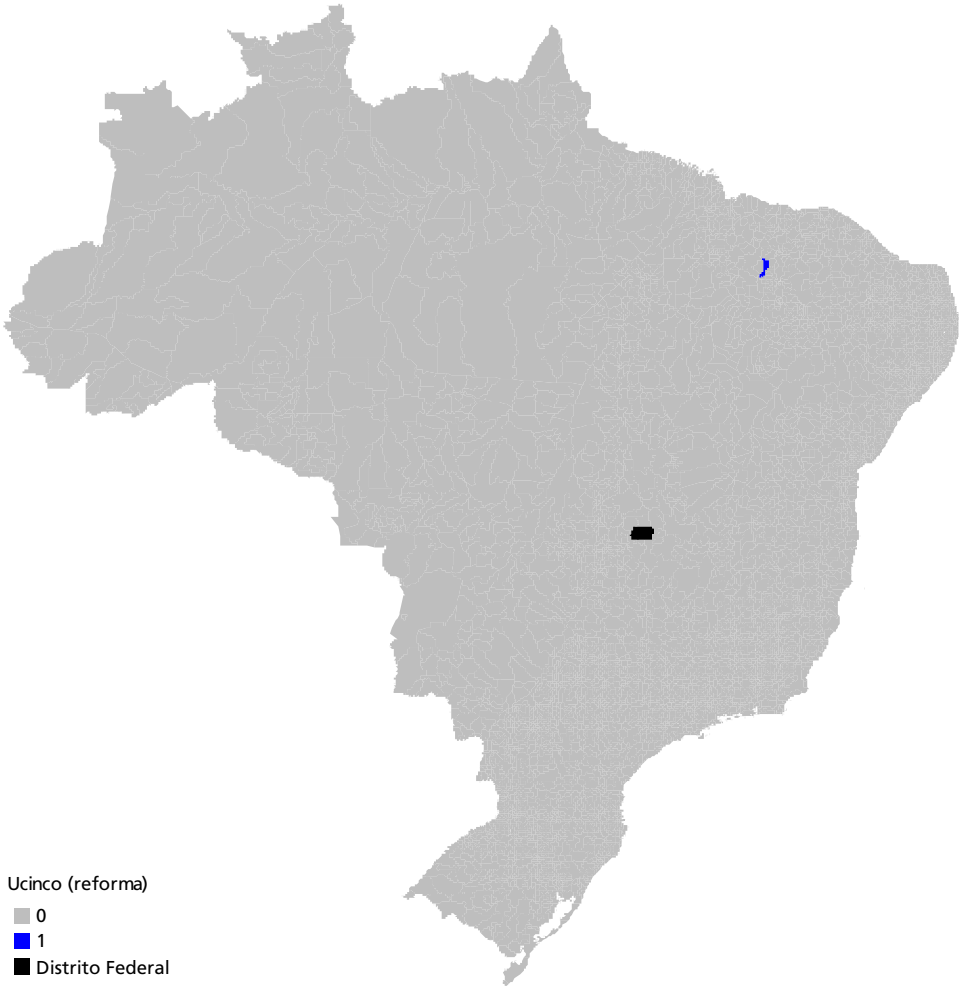
FIGURA 14

Municípios que receberam incentivos financeiros aos serviços residenciais terapêuticos (2015)



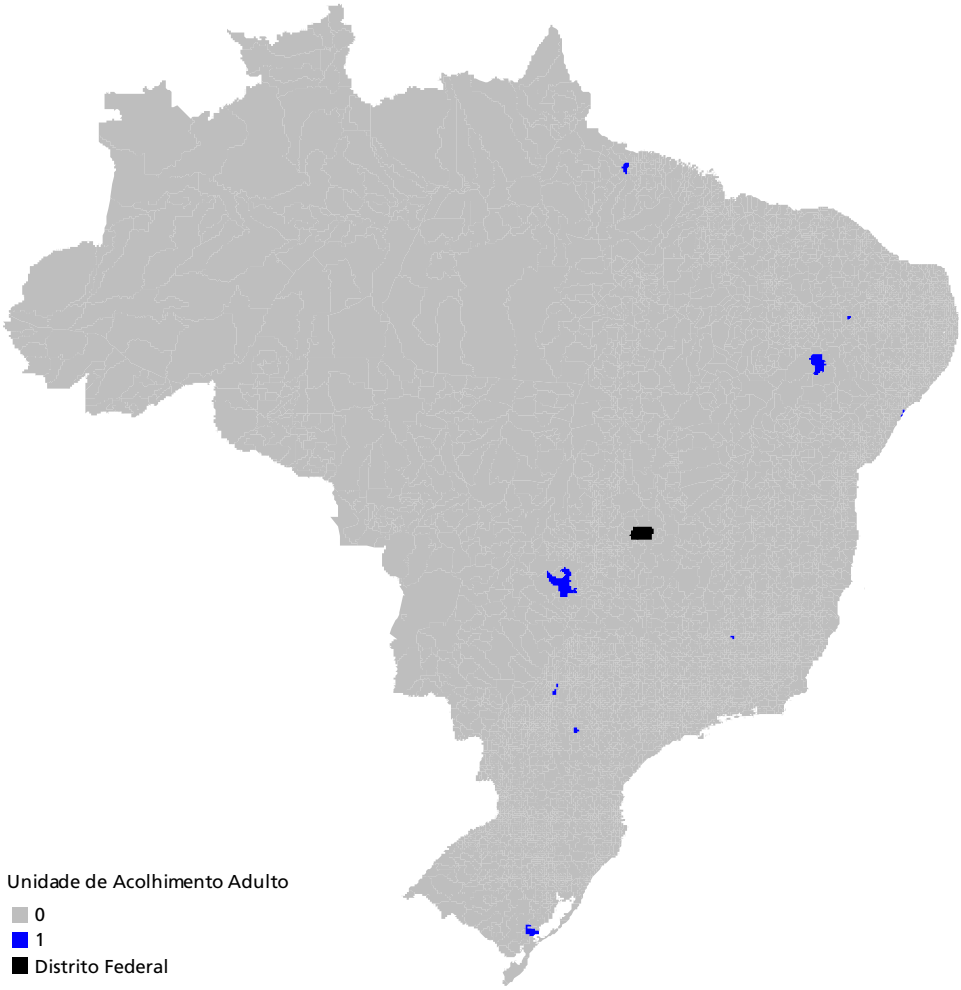
Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

FIGURA 15
Municípios que receberam repasses para reformas de Ucinco (2015)



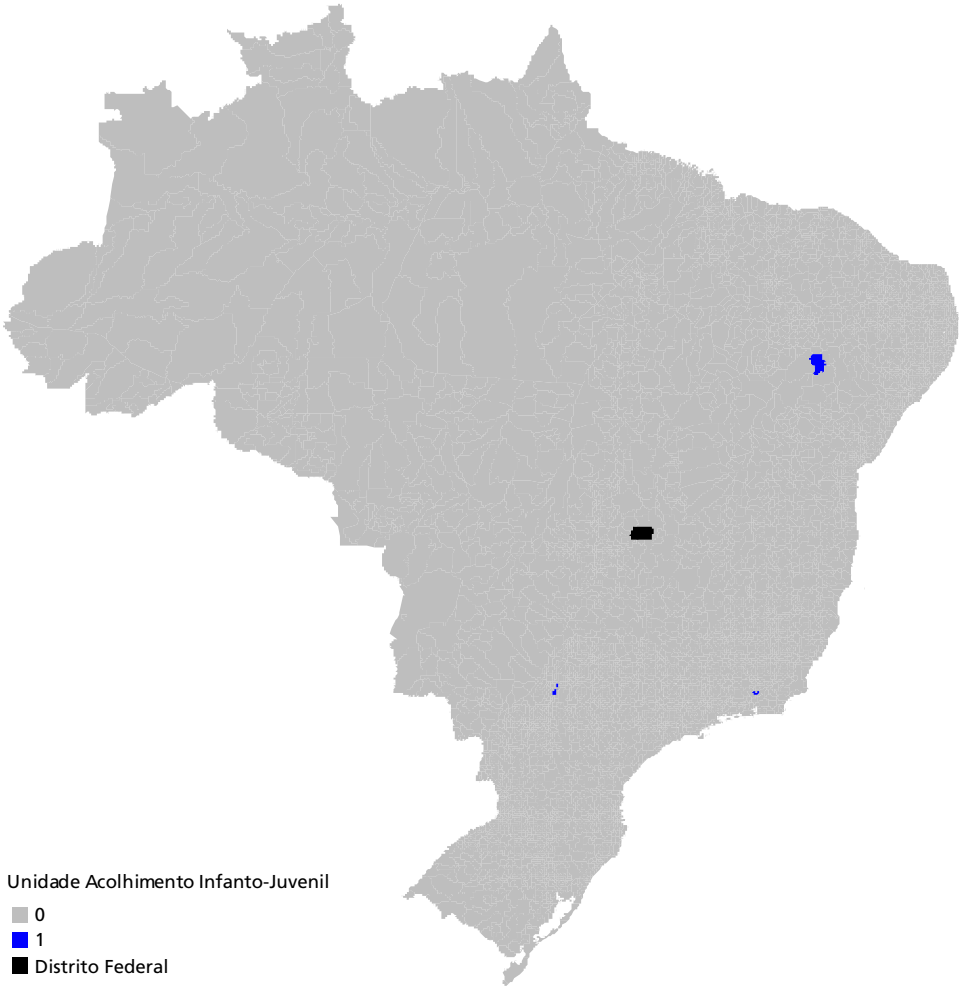
Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

FIGURA 16
Municípios que receberam repasses para UAAs (2015)



Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

FIGURA 17
Municípios que receberam repasses para UAIs (2015)



Fonte: FNS.
Elaboração dos autores.

4 ANÁLISE DE INDICADORES SELECIONADOS RELACIONADOS ÀS CAPACIDADES ADMINISTRATIVAS E FISCAIS DOS MUNICÍPIOS

A subseção 2.3 apresentou uma revisão de literatura sobre a gestão municipal da saúde. Esta seção tem por objetivo efetuar uma análise exploratória das capacidades administrativas em saúde dos municípios brasileiros com base em duas análises. A primeira foi feita com fundamento em indicadores selecionados para 2014. Analisou-se este ano por

ser aquele com as informações mais detalhadas sobre saúde na Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic), do IBGE. Além disso, 2014 é o segundo ano de mandato nas administrações municipais e, por força da legislação, o ano de formulação do Plano Plurianual (PPA) correspondente aos próximos quatro anos da gestão municipal.

A segunda análise foi desenvolvida com dados do Índice da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (Firjan) de Gestão Fiscal, por faixa de habitantes, ano-base 2016. Este indicador é composto por cinco variáveis: receita própria, gastos com pessoal, investimentos, liquidez e custo da dívida. Resultados inferiores a 0,4 ponto são classificados com o conceito D (gestão crítica); valores entre 0,4 e 0,6 ponto são classificados com o conceito C (gestão em dificuldade); resultados entre 0,6 e 0,8 ponto são classificados com o conceito B (boa gestão); e resultados superiores a 0,8 ponto são classificados com o conceito A (gestão de excelência). Foi desenvolvido um cruzamento entre os conceitos por faixa de tamanho da população dos municípios.

A tabela 9 apresenta as estatísticas descritivas para as variáveis referentes a capacidades administrativas.

TABELA 9
Estatísticas descritivas de variáveis relacionadas às capacidades administrativas por número de municípios (2014)

Variável	Fonte	Não	Sim
Municípios com auditoria implantada até 2014	Tabnet (Datasus)	5.515	49
Municípios com ouvidoria implantada até 2014	Tabnet (Datasus)	3.908	1.656
Municípios com envio de Plano Municipal de Saúde (PMS) ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) – ou atualização no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (Sargsus)	Tabnet (Datasus)	2.377	3.187
Municípios com CMS cadastrado no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs) até 2013	Tabnet (Datasus)	1.651	3.913
Municípios com CMS Deliberativo[1]	Munic (IBGE)	563	5.001
Municípios com CMS Consultivo[1]	Munic (IBGE)	2.265	3.299
Municípios com CMS Normativo[1]	Munic (IBGE)	2.980	2.584
Municípios com CMS Fiscalizador[1]	Munic (IBGE)	1.244	4.320
Municípios que realizaram alimentações no Banco de Preços da Saúde (BPS)[2]	Tabnet (Datasus)	5.411	153
Número de municípios que entregaram informações do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) nos seis bimestres	Siops	297	5.267

Fontes: Tabnet (Ministério da Saúde) e Munic (IBGE).
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Categorias levantadas pela Munic (IBGE).
[2] A Resolução nº 18 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 20 de junho de 2017, tornou obrigatório o envio de informações para alimentação do BPS a partir de 1º de dezembro de 2017.

Os dados da tabela mostram alguns dados interessantes. Em primeiro lugar, o número de municípios com auditoria implantada, ou que alimentavam o BPS em 2014, era muito reduzido. Apenas 30% dos municípios possuíam ouvidoria implantada no mesmo ano. Ao fim do segundo ano de mandato, menos de 60% dos municípios haviam encaminhado o PMS ao CMS.

A proposta de mudança da mecânica de transferências federais aos municípios e estados, anunciada pela Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) e mencionada na introdução deste trabalho, prevê repasses em apenas duas modalidades, custeio e investimento, e procura valorizar um processo de "planejamento ascendente". Este planejamento vai de encontro ao percentual relativamente reduzido de municípios que enviaram o PMS ao CMS ao fim do segundo ano de mandato dos prefeitos.[7]

A tabela 10 apresenta o cruzamento dos níveis de excelência do Índice Firjan de Gestão Fiscal por faixas de tamanho da população dos municípios.

TABELA 10
Distribuição dos municípios (por faixa de número de habitantes) conforme excelência da gestão fiscal segundo Índice Firjan de Gestão Fiscal (2016)
(Em %)

Número de habitantes	Gestão crítica	Gestão em dificuldade	Boa gestão	Excelência
Até 5.000	22,8	63,0	14,0	0,2
De 5.001 até 10.000	28,4	60,7	10,7	0,2
De 10.001 até 20.000	32,9	56,1	10,8	0,3
De 20.001 até 50.000	32,0	52,4	15,2	0,3
De 50.001 até 100.000	30,4	53,5	16,1	0,0
De 100.001 até 500.000	18,1	51,2	29,3	1,4
Maior que 500.000	15,4	51,3	33,3	0,0

Fontes: Firjan e Munic (IBGE).
Elaboração dos autores.
Obs.: Amostra de 4.544 municípios.

É possível observar que, em todas as faixas de tamanho da população, é residual o percentual de municípios com excelência de gestão fiscal. No que diz respeito à boa gestão fiscal, destacam-se os municípios com mais de 100 mil habitantes. Mais da metade dos municípios de todas as faixas de tamanho apresentam dificuldade em sua

7. Para o plano ser enviado ao Ministério da Saúde, deve passar pelo CMS.

gestão fiscal. Finalmente, os maiores percentuais de municípios com gestão crítica de sua situação fiscal se encontram nos municípios entre 5 mil e 100 mil habitantes, com melhores resultados para os municípios com mais de 100 mil habitantes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do bloco de gestão do Fundo Nacional de Saúde em nível de ações/serviços/estratégia indica, como um primeiro destaque, que há grande número de ações relacionadas à atenção psicossocial, o que está previsto no componente de implantação de ações e serviços de saúde do bloco. O segundo destaque é que há um grande número de ações com reduzido número de municípios beneficiados e/ou valores pouco expressivos. O terceiro ponto é que há poucas ações que o senso comum identificaria como de gestão, sendo um desses poucos exemplos o incentivo à implantação ou implementação de complexos reguladores, que não se destaca dentre as ações com apoio mais expressivo em número de benefícios. Do total de 28 ações, apenas sete dizem respeito ao componente de qualificação. Finalmente, no período 2013 a 2016, a ação mais espalhada geograficamente é o Programa de Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição.

As ações com maior valor total foram estas: Programa de Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN); implantação de complexos reguladores; e Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde (custeio). Por sua vez, as ações com maiores valores médios (razão do valor total pela quantidade de municípios) foram estas: implantação de complexos reguladores; desenvolvimento do Cartão Nacional de Saúde; e Prêmio Inova SUS, sendo que essas três beneficiaram um número reduzido de municípios.

A análise no nível dos componentes do bloco de gestão reforça a análise dos parágrafos anteriores. Para três dos quatro anos analisados, houve um equilíbrio em termos de distribuição dos recursos entre os dois componentes, sendo que no primeiro ano os repasses para a qualificação da gestão do SUS até superaram 50%. Entretanto, o percentual de municípios que receberam repasses para a qualificação é muito inferior ao percentual daqueles que receberam transferências para o componente implantação de ações e serviços de saúde, em todos anos.

O espalhamento geográfico das ações do bloco de gestão se dá em maior grau por conta do componente de implantação de ações e serviços de saúde, mais do que por meio do componente de qualificação da gestão do SUS. Não obstante a relevância dos programas de atendimento psicossocial e de alimentação e nutrição, parece pertinente o desenvolvimento de uma maior abrangência geográfica para as ações voltadas propriamente à qualificação da gestão municipal.

Dentre as contribuições do estudo, pode-se destacar a melhor compreensão do financiamento federal ao SUS, por meio da análise da destinação das transferências federais à saúde ao nível municipal (em um contexto de proposição de mudança do modelo dos blocos do FNS), especialmente no que diz respeito à dimensão espacial.

A proposta de mudança da mecânica de transferências federais aos municípios e estados, anunciada pela Comissão de Intergestores Tripartite e mencionada na introdução deste trabalho, prevê o fim dos seis blocos atuais e procura valorizar um processo de "planejamento ascendente", que se caracteriza como um desafio complexo em face do percentual relativamente reduzido de municípios que enviaram o Plano Municipal de Saúde ao Conselho Municipal de Saúde ao fim do segundo ano de mandato dos prefeitos. Segundo a Portaria MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, o plano de saúde observará os prazos do PPA, conforme definido nas leis orgânicas dos entes federados.

Por um lado, como não foi identificado outro estudo sobre as transferências do bloco de gestão do FNS destinadas aos municípios, trata-se de uma primeira abordagem sobre o assunto, que apresenta elementos para o aprofundamento da análise e para futuros estudos sobre as transferências federais e a gestão municipal em saúde. Por outro lado, o estudo contribui para a análise da equidade na distribuição das transferências federais na área da saúde, somando-se a outros autores, como Leite, Lima e De Vasconcelos (2012), Castro e Machado (2010) e Piola e Barros (2016).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. C.; MOTA, E. L. A.; FELISBERTO, E. Descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 861-873, 2015. Disponível em: <https://goo.gl/bFZ8gm>. Acesso em: 5 jan. 2018.

ARRETCHE, M. *et al*. **Capacidades administrativas dos municípios brasileiros para a política habitacional**. São Paulo: Secretaria Nacional de Habitação; Cebrap, 2012.

ATKINSON, S.; HARAN, D. Back to basics: does decentralization improve health system performance? Evidence from Ceará in north-east Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 11, p. 822-827, 2004.

AVELINO, G.; BARBERIA, L. G.; BIDERMAN, C. Governance in managing public health resources in Brazilian municipalities. **Health Policy and Planning**, v. 29, n. 6, p. 694-702, 2014. Disponível em: <https://goo.gl/f3moaz>. Acesso em: 5 jan. 2018.

BERRETTA, I. Q.; DE LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Assembleia Nacional Constituinte, 1988. Disponível em: <https://goo.gl/tlZrEt>. Acesso em: 5 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: MS, 2004.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: MS, 1997. Disponível em: <https://goo.gl/GnqhxS>. Acesso em: 5 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Manual de planejamento do SUS**. Brasília: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde; OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Financiamento público de saúde**. Brasília: MS, 2013. (Série ECOS Economia da Saúde para a Gestão do SUS).

CARNEIRO, R. Descentralização, hibridismo e o desafio da profissionalização da administração pública no Brasil. *In*: MENICUCCI, T.; GONTIJO. J. G. L. (Orgs.). **Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo**: tendências nacionais e internacionais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: regulação e financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010.

DE SETA, M. H.; DAIN, S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argu-

mentos para debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3307-3317, 2010.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F. L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. *In*: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. (Orgs). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; DE VASCONCELOS, C. M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1849-1856, 2012. Disponível em: <https://goo.gl/okSDYS>. Acesso em: 5 jan. 2018.

LIMA, L. D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 511-522, 2007.

LIMA, L. D.; ANDRADE, C. L. T. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2237-2248, 2009.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"? *In*: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. (Orgs). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

MENDES, A. O grande problema é a falta de dinheiro para o SUS, e não a forma de repasse desses recursos. **EPSJV/Fiocruz.br**, 17 fev. 2017. Disponível em: <https://goo.gl/2xTthg>. Acesso em: 25 out. 2017.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Ministério da Saúde; Opas, 2016.

OLIVEIRA, F. A. Fundef e saúde: duas experiências (virtuosas?) de descentralização. *In*: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. A. (Orgs). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil**: desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2003.

PINTO JUNIOR, V. L.; CERBINO NETO, J.; PENNA, G. O. The evolution of the federal funding policies for the public health surveillance component of Brazil's Unified Health System (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4841-4849, 2014. Disponível em: <https://goo.gl/1YNnBH>. Acesso em: 5 jan. 2018.

PIOLA, S. F. **Transferências de recursos federais do sistema único de saúde para estados, Distrito Federal e municípios**: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012. Brasília: Ipea, abril 2017. (Texto para Discussão, n. 2298).

PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Ministério da Saúde; Opas, 2016.

PRADO, S.; CAVALCANTI, C. E.; QUADROS, W. **Análise do sistema de partilha de recursos na federação brasileira**. São Paulo: Fundap, 1999.

REZENDE, F. Modernização tributária e federalismo fiscal. *In*: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. A. (Orgs). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil**: desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2003.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Federalismo e articulação intergovernamental: os conselhos de secretários estaduais. *In*: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. (Orgs). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

SANTOS, R. J. M.; LUIZ, V. R. Transferências federais no financiamento da descentralização. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Ministério da Saúde; Opas, 2016.

SCARATTI, D.; CALVO, M. C. M. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 446-455, 2012.

SILVEIRA, E. X. **Desvendando a informação e decisão na prática do secretário municipal de Saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

VARGAS, I. *et al*. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy and Planning**, v. 30, n. 6, p. 705-717, 2015. Disponível em: <https://goo.gl/ikqdpT>. Acesso em: 5 jan. 2018.

VIDOR, A. C.; FISHER, P. D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 24-30, 2011.

ANEXO

Seção V da Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007.

Do Bloco de Gestão do SUS

Art. 28. O bloco de financiamento de Gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema.

Art. 29. O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes:

I - Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e

II - Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde;

Parágrafo único. O detalhamento do financiamento das ações referentes a esses componentes, para 2007, encontra-se no Anexo II a esta Portaria.

Art. 30. O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:

I - regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento;

II - planejamento e orçamento;

III - programação;

IV - regionalização;

V - gestão do trabalho;

VI - educação em saúde;

VII - incentivo à participação e controle social;

VIII – informação e informática em saúde;

IX - estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e

X - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§1º A transferência dos recursos no âmbito deste Componente dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico e no Anexo II a esta Portaria, com incentivo específico para cada ação que integra o Componente.

Art. 31. O Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde inclui os incentivos atualmente designados:

I - implantação de Centros de Atenção Psicossocial;

II - qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;

III - implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;

IV - fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;

V - inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

VI - implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;

VII - implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu;

VIII - reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;

IX - implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;

X - adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e

XI - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

Parágrafo único. A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Assessoria de Imprensa e Comunicação

EDITORIAL

Coordenação
Cláudio Passos de Oliveira

Supervisão
Everson da Silva Moura
Leonardo Moreira Vallejo

Revisão
Ana Clara Escórcio Xavier
Camilla de Miranda Mariath Gomes
Clícia Silveira Rodrigues
Idalina Barbara de Castro
Olavo Mesquita de Carvalho
Regina Marta de Aguiar
Reginaldo da Silva Domingos
Hislla Suellen Moreira Ramalho (estagiária)
Lilian de Lima Gonçalves (estagiária)
Lynda Luanne Almeida Duarte (estagiária)
Luiz Gustavo Campos de Araújo Souza (estagiário)

Editoração
Aeromilson Trajano de Mesquita
Bernar José Vieira
Cristiano Ferreira de Araújo
Danilo Leite de Macedo Tavares
Herllyson da Silva Souza
Jeovah Herculano Szervinsk Junior
Leonardo Hideki Higa

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
Tel.: (61) 2026-5336
Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Composto em adobe garamond pro 12/16 (texto)
Frutiger 67 bold condensed (títulos, gráficos e tabelas)
Brasília-DF

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

BRASIL
GOVERNO FEDERAL

ISSN 1415-4765