

Jaccoud, Luciana de Barros; Vieira, Fabiola Sulpino

Working Paper

Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: Desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação

Texto para Discussão, No. 2399

Provided in Cooperation with:

Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

Suggested Citation: Jaccoud, Luciana de Barros; Vieira, Fabiola Sulpino (2018) : Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: Desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação, Texto para Discussão, No. 2399, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/211350>

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

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

Terms of use:

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

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

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

TEXTO PARA **DISCUSSÃO**

2399

**FEDERALISMO, INTEGRALIDADE
E AUTONOMIA NO SUS:
DESVINCULAÇÃO DA APLICAÇÃO
DE RECURSOS FEDERAIS E OS
DESAFIOS DA COORDENAÇÃO**

**Luciana Jaccoud
Fabiola Sulpino Vieira**



FEDERALISMO, INTEGRALIDADE E AUTONOMIA NO SUS: DESVINCULAÇÃO DA APLICAÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS E OS DESAFIOS DA COORDENAÇÃO¹

Luciana Jaccoud²

Fabiola Sulpino Vieira³

1. Este estudo constitui um dos produtos da pesquisa *Políticas Sociais em Contexto Federativo*.

2. Técnica de planejamento e pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.
E-mail: <luciana.jaccoud@ipea.gov.br>.

3. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail*: <fabiola.vieira@ipea.gov.br>.

**Ministério do Planejamento,
Desenvolvimento e Gestão**
Ministro Esteves Pedro Colnago Junior

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
Mylena Pinheiro Fiori

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

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

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

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério 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; H77; I18.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	7
2 O SUS E O DIREITO À SAÚDE: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES	9
3 DA MUNICIPALIZAÇÃO À REGIONALIZAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE	13
4 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO NO DEBATE DO SUS	18
5 CRÍTICAS AO PROCESSO DE INDUÇÃO E COORDENAÇÃO NO SUS	22
6 DESCENTRALIZAÇÃO, FEDERALISMO E DIREITO À SAÚDE: EVIDÊNCIAS DA LITERATURA.....	27
7 A PROPOSTA SUS LEGAL E SEUS POSSÍVEIS IMPACTOS.....	31
8 RECENTES ALTERAÇÕES NA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIO-FINANCEIRA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA 2018.....	39
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS	44
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	50
APÊNDICE A	51
APÊNDICE B	52
APÊNDICE C	53
ANEXO	55

SINOPSE

Com base nos princípios de universalidade e igualdade e na diretriz da integralidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) se constituiu como rede regionalizada e hierarquizada que reconhece a interdependência entre municípios e entre níveis de governo para garantir a oferta dos serviços. A União e os estados compartilham com os municípios as responsabilidades quanto à garantia do direito constitucional de acesso aos bens e serviços de saúde no país, ampliando a exigência de cooperação e coordenação das ações entre os três níveis de governo. Em um esforço de responder a essas questões, as relações intergovernamentais sofreram progressivas transformações desde a criação do sistema. Recentemente, em um contexto de redução do gasto social federal, ampliou-se a demanda por menor regulamentação da União, com adoção de alterações na forma de repasses dos recursos federais. Sob a luz da trajetória institucional das últimas três décadas, bem como da literatura sobre descentralização em saúde e sobre federalismo e políticas sociais, este *Texto para Discussão* se dedica a analisar a mudança ocorrida em 2017 sobre a forma como são feitos os repasses federais no SUS. Tendo em vista esses aportes, o estudo sublinha que os resultados da descentralização podem ser negativos para a eficiência na gestão e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Enfatiza-se, ainda, a relevância dos arranjos e mecanismos de coordenação para a melhoria do resultado da política de saúde e da efetividade na gestão dos sistemas. Analisando o quadro de agravamento do financiamento do SUS, com a provável redução da participação da União na alocação de recursos em saúde, em virtude do congelamento de sua aplicação mínima pela Emenda Constitucional nº 95, destaca-se o risco de transferência de maiores responsabilidades para estados e municípios, já premidos pelo subfinanciamento no setor. Como consequência da medida, pode-se enfrentar redução da capacidade de coordenação do sistema, perda de efetividade, aumento de competição e da fragmentação, além de crescimento da desigualdade de acesso aos bens e serviços de saúde no país.

Palavras-chave: gasto com saúde; saúde pública; descentralização; federalismo; relações intergovernamentais; financiamento da saúde.

ABSTRACT

Based on the principles of universality and equality and the guideline of integrality, the Brazilian Public Healthcare System, called Unified Health System (SUS), was constituted as a regionalized and hierarchical services network. There is the recognizing of interdependence between municipalities and between levels of government to guarantee the provision of services. The Union and the states share with the municipalities the responsibility for guaranteeing the constitutional right of access to health goods and services in the country, increasing the requirement for actions cooperation and coordination between the three levels of government. To respond to these questions, intergovernmental relations have undergone progressive transformations since the creation of the system. Recently, in a context of reducing federal social spending, the demand for lesser Union regulation has increased, with changes in federal funds allocation. In the light of the institutional trajectory of the last three decades, as well as the literature on decentralization in health and federalism and social policies, the text has the aim of analyzing the change occurred in 2017 in the form of federal transfers in the SUS. Considering these contributions, the study stresses that the results of decentralization may be negative for efficiency in management and for equity in access to health services. It also emphasizes the relevance of coordination arrangements and mechanisms to improve the health policy outcome and effectiveness in system management. Analyzing the worsening of the financing of the SUS, with a probable reduction of the participation of the Union in the allocation of health resources due to the freezing of its minimum application by EC 95, the study points to the risk of transferring greater responsibilities to states and municipalities, already undermined by underfunding in the health area. Consequently, this changing can cause a reduction in the coordination capacity of the system, a loss of effectiveness, an increase in competition and fragmentation, and an increase in the inequality of access to health goods and services in the country.

Keywords: health expenditure; public health; decentralization; federalism; intergovernmental relations; healthcare financing.

1 INTRODUÇÃO

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui tema recorrente na agenda de gestores, técnicos e pesquisadores da saúde desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988). Discutem-se, especialmente, a garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento, a participação de cada esfera de governo na alocação desses recursos, o rateio e as formas de repasse dos recursos federais para os demais entes da Federação. Qualquer que seja a perspectiva, macro (por exemplo, sobre as fontes, o montante mínimo de recursos e as obrigações de cada ente federado) ou micro (sobre como esses recursos são alocados dentro do sistema por esfera de governo, políticas, programas e serviços de saúde), trata-se de um debate que depende da consideração de questões e peculiaridades do federalismo brasileiro.

A Federação brasileira é singular por sua extensão e pelo grau de autonomia dos seus membros. É composta pela União, 26 estados, o Distrito Federal e por 5.568 municípios,¹ totalizando 5.596 entes federados autônomos política e administrativamente, muito diversos em tamanho de população, desenvolvimento socioeconômico e capacidades estatais. Além dos desafios inerentes ao modelo federalista, à implementação de uma política nacional e à garantia de direitos, no campo da saúde, a CF/1988 determina a atuação conjunta de todos os entes, estabelecendo responsabilidades solidárias quanto à garantia de acesso aos bens e serviços de saúde em todo o território nacional, de forma universal, igualitária e integral. Isso impõe um grande desafio de coordenação dos esforços na Federação, em relação à União e aos estados, além de exigir expressivo empenho de colaboração entre os municípios.

Alguns mecanismos de coordenação intergovernamentais foram instituídos no SUS desde a sua criação, como o estabelecimento de responsabilidades compartilhadas na condução de determinada política ou gestão de serviços; a criação de instâncias e de instrumentos para a pactuação dessas responsabilidades; e o repasse de recursos federais e estaduais de forma vinculada aos municípios, que são os principais executores de ações e serviços de saúde. Entre esses mecanismos, as transferências de recursos

1. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) totaliza 5.570 municípios para efeitos de contagem de população, incluindo Brasília e Fernando de Noronha. Brasília, contudo, é integrante do Distrito Federal e não possui autonomia político-administrativa, e Fernando de Noronha é um distrito vinculado ao estado de Pernambuco.

vinculados a aplicações específicas cumpriram papel central ao longo desses quase trinta anos de existência do sistema.² Favoreceram ou promoveram a organização e a implementação de políticas nacionais bem-sucedidas, a exemplo da Estratégia Saúde da Família, do Programa Nacional de Imunizações e do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, que passaram a ser executadas a partir de 1996. A coordenação expressa o reconhecimento da interdependência entre os três níveis de governo para alcançar os objetivos fixados nacionalmente, bem como a necessidade de assegurar convergência, reduzir desigualdades regionais e garantir resultados social e institucionalmente consistentes.

Apesar do progresso no debate público sobre a relevância dos mecanismos de coordenação do SUS, bem como das alternativas ao seu aperfeiçoamento, em 2017, os gestores do sistema, representados pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), propuseram e têm defendido a total desvinculação dos repasses federais a aplicações específicas (políticas, programas e serviços de saúde), sob o argumento de que essa medida contribuiria para a melhoria da eficiência no sistema e seria condição para o respeito à autonomia municipal e fim da tutela da União na área da saúde. Essa proposta foi chamada de SUS Legal. A desvinculação total pretendida não foi implementada, uma vez que permanecem vinculações de aplicações de recursos em consonância com o orçamento federal.³ Foi permitida, porém, maior flexibilidade no uso dos recursos durante o exercício financeiro, e continua ativa a mobilização em prol da reforma proposta em 2017.

2. Na literatura nacional sobre transferências de recursos federais no SUS, é recorrente o uso do termo transferências condicionadas para se referir aos recursos que são transferidos a estados e municípios mediante cumprimento de determinadas exigências por parte do ente que recebe os repasses. Por exemplo, recursos que são repassados de acordo com o número de equipes da Estratégia Saúde da Família. Há a exigência de que o ente mantenha a equipe ativa e com a composição de profissionais definida no programa para fazer jus ao recebimento do repasse. Neste texto, preferimos adotar o termo mais geral, transferências vinculadas, ainda que não exista uma definição formal para ele. Há pelo menos dois níveis de vinculação dos recursos na área da saúde. Primeiro, a vinculação de parte das receitas arrecadadas pelo ente federado para financiamento de despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS); e segundo, a vinculação de transferências de recursos, no âmbito do SUS, de um ente federado para outro, para financiamento de determinadas despesas. Por transferências vinculadas, estamos nos referindo aos repasses de recursos que estão vinculados a aplicações específicas, cujo recebimento pode ou não estar condicionado. Na atenção básica, por exemplo, havia o Piso Fixo da Atenção Básica, ao qual todos os municípios faziam jus, independentemente do cumprimento de determinadas condições, assim como há os repasses relativos ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Dessa forma, toda transferência condicionada é vinculada, mas nem toda transferência vinculada é condicionada.

3. Conforme o estabelecido pela Portaria do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017.

Nesse contexto, é importante lembrar que a necessidade de arranjos regionalizados de gestão se impõe para garantir a integralidade do atendimento aos cidadãos, seja devido à concentração territorial dos serviços ou às desigualdades entre os municípios. A descentralização não tem sido reconhecida pela literatura como sinônimo de melhoria da capacidade de gestão em saúde, ainda que, no caso brasileiro, tenha se observado progressiva qualificação da gestão e crescente relevância dos estados e municípios na oferta e gestão da política de saúde, com os processos de descentralização e regionalização. Além disso, a União e os estados compartilham com os municípios as responsabilidades quanto à garantia do direito constitucional de acesso aos bens e serviços de saúde no país, ampliando a exigência de cooperação e coordenação das ações.

Como contribuição a esse debate, este texto tem por objetivos consolidar evidências sobre as relações federativas e seus impactos sobre a implementação de políticas públicas com foco na saúde e na experiência do SUS; e discutir as possíveis consequências de uma ampla desvinculação dos repasses federais a aplicações específicas (políticas, programas e serviços) para a efetividade do sistema e para a garantia de acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde no Brasil. Para tanto, ele é apresentado em oito seções após esta breve introdução. Na segunda seção, abordam-se os princípios e as diretrizes que orientam a organização do SUS e a garantia do direito à saúde no país. Na seção seguinte, aprofunda-se a discussão sobre a necessidade da regionalização da oferta de ações e serviços como meio para assegurar a integralidade da atenção à saúde. Apresenta-se, na sequência, o debate no SUS sobre a descentralização e a regionalização. Na quinta seção, as críticas ao processo de indução e coordenação no sistema. As evidências sobre a relação entre descentralização, federalismo e direito à saúde são sintetizadas na sexta seção e, na seção subsequente, apresenta-se a proposta SUS Legal e discutem-se os possíveis impactos da desvinculação dos repasses federais. Na oitava seção, as recentes alterações na execução orçamentário-financeira do Ministério da Saúde são analisadas e, ao final, algumas considerações são feitas a título de síntese sobre os riscos da mudança proposta para o futuro do SUS como sistema único de saúde.

2 O SUS E O DIREITO À SAÚDE: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

No Brasil, a CF/1988 apontou para a autonomia político-administrativa dos entes da Federação, mas estabeleceu ao mesmo tempo a atuação conjunta e coordenada, em lógica

sistêmica para a implementação da política de saúde. Assim, a saúde foi reconhecida como direito de cidadania a ser garantido pelo Estado, tendo por princípios o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Como um dos meios para garantir esse direito,⁴ o SUS foi criado para se constituir como rede regionalizada e hierarquizada que articula serviços oferecidos por estabelecimentos públicos, vinculados a diferentes entes da Federação, e privados, que atuam de forma complementar e são contratados por esses entes, observando-se as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (Brasil, 1988).

No tocante à diretriz de descentralização em saúde, o texto constitucional acolhe a municipalização das ações e serviços (Dallari, 1992). Isso não significa, entretanto, que os municípios são completamente autônomos para definir e implementar as políticas de saúde em seu território, pois na prática, se assim fosse, seria possível ter até 5.569 sistemas de saúde e não um sistema único, no qual princípios e diretrizes são compartilhados e assegurados por todos os entes da Federação. Ainda que se desconsiderem as questões econômicas, relativas à perda de eficiência com esse modelo, um problema relevante é que esses sistemas teriam capacidades muito variadas para prover serviços para a população. Portanto, compreendida dessa maneira, a diretriz de descentralização se oporia ao princípio de igualdade de acesso, violando-o já de início, pois o acesso aos serviços de saúde de cada brasileiro ocorreria de acordo com a disponibilidade dos mesmos no seu município de residência. Por isso, paralelamente à diretriz de descentralização das ações e serviços de saúde, a CF/1988 estabeleceu a conduta de atendimento integral, a ser garantida por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada.

Importante destacar a centralidade que detém o conceito de integralidade do atendimento ou da assistência à saúde, tal como expresso na Constituição e em outros dispositivos legais do SUS. A integralidade como diretriz do sistema diz respeito ao atendimento dos indivíduos, segundo as suas necessidades, nos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde, que estão organizados em atenção primária

4. Diz-se que o SUS é um dos meios para se garantir o direito à saúde no Brasil, porque a CF/1988 reconhece que o acesso aos serviços de saúde não é suficiente para garantir seu alcance. Segundo o art. 196, esse direito deve ser assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Posteriormente, a Lei nº 8.080, de 1990, explicitou entre os determinantes e condicionantes da saúde, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

(ou básica, como se diz no Brasil), de média e alta complexidade, incluindo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990).

Nessa mesma direção, mas aplicando esse significado à dinâmica de funcionamento do SUS, Mattos (2009) sustenta que a efetivação da integralidade é um objetivo, sinalizando o horizonte desejável, e que a ela podem ser associados três conjuntos de sentidos: *i*) o das práticas dos profissionais de saúde, que traduz a preocupação em discernir as necessidades dos usuários seja em prevenção ou naquilo que os levam à procura dos serviços de saúde; *ii*) o da organização dos serviços e das práticas de saúde, que devem estar prontos para articular as ações de prevenção e assistência, além de ordenar os processos de trabalho (articulação entre demanda espontânea e demanda programada) a partir de uma apreensão ampliada das necessidades da população; e *iii*) o da implementação de respostas governamentais a certos problemas de saúde ou às necessidades de grupos específicos, incorporando ações voltadas para prevenção e assistência.

Ao se analisar a capacidade de oferta pelos municípios brasileiros, pode-se observar que a maioria deles não teria, em seu território, serviços que garantissem o atendimento de sua população nesses três níveis de complexidade, mesmo que contratasse toda a oferta disponível no setor privado de saúde. Tampouco seria eficiente e factível investir recursos públicos a fim de que a oferta desses serviços fosse assegurada em cada município. Não por outra razão, o desenho do SUS é o de uma rede de serviços organizados de forma regionalizada e hierarquizada, o que pressupõe a articulação entre os municípios, os estados e a União.

Além da determinação para atuação coordenada dos entes da Federação para o funcionamento do SUS, expressa no art. 198, a CF/1988 não deixa dúvidas de que, nesse campo, a autonomia dos municípios e dos estados não é absoluta, uma vez que o cuidado com a saúde foi incluído no rol de competências comuns das três esferas de governo (art. 23) e que a prestação desse tipo de serviço à população pelos municípios deve se dar com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados (art. 30). A competência comum não implica deveres e atribuições iguais, os quais são estabelecidos em legislação infraconstitucional, como a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 1990), que confere à União a competência de coordenação nacional do SUS, e o Decreto nº 7.508, de 2011, que regulamenta a referida lei (Asensi, 2016).

Além disso, segundo Weichert (2004), a concretização da competência material em saúde pelos entes da Federação deve observar as regras próprias do SUS, reafirmando o fato de que, em matéria de saúde, inexistia autonomia irrestrita dos entes.

Dessa forma, a descentralização implica municipalização das ações e dos serviços de saúde,⁵ mas conjugada à diretriz de integralidade em uma rede regionalizada e hierarquizada. Isso leva à conclusão de que: *i)* os municípios são os principais atores na execução de ações e serviços de saúde; *ii)* municípios menores devem contar com a cooperação dos municípios com maior capacidade de oferta; *iii)* a articulação entre municípios pressupõe o planejamento regional, cabendo aos estados coordenar a conformação dessas redes, em parceria com a União, ambos cooperando técnica e financeiramente com os municípios; e *iv)* essa cooperação é imprescindível à garantia da integralidade e da igualdade no acesso às ações e aos serviços, sendo, por conseguinte, essencial para que esse componente do direito à saúde seja assegurado no território nacional.⁶

Visando atender aos desafios da integralidade e da regionalização, as relações intergovernamentais sofreram progressiva transformação desde que a carta constitucional acolheu uma ampla responsabilidade pública face aos direitos sociais, ao mesmo tempo em que respondia positivamente à demanda por descentralização e dotava os municípios de maior autonomia fiscal e maior responsabilidade pela prestação dos serviços sociais. Assim, sob a crítica ao modelo centralizado de gestão em saúde, a Constituição acolheu a responsabilidade municipal pela execução. Afirmando os princípios de universalidade e integralidade da atenção, o texto constitucional também apontou, contudo, para a necessidade de integração e cooperação entre os três níveis de governo sob a égide do SUS. Portanto, o pacto do SUS é pela universalização e a integralidade, pressupondo a regionalização, a articulação e a coordenação de ações entre os três níveis de governo.

5. Esse sentido é reforçado na Lei nº 8.080, de 1990, que determina aos estados a promoção da descentralização para os municípios das ações e dos serviços de saúde e, aos municípios, planejamento, organização, controle, avaliação, gestão e execução dessas ações e serviços.

6. As competências de cada ente da Federação na gestão do SUS foram definidas por meio da Lei nº 8.080, de 1990. Entre atribuições estabelecidas para a União, consta a de definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade em saúde, de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária. No caso dos estados, destaca-se acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS. No tocante à conformação das redes regionalizadas e hierarquizadas, cabe aos municípios participar do seu planejamento, programação e organização em articulação com sua direção estadual.

3 DA MUNICIPALIZAÇÃO À REGIONALIZAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

A descentralização e a regionalização constam igualmente da Constituição Federal como diretrizes do SUS, sendo necessário que ambas sejam operadas simultaneamente para a efetividade do sistema de saúde. Entretanto, a atuação do movimento municipalista na Constituinte de 1988 e nos anos que se seguiram à promulgação da Constituição fez com que maior foco fosse dado à descentralização da União em direção aos municípios, em detrimento do processo de regionalização da atenção à saúde (Abrucio, 2005). A tensão entre as duas diretrizes constitucionais foi agravada, porque o planejamento regional não foi articulado aos processos de regionalização e porque as propostas nesse sentido só tiveram início após vários ciclos de descentralização que tiveram os municípios como prioridade (Lima e Viana, 2011).

Segundo Arretche (2002; 2004), a agenda de reformas do governo federal na década de 1990 teve como elemento central a descentralização. Segundo a autora, a opção constitucional pela descentralização fiscal, em conjunto com a determinação de competências concorrentes (em que os entes federados nos três níveis de governo têm a competência, mas não a obrigação de implementar as ofertas em políticas sociais), não teria consequências automáticas na ampliação das responsabilidades ou das ofertas sociais por parte dos municípios. No caso da saúde, o crescimento das ofertas de serviços pelos municípios respondeu aos incentivos do Ministério da Saúde e, “deste ponto de vista, a reforma na área da saúde foi um sucesso. Em 2000, 99% dos municípios estavam habilitados junto ao SUS, aceitando, assim, as normas da política de descentralização do governo federal” (Arretche, 2002, p. 446). Realmente, naquela década, os municípios aderiram em peso a programas implementados a partir da dinâmica de indução federal, como foi o caso da Estratégia Saúde da Família e do Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids.

Ainda nos anos 1990, a tendência municipalista, aprofundada pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1993, foi refreada com a NOB de 1996, cujo diagnóstico apontava a necessidade de enfrentar o risco à “atomização desordenada” dos sistemas municipais. A resposta apresentada pela nova norma foi incentivar a pactuação intermunicipal, por meio da criação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e do

planejamento ascendente. A NOB de 1996, contudo, continuava ancorando o SUS nas decisões locais (Machado, 2007, p. 51-52).

A experiência de descentralização da década de 1990 ampliou a autonomia dos governos municipais e se, possivelmente, produziu “melhor adaptação a necessidades locais”, teve efeitos sobre “a elevação generalizada do gasto acompanhada de superposição e de dispersão das ações” (Arretche, 2004, p. 20). Analisando o mesmo período, Machado (2007, p. 26) aponta a fragmentação da gestão setorial, seguida de “comportamentos predatórios e não cooperativos entre entes municipais”. Estudos sobre o período observaram que a ampliação da autonomia dos municípios gerou externalidades e, em consequência, comportamentos de autodefesa, num ciclo que não favoreceu a cooperação, mas, ao contrário, resvalou em ineficiências econômicas, superposição de ações, perdas de qualidade sistêmicas e desigualdades territoriais (Mendes, 2001; Machado, 2007).⁷

As avaliações sobre o processo de descentralização dos anos 1990 indicam, ainda, que não houve avanço quanto à integralidade. Ao contrário, a descentralização, feita com base na municipalização, induziu à baixa capacidade de associação e solidariedade entre os entes da Federação, a despeito de o desenho do sistema prever a integração dos municípios em um sistema único. Na prática, a municipalização por si só pode ser causa de iniquidade no acesso a serviços de saúde, em razão das desigualdades de oferta e de qualidade entre os municípios e entre as grandes regiões do país. Além disso, sem a regionalização da oferta e da coordenação do SUS nas três esferas, a autonomia absoluta dos municípios se choca com as recomendações das conferências de saúde, dificulta a garantia da atenção integral à saúde e inviabiliza um sistema público e universal de saúde (Santos, 2006; Santos, 2012).

Ao final dos anos 1990, início dos anos 2000, ficou claro que, face ao objetivo da integralidade, a municipalização não poderia ser o caminho. As pactuações federativas estabeleceram prioridade ao processo de regionalização, entendido como estratégia de

7. Entre as evidências empíricas desse processo, destaca-se a expansão de hospitais públicos de pequeno porte com baixa taxa de ocupação, enquanto se aprofundava a carência de serviços de alta complexidade. De um lado, a ociosidade de certos serviços. Do outro, o “fechamento de fronteiras” e o cerceamento do acesso ao ingresso de pacientes de outros municípios. Ambos exemplificam o quadro de fragmentação e o comportamento predatório observado no período. Ver Mendes (2001), Campos (2001) e Machado (2007).

hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade (Brasil, 2002). Nesse sentido, destacaram-se a publicação, em 2002, da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e, em 2006, do Pacto pela Saúde, que, entre outras disposições, avançaram na definição da responsabilidade sanitária de cada ente da Federação e no estabelecimento de diretrizes para a criação de redes de ações e serviços de saúde hierarquizadas e regionalizadas (Brasil, 2006).

A partir da publicação da NOAS, a regionalização foi adotada como uma diretriz crucial para a efetividade do SUS. Instituiu-se a chamada região de saúde, recorte territorial que tem por base o agrupamento de municípios vizinhos, “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, 2011). E a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que se trata do “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescentes, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (Brasil, 2011). Ampliaram-se os instrumentos de gestão regional com a criação dos planos diretores de regionalização e dos colegiados de gestão regional, que incrementaram rapidamente a sua presença a partir de 2002. As regiões de saúde foram fortalecidas, passando a contar com instituições de governança que pudessem atuar na avaliação sistemática das necessidades regionais de saúde e na estruturação de uma rede de serviços e ofertas. Enfatizando a necessidade de cooperação e articulação intergovernamental e ampliando as funções dos entes subnacionais, esse movimento representou uma efetiva inflexão das relações federativas do SUS (Lima *et al.*, 2012a, p. 1906).

Em 2011, com o objetivo de melhor explicitar as responsabilidades dos entes da Federação na oferta das ações e dos serviços de saúde, foi proposta a celebração do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap). Estabeleceu-se que as regiões de saúde precisam garantir minimamente ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Além disso, ficou estabelecido também que as RAS devem ser constituídas em uma ou mais regiões de saúde, em consonância com diretrizes pactuadas pelos gestores do SUS (Brasil, 2011). A demanda pela recuperação da capacidade regulatória, pelo aprofundamento e aperfeiçoamento dos mecanismos de coordenação do sistema público se ampliaram. Buscou-se, por meio da regionalização,

aprimorar a institucionalidade do SUS, visando novos patamares de colaboração e de coordenação no sistema, observando-se melhoras na distribuição regional de serviços de média e alta complexidade e ampliação dos serviços de atenção básica no período de 2000 a 2016 (Albuquerque *et al.*, 2017).

Em que pesem os avanços, contudo, foram enfrentadas dificuldades no processo de regionalização, e persistem desafios para a garantia da integralidade no SUS. No tocante ao Coap, ainda que sua formulação seja considerada uma boa ideia para a coordenação da oferta de serviços e fortalecimento das regiões de saúde, a iniciativa teve alcance muito limitado, uma vez que apenas dois estados e seus respectivos municípios aderiram ao processo de assinatura desse contrato (Ipea, 2016). Dificuldades de acesso continuaram a ser identificadas. No caso dos serviços especializados, por exemplo, em 2014, de um total de 439 regiões de saúde, em 142 (32%) não houve registro de realização de sessões de hemodiálise e de encaminhamento de usuários para outras regiões, correspondendo a uma população superior a 20 milhões de habitantes, o que sinaliza a existência de uma importante barreira de acesso no sistema público aos portadores de insuficiência renal crônica (Ribeiro *et al.*, 2017).

Em estudo sobre os condicionantes estruturais do processo de regionalização do SUS, Viana *et al.* (2015) analisaram indicadores socioeconômicos e de oferta de serviços de saúde das 436 regiões de saúde existentes em 2013 e observaram que os maiores valores no indicador de desenvolvimento socioeconômico eram alcançados por aquelas caracterizadas por agrupamento de municípios mais urbanizados, populosos e industrializados. A baixa oferta de serviços foi identificada em 228 regiões (52% do total), sendo que 175 delas possuíam baixo desenvolvimento socioeconômico (aproximadamente 77% com baixa oferta de serviços). Os autores verificaram, ainda, que nessas regiões há predomínio do prestador público, no que se refere à produção ambulatorial (75,4% da oferta total) e participação mais equilibrada para a produção hospitalar (38,9% predomínio público, 24,0% misto e 37,1% privado), havendo maior participação privada quanto maior o desenvolvimento socioeconômico das regiões de saúde como um todo, especialmente para os serviços com internação. Quanto à disponibilidade de médicos, as regiões menos desenvolvidas socioeconomicamente também eram desfavorecidas, apresentando indicador de disponibilidade de médicos por mil habitantes até 4,5 vezes menor que o das mais desenvolvidas.

Efetivamente, como se pode ver na tabela 1, os municípios brasileiros, agrupados quanto à estrutura de média e alta complexidade (MAC) disponível no setor público,⁸ se dividiam na seguinte proporção, em 2011: 97,8% dos municípios, com população correspondente de mais de 114 milhões de habitantes, ou seja, 59,3% da população brasileira daquele ano, possuíam pouca ou nenhuma estrutura, e apenas 2,2% dos municípios, agrupando 40,7% da população, detinham uma estrutura classificada como média ou alta.

TABELA 1
Estrutura MAC dos municípios disponível para o SUS

Estrutura MAC ¹	Municípios		População	
	Número	%	Número	%
Muita estrutura	29	0,5	48.333.976	25,1
Média estrutura	94	1,7	29.961.240	15,6
Pouca estrutura	1.219	21,9	70.103.846	36,4
Sem estrutura	4.223	75,9	43.979.360	22,9
	5.565	100,0	192.378.422	100,0

Fonte: IDSUS 2011/Ministério da Saúde (disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/gruposhtml>>); População estimada 2011/IBGE. Elaboração das autoras.

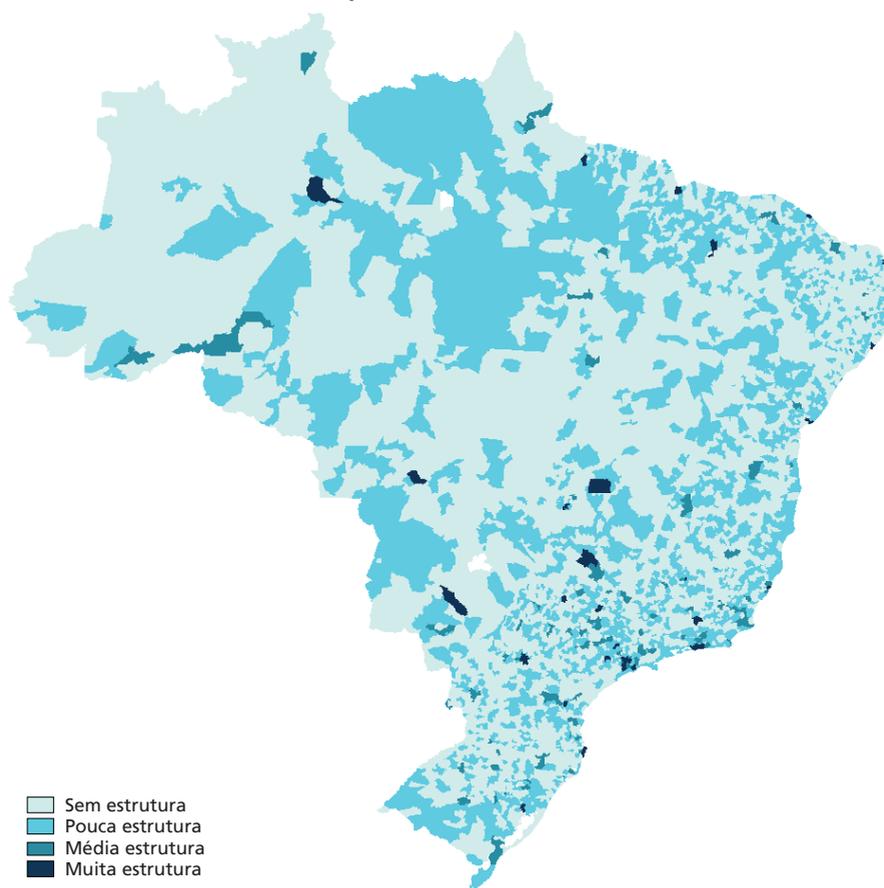
Nota: ¹ Estrutura de alta e média complexidade ou de atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, urgência/emergência.

A distribuição espacial dos municípios com pouca ou nenhuma estrutura MAC em 2011 pode ser visualizada na figura 1. Ao analisá-la, fica claro que a garantia de acesso a ações e serviços de média e alta complexidade no Brasil ainda é uma questão importante a ser enfrentada. A maior parte da população brasileira habita municípios com pouca ou nenhuma estrutura MAC. Muitos deles têm grande dimensão e são classificados como portadores dessa estrutura, mas há que se considerar as enormes distâncias que se percorrem dentro do seu território. Há ainda que se levar em consideração as grandes distâncias entre os municípios sem estrutura e aqueles que as têm. Portanto, a integralidade do acesso não está garantida para uma parcela significativa da população brasileira. E essa garantia seria ainda mais frágil se, para assegurá-la, for considerada apenas a estrutura existente e disponível para o SUS em

8. Essa categorização é do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) e leva em consideração o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM) e o Índice de Condições de Saúde (ICS). O IESSM contempla indicadores que avaliam a disponibilidade de médicos na atenção básica e de profissionais de vigilância em saúde, assim como a realização de procedimentos de média e alta complexidade, além de internações, efetuados pelo município para residentes e não residentes. Já o ICS considera a taxa de mortalidade infantil. Em ambos os casos, são definidos parâmetros e pesos para cálculo do índice correspondente a partir dos indicadores simples. Ver Brasil (s.d.).

cada município. É neste sentido que o debate sobre a descentralização e a regionalização ganhou sentido estratégico no sistema, mobilizando um conjunto de instrumentos que serão apresentados na próxima seção.

FIGURA 1
Brasil: estrutura MAC dos municípios (2011)



Fonte: IDSUS/Ministério da Saúde.
Elaboração das autoras.

4 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO NO DEBATE DO SUS

O sucesso do processo de municipalização da execução de ações e serviços de saúde, ocorrido nos anos 1990, bem como os avanços observados no processo de regionalização

da oferta de ações e serviços, vêm sendo associados, pela literatura, às estratégias de indução utilizadas pelo Ministério da Saúde. O uso de instrumentos normativos e o estabelecimento de transferências condicionadas de recursos às esferas subnacionais são apontados como importantes mecanismos adotados pelo governo federal para lidar com a ausência de imposições constitucionais sobre as competências de cada ente da Federação, em termos de gestão e execução de serviços de saúde, com a autonomia política de estados e municípios, e com o poder de veto desses governos à implementação de políticas nacionais (Arretche, 2002). De fato, desde a aprovação da NOB nº 1/1993, a lógica de financiamento federal da política de saúde no Brasil passou a se dar, principalmente, por meio do mecanismo de repasse fundo a fundo, articulando transferências não condicionadas com uma estrutura de incentivos em que repasses dependiam de adesão dos municípios a programas e linhas de ação previamente definidos e do cumprimento de condições estabelecidas para cada um desses programas e linhas de repasse.

A partir do final dos anos 1990, para fazer face ao compromisso da integralidade, com ampliação da capacidade de realizar diagnósticos sobre as necessidades e disponibilidade de serviços nos territórios e garantir a oferta hierarquizada, consolidou-se a pauta da regionalização, acompanhada por inovações institucionais em termos dos espaços de gestão partilhada e de instrumentos favoráveis a articulação e cooperação intergovernamentais. Como consequência, foram observados ganhos institucionais expressivos, tais como o fortalecimento das regiões de saúde, a organização de redes de atenção e a melhoria da governança regional com os planos e colegiados regionais. A vinculação e o volume de recursos mobilizados pelos três entes federados, bem como a engenharia institucional utilizada para organizar o financiamento federal, foram elementos estratégicos neste processo.

Os anos entre 2000 e 2015 assistiram a alterações quanto ao financiamento da política de saúde. De um lado, a implementação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, em 2000, estabeleceu percentuais mínimos para as três esferas de governo, e, em que pesem as dificuldades em sua regulamentação, nos estados e municípios o volume de recursos próprios destinados à saúde triplicou, enquanto os de origem federal foram ampliados em 75% (Piola *et al.*, 2013). De outro lado, o aumento de recursos transferidos da União para os entes subnacionais ocorreu tanto em decorrência de maiores quantias alocadas por aquele ente como pela redução no percentual do gasto

federal executado diretamente. A aplicação direta do Ministério da Saúde passou de 86,6%, em 1995, para 34%, em 2013, enquanto o gasto com transferências aos estados e ao Distrito Federal saiu de um patamar de 13% para 63% nos mesmos anos (Paiva, Gonzales e Leandro, 2017, p. 69).

Com a ampliação, as transferências financeiras federais passaram a constituir “ferramentas centrais na definição dos padrões das relações intergovernamentais, estando fortemente relacionadas também às tensões entre coordenação e autonomia nos processos relacionados à implementação da política de saúde no país” (Paiva, Gonzales e Leandro, 2017, p. 56). A ampliação e o fortalecimento do repasse fundo a fundo para as demais esferas de governo não foi acompanhado por mais autonomia de estados e municípios no gasto dos recursos federais. O chamado Pacto pela Saúde simplificou os mecanismos de repasse financeiro, com a redução dos repasses federais a cinco grandes blocos,⁹ mas manteve os componentes internos a cada bloco de financiamento, com regulamentações específicas relacionadas aos critérios de utilização dos recursos recebidos. Com isso, de fato, o poder regulatório do governo federal manteve-se alto.

Como resultado da ampliação do volume de recursos e do esforço de integrar e coordenar a ação dos entes federados, tendo como seu principal instrumento o complexo sistema de transferências condicionadas de recursos federais, observou-se tanto o crescimento da participação dos municípios nas ofertas da política como a redução das desigualdades de gasto e de resultados. A desigualdade do gasto em saúde, medida pelo coeficiente de Gini, reduziu progressivamente: 0,399 em 1996; 0,354 em 1998; 0,293 em 2001; e 0,259 em 2006 (Arretche, Fuzaro e Gomes, 2012). A política de indução do governo federal teve, ainda, o efeito de reorientar o modelo de atenção à saúde, com a priorização da atenção básica (Piola *et al.*, 2013), ao mesmo tempo em que se pode observar a convergência em indicadores de resultado entre regiões, como no caso das taxas de hospitalização ou consultas por habitante (Paiva, Gonzales e Leandro, 2017, p. 71).

Dois décadas de avanços e aprendizados institucionais no SUS permitiram constatar que a promoção de espaços e instrumentos de coordenação federativa se afirmaram com impactos relevantes para a descentralização e regionalização, bem como para promoção

9. São eles: atenção básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; e gestão do SUS. Um sexto bloco, de investimentos, foi criado posteriormente.

da estratégia de atenção básica, expansão das ofertas de MAC, melhoria do atendimento e cobertura e redução das disparidades regionais e sociais. Lima *et al.* (2012b), analisando o processo de regionalização e o Pacto pela Saúde no período 2007-2010, destacam os ganhos em institucionalidade e governança.

A literatura também vem identificando dificuldades nesse processo. No que diz respeito à gestão municipal, Mello *et al.* (2017) enfatizam aspectos políticos e institucionais tais como descontinuidade política, fragilidade técnica e alta rotatividade de secretários nos municípios; e têm observado fragilidade estrutural e técnica das secretarias estaduais de saúde. Refletindo sobre o papel dos governos estaduais, Ribeiro e Moreira (2016) afirmam que esses entes “sujeitos a recorrentes crises fiscais e, em muitos casos, com abandono da agenda da saúde, não conseguem cumprir o papel estratégico e essencial de coordenar as políticas regionais em nome de maior equalização” (Ribeiro e Moreira, 2016, p. 18-19).

Alguns autores reportam como questão relevante o papel dos colegiados estaduais e regionais – Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR) – para o fortalecimento da ação cooperada intergovernamental. Nesse aspecto, entretanto, também são identificadas dificuldades a serem superadas. Estudos vêm apontando o funcionamento irregular e incipiente dos colegiados em muitas regiões de saúde, bem como a insuficiência de estrutura e recursos para fazer face às demandas por parceria e aos conflitos federativos (Lima *et al.*, 2012a). Observou-se, ainda, dificuldade para os colegiados regionais superarem os interesses eleitorais, clientelistas e corporativos presentes na cultura política municipal, bem como incapacidade para regular o setor privado contratado, seja para a gestão, seja para prestação de serviço, além de fragilidade dos instrumentos jurídicos para a garantia das pactuações (Mello *et al.*, 2017). Ribeiro e Moreira (2016) vão mais longe, considerando que essas instâncias mantêm “um pacto de não responsabilização mútua entre os três níveis de governo”. Uma estrutura de “vetos cruzados” inviabilizaria a responsabilização, a adoção de medidas coercitivas e, assim, a própria coordenação do sistema, transferindo delegação das funções regulatórias para os órgãos de controle e o Judiciário.

Lima *et al.* (2012a) ressaltam a inexistência, no Brasil, de uma autoridade sanitária regional, frequente na experiência internacional, em que as atribuições dos

governos locais em planejamento e gestão de saúde são limitadas, ao contrário do que acontece em nosso país. A dificuldade de regulação dos fluxos regionais e a fragilidade dos instrumentos e recursos de planejamento regional também vêm sendo apontadas.

Machado (2007) chama a atenção para a posição assimétrica entre exportadores e importadores de serviços, seja quanto ao controle dos recursos assistenciais de média e alta complexidade, seja quanto aos recursos financeiros transferidos pela esfera federal aos ofertantes, de modo a compensar o atendimento da população referenciada. O autor observou os riscos de priorização da população própria no acesso aos serviços, bem como o de incorporar como suas as receitas recebidas em referência à população dos municípios importadores. Alertou também que as dificuldades podem se estender à atenção básica, caso os chamados importadores de serviços se interessarem na “minimização de investimentos próprios na atenção básica, que poderia reter em certa medida a demanda por procedimentos de média e alta complexidade assistencial” (Machado, 2007, p. 24).

Em relação aos obstáculos ao avanço do processo de regionalização no SUS, Moreira, Ribeiro e Ouverney (2017) identificaram, além das fortes assimetrias regionais, três outros fatores: *i*) falta de recursos novos, que seria a barreira mais importante dado o contexto de financiamento insuficiente do sistema; *ii*) ausência de fortes coalizões de apoio à regionalização, incluindo forças político-partidárias e o Poder Executivo estadual; e *iii*) judicialização da saúde, cujo crescimento poderia ser potencializado no caso de maior explicitação de responsabilidades na gestão e execução dos serviços de saúde, como se pretendia com o Coap.

5 CRÍTICAS AO PROCESSO DE INDUÇÃO E COORDENAÇÃO NO SUS

Um amplo conjunto de estudos tem avaliado o processo de regionalização em curso na última década. Propiciam o aprimoramento da regulação e o aperfeiçoamento das estruturas e instrumentos de coordenação federativa, apontando dificuldades que mereceriam maior atenção dos gestores e dos espaços de pactuação federativa no SUS. Um outro conjunto de avaliações, contudo, vem apontando para a inadequação dos instrumentos, criticando o modelo de incentivos financeiros utilizado pelo governo

federal para indução e coordenação do SUS. Essa última vertente da crítica propõe não seu aperfeiçoamento, mas a sua simples extinção.

Dessa segunda perspectiva, os incentivos financeiros favorecem a centralização do sistema, dotando a autoridade do governo federal de excessivo peso na configuração das políticas de saúde. Os mecanismos de adesão dos entes subnacionais a desenhos e estratégias nacionais e as contrapartidas para o recebimento dos recursos referentes ao financiamento federal da política estariam constringendo a autonomia decisória do município e a construção de uma política em nível local. Para esses críticos, com essa modalidade de transferências, o município teria sido transformado mais em “um despachante do Ministério, para fazer a política que o ministério induz, do que efetivamente alguém para fazer uma política colada nas necessidades de saúde locais” (Mendes, 2017, p. 2).

Mesmo a reforma dos mecanismos de repasse pelo Pacto pela Saúde, com a adoção dos seis blocos de financiamento, não teria reduzido a tutela do governo federal: os blocos de financiamento “se transformaram com o tempo em rubricas indutoras de políticas definidas verticalmente e sem a devida adequação aos desenhos regionais distintos e suas implicações para tomada de decisão política nos municípios” (Brasil, 2017a, p. 38). Essa forma de financiamento estaria promovendo fragmentação e burocratização, com ampliação de demandas administrativas e engessamento da gestão, pressionando os municípios a expandirem as atividades meio em prejuízo das atividades finalísticas do sistema (Santos, 2016).

O argumento tem como cerne a necessidade de fortalecer o município. Em influente texto publicado ainda em 1993 pelo Ministério da Saúde, já se reivindicava a valorização dos governos locais na provisão dos serviços sociais, advogando que

à esfera municipal cabem a provisão das ações e os serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local, planejamento, execução, avaliação e controle de ações e serviços de saúde, quer sejam voltadas aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, inclusive educação

para a saúde e processos de produção, distribuição e consumo de produtos de interesse para a saúde (Brasil, 1993, p. 18).¹⁰

O contexto do início dos anos 1990 era de forte crítica à centralização de recursos e poder na esfera federal, o que estaria provocando ações desordenadas e ineficácia do sistema, por exemplo, a ausência de prioridades em prevenção e o modelo centrado na hospitalização. A alternativa seria a de regionalização, mas sem ser fruto de criação de uma instância de gestão específica, em nível regional, e sim de vontade política, mobilização e cooperação dos municípios.

Mais de vinte anos após a sua publicação, o documento de 1993 ainda influencia o debate sobre o desenho federativo do SUS, servindo de apoio ao Conasems em defesa do “caixa único” do sistema. Em nota pública de 31 de janeiro de 2017, o referido conselho defende a volta do repasse global dos recursos do governo federal para os municípios, que teria vigorado entre 1994 e 1997 na forma estabelecida pela NOB de 1993. O modelo teria sido substituído pela fragmentação de repasses, a partir da implementação da NOB de 1996. Segundo o Conasems (2017b, p. 1),

tal forma de repasse acabou por transformar o SUS em um grande convênio, prevalecendo o papel da União de repassar recursos para os entes federados desenvolverem as políticas do Ministério da Saúde, como se estas fossem de um SUS federal e não nacional, porém de responsabilidade tripartite.

As formas de repasse dos recursos federais estariam impedindo o planejamento municipal e a plena condução da política de saúde pelos gestores que estão próximos da realidade local.

Se as críticas às transferências via adesão a programas e estratégias específicas têm apontado para a fragmentação nos recursos, a magnitude desse fracionamento, contudo, tem sido frequentemente ampliada. De acordo com o Conasems (2017b, p. 2), “desde janeiro de 1998, foram criadas inúmeras caixinhas, alcançando, em 2017, um total de 882 formas de alocação de recursos federais destinadas a estados e municípios”. Esse número

10. Segundo o documento, ao governo federal caberia, sobretudo, a formulação e normatização do sistema, enquanto à esfera estadual caberia a coordenação e a cooperação técnica e financeira e, supletivamente, a execução de “alguns serviços” (Brasil, 1993, p. 17).

também é citado por Santos (2016) e Mauro Junqueira em sua entrevista para Bessa (2017), enquanto Mendes (2017) afirma que “chegamos a ter cerca de 300 formas de repasse”. Estudo realizado por Benevides (2018), com base nas transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde, entretanto, contabiliza que, para os governos municipais, o número máximo de linhas de repasse foi de 75, como pode ser visto na tabela 2.

TABELA 2
Mediana, mínimo e máximo do número de linhas de repasse de custeio do Fundo Nacional de Saúde para os municípios por bloco de financiamento, 2016 (por faixa de população)

Faixa de população	Número de municípios	Medida	Total	AB	MAC	AF	VS	Gestão
Total	5.569	Mínimo	2	0	0	0	2	0
		Mediana	22	10	1	1	9	0
		Máximo	75	20	43	4	13	5
Acima de 1 milhão de habitantes	16	Mínimo	43	13	10	1	7	1
		Mediana	62	16	31	2	12	2
		Máximo	75	20	42	2	12	3
De 500 mil a 1 milhão de habitantes	24	Mínimo	38	7	11	1	7	1
		Mediana	52	15	24	2	12	1
		Máximo	73	19	43	2	12	3
De 200 mil a 500 mil habitantes	107	Mínimo	24	6	1	0	6	1
		Mediana	40	12	14	2	11	1
		Máximo	65	18	35	3	13	5
De 100 mil a 200 mil habitantes	161	Mínimo	15	2	1	0	6	0
		Mediana	33	12	10	2	11	0
		Máximo	51	16	24	3	12	3
De 50 mil a 100 mil habitantes	350	Mínimo	11	1	0	0	5	0
		Mediana	29	11	6	1	10	0
		Máximo	52	20	26	4	12	2
De 20 mil a 50 mil habitantes	1.101	Mínimo	8	1	0	0	3	0
		Mediana	24	11	3	1	10	0
		Máximo	44	17	18	3	12	2
De 10 mil a 20 mil habitantes	1.365	Mínimo	9	1	0	0	3	0
		Mediana	21	10	1	1	9	0
		Máximo	35	16	12	3	11	2
De 5 mil a 10 mil habitantes	1.208	Mínimo	6	1	0	0	2	0
		Mediana	20	10	1	1	9	0
		Máximo	29	16	6	3	11	1
Até 5 mil habitantes	1.237	Mínimo	2	0	0	0	2	0
		Mediana	19	9	1	1	9	0
		Máximo	28	15	5	2	11	1

Fonte: Benevides (2018).

Obs.: AB – Atenção Básica; MAC – Média e Alta Complexidade; AF – Assistência Farmacêutica; VS – Vigilância em Saúde.

De qualquer forma, a unificação dos repasses tem sido defendida pelos representantes dos gestores estaduais e municipais como uma estratégia para fortalecer a autonomia municipal, permitindo “valorizar a utilização global dos recursos de acordo com o planejamento local, visando ao cumprimento de metas e alcance de resultados” (Conasems, 2017b, p. 2). O pressuposto de que uma nova engenharia de transferência dos recursos federais seria benéfica ao SUS e aos seus compromissos programáticos é que o sistema único deve ser construído de “baixo para cima”. Nessa perspectiva, o papel de formulador e regulador dos níveis federais e estaduais deveria favorecer a articulação intergovernamental, mas mantendo-se limitado ao processo de planejamento.

De fato, a ênfase no planejamento regional e nas pactuações intermunicipais encontra vasta referência na literatura sobre a gestão do SUS: “Os planos e as metas regionais serão a base para a formulação dos planos e das metas estaduais com responsabilidade de promover a equidade inter-regional. Os planos e as metas estaduais serão a base para a formulação do plano e das metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual” (Santos 2016, p. 33). A questão, contudo, não parece resolvida. A ênfase na autonomia municipal e a centralidade no processo de planejamento local podem favorecer a fragmentação, dificultando um planejamento regional capaz de estabelecer bases cooperativas de atuação. Exatamente buscando evitar o retorno a essa experiência já vivenciada no contexto de construção do sistema único, alguns autores vêm insistindo na alternativa da contratualização. Fortalecendo as regiões de saúde e garantindo a integralidade, o contrato entre os entes da Federação possibilitaria o “estabelecimento das responsabilidades individuais e solidárias na rede de atenção à saúde” (Santos, 2012, p. 77), respeitando a autonomia e a interdependência, promovendo a integração dos serviços municipais e ampliando a densidade do processo de regionalização.

Se esse debate suscita reflexões relevantes sobre as possibilidades de arranjos institucionais de cooperação entre esferas de governo, seria preciso avançar nas avaliações da recente experiência do Coap, de modo a conhecer melhor suas potencialidades e limites. Até o momento, o limitado processo de adesão à proposta da contratualização parece estar influenciando e premindo o debate sobre novos instrumentos voltados a regular o fluxo de atendimento e de recursos dentro das regiões, bem como sobre mecanismos que imponham sanção ou coerção nos casos de não cooperação (Menicucci e Marques, 2016). Os argumentos em defesa de maior autonomia municipal vêm sendo acompanhados pela demanda de fortalecimento do processo de planejamento regional,

avaliado como capaz de dotar de impulso o processo de afirmação das regiões de saúde e consolidação da rede hierarquizada de serviços.

6 DESCENTRALIZAÇÃO, FEDERALISMO E DIREITO À SAÚDE: EVIDÊNCIAS DA LITERATURA

O tema da descentralização, da coordenação de políticas públicas e de seus instrumentos vem sendo objeto de progressivos estudos, com referência tanto ao Brasil quanto à experiência internacional, e trazendo perspectivas e evidências relevantes para o debate sobre o tema. Análises privilegiando a temática institucional vêm superando aquelas centradas no volume de gasto público que inauguraram comparações de regimes de proteção social. Progressivamente, o debate passou a se referir não somente a quanto se gasta, mas sobretudo a como se gasta. A hipótese é que o patamar do gasto social importa, mas não determina a qualidade das ofertas públicas ou seus resultados.

De fato, a partir de certos patamares de gasto, os níveis de despesa em saúde passam a não explicar a variância dos indicadores de saúde. Comparando países desenvolvidos, Hall e Lamont (2013) destacam que, naqueles com renda média *per capita* acima de US\$ 11 mil, a saúde da população não está diretamente associada ao nível de desenvolvimento econômico, medido pelo produto interno bruto (PIB), ou ao patamar de gasto em saúde. Comparando países pobres, Evans (2009) também destaca discrepâncias entre *rankings* de renda e indicadores de saúde. O autor observa que, cada vez de maneira mais convergente, a literatura enfatiza a limitada correlação entre os indicadores de renda e crescimento econômico e os indicadores sociais em saúde. O desenvolvimento social mantém efetiva dependência da existência de provisão de bens coletivos e de sua qualidade, bem como do arranjo institucional que o garante.

A relevância dos arranjos institucionais também vem sendo enfatizada pela literatura que analisa as experiências de descentralização das políticas de saúde e seus impactos. Examinando as trajetórias europeias, Costa-Font e Greer (2013) concluem que, em lugar de um único modelo, observa-se um contexto heterogêneo de reformas, composto por trajetórias que podem ou não aportar ganhos de eficiência dos sistemas de saúde e da saúde. No mesmo sentido, Saltman, Bankauskaite e Vrangbaek (2007) observam que a descentralização seria motivada por objetivos distintos e

implementada por desenhos institucionais e estratégias diversas de alocação de recursos e responsabilidades, impactando de forma desigual na entrega dos serviços e nas condições de saúde da população. Segundo esses autores, não haveria comprovação de que a descentralização gera mais eficiência na gestão dos sistemas de saúde, na gestão dos recursos humanos ou na equidade de acesso aos grupos mais vulneráveis.

Os efeitos da distribuição vertical de poder e recursos para a implantação e operação de serviços de saúde e para a garantia de maior eficiência na gestão e equidade no acesso também foram analisados por Polton (2004), para quem não há evidências de que a descentralização traz maior eficácia produtiva, resultado sanitário ou maior controle das despesas de saúde. O autor enfatiza as características organizacionais como fator estratégico para o resultado dos sistemas de saúde. Como resposta a essas questões, e visando a ganhos no aprimoramento institucional da política, observou-se, na década de 2000, um movimento de recentralização política e administrativa da gestão dos sistemas de saúde em vários países europeus, tais como França, Alemanha, Suécia e Dinamarca (Saltman, Bankauskaite e Vrangbaek, 2007; Costa-Font e Greer, 2013; Polton, 2017).

O tema ultrapassa o debate no âmbito das políticas de saúde. As dificuldades dos sistemas descentralizados reduzirem as disparidades inter-regionais e interjurisdicionais em políticas públicas já haviam sido enfatizadas por Prud'homme (1995). Tratando das experiências de descentralização nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) entre 1995 e 2009, Charbit (2011) destacou que as desigualdades entre regiões, bem como as questões referentes a eficiência e eficácia das despesas públicas nos níveis subnacionais, continuam sendo um tema que exige a intervenção do governo central. Assim, ao contrário da tendência observada até o final do século, a literatura recente sobre descentralização parece estar concordando que a atuação do governo central é imperativa para superar as limitações dos entes subnacionais, seja na ampliação de cobertura e proteção de direitos, seja no financiamento de programas redistributivos. Converte, ainda, ao reconhecer que os arranjos de coordenação, e não a descentralização ou autonomia dos governos locais, é a principal questão no que se refere à implementação de políticas públicas: “neste contexto, e para a maioria dos países membros e não membros da OCDE, a principal questão subjacente não é ‘descentralizar ou não’ ou até mesmo optar por um modelo de descentralização específico, mas buscar formas de melhorar a capacidade e a coordenação entre os agentes públicos em diferentes

níveis de governo para aumentar a eficiência, equidade e sustentabilidade do gasto público”(Charbit, 2011, p. 5, tradução nossa).¹¹

Esse debate também ganhou espaço na literatura que avalia a evolução dos sistemas de bem-estar em contextos federalistas. Estudos sobre federalismo e políticas sociais têm explorado o tema das relações intergovernamentais, atribuição de autoridade e processo de implementação. Contestando a versão de que o modelo federalista dificultaria o percurso das políticas de caráter nacional e, por conseguinte, a implantação de um sistema de proteção social de caráter universal e redistributivo, estudos mais recentes vêm enfatizando a diversidade institucional do federalismo e de seu potencial redistributivo (Obinger, Leibfried e Castles, 2005; Greer, 2009).

Discutindo o processo de descentralização em saúde, Greer e Jacobson (2010), mesmo reconhecendo as vantagens da descentralização em termos de democracia processual, consideram que o atendimento dos requisitos de garantia de universalização, promoção da equidade social e territorial e proteção às populações vulneráveis impõe a ativa participação do governo central, seja para enfrentar as desigualdades em financiamento, capacidades estatais ou disposição política para ações de cunho redistributivo. Os autores destacam que, em uma federação, os estados tendem a inovar, competir e aprender uns com os outros, mas dentro de limites impostos por vetos e superposições que perpassam as relações federativas na política pública de saúde. Nenhum nível de governo age sozinho, sendo que a regulação e a própria estruturação de redes de serviços estão dependentes da ação dos demais níveis de governo. Nessa perspectiva, a vulnerabilidade a decisões condicionais dos outros entes federados, posicionados vertical ou horizontalmente, reforça a interdependência entre eles. Mobilizada sobretudo em torno do objetivo de reduzir desigualdades socioeconômicas e em capacidades estatais, a ação de coordenação federal pode operar por meio da redistribuição de recursos e da indução de políticas.

O desempenho de políticas públicas descentralizadas está, assim, fortemente relacionado com a eficácia da coordenação entre diferentes níveis de governo.

11. *“In this context, and for a majority of OECD member and non-member countries, the key underlying question is not whether to ‘decentralise or not’ or even opt for a specific decentralisation model, but to look at ways to improve capacity and co-ordination among public stakeholders at different levels of government to increase efficiency, equity and sustainability of public spending.”*

Em saúde, sistemas que favoreçam as relações e a coordenação intergovernamental se impõem também pelo fato de a gestão de recursos complexos resvalar, não raramente, em consequências imprevistas, cuja superação depende de ação integrada. A divisão estrita de responsabilidades não garante a integralidade, ou mesmo a efetividade, em uma gestão realizada em ambiente de progressiva complexidade. A coordenação dos níveis de governo afirma-se, portanto, como estratégia imprescindível à melhoria da gestão, da equidade do gasto e dos resultados da oferta dos serviços. Além disso, o compartilhamento de responsabilidades tampouco garante a adoção de um arranjo de cooperação, uma vez que a cooperação intergovernamental é uma opção institucional e depende de instituições favoráveis, regras de decisão e fluxos de informações, associados à instrumentos, e compromissos credíveis (Hall e Lamont, 2013).

Alexander (1993) já destacava que o planejamento tem papel relevante na coordenação interorganizacional, mas como um de seus instrumentos. A coordenação depende da existência de estruturas, tais como unidades, grupos e comitês interorganizacionais. Depende, ainda, de uma combinação de instrumentos variados, como orçamento, regulações, pactos ou contratos, além de mecanismos de monitoramento e controle.

Um desses instrumentos de coordenação federativa são as transferências intergovernamentais, que geralmente são realizadas sob duas modalidades, as condicionadas e as não condicionadas. As primeiras, efetivadas sob regras e condições específicas, têm sido aplicadas nos casos de necessidade de produção de bens e serviços para além dos limites territoriais. São associadas ao alcance de prioridades nacionais ou regionais estabelecidas dentro ou fora das jurisdições dos entes subnacionais. As transferências não condicionadas, por sua vez, são tipicamente associadas aos esforços de promover equalização fiscal. Dessa forma, opera-se a transferência de recursos das jurisdições relativamente mais ricas para aquelas com maiores necessidades e menor capacidade fiscal. Sob uma perspectiva macro, ambos os tipos de transferências intergovernamentais são mecanismos que visam reduzir a desigualdade fiscal entre os entes federados (Oates, 1999; Paiva, Gonzales e Leandro, 2017, p. 59-60).

Transpondo esses conceitos para o SUS, pode-se dizer que as transferências condicionadas estão associadas à implementação de políticas nacionais ou à prestação de serviços, especialmente por parte dos municípios, enquanto as não condicionadas

traduzem o esforço de alocação equitativa dos recursos, como no caso do Piso da Atenção Básica Fixo. Ambas as transferências são ditas vinculadas, porque os recursos têm destinações específicas. Para cumprir o objetivo de dotar um sistema de coordenação em contexto federativo, buscando equidade e efetividade de políticas nacionais, assim como igualdade na oferta dos serviços e em seus resultados, não parece que se possa prescindir de algum nível de coordenação decisória em nível federal, incluindo um de seus mais tradicionais instrumentos, as transferências vinculadas. Esse é o caso do SUS, assentado, como projeto societário, nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade.

7 A PROPOSTA SUS LEGAL E SEUS POSSÍVEIS IMPACTOS

Em janeiro de 2017, os representantes dos gestores do SUS pactuaram, em reunião da CIT, alteração da forma vigente de repasse de recursos federais: os seis blocos de financiamento vigentes (assistência farmacêutica, atenção básica, gestão, investimentos, média e alta complexidade e vigilância em saúde) seriam substituídos por dois blocos, custeio e capital.^{12,13} A modificação no mecanismo de transferência de recursos federais para estados e municípios, que foi chamada em um primeiro momento de SUS Legal e, posteriormente, de unificação dos blocos de financiamento e de caixa único,¹⁴ foi

12. O assunto foi tratado na reunião da CIT de 26 de janeiro de 2017, sob o ponto de pauta Minuta de portaria que regulamenta a transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, conforme a Lei Complementar (LC) nº 141/2012 – Sergipe/Mato Grosso do Sul. O mérito da proposta foi pactuado, e foi decidida a criação de um grupo de trabalho para definir as regras de transição. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/29/RESUMO-EXECUTIVO-26-01-2017---vers--o-final.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2018. Ver também Brasil (2017).

13. A Proposta SUS Legal não foi apresentada no formato de documento oficial. Durante todo o período de discussão, iniciado a partir da referida reunião da CIT, circularam apenas versões de apresentações feitas pelo Ministério da Saúde. Uma delas, datada de 25 de janeiro 2017, foi a utilizada durante a reunião da CIT em que houve pactuação do compromisso de alterar a forma de repasse dos recursos federais. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/01/O-SUS-LEGAL.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

14. Alguns gestores e pesquisadores defendem que a LC nº 141/2012 estabelece que as transferências do Ministério da Saúde para estados, Distrito Federal e municípios devam ser feitas de forma global, sendo divididas apenas em recursos para despesas de custeio e de capital, e chamam essa dinâmica de repasse de caixa único. A referida LC, contudo, não detalha o formato dessas transferências, ou seja, como elas devem ser feitas. Ela tão somente determina que esses recursos serão transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. “Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos” (Brasil, 2012).

apresentada pelo Ministério da Saúde sob o argumento da necessidade de ampliação da autonomia municipal e de agilização da gestão financeira da política.

A mudança do mecanismo de financiamento federal para as unidades subnacionais contou com efetivo apoio da representação dos municípios na CIT, sob o argumento de que os recursos federais são transferidos de forma engessada, em várias linhas de repasses, entre as automáticas, que são destinadas a todos os entes da Federação, e os incentivos, que estão sujeitos à adesão por parte do ente. Isso dificultaria a gestão local, fazendo com que sobrassem recursos para algumas finalidades e faltassem para outras.

Não houve publicação de um documento que justificasse a mudança e permitisse um debate mais amplo sobre a proposta.¹⁵ Seu detalhamento foi realizado em forma de apresentações feitas por seus idealizadores ao longo de 2017¹⁶ e de artigos publicados pelo Conasems (Carvalho, 2017; Conasems, 2017c; Rinehart, Pereira e Faleiros, 2017). No apêndice A, encontra-se um resumo das proposições a respeito da proposta SUS Legal. Verifica-se, por meio das atividades indicadas, a intenção de modificar dinâmicas relacionadas ao planejamento e aos planos de saúde, aos critérios de rateio e à regionalização no SUS. O objetivo principal dessa iniciativa, entretanto, foi viabilizar a mudança na forma de repasse de recursos federais. Pretendia-se realizar a unificação operacional das transferências dos recursos e, sobretudo, pôr fim à vinculação da aplicação desses recursos pelos estados e municípios, em consonância com as finalidades estabelecidas no orçamento federal e linhas de repasse pactuadas.¹⁷ Ou seja, o propósito foi instituir o repasse global por parte do Ministério da Saúde, separando-se apenas os recursos entre os destinados ao custeio e a investimentos. Para se ter noção sobre o volume de recursos do objeto desse pleito, em 2017, as transferências aos entes da

15. Os debates se deram primordialmente no âmbito do Grupo de Trabalho Tripartite composto pelo Ministério da Saúde, pelo Conass e pelo Conasems. Este grupo foi criado por meio da Portaria GM/MS nº 1.091, de 27 de abril de 2017, para propor normas e procedimentos voltados ao fortalecimento do processo de planejamento e de transferência dos recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no SUS.

16. Ver: *i*) apresentação feita na reunião da CIT de janeiro de 2017, datada de 25 de janeiro 2017, disponível em: <<http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/01/O-SUS-LEGAL.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2018; *ii*) apresentação feita em Belo Horizonte, datada de 26 de abril 2017, disponível em: <<http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/04/esquema-do-SUS-Legal-19.04.17.ppt>>. Acesso em: 19 fev. 2018; e *iii*) apresentação feita em Porto Alegre, datada de 14 de julho 2017, disponível em: <http://www.cosemsrs.org.br/imagens/eventos/cli_r4u8.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2018.

17. Isso significa que os recursos federais deixariam de ter destinos específicos quando da aplicação por estados e municípios em políticas e programas específicos. Por exemplo: atenção básica, saúde mental, saúde do trabalhador etc.

Federação para financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS), tanto para custeio quanto para investimento, somaram R\$ 66,8 bilhões.¹⁸

A fim de viabilizar a desvinculação dos recursos recebidos da União em relação às finalidades de aplicação estabelecidas no orçamento federal, a proposta previa a alteração do orçamento federal, criando uma nova subfunção (308 – Rateio de recursos para ações e serviços públicos de saúde), na qual seriam registradas e operadas todas as despesas federais executadas nas modalidades de transferência aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. Também seria criada uma única ação orçamentária (XYXX – ASPS) para registro e operação dessas despesas, desvinculando as transferências de qualquer aplicação em área específica da política de saúde. Já a execução financeira das transferências do Ministério da Saúde deixaria de acontecer segundo os seis blocos de financiamento e seria feita em dois blocos: custeio e capital. Esses recursos seriam destinados pelos gestores estaduais e municipais às ações orçamentárias de seus respectivos orçamentos, de acordo com as prioridades que definirem, ou seja, seriam alocados livremente. Posteriormente, esses gestores prestariam contas da aplicação dos recursos por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Relatório Anual de Gestão (RAG). Um resumo dessas modificações propostas é apresentado no apêndice B. A seguir, são feitas algumas considerações sobre os impactos prováveis da desvinculação da aplicação dos repasses federais aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

A respeito do engessamento do uso dos recursos federais transferidos aos estados e municípios, que foi um dos argumentos utilizados pelos defensores da proposta SUS Legal, parecem haver evidências de que o excesso de regulamentação cria dificuldades importantes para a execução das políticas localmente e pode configurar uma banalização do poder de indução das políticas por parte do Ministério da Saúde. A proposta de desvinculação total da aplicação dos recursos repassados pela União para estados, Distrito Federal e municípios, entretanto, precisa ser analisada com cautela. Além dos aspectos já destacados pela literatura internacional que trata do tema da descentralização em saúde, várias características e problemas presentes no SUS demandam avaliação mais detalhada e apontam riscos para a implementação da reforma proposta. A seguir serão detalhadas oito destas questões.

18. Consulta feita sobre o orçamento federal por meio do Siga Brasil. Valores pagos de empenhos do exercício.

Um primeiro aspecto a se considerar se refere ao papel que exerce o financiamento federal na sustentação da implementação da política nacional de saúde. Como reconhece a literatura sobre o federalismo brasileiro e o SUS, apresentada em resumo neste texto, o sucesso na descentralização de ações e serviços de saúde, bem como na implementação das políticas e programas, decorre, em grande medida, da capacidade de o Ministério da Saúde induzir esses processos por meio da alocação de recursos. Como aponta Arretche (2002; 2004), qualquer ente federado estava constitucionalmente autorizado a implementar programas na área de saúde, mas nenhum estava constitucionalmente obrigado a isso, ampliando os riscos de superposição, desigualdade de provisão e limitação das ofertas. Se a atuação do governo federal na coordenação do sistema evitou esses riscos, eles parecem retornar com a alteração proposta nas formas de repasse dos recursos federais em saúde, que reduz drasticamente a possibilidade de o órgão influir na implementação. A decisão de alocação passaria a ser integralmente dos municípios e estados, ficando o ministério sem um dos principais instrumentos de coordenação da política em âmbito nacional.¹⁹

Uma segunda questão a ser aprofundada diz respeito ao papel do planejamento como instrumento de coordenação das iniciativas relevantes nacionalmente, substituindo a indução federal via financiamento. O planejamento ascendente, previsto na Lei nº 8.080/1990 e pensado como necessário para a consideração das necessidades e prioridades locais e a integração dos planos de saúde com os âmbitos estadual e nacional, não se consolidou. Embora a defesa do planejamento ascendente possa ser uma iniciativa relevante e louvável da proposta SUS Legal, a proposição de primeiro repassar os recursos livremente para depois se implementar essa modalidade de planejamento subverte a ordem natural nos processos de planejamento e desconsidera a finalidade de sua realização. É natural em um processo de planejamento que, em primeiro lugar, sejam enunciados quais os problemas, quais os prioritários, quais as soluções possíveis, quais soluções serão implementadas e quais os recursos necessários para, depois, compatibilizar as expectativas com os recursos disponíveis, priorizando as mais relevantes, segundo critérios que precisam estar explícitos. Cabe considerar que se o planejamento, em suas diversas modalidades, constitui instrumento relevante

19. Segundo Lima (2013), os três mecanismos de coordenação federativa na saúde são: *i*) a divisão de competências e responsabilidades; *ii*) as entidades representativas, as instâncias e os instrumentos de pactuação federativa; e *iii*) a partilha de recursos financeiros.

de coordenação intergovernamental, ele não parece prescindir de outros mecanismos de coordenação não previstos na reforma e no debate em curso.

A terceira questão também tem relação com o planejamento e diz respeito aos critérios de rateio de recursos. Critérios para a distribuição dos recursos já são utilizados no SUS, foram pactuados, mas não seguiram o que estava previsto na Lei nº 8.142/1990 (Melamed, 2011, p. 64). Eles foram e são utilizados pelos representantes das três esferas de governo quando da aprovação de cada linha de repasse para estados e municípios. Não se tem, contudo, uma visão geral da aplicação do conjunto dos critérios e métodos utilizados na partilha dos recursos. Com a aprovação da LC nº 141, de 2012, foi explicitado um conjunto vasto de critérios, de difícil implementação, e o Ministério da Saúde ficou obrigado a definir e a publicar anualmente a metodologia pactuada e os valores a serem transferidos a cada ente da Federação. Essa medida, entretanto, não vem sendo cumprida, pois redefinir o método utilizado no rateio implica realocação de recursos entre os entes. Em contexto de inexistência de aporte de recursos novos, aumenta a resistência dos entes em pactuar critérios que impliquem perdas para alguns deles.

Uma quarta questão se refere ao cenário de constrangimento progressivo da participação federal no financiamento do SUS em razão da aprovação da EC nº 95, de 2016 (Novo Regime Fiscal, mais conhecida como a emenda do teto de gastos), que institui o congelamento da aplicação mínima em ASPS pelo Ministério da Saúde, em termos reais. Um impacto dessa medida é o aumento da citada resistência à alteração dos critérios de rateio vigentes atualmente. Um outro impacto é a redução da possibilidade de os planos elaborados influírem sobre o total de recursos distribuídos a cada ente da Federação. Preserva-se, dessa forma, a lógica vigente de distanciamento entre o planejamento e a alocação de recursos, pois os montantes alocados permanecerão sendo definidos, *a priori*, com base no volume de recursos disponíveis, sem possibilidade de estabelecimento de critério que leve em conta as necessidades locais e regionais quanto à oferta de bens e serviços de saúde, a fim de reduzir as desigualdades e garantir a integralidade da atenção à saúde em todo o território nacional.

A EC nº 95 traz, entre seus diversos impactos, consequências relevantes para o arranjo federativo sob o qual vêm sendo organizadas as políticas sociais brasileiras. Com repercussão direta no gasto federal em saúde, limitando por dezenove anos as

garantias constitucionais que possibilitaram não apenas a estabilidade do financiamento do SUS mas sua progressiva ampliação, cria-se um descompasso entre o gasto federal, em trajetória de redução, e o crescimento econômico e as mudanças demográficas e seus efeitos nas condições sanitárias e nas demandas de saúde da população.

As consequências do Novo Regime Fiscal se estendem para além do campo específico do gasto. Ao comprometer e alterar o padrão de financiamento federal aos serviços de saúde, a EC nº 95 sinaliza para uma ruptura dos compromissos políticos e sociais assumidos pela esfera pública em saúde, com repercussões no que se refere à abrangência, aos princípios, à cobertura e à qualidade das políticas sociais (Vieira e Benevides, 2016).

A quinta questão que merece destaque está relacionada aos compromissos e responsabilidades federativas com a saúde. A vinculação dos repasses a algumas finalidades, políticas, programas ou serviços, permite que seja preservada a alocação dos recursos federais em grandes áreas. Essas linhas de repasse pactuadas traduzem acordos assumidos pelo Ministério da Saúde no financiamento de ações e serviços de atenção básica, de média e alta complexidade, de vigilância em saúde etc. Sob a vigência do teto de gastos e face ao horizonte de redução contínua dos recursos federais *per capita* para a saúde, a pressão sobre o órgão tende a aumentar em cada um daqueles compromissos. É preciso lembrar que essas obrigações da União repercutem no orçamento dos estados e municípios, por haver vinculação da aplicação dos recursos. Assim, se as transferências federais forem desvinculadas da aplicação dos recursos, a mudança aliviaria a pressão sobre o Ministério da Saúde por mais financiamento, pois este poderia argumentar que os recursos poderiam ser alocados livremente pelos entes conforme suas necessidades e prioridades. Com a restrição de recursos e a fragilização dos compromissos pactuados em torno dos mecanismos de repasse, parece ampliar-se o risco de progressiva desresponsabilização do governo federal no financiamento da saúde.

O risco maior nesse processo é de que o governo federal se retire do papel de coordenador do pacto da integralidade, enfraquecendo-o. A proposta do fim dos incentivos federais parece representar um forte retorno à agenda municipalista que predominou nos anos 1990, mas agora em um contexto não apenas de menor coordenação como de perspectivas desfavoráveis para o financiamento do SUS, dada a tendência de redução do recurso federal e a maior pressão sob a ampliação da participação dos municípios no financiamento.

Uma sexta questão que se apresenta como relevante nessa discussão diz respeito à pressão dos serviços assistenciais de média e alta complexidade sobre o orçamento municipal e estadual em um contexto de não existência de vinculação da aplicação. O risco de crescimento dos gastos, com possível avanço nos recursos que seriam destinados a outras ações e serviços de saúde, especialmente em atenção básica e vigilância, tem mobilizado a atenção de analistas da política (Funcia, 2017; Fiocruz, 2018).

É de conhecimento geral a participação expressiva da média e alta complexidade no gasto do SUS, cujos custos dos bens e serviços oferecidos são igualmente elevados. Pressionados pela demanda crescente, os gestores locais poderiam vir a priorizar o financiamento dos serviços assistenciais mais complexos, mesmo que em detrimento da atenção básica e de ações de promoção e proteção à saúde. Cabe lembrar a expressiva participação de estabelecimentos de saúde privados, sem e com fins lucrativos, na provisão de serviços de média e alta complexidade no SUS, os quais conformam coalizão política em defesa da assistência à saúde em nível mais elevado de complexidade e impõem desafios regulatórios importantes aos entes que os contratam.

A governança local destaca-se como a sétima questão a se considerar. A descontinuidade política, a fragilidade técnica e a alta rotatividade de secretários nos municípios, assim como a fragilidade estrutural e técnica da secretaria estadual de saúde, têm sido apontados como problemas frequentes no SUS. Adicionam-se, a esse rol de limitações à gestão efetiva e eficiente do sistema, a dificuldade dos colegiados regionais em superar os interesses eleitorais e corporativos presentes na cultura e na dinâmica política municipal; a incapacidade para regular o setor privado contratado, seja para a gestão, seja para a prestação de serviço; a fragilidade dos instrumentos jurídicos para garantia das pactuações; e a dificuldade de regulação dos fluxos regionais (Mello *et al.*, 2017).

Nesse contexto, uma oitava questão importante diz respeito à regionalização da assistência à saúde. Como já discutido neste texto, a regionalização é essencial para assegurar o acesso aos serviços especializados e garantir a integralidade da atenção à saúde, o que demanda o estabelecimento de relações cooperativas entre os municípios e entre os municípios e seus estados. Em 2011, aproximadamente 76% (4.221) do total de municípios (5.563) dispunham apenas de serviços de atenção básica em seu território, quase 22% (1.219) deles tinham pouca estrutura MAC e apenas 2,2% (123) possuíam estrutura mediana para os serviços de média e alta complexidade, o que demonstra

a necessidade de organizar a oferta em bases regionais, mas também indica a alta concentração dos serviços especializados em poucos municípios.²⁰ Embora ainda hoje haja muitos obstáculos à regionalização das ações e serviços de saúde, como a falta de recursos novos, a ausência do poder político-partidário e do Executivo estadual nas coalizões de apoio à regionalização, além da judicialização da saúde (Moreira, Ribeiro e Ouverney, 2017), a desvinculação da aplicação dos recursos federais poderia criar condições ainda mais desfavoráveis a esse processo. A experiência pregressa do próprio SUS aporta lições importantes a esse respeito, como já apontado anteriormente neste trabalho.

Argumentos de natureza econômica justificam a regionalização da oferta de serviços especializados, na medida em que é preciso otimizar o uso dos recursos no sistema. A oferta de serviços de saúde de todos os níveis de complexidade em todos os entes da Federação é algo impraticável em um país com 5.569 municípios, dos quais 4.896 (88%) têm menos de 50 mil habitantes,²¹ seja porque se perde muito com a escala e os custos aumentam, seja porque a resolutividade dos serviços seria baixa, uma vez que o acesso a profissionais especializados e a recursos tecnológicos mais avançados é mais difícil nos municípios menores. Uma análise sobre influência de porte, natureza jurídica, tipo de unidade e atividade de ensino sobre o desempenho da rede hospitalar do SUS mostra o efeito da escala para a eficiência dos hospitais, sendo que o desempenho é superior para os hospitais maiores (Ramos *et al.*, 2015). Com a agenda de reforma das formas de repasse dos recursos federais, o debate sobre a regionalização das ações e serviços ganha nova formulação, ancorando-se na iniciativa autônoma dos municípios de se articularem e cooperarem nos espaços das regiões de saúde. Contudo, com a baixa participação dos estados e a possibilidade de redução da atuação do governo federal, aumentam as incertezas sobre a capacidade dos municípios se articularem, a fim de conformarem redes regionais de atenção à saúde. Pelas evidências que se têm até o momento, provenientes de estudos sobre o federalismo brasileiro na saúde e num cenário de fim dos incentivos e ampliação do subfinanciamento do sistema, pode-se prever que essa tarefa será muito difícil.

Por todas as oito questões apresentadas, considerando os seus prováveis impactos para a organização do sistema e, conseqüentemente, para a garantia da integralidade

20. Ver Grupos homogêneos/IDSUS. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/grupos.html>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

21. Dados relativos à população estimada pelo IBGE para julho de 2017.

da atenção à saúde, sugere-se cautela com uma possível desvinculação da aplicação dos recursos repassados pela União a estados e municípios, como apresentado inicialmente por meio da proposta SUS Legal. A seu favor, advogou-se pelo respeito à autonomia dos entes, e se propôs a transferência global dos recursos federais em consonância com o planejamento de cada um deles e do planejamento regional (Junqueira, 2016). Também defendeu-se a adoção de critérios de rateio e a implementação do planejamento ascendente, a fim de definir, *a priori*, o volume de recursos que seriam repassados, respeitando, assim, as necessidades locais (Santos, 2016). Além disso, se reconheceu o mérito da proposta, mas se ponderou que a simples alteração do mecanismo de repasse sem regulamentação dos critérios de rateio constitui um problema (Antunes, 2017).

É importante ressaltar, entretanto, que limitar a coordenação nacional do processo de implementação de políticas nacionais por meio da extinção dos mecanismos atrelados ao financiamento federal não parece uma saída adequada, pelos vários problemas e questões apresentados. Mesmo reconhecendo o excessivo grau de engessamento que o Ministério da Saúde muitas vezes impõe aos gestores estaduais e municipais quanto ao uso dos recursos federais, por meio de regramentos excessivos vinculados às linhas de repasse, cabe preservar instrumentos de alocação de recursos pelo gestor federal que favoreçam o alcance dos objetivos nacionais da política de saúde, com a participação dos gestores estaduais de saúde nesse processo de coordenação da política e dos esforços dos entes da Federação.

8 RECENTES ALTERAÇÕES NA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIO-FINANCEIRA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA 2018

Pelo menos para o exercício de 2018, a desvinculação, tal como pretendida, não foi alcançada. Algumas medidas, no entanto, foram implementadas como resultado das resistências e negociações que se travaram no âmbito do governo federal, tendo por base a proposta SUS Legal. Uma delas foi a agregação do orçamento do Ministério da Saúde, com certa desvinculação da aplicação de recursos para algumas políticas ou iniciativas específicas. Em 2017, existiam 54 ações orçamentárias relacionadas aos repasses dos recursos do Ministério da Saúde para as secretarias de saúde dos estados e

dos municípios; e em 2018, esse número caiu para 36 ações, segundo a Lei Orçamentária Anual (LOA) de cada exercício (apêndice C).²²

Outra mudança foi a publicação da Portaria GM/MS nº 3.992 pelo Ministério da Saúde, em 28 de dezembro de 2017, com a finalidade de implementar modificações nos procedimentos relativos às transferências de recursos aos entes subnacionais. As alterações limitaram-se à gestão financeira desses recursos, tanto para as transferências pelo Ministério da Saúde quanto para o recebimento e alocação de recursos pelos gestores de saúde nos estados, no Distrito Federal e nos municípios, mantendo-se a vinculação dos recursos aos programas de trabalho do Ministério da Saúde.²³ As principais modificações foram as seguintes:

- criação de dois blocos de financiamento, tendo cada um deles uma conta bancária única: *i*) custeio das ações e serviços públicos de saúde; e *ii*) investimento na rede de serviços públicos de saúde;
- vedação do uso dos recursos de um bloco em outro;
- a vinculação dos recursos federais ao estabelecido no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e nos programas de trabalho do orçamento federal devem ser respeitados;
- a comprovação da aplicação dos recursos repassados será feita por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG), portanto, os gestores poderão alocar livremente os recursos durante o exercício financeiro, mas comprovar a aplicação de montante correspondente ao repassado pelo Ministério da Saúde segundo cada programa de trabalho;
- as áreas finalísticas do Ministério da Saúde e outros órgãos de controle devem acompanhar a aplicação dos recursos transferidos por meio do RAG; e
- o Ministério da Saúde, por meio de sua Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO), publicará a cada ano a lista de programas de trabalho do órgão relacionados às transferências de recursos para os demais entes da Federação.

22. Em consulta à LOA 2018, por meio do Siga Brasil, verificam-se valores autorizados para 36 ações orçamentárias nas modalidades de aplicação de transferência a estados e municípios.

23. Segundo o Manual Técnico de Orçamento de 2016 (Brasil, 2015), publicado pelo Ministério do Planejamento, “o programa de trabalho, que define qualitativamente a programação orçamentária, deve responder, de maneira clara e objetiva, às perguntas clássicas que caracterizam o ato de orçar, sendo, do ponto de vista operacional, composto dos seguintes blocos de informação: classificação por esfera, classificação institucional, classificação funcional, estrutura programática e principais informações do programa e da ação”.

A Portaria nº 1, de 11 de janeiro de 2018, da SPO do Ministério da Saúde reafirma a preservação da vinculação da aplicação para 24 ações orçamentárias das 36 que envolvem transferências de recursos para estados e municípios, incluindo recursos para despesas de custeio e de capital, conforme pode ser visto no anexo.²⁴ Quanto aos demais aspectos envolvendo a proposta SUS Legal, a saber, planejamento ascendente, critérios de rateio dos recursos e regionalização, não houve até o momento publicação de normativa implementando alterações dos procedimentos ora vigentes.

O caminho encontrado pelos gestores do SUS no âmbito da CIT foi garantir certa flexibilização quanto a esses repasses durante o exercício financeiro de 2018. Ainda assim, algumas questões podem resultar em problemas importantes no futuro. A agregação orçamentária das ações do Ministério da Saúde para 2018 em relação ao ano anterior pode impactar tanto a aplicação quanto o acompanhamento da alocação dos recursos em políticas, programas ou serviços específicos que tenham pouca visibilidade social e que sejam menos demandados pela população, a exemplo daqueles destinados à promoção ou prevenção à saúde. Sob a ótica financeira, a flexibilização da aplicação dos recursos durante o ano atende em parte aos anseios dos gestores da saúde, porque em princípio, conforme a Portaria GM/MS nº 3.992, de 2017, eles só necessitam comprovar a sua aplicação segundo os 24 programas de trabalho do ministério ao final do exercício financeiro. Essa mudança, contudo, tem grande potencial de provocar problemas no acompanhamento da execução dos recursos pelos próprios gestores e de dificultar a fiscalização da aplicação dos recursos por parte do controle social e dos órgãos de controle da administração pública.

Quanto ao acompanhamento da execução, a Portaria GM/MS nº 3.992 estabelece que a comprovação da aplicação dos recursos para o Ministério da Saúde dar-se-á por meio do RAG. A elaboração desse relatório, por sua vez, está regulamentada na Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (arts. 99 e 100). O referido documento estabelece que o modelo padronizado do relatório é o disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 459, de 2012, que determina que as informações relativas ao montante aplicado e às fontes dos recursos devem ser provenientes do

24. As ações orçamentárias determinam a vinculação da aplicação dos recursos. Cada ação orçamentária pode ter associada a ela várias linhas de repasse. As linhas de repasse organizavam a gestão financeira dos repasses.

SIOPS.²⁵ Vale destacar que as alterações no sistema são necessárias para que os gestores declarem as despesas executadas por bloco de financiamento e programas de trabalho do Ministério da Saúde, ainda em 2018.

Além disso, o fato de a proposta SUS Legal ter sido implementada em parte não põe fim ao pleito inicial de desvincular os repasses federais de áreas de aplicação específicas. O subfinanciamento do SUS, que tende a se agravar nos próximos anos, e o aumento do protagonismo municipal no financiamento da saúde são combustíveis para o pleito municipalista por maior autonomia na gestão administrativa e financeira nessa área.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A título de síntese das questões abordadas neste texto, cabe retomar alguns pontos relevantes para o debate atual sobre a reforma no modo de repasse dos recursos federais para os entes subnacionais. Primeiramente, cabe ressaltar que, na lógica constitucional de organização do sistema, municípios dependem de outros municípios e dependem, também, de seus estados e da União para que o acesso às ações e serviços de saúde seja assegurado. Não há que se falar em autonomia municipal absoluta, pois a própria CF/1988 estabeleceu que, em matéria de saúde, a atuação dos entes da Federação precisa ser conjunta e coordenada.

O aprendizado acumulado nessas três décadas de implementação do SUS aponta para a prioridade de se organizar redes de serviços regionalizadas e hierarquizadas, atendendo, simultaneamente, à diretriz de descentralização e à garantia de integralidade do atendimento. Para assegurar isso, é necessária a articulação dos municípios, configurando regiões de saúde e redes de atenção à saúde, contando com incentivos para a colaboração e coordenação. No tocante à coordenação do SUS, o principal instrumento utilizado pela União tem sido a transferência de recursos vinculada a aplicações específicas, ou seja, para o cofinanciamento de políticas, programas ou serviços de saúde que são pactuados no âmbito da CIT. O condicionamento desses repasses pelo Ministério da Saúde tem sido alvo de críticas, especialmente quanto à pouca

25. Os dados do SIOPS são importados no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) de forma automática, pela sistemática de interoperação entre os sistemas (Brasil, 2017b).

flexibilidade para o uso dos recursos pelos gestores locais. De fato, o estabelecimento de um conjunto excessivo de regras para aplicação dos recursos pode resultar em constrangimentos para a gestão. Se o problema principal é o regramento excessivo a respeito de sua aplicação, contudo, a solução mais adequada não seria eliminar as regras mas, sim, aperfeiçoá-las.

A total desvinculação da aplicação dos recursos federais aporta riscos importantes para o futuro do SUS como sistema único de saúde e para a redução das desigualdades na oferta de serviços no país. A União, que, desde a promulgação da EC nº 95, esboça um movimento de retirada do pacto federativo, parece propensa a deixar, principalmente nas mãos dos municípios, o ônus das escolhas difíceis na alocação dos cada vez mais escassos recursos para financiamento da saúde. Essa retirada, implicando em fragilização dos instrumentos de coordenação federativa, tende a repercutir negativamente na desigualdade em oferta de serviços e na integralidade do atendimento. Ambas as situações dependem da cooperação entre os entes federados e da coordenação dos esforços entre eles.

A proposta SUS Legal, pactuada em 2017, no âmbito da CIT, visando à mudança na forma de transferência dos recursos federais, enfatizou as vantagens do fortalecimento da autonomia municipal. Não se observaram sugestões para reforçar a institucionalidade da regionalização, nem para aperfeiçoar estratégias ou instrumentos de gestão compartilhada, apesar da frequente menção aos planos regionais como o instrumento principal – senão suficiente – para garantir colaboração e coordenação da política e conduzir o processo de afirmação das regiões de saúde e de consolidação da rede hierarquizada de serviços. Assim, permanecem em aberto questões centrais, como as chamadas “disputas predatórias” entre municípios e a centralidade da regionalização, incluindo o tema dos instrumentos e dos incentivos ao fortalecimento da regionalização visando à integralidade do atendimento. Ademais, como enfatizado no texto, o planejamento ascendente, compreendido como planejamento integrado entre as três esferas de governo, tendo por base, para a sua realização, a identificação das necessidades locais, em termos de cuidados de saúde e de serviços, continua existindo apenas como previsão legal, sem que jamais tenha sido implementado. De todo modo, outros instrumentos de coordenação, como as instâncias de pactuação, ainda precisam ser aperfeiçoadas e fortalecidas.

Por fim, sobre a proposta SUS Legal, embora já tenha gerado como resultado a flexibilização do uso dos recursos federais por meio da agregação dos programas de trabalho do Ministério da Saúde, o que diminui o número de repasses para os quais a comprovação da aplicação se faz necessária, e da operacionalização das transferências em apenas duas contas bancárias, garantindo flexibilidade na alocação desses recursos ao longo do ano, não se deve esperar que o pleito para a desvinculação da aplicação das transferências federais se arrefeça. A razão disso é que o subfinanciamento do SUS e a estratégia em curso na União de redução da participação federal nos gastos com saúde, afastando-se do pacto de cofinanciamento do sistema em consonância com sua maior capacidade de arrecadação, foram os principais motores da proposta de desvinculação total dos repasses federais. Assim, o congelamento da aplicação mínima em saúde, decorrente da aprovação da EC nº 95, parece incentivar a União a transferir maiores responsabilidades para estados e municípios. Ao contrário da descentralização feita nos anos 1990, quando o Ministério da Saúde exerceu forte papel indutor e coordenador, o processo atual expressa o baixo compromisso da União para a garantia do acesso universal e igualitário a serviços de saúde no Brasil por meio do SUS. Por sua vez, a grande pressão dos gastos, especialmente sobre os municípios, sem o mesmo grau de esforço para o financiamento do sistema por parte da União e dos estados, gera um forte apelo para recebimento de repasses desvinculados, de forma que os gestores municipais possam manejar mais facilmente os recursos escassos disponíveis, sem correrem riscos perante os órgãos de controle por descumprimento de regras federais quanto à sua aplicação. Nesse contexto, a consolidação do SUS como sistema único e as garantias constitucionais quanto ao acesso aos serviços de saúde de forma universal, igualitária e integral podem se tornar cada vez menos factíveis.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, p. 41-67, 2005.

ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017.

ALEXANDER, E. R. Interorganizational coordination: theory and practice. **Journal of Planning Literature**, v. 7, n. 4, p. 328-343, 1993.

ANTUNES, A. Entrevista com Áquilas Mendes. **O grande problema é a falta de dinheiro para o SUS, e não a forma de repasse desses recursos**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 17 fev. 2017. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/o-grande-problema-e-a-falta-de-dinheiro-para-o-sus-e-nao-a-forma-de-repasse>>. Acesso em: 26 mai. 2017.

ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.

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

ARRETCHE, M.; FUZARO, E.; GOMES, S. Democracia, políticas sociais e pobreza no Brasil. *In*: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA, 8., 2012, Gramado, Rio Grande do Sul. **Anais...** Gramado: ABCP, 2012.

ASENSI, F. Responsabilidade solidária dos entes da federação e “efeitos colaterais” no direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 145-156, 2016.

BENEVIDES, R. P. S. **As transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde em 2016**. Brasília: Ipea, 2018. (Nota Técnica, n. 46).

BESSA, S. Entrevista com Mauro Junqueira. **Revista Conasems**, n. 70, p. 48-50, out./dez. 2017. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/12/revista_conasems_edicao70_Tela.pdf>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Planalto, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 30 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 1º nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 139, n. 40, p. 52-68, fev. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 3 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 43-51, 23 fev. 2006. Seção 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 3 nov. 2017.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 1, 29 jun. 2011. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 3 nov. 2017.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 1, 16 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp141.htm>.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Manual Técnico de Orçamento – MTO 2016**. Brasília: Secretaria de Orçamento Federal, 2015. Disponível em: <http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/manual-tecnico/mto_2016_2aedicao_220915.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **SUS Legal: Conasems, Conass e Ministério pactuam novo modelo de repasse de recursos do SUS**. Brasília: CONASEMS, 2017a. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/sus-legal-conasems-conass-e-ministerio-pactuam-novo-modelo-de-repasse-do-sus/>>. Acesso em: 26 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (Sargsus): manual do usuário para o relatório de gestão**. Versão 6. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/documentos!carregarPagina.action?idTipoLink=54&SARGSUS_TOKEN=C76Z-OL6V-DO9U-LVVC-GRWP-F8UR-JC03-ZL6Y>. Acesso em: 29 jun. 2018.

CAMPOS, F. C. C. Gestão intergovernamental e financiamento do Sistema Único de Saúde: apontamentos para os gestores municipais. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 79-110.

CARVALHO, T. Sistema único, caixa único: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei. **Revista Conasems**, Brasília, n. 68, p. 30-37, fev-abr, 2017.

CHARBIT, C. Governance of public policies in decentralised contexts: the multi-level approach. **OECD Regional Development Working Papers**, Paris, v. 2011, n. 4, p. 1, 2011.

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Caixa-Único e política nacional de atenção básica. **Revista Conasems**, n. 70, out./dez. 2017a.

_____. Manifesto CONASEMS em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) – Caixa Único. Brasília: CONASEMS, 2017b. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Manifesto-Conasems-SISTEMA-%C3%9ANICO-CAIXA-%C3%9ANICO.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

_____. Congresso do CONASEMS debate unificação dos blocos de financiamento. **Revista Conasems**, Brasília, n. 69, p. 19-26, abr./jun. 2017c.

COSTA-FONT, J.; GREER, S. L. Health system federalism and decentralization: what is it, why does it happen, and what does it do? *In*: COSTA-FONT, J.; GREER, S. L. (Ed.). **Federalism and decentralization in european health and social care**. London: Palgrave Macmillan, 2013. p. 1-9.

DALLARI, S. G. Descentralização versus municipalização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 35, p. 39-42, 1992.

EVANS, P. Population health and development an institutional-cultural approach to capability. *In*: HALL, P.; LAMONT, M. (Ed.). **Successful societies: how institutions and culture affect health**. United Kingdom: Cambridge University Press, 2009.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Centro de Estudos Estratégicos. **Portaria do Ministério da Saúde que dá autonomia a gestores locais desestruturando o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Disponível em: <<http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/713>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

FUNCIA, F. R. **Nota introdutória sobre a nova portaria da CIT que trata das transferências SUS fundo a fundo**. Rio de Janeiro: Cebes, 2017. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2017/01/nota-introdutoria-sobre-a-nova-portaria-da-cit-que-trata-das-transferencias-sus-fundo-a-fundo/>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

GREER, S. L. **The politics of European Union health policies**. United Kingdom: McGraw-Hill, 2009.

GREER, S. L.; JACOBSON, P. D. Health care reform and federalism. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 35, n. 2, p. 203-226, 2010.

HALL, P. A.; LAMONT, M. Why social relations matter for politics and successful societies. **Annual Review of Political Science**, v. 16, p. 49-71, 2013.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise nº 24**, 2016. Brasília: Ipea, 2016.

JUNQUEIRA, M. G. Sistema Único de Saúde: caixa único. **Ensaios & Diálogos em Saúde Coletiva**, n. 3, p. 34-35, 2016.

LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 73-139.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. A. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. *In*: VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 39-63.

LIMA, L. D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012a.

LIMA, L. D. *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012b.

MACHADO, J. A. **Políticas públicas descentralizadas e problemas de coordenação**: o caso do sistema único de saúde. 2007. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ; ABRASCO, 2009.

MELAMED, C. Regulamentação, produção de serviços e financiamento federal do Sistema Único de Saúde: dos anos 90 aos 2000. *In*: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.

MELLO, G. A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017.

MENDES, A. As categorias de repasses do financiamento federal do SUS e os critérios de rateio: história, mudanças recentes e propostas. **Revista Conasems**, n. 70, p. 42-45, out./dez. 2017.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 176 p.

MENICUCCI, T.; MARQUES, A. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. **Dados**, v. 59, n. 3, p. 823-865, 2016.

MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVERNY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, 2017.

OATES, W. E. An essay on fiscal federalism. **Journal of Economic Literature**, v. 37, n. 3, p. 1120–1149, set. 1999.

OBINGER, H., LEIBFRIED, S.; CASTLES, F. G. (Ed.). Federalism and the welfare state: new world and European experiences. United Kingdom: Cambridge University Press, 2005.

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

PIOLA, S. F. *et al.* **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).

POLTON, D. Décentralisation des systèmes de santé: un éclairage international. **Revue Française des Affaires Sociales**, n. 4, p. 267-299, 2004.

_____. La gouvernance des systèmes de santé et d'assurance maladie, une perspective internationale. **Regards**, v. 52, n. 2, p. 175-185, 2017.

PRUD'HOMME, R. The dangers of decentralization. **The World Bank Research Observer**, v. 10, n. 2, p. 201-220, 1995.

RAMOS, M. C. A. *et al.* Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 43, 2015.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 14-24, 2016. N. especial.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1031-1044, 2017.

RINEHART, D.; PEREIRA, B. L. S.; FALEIROS, D. R. Onde a lógica perversa das caixinhas silencia a participação da comunidade no SUS? **Revista Conasems**, Brasília, n. 69, p. 45-50, abr./jun. 2017.

SALTMAN, R.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBAEK, K. **Decentralization in health care**: strategies and outcomes. United States: Berkshire; McGraw-Hill, 2007.

SANTOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. *In*: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.

SANTOS, L. **SUS**: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde: regionalizando a descentralização. Tese (Doutorado). 2012. – Faculdade de Ciências Médicas Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2012.

SANTOS, N. R. O repasse federal unificado do Ministério da Saúde para estados e municípios: considerações para um posicionamento e mobilização. **Ensaio & Diálogos em Saúde Coletiva**, n. 3, p. 32-33, 2016.

VIANA, A. L. A. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 28).

WEICHERT, M. A. **Saúde e federação na Constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2004.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

FERNANDES, M. A. C. *et al.* **Gasto social das três esferas de governo – 1995**. Brasília: Ipea, 1998. (Texto para Discussão, n. 598).

MOREIRA, L.; FERRÉ, F.; ANDRADE, E. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 22, n. 4, p. 1245-1256, 2017.

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, 2017. (Texto para Discussão, n. 2298).

APÊNDICE A

QUADRO A.1

Proposições a respeito do SUS Legal constantes em apresentação do Ministério da Saúde datada de 26/4/2017

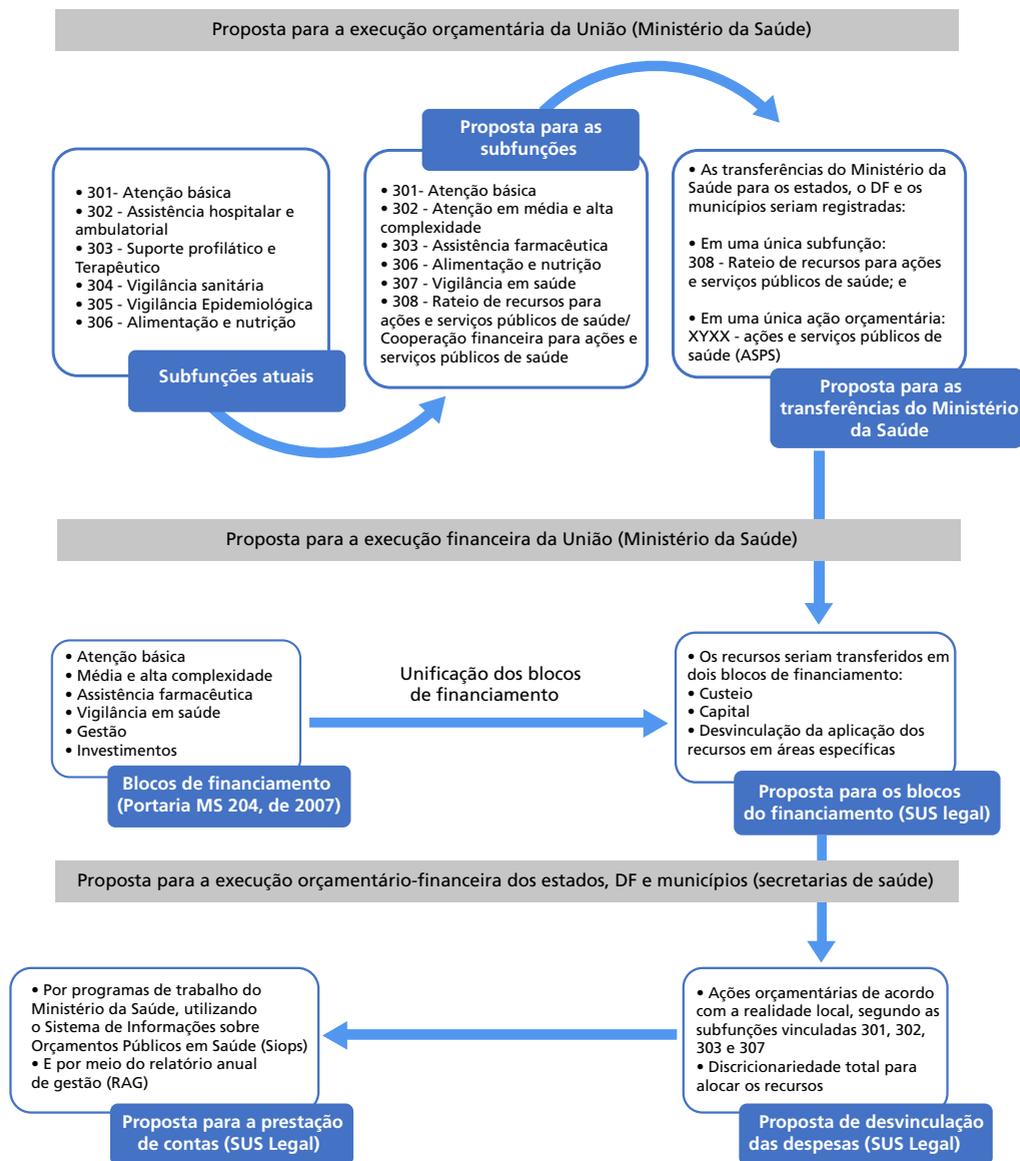
Para o SUS	Custeio e capital	<ul style="list-style-type: none"> ● O repasse será realizado apenas nas modalidades de custeio e capital.
	Plano de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ● O repasse será vinculado ao plano de saúde do ente. ● O Ministério da Saúde realizará o acompanhamento, monitoramento e avaliação do plano. ● O planejamento será ascendente. ● O plano deverá ser qualificado e conter indicadores e metas em conformidade com as políticas públicas governamentais de saúde estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). ● Obrigatoriedade da alimentação do aplicativo e-Saúde. ● O não cumprimento do plano implicará a redução dos recursos repassados.
	Rateio de recursos	<ul style="list-style-type: none"> ● O repasse será realizado em conformidade com os critérios de rateio estabelecidos a partir de metodologia pactuada na CIT.
	Regionalização	<ul style="list-style-type: none"> ● Regionalização de acordo com os artigos 25 e 198, conforme as competências dos entes federados, visando à organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
Para o Ministério da Saúde	Revisão do papel dos núcleos do Ministério da Saúde nos estados	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoio institucional.
	Revisão de sistemas de informação e informática	<ul style="list-style-type: none"> ● Minimizar o número de sistemas. ● Qualificar e tornar obrigatória a estratégia do e-Saúde: e-SUS AB; e-SUS ambulatorial, e-SUS hospitalar, e-SUS logística (Hórus), e-SUS gestor, e-SUS cidadão ● Estabelecer o prontuário eletrônico e o controle social pelo cidadão.
	Revisão normativa do Sistema Único de Saúde (SUS)	<ul style="list-style-type: none"> ● Eliminar as contradições das 17 mil portarias estruturantes do SUS.
	Revisão dos fluxos de habilitação	<ul style="list-style-type: none"> ● Unificação e simplificação dos fluxos.
	Revisão do Programa Mais Médicos	<ul style="list-style-type: none"> ● Estabelecer critérios transparentes de alocação, com maior equidade.

Fonte: SUS Legal/Conasems.: proposições. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/04/esquema-do-SUS-Legal-19.04.17.ppt>>. Acesso em: 16 fev. 2018. Elaboração das autoras.

APÊNDICE B

FIGURA B.1

SUS Legal e as propostas de alteração da execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde



Fonte: Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007 e Proposta SUS Legal (apresentada em 14 de julho de 2017).
Elaboração das autoras.

APÊNDICE C

QUADRO C.1

Ações orçamentárias do Ministério da Saúde que contemplam aplicação de recursos nas modalidades de transferência a estados, Distrito Federal e municípios, segundo a Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2017 e 2018

Ações orçamentárias LOA – exercício 2017	Ações orçamentárias LOA – exercício 2018
12L4 - Implantação, construção e ampliação de unidades de pronto atendimento	12L4 - Implantação, construção e ampliação de unidades de pronto atendimento
12L5 - Construção e ampliação de unidades básicas de saúde - UBS	12L5 - Construção e ampliação de unidades básicas de saúde - UBS
13DU - Construção do complexo de pesquisa e desenvolvimento em saúde	13DU - Construção do complexo de pesquisa e desenvolvimento em saúde
2000 - Administração da unidade	-
2012 - Auxílio alimentação aos servidores civis, empregados e militares	-
20AB - Incentivo financeiro aos estados, Distrito Federal e municípios para execução de ações de vigilância sanitária	20AB - Incentivo financeiro aos estados, Distrito Federal e municípios para execução de ações de vigilância sanitária
20AC - Incentivo financeiro às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/Aids e hepatites virais	-
20AD - Piso de atenção básica variável - Saúde da Família	-
20AE - Promoção da assistência farmacêutica e insumos estratégicos	20AE - Promoção da assistência farmacêutica e insumos estratégicos
20AF - Apoio ao controle de qualidade da água para consumo humano para prevenção e controle de doenças e agravos	-
20AH - Organização dos serviços de assistência farmacêutica no SUS	20AH - Organização dos serviços de assistência farmacêutica no SUS
20AL - Incentivo financeiro aos estados, Distrito Federal e municípios para vigilância em saúde	20AL - Incentivo financeiro aos estados, Distrito Federal e municípios para vigilância em saúde
20B0 - Estruturação da atenção especializada em saúde mental	20B0 - Estruturação da atenção especializada em saúde mental
20K2 - Fomento à pesquisa e desenvolvimento de tecnologias alternativas regionalizadas, com vistas à sustentabilidade dos serviços e ações de saúde ambiental	20K2 - Fomento à pesquisa e desenvolvimento de tecnologias alternativas regionalizadas, com vistas à sustentabilidade dos serviços e ações de saúde ambiental
20K5 - Apoio ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS	20K5 - Apoio ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS
20K7 - Apoio à modernização do parque produtivo industrial da saúde	20K7 - Apoio à modernização do parque produtivo industrial da saúde
20QH - Implementação da segurança alimentar e nutricional na saúde	20QH - Implementação da segurança alimentar e nutricional na saúde
20R4 - Apoio à implementação da Rede Cegonha	20R4 - Apoio à implementação da Rede Cegonha
20SP - Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes	20SP - Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes
20T6 - Fortalecimento da saúde ambiental para redução dos riscos à saúde humana	-
20YD - Educação e formação em saúde	20YD - Educação e formação em saúde
20YI - Implementação de políticas de atenção à saúde	-
20YJ - Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde	20YJ - Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
20YM - Ampliação das práticas de gestão participativa, de controle social, de educação popular em saúde e implementação de políticas de promoção da equidade	-
20YR - Manutenção e funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo sistema de gratuidade	-
214U - Implementação do Programa Mais Médicos	-
2E79 - Expansão e consolidação da atenção básica (Política Nacional de Atenção Básica - PNAB)	-
-	219A - Piso de atenção básica em saúde
2E84 - Prevenção, controle e tratamento de doenças negligenciadas na atenção básica	-
3883 - Implantação e melhoria de serviços de drenagem e manejo das águas pluviais urbanas para prevenção e controle de doenças e agravos	3883 - Implantação e melhoria de serviços de drenagem e manejo das águas pluviais urbanas para prevenção e controle de doenças e agravos

(Continua)

(Continuação)

Ações orçamentárias LOA – exercício 2017	Ações orçamentárias LOA – exercício 2018
3921 - Implantação de melhorias habitacionais para controle da doença de Chagas	3921 - Implantação de melhorias habitacionais para controle da doença de Chagas
4525 - Apoio à manutenção de unidades de saúde	4525 - Apoio à manutenção de unidades de saúde
4705 - Apoio financeiro para aquisição e distribuição de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	4705 - Apoio financeiro para aquisição e distribuição de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
6146 - Pesquisa em saúde e avaliação de novas tecnologias para o SUS	6146 - Pesquisa em saúde e avaliação de novas tecnologias para o SUS
6148 - Assistência médica e gratuita a todos os níveis da população e desenvolvimento de atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde - Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais	
6182 - Fortalecimento da Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde	6182 - Fortalecimento da Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde
6516 - Aperfeiçoamento e avaliação dos serviços de hemoterapia e hematologia	6516 - Aperfeiçoamento e avaliação dos serviços de hemoterapia e hematologia
6908 - Fomento à educação em saúde voltada para o saneamento ambiental para prevenção e controle de doenças e agravos	6908 - Fomento à educação em saúde voltada para o saneamento ambiental para prevenção e controle de doenças e agravos
7652 - Implantação de melhorias sanitárias domiciliares para prevenção e controle de doenças e agravos	7652 - Implantação de melhorias sanitárias domiciliares para prevenção e controle de doenças e agravos
7656 - Implantação, ampliação ou melhoria de ações e serviços sustentáveis de saneamento básico em comunidades rurais e tradicionais	7656 - Implantação, ampliação ou melhoria de ações e serviços sustentáveis de saneamento básico em comunidades rurais e tradicionais
7690 - Estruturação dos serviços de hematologia e hemoterapia	7690 - Estruturação dos serviços de hematologia e hemoterapia
8287 - Qualificação da integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos	8287 - Qualificação da integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos
8315 - Pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde	-
8535 - Estruturação de unidades de atenção especializadas em saúde	8535 - Estruturação de unidades de atenção especializadas em saúde
8577 - Piso de atenção básica fixo	-
8581 - Estruturação da rede de serviços de atenção básica de saúde	8581 - Estruturação da rede de serviços de atenção básica de saúde
8585 - Atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade	8585 - Atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade
8636 - Inovação e produção de insumos estratégicos para a saúde	8636 - Inovação e produção de insumos estratégicos para a saúde
8648 - Desenvolvimento e fortalecimento da economia da saúde e programas de cooperação técnica para o aperfeiçoamento do SUS	8648 - Desenvolvimento e fortalecimento da economia da saúde e programas de cooperação técnica para o aperfeiçoamento do SUS
8719 – Vigilância sanitária de produtos, serviços e ambientes, tecidos, células e órgãos humanos	-
8721 - Implementação da regulação, controle e avaliação da atenção à saúde	8721 - Implementação da regulação, controle e avaliação da atenção à saúde
8730 - Ampliação da resolutividade da saúde bucal na atenção básica	-
8735 - Implementação de ações voltadas para alimentação e nutrição na saúde	-
8761 - Custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192)	-
8933 - Estruturação de serviços de atenção às urgências e emergências na rede assistencial	8933 - Estruturação de serviços de atenção às urgências e emergências na rede assistencial
Total = 54 ações orçamentárias	Total = 36 ações orçamentárias

Fonte: Siga Brasil.

Elaboração das autoras.

Obs.: Foram consideradas todas as ações orçamentárias que tiveram dotações autorizadas para as modalidades de aplicação de transferências a estados, Distrito Federal e municípios.

ANEXO

QUADRO A. 1

Blocos de financiamento e programas de trabalho do Ministério da Saúde relativos às transferências para estados, Distrito Federal e municípios – exercício 2018 (Portaria nº 1, de 11 de janeiro de 2018, da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, atualizada em 28 de março de 2018)

I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde:

- 10.122.2015.4525 - Apoio à manutenção de unidades de saúde
- 10.128.2015.20YD - Educação e formação em saúde
- 10.301.2015.20YI - Implementação de políticas de atenção à saúde
- 10.302.2015.20B0 - Estruturação da atenção especializada em saúde mental
- 10.301.2015.217U - Apoio à manutenção dos polos de Academia da Saúde
- 10.301.2015.219A - Piso de atenção básica em saúde
- 10.302.2015.20R4 - Apoio à implementação da Rede Cegonha
- 10.302.2015.20SP - Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes
- 10.302.2015.8585 - Atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade
- 10.302.2015.8721 - Implementação da regulação, controle e avaliação da Atenção à Saúde
- 10.303.2015.20AE - Promoção da assistência farmacêutica e de insumos estratégicos na atenção básica em saúde
- 10.303.2015.20AH - Organização dos serviços de assistência farmacêutica no SUS
- 10.303.2015.20K5 - Apoio ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS
- 10.303.2015.4705 - Apoio financeiro para aquisição e distribuição de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- 10.304.2015.20AB - Incentivo financeiro aos estados, Distrito Federal e municípios para execução de ações de vigilância sanitária
- 10.305.2015.20AL - Incentivo financeiro aos estados, Distrito Federal e municípios para a Vigilância em Saúde
- 10.306.2069.20QH – Implementação da segurança alimentar e nutricional na Saúde
- 10.845.0903.00QR - Apoio financeiro pela União aos entes federativos que recebem o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) (Medida Provisória nº 815, de 29/12/2017)

II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde:

- 10.301.2015.12L5 - Construção e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- 10.301.2015.20YL – Estruturação de Academias da Saúde
- 10.302.2015.12L4 - Implantação, construção e ampliação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- 10.302.2015.20B0 - Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental
- 10.302.2015.20R4 - Apoio à implementação da Rede Cegonha
- 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde
- 10.302.2015.8721 - Implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde
- 10.302.2015.8933 - Estruturação de serviços de atenção às urgências e emergências na rede assistencial
- 10.303.2015.20AH - Organização dos serviços de assistência farmacêutica no SUS
- 10.303.2015.20K5 - Apoio ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS
- 10.306.2069.20QH – Implementação da segurança alimentar e nutricional na saúde

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (disponível em: <<http://portalfns.saude.gov.br/images/pdfs/anexo-atualizado-portaria-spo1-28-de-marco.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2018).

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Assessoria de Imprensa e Comunicação

EDITORIAL

Coordenação

Cláudio Passos de Oliveira

Supervisão

Andrea Bossle de Abreu

Revisão

Carlos Eduardo Gonçalves de Melo
Elaine Oliveira Couto
Lara Alves dos Santos Ferreira de Souza
Mariana Silva de Lima
Rava Caldeira de Andrada Vieira
Vivian Barros Volotão Santos
Bruna Oliveira Ranquine da Rocha (estagiária)
Lorena de Sant'Anna Fontoura Vale (estagiária)

Editoração

Aline Cristine Torres da Silva Martins
Carlos Henrique Santos Vianna
Mayana Mendes de Mattos (estagiária)
Vinícius Arruda de Souza (estagiário)

Capa

Danielle de Oliveira Ayres
Flaviane Dias de Sant'ana

Projeto Gráfico

Renato Rodrigues Bueno

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

Livraria Ipea

SBS – Quadra 1 - Bloco J - Ed. BNDES, Térreo.
70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 2026-5336
Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Missão do Ipea

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

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO
PLANEJAMENTO,
DESENVOLVIMENTO E GESTÃO

ISSN 1415-4765



9 771415 476001