

Coletânea: Atualização em saúde coletiva

FINANCIAMENTO EM SAÚDE

ORGANIZAÇÃO

Rejane Christine de Sousa Queiroz
Silvia Cristina Viana Silva Lima
Paola Trindade Garcia
Deysianne Costa das Chagas
Cadidja Dayane Sousa do Carmo



EDUFMA

Coletânea: Atualização em saúde coletiva

FINANCIAMENTO EM SAÚDE

REJANE CHRISTINE DE SOUSA QUEIROZ
SILVIA CRISTINA VIANA SILVA LIMA
PAOLA TRINDADE GARCIA
DEYSIANNE COSTA DAS CHAGAS
CADIDJA DAYANE SOUSA DO CARMO
(Organizadores)

Coletânea: Atualização em saúde coletiva

FINANCIAMENTO EM SAÚDE

São Luís



EDUFMA

2021

Copyright © 2021 by EDUFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho

Reitor

Prof. Dr. Marcos Fábio Belo Matos

Vice-Reitor

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Luís Henrique Serra

Prof. Dr. Elídio Armando Exposto Guarçoni

Prof. Dr. André da Silva Freires

Prof. Dr. Jadir Machado Lessa

Prof^a. Dra. Diana Rocha da Silva

Prof^a. Dra. Gisélia Brito dos Santos

Prof. Dr. Marcus Túlio Borowiski Lavarda

Prof. Dr. Marcos Nicolau Santos da Silva

Prof. Dr. Márcio James Soares Guimarães

Prof^a. Dra. Rosane Cláudia Rodrigues

Prof. Dr. João Batista Garcia

Prof. Dr. Flávio Luiz de Castro Freitas

Bibliotecária Suênia Oliveira Mendes

Prof. Dr. José Ribamar Ferreira Junior

Revisão

Mizraim Nunes Mesquita

Revisão técnico-pedagógica

Rejane Christine De Sousa Queiroz

Projeto Gráfico

João Victor Marinho Figueiredo

Priscila Penha Coelho

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Financiamento em saúde [recurso eletrônico] / Organizadoras, Rejane Christine de Sousa Queiroz ... [et al.]; autoras, Regimarina Soares Reis, Maria Luiza Levi. – São Luís: EDUFMA, 2021.

57 p. : il. (Coletânea: Atualização em saúde coletiva)

Modo de acesso: World Wide Web

<<http://www.edufma.ufma.br/index.php/loja/>

ISBN: 978-65-89823-50-6

Saúde pública - Financiamento. 2. SUS. 3. Saúde – Políticas públicas.

I. Reis, Regimarina Soares. II. Levi, Maria Luiza. III. Coletânea.

CDD 614.336 01

CDU 614:336.14

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Márcia Cristina da Cruz Pereira – CRB 13 / 418

Impresso no Brasil [2021]

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, microimagem, gravando ou outro, sem permissão do autor.

EDUFMA | Editora da UFMA

Av. dos Portugueses, 1966 – Vila Bacanga

CEP: 65080-805 | São Luís | MA | Brasil

Telefone: (98) 3272-8157

www.edufma.ufma.br edufma@ufma.br



INFORMAÇÕES SOBRE AUTORAS/ ORGANIZADORAS

REGIMARINA SOARES REIS – AUTORA

Graduada em Enfermagem (UFMA). Mestre e doutora em Saúde Coletiva (UFMA). Docente e pesquisadora em Saúde Pública do LabGestão da EPSJV/Fiocruz.

MARIA LUÍZA LEVI – AUTORA

Graduada em Economia, doutora pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e Professora do Bacharelado em Políticas Públicas da UFABC. Foi assessora das Secretarias Municipais de Saúde e de Finanças de São Paulo e do Ministério da Saúde.

SILVIA CRISTINA VIANA SILVA LIMA – ORGANIZADORA

Graduada em Enfermagem. Mestre e doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão. Docente do Departamento de Saúde Pública/UFMA, responsável pela disciplina Gestão e Gerência da Rede Básica do Curso de Enfermagem. Docente da disciplina Saúde Coletiva no Curso de Farmácia. Coordena o Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com ênfase no trabalho interprofissional em saúde. Servidora pública da esfera estadual, do quadro estatutário no poder executivo na Secretaria de Estado da Saúde, lotada no Departamento de Atenção às IST/HIV/Aids/Hepatites Virais. Docente da Liga Acadêmica de Aids e IST. Conselheira de Saúde, membro do segmento gestor/prestador no Conselho Municipal de Saúde de São Luís-MA. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em interprofissionalização, atuando principalmente nos seguintes temas: Aids, Controle Social, Saúde Coletiva, Gestão, Gerência, Governança e Políticas Públicas.

PAOLA TRINDADE GARCIA – ORGANIZADORA

Graduação em Fisioterapia. Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva (UFMA). Residência Multiprofissional em Saúde (UFMA). Especialista em Processos Educacionais na Saúde (IEP-Sírio Libanês), Saúde da Família (CEST) e em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (UFMA). Possui experiência em Educação a Distância (EaD) e em Metodologias Ativas de Ensino (presencial e EaD). Docente da Universidade Federal do Maranhão do Departamento de Saúde Pública e coordenadora de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA. Professora Permanente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Renasf. Integrante do Grupo de Pesquisa SAITE – Tecnologia e Inovação em Educação na Saúde (CNPq/UFMA). Como pesquisadora, atua principalmente nos seguintes temas: Educação a Distância e Atenção Primária em Saúde.

DEYSIANNE COSTA DAS CHAGAS – AUTORA E ORGANIZADORA

Graduação em Nutrição. Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva (UFMA). Especialista em Docência em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Possui experiência na formação de profissionais de saúde como tutora do PET-Saúde/GraduaSUS e PET-Saúde/Interprofissionalidade. Possui experiência em Educação a Distância como tutora, orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso e designer instrucional pela UNA-SUS/UFMA. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Maranhão. Professora Colaboradora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Renasf. Como pesquisadora, atua principalmente nos seguintes temas: Epidemiologia, Educação em Saúde e Educação a Distância.

CADIDJA DAYANE SOUSA DO CARMO – ORGANIZADORA

Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestrado e Doutorado em Odontologia (UFMA). Especialização em Saúde da Família: Planejamento e Gestão MBA em Gestão em Saúde (FAE) e em Odontopediatria (Faculdade São Leopoldo Mandic), Microbiologia Geral (Universidade CEUMA). Habilitação em Sedação Consciente com Óxido Nitroso pelo Instituto de Pós graduação Pós-Saúde (MA). Experiência na docência de ensino superior na modalidade de Educação a Distância (EaD), com atuação como tutora, supervisora de tutoria, orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso em EaD pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS/UFMA). Experiência no magistério superior presencial como docente das disciplinas de Fundamentos de Microbiologia, Imunologia e Parasitologia; Cariologia, Promoção de Saúde Bucal e Odontopediatria.

REJANE CHRISTINE DE SOUSA QUEIROZ – ORGANIZADORA

Graduação em Odontologia, pela Universidade Federal do Pará (1994-1999). Pós-doutorado em Saúde Global no Global Health Institute, Duke University, North Carolina, USA (2017-2018). Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil (2005-2009), linha de pesquisa em Avaliação de Serviços e tecnologia de Saúde. Mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz Rio de Janeiro, Brasil (2002-2004), linha de pesquisa em Epidemiologia. Especializações em: Gestão em Saúde, pela Universidade Federal do Maranhão (2003), e em Educação para Profissões da Saúde (FAIMER BRASIL), pela Universidade Federal do Ceará (2014-2015). Atualmente é Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão. Faz parte do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFMA do qual foi vice-coordenadora (2018-19). Faz parte do Programa Profissional de Pós- Graduação em Saúde da Família (PPGSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), atuando como coordenadora da UFMA. Foi professora da Universidade Federal do Pará, em Belém do Pará, e da Universidade CEUMA, em São Luís do Maranhão. Foi bolsista de produtividade da FAPEMA (2016-2018) e bolsista de Desenvolvimento Tecnológico e Industrial A (DTI-A) do CNPq (2018-2019). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase nas áreas de Epidemiologia, Avaliação de Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Atenção Materno Infantil, Vigilância em Saúde e Saúde Bucal.



SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	06
01	SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E MODELOS DE PROTEÇÃO SOCIAL <i>Regimarina Soares Reis e Maria Luíza Levi</i>	08
02	FINANCIAMENTO DO SUS <i>Regimarina Soares Reis e Maria Luíza Levi</i>	13
	2.1 Histórico e modelos de vinculação orçamentária	13
	2.2 Financiamento do SUS em perspectiva internacional	24
03	TRANSFERÊNCIAS E GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS NO SUS <i>Regimarina Soares Reis e Maria Luíza Levi</i>	32
04	MODELO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE <i>Regimarina Soares Reis e Maria Luíza Levi</i>	41
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS	48



APRESENTAÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representa o grande ponto de viragem sobre o modo como o estado brasileiro responde às necessidades de saúde da população. A saúde passou a ser considerada direito de todos, superando-se a situação de indigência sanitária daqueles que não tinham renda ou carteira de trabalho assinada — a maioria da população do país. Reconheceu-se que o processo saúde-doença é expressão do modo como a sociedade está organizada e, portanto, produto das condições de vida e trabalho, a partir do qual se introduziu uma concepção ampliada de saúde.

Entretanto, a materialização dessa política social, que é uma das mais complexas e de maior alcance do mundo, é dependente do adequado financiamento das ações e serviços de saúde, em termos de quantidade de recursos, disponibilidade financeira em tempo oportuno e oferta de mecanismos e instrumentos de gestão orçamentária e financeira.

Historicamente, o processo de implementação do SUS é permeado por impasses em relação ao financiamento, devido à instabilidade e insuficiência de recursos. Essa carência financeira reverbera negativamente no cotidiano dos profissionais, gestores, serviços prestados e, evidentemente, nas condições de vida e saúde da população.

Ainda que se reconheça os avanços do SUS no que tange à oferta e cobertura de serviços e melhoria de indicadores de saúde, ainda existem lacunas importantes a serem preenchidas. Para que isso seja possível, é preciso equacionar o problema do financiamento no âmbito das políticas públicas de saúde.

Assim, é fundamental que profissionais da saúde, gestores, tomadores de decisão e usuários compreendam os liames dessa pauta, a fim de qualificar os processos de planejamento local, a tomada de decisão e enriquecer os debates, que devem ser permanentes em torno da saúde pública.

Convidamos você a explorar este livro a fim de analisar o processo de financiamento da saúde pública no Brasil, reafirmando-se como protagonista na consolidação do SUS.

Bom leitura!

1

SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E MODELOS DE PROTEÇÃO SOCIAL

Regimarina Soares Reis e Maria Luíza Levi

Para iniciarmos, reflita sobre a seguinte questão:

De que maneira a organização do sistema de saúde determina o modo como as ações de saúde são financiadas?

Entre os componentes do sistema de saúde tem-se a infraestrutura, a organização e a prestação dos serviços, a regulação, a cobertura, a gestão e o financiamento, sendo este último um elemento estruturante. Quando falamos em financiamento no âmbito da saúde pública no Brasil, estamos nos referindo ao montante de recursos financeiros que é destinado ao Sistema Único de Saúde (SUS), assim como às origens desses recursos e sua alocação.

Portanto, para compreendermos os determinantes do modo de operação dos sistemas de atenção à saúde e o seu alcance em termos de melhoria da qualidade de vida da população, é fundamental considerarmos como se organiza a base de financiamento do sistema. Sendo o SUS a atual política sanitária vigente no Brasil, também é ponto nodal entender o contexto histórico em que ocorreu sua criação.

O modelo de financiamento deveria ser determinado pela concepção e modo de organização dos sistemas de atenção saúde. Todavia, no Brasil, o modelo é determinado muito mais pela estrutura federativa e pelo intenso conflito distributivo em torno dos recursos orçamentários do que pela concepção do sistema de atenção à saúde

Sistemas de saúde correspondem ao conjunto de atividades que têm como propósito fundamental promover, restaurar e manter a saúde de uma população. Logo, podemos dizer que esses sistemas são respostas sociais, organizadas intencionalmente, para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e em determinado tempo (MENDES, 2019).

Para que o objetivo supracitado seja alcançado, em linhas gerais, os sistemas de atenção à saúde precisam desempenhar três funções (WHO, 2000):

- a) melhorar a saúde da população;
- b) responder às necessidades e expectativas das pessoas; e
- c) fornecer proteção financeira em saúde.

De modo geral, os sistemas de saúde têm articulação com o modelo de proteção social adotado. A depender de condições estruturais, como o nível de desenvolvimento capitalista e a organização da classe trabalhadora, por exemplo, modelos distintos de proteção social foram adotados por cada país. Os aspectos constitutivos da proteção social são sintetizados em três modelos: assistencial, seguro social e seguridade social. Uma das primeiras classificações de sistemas de saúde é coincidente com essa tipologia (PAIM, 2015; BOSCHETTI, 2009; CONILL, 2017).

A Figura 1 demonstra os tipos de sistemas mais representativos:

Figura 1: Tipos de sistemas de saúde.

Seguro social	Seguridade Social	Assistencial (ou residual)
<ul style="list-style-type: none"> • Baseia-se na solidariedade; • Tende a ser universal, dependendo do grau de formalização da força de trabalho; • Direito à saúde garantido àqueles que contribuem com a previdência social, por meio dos seus vínculos de trabalho; • Controlado pelo Estado; • Países de referência: Alemanha, França e Suíça. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baseia-se na justiça social; • Universal; • Direito à saúde vinculado à condição de cidadania; • Financiado por toda a sociedade por meio de tributos e impostos; • Países de referência: Inglaterra, Canadá e países nórdicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baseia-se na caridade; • Cesta de serviços disponível para aqueles que comprovem sua condição de pobreza; • O acesso à saúde da maioria da população se dá via mercado; • Há restrições à intervenção estatal; • País de referência: Estados Unidos.

Fonte: Adaptado de Paim (2015).

O que confere a direção, os contornos e o alcance de um sistema de atenção à saúde são os valores e o sistema de crenças vigentes em determinada sociedade, em dado momento, bem como a sua estabilidade resulta da coerência entre valores societários e a configuração (material e simbólica) desses sistemas (MENDES, 2019).

Desse modo, pode-se dizer que assim como a situação de saúde-doença nos informa sobre a genética, história familiar, condições de vida e trabalho de cada indivíduo, um sistema de saúde expressa os valores e opções políticas de cada país no atendimento às necessidades de saúde da população (CONILL, 2017).

Retomando o questionamento inicial, o modo como os sistemas de saúde estão organizados em termos de infraestrutura, cobertura, modelo de atenção, concepção de saúde, assim como os valores sociais que os originam determinam o quê, quanto, quando e como será financiado.

! IMPOTANTE!

A classificação de sistemas de saúde é importante para localizar didaticamente a relação dos tipos de sistemas com os modelos de proteção social. Entretanto, não existem sistemas puros, o mais comum é a existência de sistemas mistos, de modo que as classificações enfatizam características predominantes de cada sistema. Também se destaca que nem sempre a riqueza de um país se reflete em justiça social ou em sistemas de saúde bem organizados. Os Estados Unidos são um caso emblemático que, apesar de apresentarem os maiores gastos per capita em saúde, têm um sistema de saúde fragmentado em virtude da predominância de arranjos privados de financiamento e organização de serviços, cujo desempenho geral é pior quando comparado a países que têm sistemas públicos universais (bismarckianos ou beveridgeanos) (MENDES, 2019; CONILL, 2017).

No processo histórico de construção social dos sistemas de atenção à saúde, a oferta de serviços expande-se a partir das ideias do chanceler alemão Bismarck, que no século XIX, propôs o modelo de seguro social. Posteriormente, no século XX, após a Segunda Guerra, a partir do relatório escrito por William Beveridge, desencadeou-se o movimento que universalizou a seguridade social e instituiu os sistemas universais beveridgeanos de atenção à saúde (MENDES, 2019; CONILL, 2017).

? VOCÊ CONHECE?

Sistemas de Proteção Social ganharam força no pós-guerra, e foram implantados inicialmente em países europeus de capitalismo central em um contexto de expansão do capitalismo industrial na Europa.

Com o objetivo de alcançar uma ordem social mais equilibrada, diante do cenário de desigualdades sociais que se alastrava, diferentes acordos entre capital e trabalho resultaram na definição de papéis diversos para o Estado, a fim de garantir acesso a bens e serviços de caráter público. A perspectiva era conformar um ambiente social propício para garantir a expansão do sistema de produção capitalista.

Foi nesse período que se consolidou o Welfare State (Estado de Bem-Estar Social), quando as sociedades experimentaram um aumento no peso dos sistemas públicos e a ampliação do acesso a benefícios previdenciários e a serviços de saúde.

Entretanto, as formas como cada sociedade respondeu aos questionamentos a quem proteger, do que proteger e como proteger foram diversas, conformando vários modelos de proteção social (MATTEI, 2019) e, portanto, várias maneiras de financiar as ações de saúde.

Leia o artigo "Sistema de proteção social brasileiro enquanto instrumento de combate à pobreza", do Lauro Francisco Mattei (2019) na íntegra:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802019000100057

No Brasil, os movimentos em direção à construção de um sistema de proteção social ocorreram tardiamente em relação aos países de capitalismo desenvolvido. O Estado de Bem-Estar Social na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA) se desenvolveu na metade do século XX, no pós-guerra, na vigência do capital industrial como orientador da dinâmica econômica. Somente depois de quarenta anos, por meio da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o Brasil previu o direito à saúde em perspectiva universal e como condição de cidadania. Nesse momento o capital industrial já não comandava a economia, que era pautada pelo capital portador de juros, o qual assumiu posição central no mundo contemporâneo (MENDES, 2012).

Diferentemente do que ocorreu nos países de capitalismo central, quando a CF/88 estabeleceu a saúde como direito universal no Brasil, o país não mais crescia de forma duradoura, e apresentava um Estado encolhido fiscal e financeiramente. Já se sentiam os constrangimentos causados pelo capital portador de juros. Isso conferiu especificidades e contradições ao padrão de proteção social brasileiro, pois se criou um sistema de saúde universal sob um modelo econômico que prioriza a geração de superávits primários (obtidos com restrição de gastos) para o cumprimento de metas de inflação, resultando em montantes insuficientes e instáveis de recursos para a saúde pública (MENDES, 2012).

Desse modo, desde a CF/88 até a finalização deste livro, em 2020, perduram os impasses e embates acerca do financiamento do SUS, configurando-se uma crise histórica.

2

FINANCIAMENTO DO SUS

Regimarina Soares Reis e Maria Luíza Levi

2.1 Histórico e modelos de vinculação orçamentária



REFLETINDO

Quando você pensa nos desafios para a implementação do trabalho interprofissional em saúde no SUS, o que lhe vem à mente de imediato?

Explicar os entraves a serem superados na implementação da interprofissionalidade apenas no âmbito da falta de vontade, falta de capacitação ou falta de protocolos é uma perspectiva limitante, que não contribui para a organização dos trabalhadores de diversos campos do conhecimento em torno das questões estruturantes do sistema de saúde.

Antes do SUS, o direito à saúde se restringia a quem estava inserido no mercado formal de trabalho, patrocinado pela Previdência Social. A parcela mais rica da população pagava por serviços privados. Os mais pobres dependiam de serviços as-sistenciais restritos, ofertados pelo Ministério da Saúde por meio das secretarias estaduais e municipais, além das entidades filantrópicas (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018).

Nesse contexto, o financiamento da saúde era realizado por meio de recursos das contribuições individuais relacionadas às folhas de pagamento, um modelo coerente com o sistema de proteção baseado no seguro social que perdurou no país de 1920 até a CF/88, quando se optou pela seguridade social (PAIM, 2015).

Com a CF/88 se introduz uma concepção ampliada de saúde, que pressupõe entender as pessoas e coletividades em seus processos históricos – demarcados por distintos modos de vida e trabalho – que impactam nos processos de adoecimento e saúde. Essa perspectiva demanda superar a concepção fragmentada e reativa de atenção, que enxergava os sujeitos como portadores de doenças, sinais e sintomas. O cuidado integral às necessidades de saúde da população passa a ser condição para a concretização do SUS.

Existe uma parte do trabalho em saúde que ultrapassa as práticas individualizadas de cada profissão e depende da valorização da equipe. Não se trata de renunciar às especificidades, mas de abertura aos demais campos do conhecimento, interagindo saberes e práticas em um processo de trabalho cooperativo.

Assim, o trabalho em equipe é a estratégia para a operacionalização do cuidado integral em todos os níveis de atenção no SUS. Trata-se de um dos pilares

do trabalho em saúde, à medida que esta é entendida em sua multidimensionalidade (biológica, econômica, política, sócia, cultural).

Entretanto, a concepção de equipe deve superar o mero agrupamento de diferentes profissionais. No cuidado integral, a perspectiva é a realização de ações articuladas, integradas, orientadas para as necessidades de saúde da população, com corresponsabilização e potencialização da contribuição de cada campo do conhecimento em favor da situação de saúde dos usuários (OMS, 2010). Esta é uma condição para a concretização do SUS na plenitude dos seus princípios e diretrizes.

Em que pese a relevância da atuação integrada no cotidiano dos serviços, é preciso considerar que, para a efetiva materialização do trabalho interprofissional, faz-se pertinente garantir as condições estruturantes para o funcionamento dos serviços, das redes de atenção e da Atenção Primária como ordenadora do cuidado. Para isso se faz necessário dispor de uma base de recursos financeiros coerente com a natureza e as atribuições do SUS.

O trabalho interprofissional é complexo, demanda recursos materiais, trabalhadores e não se dá somente por anúnciação, no campo das diretrizes. É preciso garantir as condições materiais para que a integração dos trabalhos seja uma possibilidade e não mais um lugar inalcançável no horizonte. Para tanto, é imprescindível compreender as macro estruturas que pressionam o dia a dia dos serviços, às vezes de modo pouco perceptível no “calor do cotidiano”, que exige respostas rápidas.

Você considera que estão garantidos os recursos para a concretização do trabalho interprofissional na sua unidade de saúde? Por quê?

Você conhece as características do financiamento do SUS que impactam diretamente na quantidade de recursos previstos para o serviço de saúde em que você está inserido?

Com a criação do SUS pela CF/88 foram introduzidos três elementos centrais (Figura 2) para a organização da saúde pública brasileira e que são determinantes para compreender as características do seu financiamento na atualidade, a saber (UGÁ; MARQUES, 2005):

Figura 2: Elementos centrais do SUS para a organização da saúde brasileira.

Reorganização político-administrativa: as ações e serviços de saúde passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, atenção integral e participação social.

Participação complementar de prestadores privados: criou-se um sistema público e universal e ao mesmo tempo livre à iniciativa privada, em caráter próprio ou complementar.

Ruptura do modelo de financiamento: o financiamento do setor saúde passa a integrar o Orçamento da Seguridade Social (OSS) e os Tesouros federal, estaduais e municipais.

Fonte: Aatoria (2021).

Com a criação do SUS há um deslocamento importante na concepção de saúde, na organização das ações e serviços, e no modelo de financiamento. Além disso, foi mantida a participação do setor privado na saúde, tanto na oferta de serviços ao SUS, em caráter complementar, quanto no que diz respeito à manutenção da possibilidade de acesso pela via mercantil por parte da parcela da população que pudesse pagar pelos serviços, seja em esquema de pré pagamento (via planos/seguros de saúde, segmento que posteriormente foi designado Saúde Suplementar), como na modalidade gasto direto (em inglês, “out-of-pocket”, literalmente, “dinheiro saído do bolso”).

Enquanto a participação privada na oferta de serviços ao SUS em caráter complementar foi explicitamente mencionada na Carta Magna, a manutenção da possibilidade de acesso privado à saúde (pela via da compra) apenas não foi proibida. Essa liberdade de exploração privada da oferta de ações e serviços de saúde em arranjos de mercado permitiu o florescimento subsequente dos planos privados de saúde e do segmento privado de provedores ambulatoriais, hospitalares e laboratoriais que se organizou a partir desse arranjo, contrariando a posição de segmentos que, à época dos trabalhos constituintes, defendiam que a saúde não deveria ser passível de exploração privada.

Essa foi a resultante da correlação de forças e interesses que perpassou a Constituinte, sendo a negociação possível para manter a saúde livre à iniciativa privada, em caráter próprio ou complementar (UGÁ; MARQUES, 2005).

Nota-se que, para a possibilidade da plena implementação do SUS, são requeridas mudanças estruturantes de ordem político-institucional, organizacional, cultural, financeira, e na própria concepção do modelo de atenção à saúde (UGÁ; MARQUES, 2005). Desse modo, dada sua complexidade, o SUS é uma política de Estado que permanece em processo de construção e implementação.



REFLETINDO

Sabe-se que a criação do SUS foi um avanço para a política sanitária brasileira. Por outro lado, no que concerne ao financiamento das ações e serviços de saúde, pode-se dizer que os recursos disponibilizados pelas três esferas de gestão são suficientes?

No que tange aos componentes fundamentais à implementação do SUS, tem-se que o financiamento se configura como um fator crítico para a garantia do direito à saúde. O SUS tem 32 anos de existência e em todos esses anos o debate acerca do financiamento foi, e ainda é, presente.

Assegurar recursos suficientes para o SUS é uma condição para que seja possível concretizar os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde previstos na CF/88. Todavia, ainda que sejam observados importantes avanços, o subfinanciamento crônico do SUS ainda é impeditivo à implementação das ações e serviços de saúde em tempo e qualidade requeridos pelas necessidades da população (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018).



REFLETINDO

O que você pensa sobre a seguinte afirmação?

“Ao SUS não falta dinheiro, falta melhorar a gestão”.

No senso comum esse é um discurso frequente. Setorialmente, é consenso que os principais problemas do SUS se dão em duas dimensões: financiamento e gestão. Do ponto de vista da gestão, diversas iniciativas podem ser observadas com o objetivo de racionalizar o uso dos recursos e otimizar o desempenho do sistema. Melhorar a gestão e o desempenho do sistema é sempre desejável, porém, mesmo que a eficiência do SUS seja qualificada, continuará existindo um déficit na oferta de serviços, sobretudo no tocante ao atendimento especializado, realização de exames para diagnóstico e à terapia. Por sua vez, melhorar a gestão depende também de investimento em capacitação, modernização de processos de trabalho, sistemas informacionais e infraestrutura tecnológica. Para suprir essas lacunas assistenciais e de gestão é necessário dispor de recursos financeiros suficientes e estáveis (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018).

No que tange aos componentes fundamentais à implementação do SUS, tem-se que a proposta de seguridade social da CF/88 envolve a saúde, previdência e assistência social. Para atender à necessidade de recursos compatíveis com o tipo de proteção social previsto na CF/88, os constituintes definiram fontes para o financiamento da seguridade, de modo a deixá-lo menos suscetível às variações cíclicas da economia, especialmente do emprego no mercado formal de trabalho. Dentre as principais fontes, estão (MENDES; MARQUES, 2017):

- a) Salário: contribuições de empregados e empregadores para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (Previdência Social);
- b) Faturamento: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS); Programa de Integração Social (PIS) e Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (PASEP) (Fundo PIS/PASEP);
- c) Lucro das empresas: Contribuição sobre o Lucro Líquido (CLL);
- d) Receita de concursos e prognósticos (loterias);
- e) Recursos de impostos da União, estados e municípios.

A proposta consistia em, a cada ano, a receita do conjunto dessas fontes de recursos fosse distribuída entre as três áreas da Seguridade, com exceção do Pis/Pasep – destinado ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) – e das contribuições para o INSS – exclusivas para o financiamento da Previdência. A Constituinte definiu que os recursos da Seguridade Social não poderiam ser destinados a outros fins que não a Saúde, Previdência e Assistência Social (MENDES; MARQUES, 2017).

Em relação ao montante de recursos, um dos mecanismos utilizados para assegurar percentuais mínimos é a vinculação orçamentária, ou seja, relacionar de modo obrigatório um conjunto de receitas a determinadas despesas. Essa proposta não prosperou na CF/88.

Em 1988 o texto constitucional estabeleceu que, transitoriamente, 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) seria destinado à saúde até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a qual definiria anualmente esse percentual. Porém, na prática, a aplicação de recursos para a saúde sempre esteve aquém do estabelecido (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

Três fatos marcantes sobre os embates acerca do financiamento do SUS logo após a CF/88 ainda apresentam reflexos no seu funcionamento, quais sejam (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019; MENDES; MARQUES, 2017; UGÁ; MARQUES, 2005):

a) desvio de finalidade dos recursos: contrariando o preceito constitucional, os recursos da Cofins passaram a ser utilizados para o pagamento de encargos previdenciários da União com a aposentadoria dos servidores públicos, que não faziam parte da Seguridade, e se repete desde então. Assim, reduziu-se a disponibilidade de recursos para a Saúde, culminando no não cumprimento da alocação de 30% dos recursos da OSS ao longo do tempo;

b) desrespeito à LDO em 1993: o executivo federal desrespeitou a determinação da LDO, de que 15,5% das arrecadações de empregados e empregadores deveriam ser repassados à saúde. A partir de 1993 a Saúde não contou mais com as contribuições de empregados e empregadores. Com isso, o Ministério da Saúde passou a solicitar sucessivos empréstimos ao FAT;

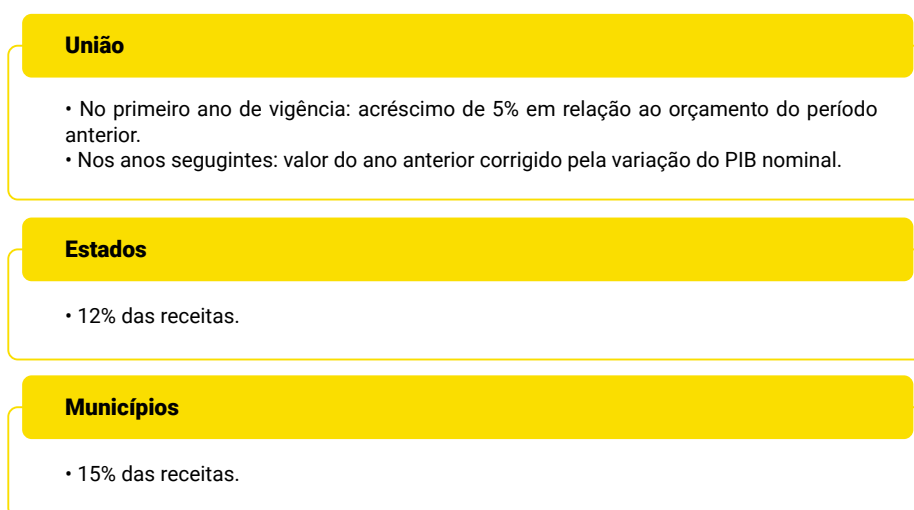
c) criação do Fundo Social de Emergência em 1994: criado para estabilizar a economia após a implantação do Plano Real e possibilitar a geração de superávits primários. Permitiu que 20% da arrecadação de todos os impostos e contribuições sociais fossem desvinculados da Seguridade. Em 1997 passou a se chamar Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, em 1999, passou a ser denominado Desvinculação das Receitas da União (DRU). Em 2016, a DRU foi prorrogada para 2023, com ampliação do percentual de desvinculação de 20% para 30%.

A partir desse cenário, percebe-se uma sequência de estrangulamentos do financiamento da saúde pública desde a criação do SUS, ratificando o caráter crônico do subfinanciamento da saúde pública.

Quando, na segunda metade dos anos 1990, o Ministério da Saúde ficou impedido de pedir empréstimos ao FAT, iniciou-se a discussão em torno da criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) como forma de encontrar fontes de recursos para o SUS de modo transitório. Esse novo imposto passou a vigorar a partir de 1997 e perdurou até 2007. Entretanto, concretamente, em vez de adicionar recursos para o SUS, a CPMF substituiu outras fontes e foi dividida com outras áreas da Seguridade, perdendo assim seu poder de impacto na saúde pública (MENDES; MARQUES, 2017).

Diante da instabilidade de recursos financeiros para o SUS, em 1993 começaram a surgir iniciativas para vincular receitas da União, estados e municípios para a saúde pública. Após sete anos de tramitação, no ano 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), que designa os montantes mínimos que a União, estados e municípios devem alocar no SUS (Figura 3), assim:

Figura 3 – Receitas mínimas da União, estados e municípios para a saúde pública.



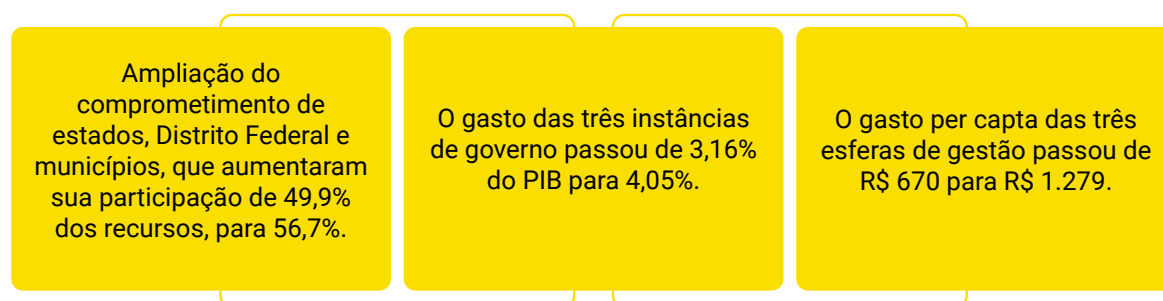
Fonte: Autoria (2021).

Após a EC-29, permaneceram alguns embates antigos e surgiram novos, que têm reflexos nos montantes efetivamente aplicados na saúde pública. Por exemplo, a fim de cumprir o regramento, alguns estados e municípios incluíram nas contas da Saúde despesas com inativos, saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, entre outros. Ocorreu que, no cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados pela União, houve dúvida interpretação de qual o ano base a considerar, se aquele anterior à Emenda – base fixa – ou a cada exercício financeiro – base móvel (UGÁ; MARQUES, 2005).

A questão do conceito sobre o que seria considerado ações e serviços de saúde foi resolvida pela Portaria nº 2.047/2002, do Ministério da Saúde, que definiu o que poderia ou não ser classificado como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Sobre o ano base para o cálculo de montante a ser alocado pela União, em 2002 o Tribunal de Contas da União (TCU) se manifestou favorável à interpretação de base-móvel (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

Observando-se os anos de 2003 a 2017, depreende-se que a EC-29 permitiu os seguintes avanços para o financiamento do SUS (Figura 4) (PIOLA; BENEVIDES; VIEIRA, 2018):

Figura 3: Avanços da EC-29 para o financiamento do SUS.



Fonte: Aatoria (2021).

Cumpre destacar que apesar de ter possibilitado a ampliação dos recursos financeiros destinados ao SUS, a EC-29 não foi suficiente para que se alcançasse um montante mais expressivo de recursos para a saúde pública, e de fato coerente com o modelo complexo do sistema de saúde previsto constitucionalmente (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019). A efetividade da EC-29 dependia da sua regulamentação, que só ocorreu em 2012 por meio da Lei nº 141/2012, que estabeleceu a obrigatoriedade da alocação de recursos para a União, estados e municípios, bem como definiu mecanismos de acompanhamento e chancelou a interpretação das ASPS (BRASIL, 2012).

Entre a publicação da EC-29 e sua regulamentação ocorreram perdas – ou não ampliação de recursos – relacionadas: a) ao não cumprimento dos percentuais; b)

a viragem de recursos de um exercício financeiro para outro, incluídos como Restos a Pagar e que não eram de fato executados no ano seguinte, e; c) o modo como a União cumpriu a Emenda, aplicando sempre o mínimo, de modo a não aumentar a base de cálculo do ano seguinte (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

Outro ponto relevante é que, com a EC-29, observou-se um aumento do comprometimento das três esferas de gestão com o financiamento do SUS, mas o esforço da União foi menor, ficando a participação federal praticamente nos mesmos níveis de recursos em relação ao Produto Interno Bruto (PIB). Assim, os debates sobre a ampliação dos recursos federais se intensificaram, e havia uma corrente dentro do Congresso que defendia a aplicação de 10% das Receitas Correntes Brutas (RCB) da União no SUS (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).



IMPORTANTE!

Nota-se que foram necessários 24 anos da criação do SUS para que, de fato, se estabelecessem critérios sobre os recursos mínimos a serem aplicados na saúde pública pelos entes federativos de forma regulamentada pela Lei nº 141/2012. É sintomático que para um sistema universal tenha havido tanta demora nessa designação, corroborando mais uma expressão da natureza conturbada do tema financiamento no âmbito do SUS.

Em 2015 foi aprovada a EC-86, que mudava o método de cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados pela União, porém, desconsiderando-se a proposta inicial de 10% da RCB. A nova regra de aplicação de recursos previa que a União aplicasse 15% da sua Receita Corrente Líquida (RCL), o que seria atingido progressivamente, de acordo com as seguintes etapas: em 2016, o equivalente a 13,2% da Receita Corrente Líquida; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019; e 15% em 2020. Para os demais entes federados continuaria vigente o regramento da EC-29, referendado pela Lei Complementar nº 141/2012 (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

A EC-86 ficou conhecida como Emenda do Orçamento Impositivo, pois além de revisar o método de cálculo dos recursos da União, estabeleceu a obrigatoriedade da execução das emendas parlamentares individuais até o limite de 1,2% da RCL da União. Definiu-se que metade dos valores relativos a essas emendas seria direcionada a ASPS. Ressalte-se, entretanto, que as emendas não correspondem a mais recursos para a Saúde, pois esse montante será computado na composição do piso mínimo já estabelecido (SANTOS; GASPARINI, 2020).

Com a retração econômica e a crise fiscal, o método de cálculo não surtiu efeito na ampliação dos recursos federais para a Saúde, ficando o montante a ser aplicado pela União, sob o novo cálculo, inferior ao que seria aplicado pela regra anterior da EC-29, que considerava a variação do PIB. Desse modo, as etapas de progressão do percentual de aplicação foram antecipadas de modo a evitar retração

no financiamento. O percentual de 15% da RCL foi implementado no ano de 2017, e não em 2020 (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

É importante frisar que, embora os embates pelo financiamento do SUS sejam históricos – e que o subfinanciamento seja inquestionável – o montante de recursos aplicado evoluiu de modo crescente ao longo dos anos. Entretanto, a proposição de um Novo Regime Fiscal no país culminou na EC-95/2016, acarretando nova mudança no cálculo dos recursos financeiros oriundos da União para o SUS, a qual reverte uma trajetória histórica de crescimento real do gasto público (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

O Novo Regime Fiscal vigorará de 2016 a 2036, e nesse período o ajuste do cálculo dos recursos se dará apenas com base na inflação, a partir do Índice de Preços ao Consumidor (IPCA). Desse modo, mesmo que haja crescimento da economia, isso não implicará em crescimento de recursos para o SUS e para nenhuma outra política pública durante 20 anos. O cálculo se dá da seguinte forma: a partir de 2018 o piso mínimo de despesas da União com ASPS permanecerá congelado em valor equivalente a 15% da RCL de 2017, atualizado, anualmente, pela variação do IPCA do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

Portanto, o modelo de financiamento do SUS, referente aos mínimos aplicados por cada esfera de gestão, são regulamentados pela EC-29/2000, no caso dos estados, Distrito Federal e municípios, e pela EC-95/2016, no caso da União.

A Figura 5 ilustra a síntese do histórico das vinculações orçamentárias no SUS e os mínimos a serem aplicados por cada esfera de gestão:

Figura 3: Pequeno histórico das vinculações orçamentárias para execução de ações e serviços públicos de saúde – (ASPS).

MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO					
		Desde 2000 a 2015	A partir de 2016		2017		A partir de 2018
EC 29/2000	EC 29/2000	EC 29/2000	EC 86/2015		EC 95/2016		EC 95/2016
15% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	12% Transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados	Valor empenhado no ano anterior + variação do PIB	Ano	Base RCL	Ano	Base RCL	Base: gasto ano anterior
			2016	13,2%	2016	15,0%	Valor gasto no ano anterior + IPCA
			2017	13,7%	2017	15,0%	
			2018	14,1%	–	–	
			2019	14,5%	–	–	
			2020	15,0%	–	–	

Fonte: CONASEMS.

Para além de compreender a base de cálculo dos recursos mínimos oriundos de cada ente federativo, é importante identificar as fontes que compõem tais recursos financeiros, para estados e municípios, como ilustra a Figura 6:

Figura 6: Fontes de financiamento para base de cálculo para aplicação de recursos em saúde (ASPS).

	ESTADOS/DISTRITO FEDERAL	MUNICÍPIOS
Mínimo Obrigatório	12%	15%
Total das receitas de impostos de arrecadação própria	Impostos sem transmissão "causa mortis" e Doação - ITCMD Imposto de circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS Impostos sobre Propriedade de Veículos Automotores - IPVA	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU Imposto sobre a transmissão bens Imóveis - ITBI
(+) Receitas de transferências da União	Fundo de Participação dos Estados - FPE Cota - parte IPI Exportação Transferências da Lei complementar n° 87/96 (Lei Kandir)	Fundo de Participação dos Municípios - FPM Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural - ITR Lei Complementar n° 87/96 (Lei Kandir)
(+) Receitas de transferências do Estado		Quota-Parte do imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS Quota-Parte do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores - IPVA Quota-Parte do Imposto sobre produtos indrustrializados - IPI - Exportação
	(+) Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF	(+) Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF
(+) Outras Receitas Correntes	Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária Compensações Financeiras provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	Receitas da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária. Compensações Financeiras provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais
	BASE DE CÁLCULO ESTADUAL	BASE CÁLCULO MUNICIPAL

Fonte: Adaptado de CONASEMS (2019).



VOCÊ CONHECE?

Receita Corrente Bruta (RCB): é o somatório das receitas tributárias de um Governo, referentes a contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias e de serviços.

Receita Corrente Líquida (RCL): é o somatório das receitas tributárias de um Governo, referentes a contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias e de serviços, deduzidos os valores das transferências constitucionais (BRASIL, 2004).

Os efeitos deletérios da EC-95/2016 para o SUS têm sido descritos na literatura. Sem anunciar explicitamente, a nova Emenda altera o método de cálculo dos recursos da União que serão destinados ao SUS, uma vez que não será mais considerada a proporção de 15% sobre a RCL. O Quadro 1 ilustra um comparativo entre as regras (SANTOS; FUNCIA, 2019; VIEIRA; BENEVIDES, 2016):

Quadro 1: Comparativo entre as regras de cálculo da EC-95/2016 e EC-85/2015.

Ano	Regra de Cálculo EC-95/2016 (bilhões)	Regra de Cálculo EC-86/2015 (bilhões)
2018	R\$ 112.361	R\$ 120.802
2019	R\$ 117.293	R\$ 127.005

Fonte: Aatoria (2021).

Percebe-se que com a EC-95/2016 houve perda no piso mínimo anteriormente estabelecido, tendo como consequência o desfinanciamento de um sistema de saúde já historicamente subfinanciado. Somado às perdas dos anos de 2018 e 2019, tem-se uma retirada de R\$9,7 bilhões de recursos da saúde pública (SANTOS; FUNCIA, 2019).

Estima-se que em 20 anos a perda de recursos pode ultrapassar os R\$400 bilhões, período no qual a população continuará a crescer e envelhecer. Calcula-se que no ano de 2036 haverá 48,9 milhões de idosos no país. Novas tecnologias serão desenvolvidas, e o Brasil terá que lidar com a situação de saúde de tripla carga de doença, com predominância relativa das condições crônicas, que correspondem a 80% dessa carga no país, sem que a União aumente os recursos financeiros destinados ao SUS em termos reais.

Estados e municípios, dentro de suas limitações e da sobrecarga presentes, não dão sinais de que ampliarão os recursos para o SUS (SANTOS; FUNCIA, 2019; VIEIRA; BENEVIDES, 2016; MENDES, 2019). Associado à Lei de Responsabilidade Fiscal, inibidora do gasto, constitui um conjunto de elementos que reforçam a incompatibilidade dos recursos disponíveis e as demandas do SUS (BRASIL, 2000).

Pelo exposto, tem-se que a crise do financiamento do SUS foi aprofundada nos últimos anos, na qual a manutenção do congelamento dos gastos com saúde até 2036 se mostra incompatível com a garantia do direito à saúde. Se o sistema de saúde já enfrentava dificuldades para ser implementado plenamente, com o congelamento de recursos e as crescentes necessidades de saúde, a situação toma contornos calamitosos. A constatação da insuficiência de recursos financeiros para o SUS tem respaldo tanto no histórico de sucessivos constrangimentos dos

recursos para a saúde pública, quanto nas comparações internacionais.

Esse cenário inviabiliza o modelo de proteção social redistributivo e universalizante, que visa reduzir iniquidades de acesso e utilização das ações e serviços de saúde. Com o baixo gasto público em saúde e o crescente avanço da esfera privada sobre o fundo público remanescente – via terceirização da gestão, subsídios, renúncia fiscal e inoperância dos ressarcimentos ao SUS – tem-se a indução ao crescimento de um modelo de atenção focalizado e alinhado à lógica de mercado. Isso, aliado à pressão do desembolso direto sobre as rendas das famílias, demarca a principal contradição entre o SUS previsto e o SUS implementado: o financiamento insuficiente.



PARA SABER MAIS

Leia o artigo “A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro estrutura do financiamento e do gasto setorial” (FIOCRUZ, 2013).

Disponível em:

<https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/noronha-9788581100180.pdf>

Leia o artigo “Sistema de Saúde no Brasil: redistributividade no modelos de financiamento e provisão” (LEVI, 2016).

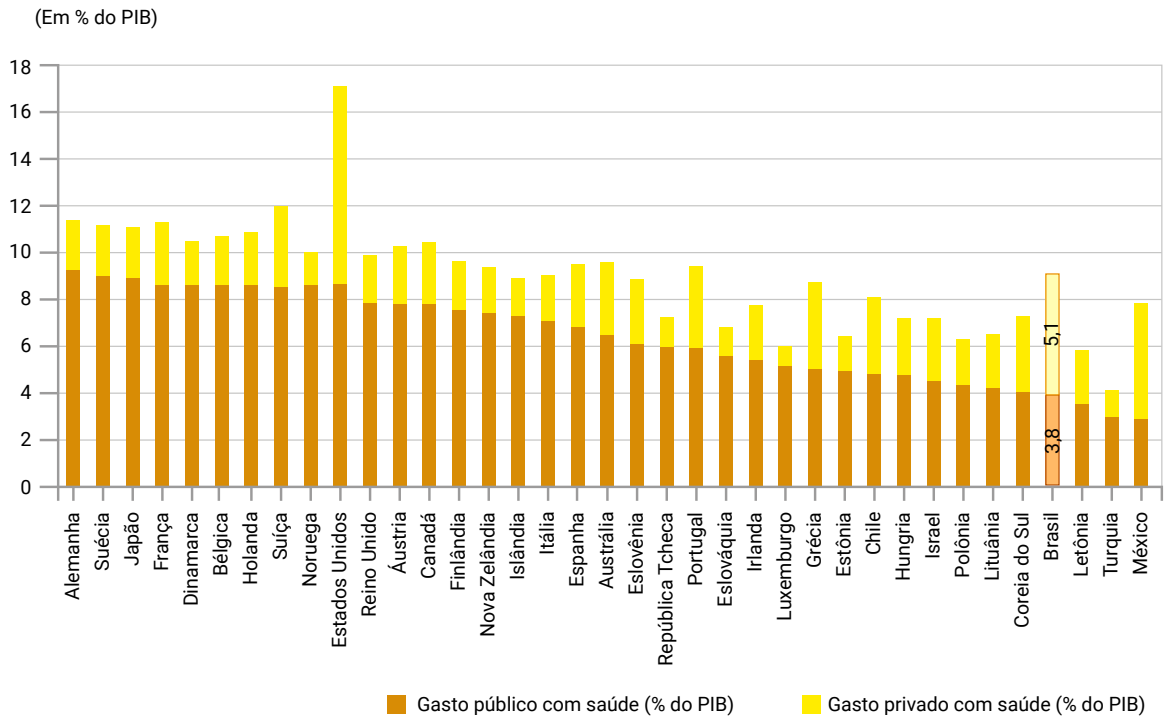
Disponível em:

http://www.saopaulo.sp.leg.br/escoladoparlamento/wp-content/uploads/sites/5/2015/05/REVISTA_PARLAMENTO_E_SOCIEDADE_NUMERO7.pdf

2.2 Financiamento do SUS em perspectiva internacional

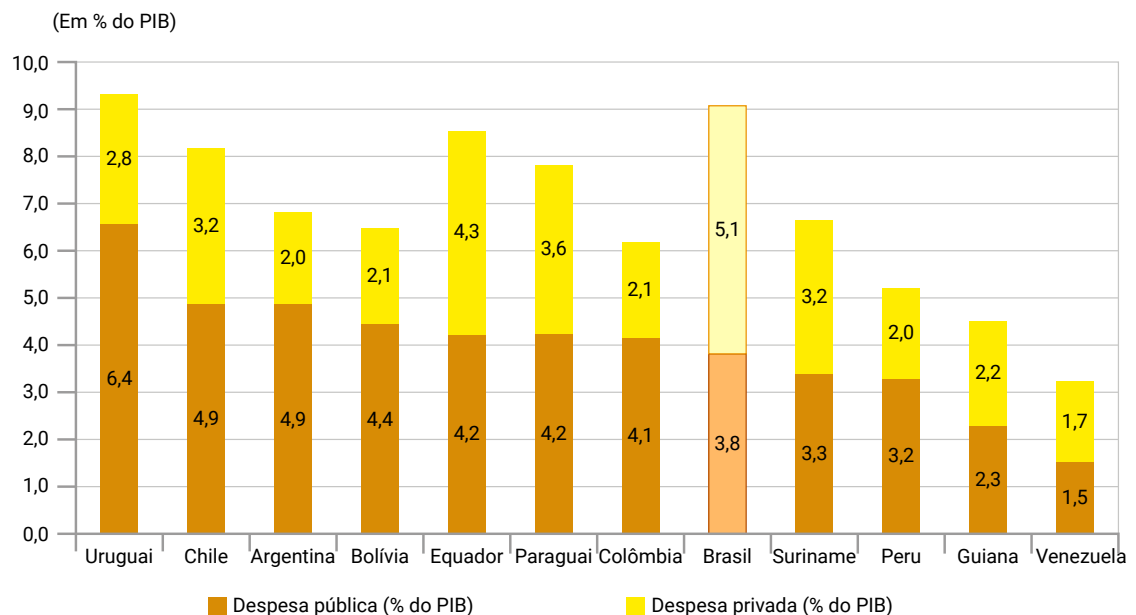
Em termos de proporção do PIB, o Brasil gasta com saúde tanto quanto ou até mais que países de renda média e alta, algo que, a princípio, parece um bom indicador. Porém, o problema reside em, dentre a totalidade desses gastos, apenas 43,5% corresponderem a gastos públicos. Essa é a grande contradição do padrão de investimento em saúde no Brasil. Olhando por esse ângulo, o gasto público brasileiro é baixo em comparação a outros países que têm sistemas de saúde de acesso universal ou valores aproximados de renda per capita (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

Em 2015, a despesa pública com saúde do Brasil só foi maior que os países México, Letônia e Turquia, todos do âmbito da OCDE (Figura 7). Já a despesa privada no país foi a segunda maior, abaixo apenas dos EUA, cujo sistema é fortemente estruturado por seguros privados de saúde (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

Figura 6: Despesa pública e privada com saúde – países da OCDE e Brasil (2015).

Fonte: Adaptado de Vieira, Piola e Benevides (2019).

Na América do Sul, o gasto público brasileiro é inferior ao de países como Argentina e Chile (Figura 8), cujos sistemas não têm caráter universal e a saúde não é tomada como direito de cidadania (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

Figura 8: Despesa pública e privada com saúde – países da América do Sul e Brasil (2015).

Fonte: Adaptado de Vieira, Piola e Benevides (2019).

Observar o gasto em saúde apenas a partir do PIB fornece uma visão limitada, pois, por exemplo, não se considera o tamanho populacional ao comparar países tão distintos. Entretanto, mesmo na perspectiva per capita, o Brasil repete o padrão de gastos inferior aos demais países selecionados.

Nesse sentido, como ilustra a Figura 9, o Brasil teve um gasto total em saúde per capita PPC (Paridade do Poder de Compra) de \$ 1.391,00, valor próximo apenas ao verificado na Argentina e Costa Rica, e inferior aos dos demais países selecionados. Por sua vez, o demonstrativo do gasto público em saúde per capita PPC no Brasil foi de \$ 594,00, significativamente inferior aos valores de todos os países selecionados, o que atesta a insuficiência de recursos destinados ao SUS (MENDES, 2019).



VOCÊ CONHECE?

Paridade do poder de compra – em inglês, Purchasing Power Parity (PPP) – é a taxa de conversão que busca equalizar o poder de compra das diferentes moedas, eliminando as diferenças de níveis de preços entre os países.

Figura 6: Despesa pública e privada com saúde – países da OCDE e Brasil (2015).

País	Gasto total em saúde per capita PPP (int\$)	Gasto público em saúde per capita PPP (int\$)
Brasil	1.391,50	594,90
Argentina	1.389,80	992,60
Chile	1.903,10	1.156,70
Costa Rica	1.286,50	977,30
Uruguai	1.747,80	1.220,20
Espanha	3.182,50	2.260,50
Estados Unidos	9.535,90	4.801,90
Finlândia	3.996,40	3.093,70
Grécia	2.204,40	1.302,50
Irlanda	5.334,90	3.733,80
Israel	2.819,10	1.583,80 (*)
Itália	3.350,60	2.508,60
Portugal	2.641,40	1.762,30
Reino Unido	4.144,60	3.330,30

(*) Dado de 2013

Fonte: Adaptado de Mendes (2019).

O sistema de atenção à saúde é segmentado entre o sistema público, SUS, e o sistema privado. Os gastos privados podem ser organizados em dois componentes (ROA, 2016):

- a) Desembolso indireto:** pré-pagamento de planos privados de saúde;
- b) Desembolso direto:** desembolso das famílias no momento do uso ou acesso ao serviço.

O gasto privado corresponde a mais da metade dos gastos totais em saúde no país, demarcando uma contradição estruturante para um sistema universal de saúde. Pode-se notar na Figura 10 que o Brasil apresenta um gasto privado per capita superior ao verificado em todos os países latino-americanos analisados, e um valor próximo a países mais desenvolvidos como Grécia, Israel, Itália, Portugal e Reino Unido (MENDES, 2019).

Figura 6: Gasto privado per capita em saúde PPC em percentual do gasto total em saúde.

País	Gasto privado <i>per capita</i> em saúde PPP em percentual do gasto total em saúde (int\$)
Brasil	786,40
Argentina	389,20
Chile	746,40
Costa Rica	309,00
Uruguai	526,00
Espanha	922,00
Estados Unidos	4734,00
Finlândia	902,70
Grécia	866,90
Irlanda	1.601,10
Israel	882,40 (*)
Itália	842,00
Portugal	899,10
Reino Unido	813,90

(*) Dado de 2013

Fonte: Adaptado de Mendes (2019).

No que tange à natureza do gasto privado em saúde, tem-se que no Brasil, em 2012, 57,8% foram gastos diretos e 40,2% gastos indiretos. Em países com sistema de saúde fortemente segmentado, como os EUA, o gasto direto correspondeu a 22,4% dos gastos privados totais (MENDES, 2019).

Além de ser um sintoma da expansão do setor privado, os níveis de gastos diretos são um indicativo da proteção financeira oferecida pelos sistemas de saúde. Percentuais elevados de desembolso direto implicam que as famílias estão expostas ao risco não previsto em realizar elevados gastos para cuidar da saúde. Quando essas despesas ultrapassam um determinado limite do orçamento familiar, são consideradas catastróficas (ROA, 2016).



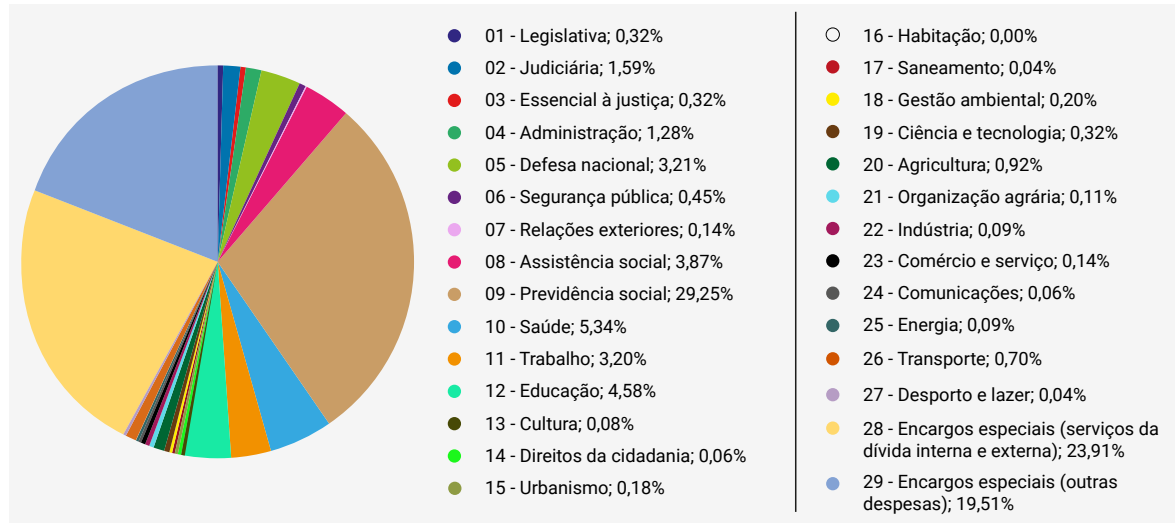
IMPORTANTE

Gasto catastrófico em saúde: dispêndio em saúde que excede um percentual pré-definido dos gastos totais ou da capacidade de pagamento do domicílio. Não há consenso sobre o método de cálculo do gasto catastrófico. Independentemente do método de cálculo, o gasto catastrófico produz repercussões importantes na vida da população, podendo ser uma barreira para a utilização do serviço de saúde e/ou indutor da não adesão às terapêuticas medicamentosas, assim como do adiamento de exames, consultas e procedimentos necessários. Pode gerar corte no consumo de bens e de serviços essenciais às famílias, expondo-as à situação de risco social e até à ruína econômica (BOING et al., 2014).

Já sabemos que o gasto com a saúde pública no Brasil é insuficiente, mas com o que estamos gastando, afinal?

Para responder essa indagação, a Figura 11 demonstra a participação do gasto público, por função do orçamento fiscal e do OSS, exceto despesas relativas ao refinanciamento das dívidas interna e externa.

Figura 11: Despesas da União por função do Orçamento fiscal e OSS, com exceção do refinanciamento das dívidas externas e internas.



Fonte: Adaptado de Vieira, Piola e Benevides (2019).

Denota-se que a maioria dos problemas de gestão do sistema decorre da insuficiência de recursos destinados ao SUS. Além disso, há a priorização de gastos com encargos da dívida pública, em detrimento do financiamento das políticas sociais essenciais para melhorar as condições de vida da população.

Durante os anos 2000 e até 2014, os sucessivos superávits primários do governo federal — o excesso de arrecadação de tributos reservado para pagar as despesas com a dívida pública — contribuíram para reduzir os recursos disponíveis para as políticas públicas em geral, inclusive a Saúde. No entanto, essa economia de recursos, embora suprimindo recursos, não foi capaz de reduzir o montante da dívida.

A partir de 2014, quando, em função da recessão econômica e da rigidez dos gastos, o governo passou a registrar sucessivos déficits primários, a totalidade dos gastos com encargos da dívida passou a ter que ser financiada via novo endividamento, chamado de rolagem da dívida pública. Assim, o elevado custo desta resulta em um enorme peso nas despesas financeiras do orçamento (quase um quarto da despesa total no ano de 2018) e tem ensejado a adoção de medidas de austeridade fiscal que comprometem o futuro do financiamento do SUS.

Ademais, tem-se que os recursos públicos são compartilhados para o financiamento de serviços e seguros de saúde para servidores públicos civis e militares, cofinanciando os serviços privados por meio da renúncia fiscal do imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

Esse patrocínio que o governo federal realiza para o consumo de planos privados pelas famílias, empregadores e por seus próprios servidores, acaba por privar o SUS de maior aporte de recursos públicos e induzir o crescimento do setor

de planos de saúde. Além disso, introduz um fator de inequidade ao redistribuir a arrecadação fiscal para os estratos superiores de renda (OCKÉ-REIS, 2013).

Essa renúncia fiscal, denominada gasto tributário, em 2015 somou R\$16,2 bilhões no que diz respeito à área da saúde. Em 2016, dos R\$12,8 bilhões que deixaram de ser arrecadados por conta de isenções fiscais associadas a gastos privados com saúde, R\$9,7 bilhões beneficiaram contribuintes de alta renda (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019).

Historicamente, no Brasil houve incentivo governamental ao sistema privado, voltado principalmente para a cobertura das camadas de alta renda e dos trabalhadores do mercado formal detentores de planos de saúde como, por exemplo, financiamento a juros negativo para empreendimentos privados na área da saúde, privilégios fiscais e previdenciários. Esse processo se mantém por meio da renúncia fiscal e do gargalo relacionado ao ressarcimento das operadoras de planos de saúde à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (OCKÉ-REIS, 2013).

O fortalecimento do SUS pressupõe a ampliação do financiamento, melhorias na gestão, fortalecimento na participação social e a definição de estruturas e mecanismos que atraiam segmentos da clientela privada para o SUS, bem como reduzam os gastos dos trabalhadores, das famílias e idosos com planos de saúde, medicamentos e serviços médico-hospitalares (OCKÉ-REIS, 2019).



AGORA É COM VOCÊ

Diante do que vimos, como você explicaria a relação do tema financiamento do SUS com a implementação do trabalho interprofissional em saúde?



PARA SABER MAIS

Leia a Nota Técnica do IPEA “Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil” (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Disponível em:

<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7270>

TRANSFERÊNCIA E GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS NO SUS

Regimarina Soares Reis e Maria Luíza Levi

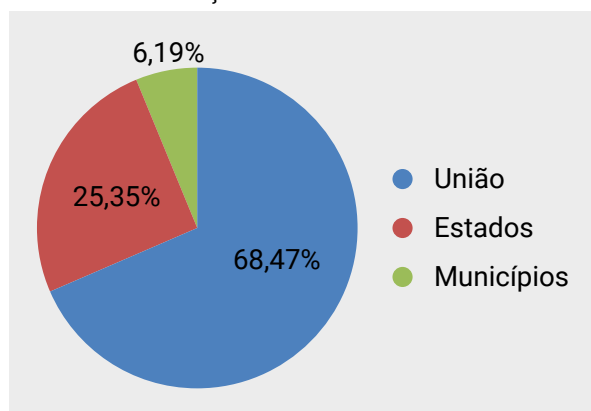
O financiamento do SUS é tripartite, ou seja, é de responsabilidade dos três entes federativos – União, estados e municípios. Essa definição segue a lógica de organização político-territorial da República Federativa do Brasil, cujos entes possuem autonomia administrativa e não são subordinados hierarquicamente.

O federalismo é uma opção de organização adequada para países caracterizados pela heterogeneidade e diversidade, entretanto, aporta maior complexidade na implantação de políticas de abrangência nacional (BRASIL, 2016).

O federalismo brasileiro tem, em princípio, caráter cooperativo, sendo elemento estratégico para compreender a descentralização das políticas públicas, a governança do SUS e a distribuição de recursos fiscais. A efetividade da implementação das políticas, ações e serviços do SUS depende do desenvolvimento de parcerias interfederativas (BRASIL, 2016).

Com a CF/88 houve um aumento das responsabilidades dos estados e municípios, de modo desproporcional ao aporte de receitas, ocasionando um desequilíbrio no pacto federativo. A União, responsável pela formulação e execução da política econômica, é a maior arrecadadora de impostos, haja vista a proporção das receitas tributárias, por ente federativo, em 2014 (Figura 12) (SANTOS; LUIZ, 2016).

Figura 12: Divisão Federativa da Receita Tributária 2014 – Arrecadação Direta.



Fonte: Adaptado de Santos e Luiz, (2016).

Assim, apesar da autonomia administrativa e não vinculação hierárquica dos entes federados, estes são fortemente dependentes da União. Desse modo, as transferências de recursos federais desempenham papel central na implementação do SUS, influenciando diretamente as políticas e programas nos estados e municípios via indução financeira (SANTOS; LUIZ, 2016).

Conforme citado anteriormente, a origem dos recursos para o SUS é o OSS e os Tesouros estaduais e municipais. No processo de alocação de recursos, a União faz transferências financeiras aos estados e municípios. Os municípios também recebem transferências dos estados, ainda que em volume bem menor do que as transferências da União. Essa movimentação financeira ocorre por meio dos Fundos de Saúde (federal, estadual e municipal), conforme prevê a Lei nº 141/2012 (BRASIL, 2012).



IMPORTANTE

A Lei nº 141/2012 regulamentou a EC-29/2000 instituindo:

- a) o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde (o que foi posteriormente alterado pela EC-86/2015 e EC-95/2016);
- b) percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde;
- c) critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos estados, Distrito Federal e Municípios, bem como, especificamente, dos estados destinados aos seus respectivos municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;
- d) normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Relevante contribuição se observa na definição das ASPS, informando o que pode ou não ser computado como despesa para fins de apuração da aplicação dos percentuais mínimos dos entes federados (BRASIL, 2012).

Para fins de monitoramento e fiscalização do regramento da Lei nº 141/2012 – sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e dos Tribunais de Contas – a verificação do cumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde será realizada por meio das informações homologadas no Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos (SIOPS). A não alimentação do SIOPS acarreta como penalidade ao ente federativo a suspensão das transferências constitucionais e suspensão das transferências voluntárias (BRASIL, 2012).



PARA SABER MAIS

Acesse a “Cartilha de Orientação SIOPS” (BRASIL, 2020): Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/cartilha_2020.pdf

Recentemente, a Portaria nº 3.992/2017 introduziu alterações na Portaria nº 6/2017 no que tange ao financiamento e à transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde, dentre elas (BRASIL, 2017):

1. Adequação do financiamento das ASPS à CF/88, LOA e Lei 141/2012.

2. Definição de dois blocos de financiamento para repasse dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, na modalidade fundo a fundo, para estados e municípios:

- 2.1. Bloco de Custeio das Ações e Serviços de Saúde;
- 2.2. Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde.

3. Definição de condições para o repasse dos recursos dos blocos de financiamento:

- 3.1. Instituição e funcionamento do Conselho de Saúde, com composição paritária, na forma da legislação;
- 3.2. Instituição e funcionamento do Fundo de Saúde;
- 3.3. Previsão da ação e serviço público de saúde no Plano de Saúde e na Programação Anual, submetidos ao respectivo Conselho de Saúde;
- 3.4. Apresentação do Relatório Anual de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde;
- 3.5. Alimentação e atualização regular dos sistemas de informações que compõem a base nacional de informações do SUS, consoante previsto em ato específico do Ministério da Saúde.

4. Definição da destinação exclusiva dos recursos de cada bloco de financiamento:

- 4.1. Bloco de Custeio das Ações e Serviços de Saúde:
 - 4.1.1. manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde;
 - 4.1.2. funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde.
 - 4.1.3. vedação da utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio:
 - 4.1.3.1. pagamento de servidores inativos;
 - 4.1.3.2. servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;
 - 4.1.3.3. gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;
 - 4.1.3.4. pagamento de assessorias ou consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio Município ou do Estado;
 - 4.1.3.5. obras de construções novas, bem como de ampliações e adequações

de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

4.2. Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde:

4.2.1. aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde;

4.2.2. obras de construções novas utilizadas para a realização de ações e serviços públicos de saúde;

4.2.3. obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde;

4.2.4. vedação da utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas.

Essa nova lógica de transferência de recursos conferiu mais flexibilidade aos gestores na tomada de decisão sobre a aplicação dos recursos. Antes da Portaria 3.992/2017, o financiamento e repasse dos recursos federais do Fundo Nacional de Saúde se dava por meio dos seguintes blocos de financiamento (BRASIL, 2007):

- a) Atenção Básica;
- b) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- c) Vigilância em Saúde;
- d) Assistência Farmacêutica;
- e) Gestão do SUS;
- f) Investimentos na rede de serviços de saúde.

No modelo anterior havia uma conta corrente para cada bloco de financiamento. No modelo em vigor fica estabelecido que as transferências de recursos financeiros ocorrerão em apenas duas contas correntes: custeio e investimento.

A organização anterior dos seis blocos, instituída em 2006, foi importante para superar um legado de profunda fragmentação dos mecanismos de repasse, além de organizar o sistema de saúde e induzir políticas em âmbito nacional. Entretanto, no cotidiano da gestão, acabava por engessar a capacidade de uso dos recursos pelos gestores, dado o aumento nas formas de repasse, a formação de “caixinhas” dentro de cada bloco e a dificuldade de utilização dos saldos (SANTOS; LUIZ, 2016). Assim, a reformulação dos mecanismos de transferências de recursos veio como resposta às demandas da gestão do SUS.

Importante frisar que mesmo com a separação dos fluxos orçamentário e financeiro, que permite que os gestores não “carimbem” o orçamento, ainda assim será necessário identificar as informações sobre as transferências dos recursos federais dessa maneira (BRASIL, 2007):

1. Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde:

- 1.1. Atenção Básica;
- 1.2. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- 1.3. Assistência Farmacêutica;
- 1.4. Vigilância em Saúde;
- 1.5. Gestão do SUS;

2. Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde:

- 2.1. Atenção Básica;
- 2.2. Atenção Especializada;
- 2.3. Vigilância em Saúde;
- 2.4. Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS;
- 2.5. Gestão do SUS.

Isso não significa que os gestores precisam especificar/vincular no orçamento dos seus Programas de Trabalho a aplicação dos recursos financeiros por cada nível de atenção e áreas relacionadas. A proposta é que a identificação de recursos seja apenas para facilitar a memória de cálculo, o monitoramento de programas, projetos e estratégias, para fins de transparência e registro de série histórica. Assim, garante-se a flexibilidade de uso dos recursos por parte dos gestores (BRASIL, 2007).



IMPORTANTE!

Ainda que com funcionalidade datada, os blocos de financiamento anteriores a 2017 cumpriam uma espécie de proteção de recursos para áreas estratégicas do SUS. A Atenção Básica, por exemplo, que consiste na estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde do SUS, tinha recursos especificados, garantidos pelo Bloco de Financiamento da Atenção Básica e operacionalizados pelos Pisos de Atenção Básica (PAB) fixo e variável. Assim, os gestores terão maior flexibilidade em fazer tais definições, o que exige comprometimento com o modelo de sistema de saúde previsto constitucionalmente e com o fortalecimento dos instrumentos/mecanismos de planejamento, gestão e fiscalização. Em um cenário de agravamento do subfinanciamento do SUS, há uma tendência ao aumento de disputas distributivas condicionando as escolhas técnico-políticas de aplicação dos recursos.

**PARA SABER MAIS**

Assista o vídeo do Canal Saúde - Fiocruz “Novo modelo de financiamento para o SUS - bate papo na saúde” (NOVO..., 2018).

Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=pRENkw43E4w>

Leia o “Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS “Diálogos no Cotidiano” (CONASEMS, 2019).

Disponível em:

https://www.conasems.org.br/?page_id=9188&post_id=20096

Cumpra-se acentuar que, resguardada a autonomia dos entes federados e autoridades sanitárias locais, a definição das ASPS que serão contempladas pelos blocos de financiamento do SUS não ocorre de modo isolado. Esse processo está intrinsecamente relacionado com a elaboração dos instrumentos de planejamento orçamentário do governo e da gestão do SUS.

O planejamento no SUS deve ocorrer de modo ascendente, do nível local ao federal, no qual as ASPS são definidas a partir das necessidades de saúde da população e registradas no Plano de Saúde (PS), cujas intenções serão distribuídas anualmente e operacionalizadas pela Programação Anual de Saúde (PAS). Os resultados alcançados com a implementação da PAS serão apresentados no Relatório Anual de Gestão (RAG). Por conseguinte, de modo a permitir o monitoramento da implementação, será elaborado Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA).

Os instrumentos supracitados subsidiam não somente a gestão do SUS, mas também a definição do orçamento governamental. Dessa forma, o cronograma que rege PS, PAS e RAG está intimamente relacionado ao cronograma dos instrumentos do orçamento do governo, que são (BRASIL, 2019):

- 1. Plano Plurianual:** diretrizes, objetivos e metas do governo para quatro anos. Descreve diretrizes, objetivos, metas, os programas e ações que resultarão em bens e serviços para a população.
- 1.1. Vigência:** segundo ano do mandato de governo ao primeiro ano de mandato do governo sucessor.
- 2. Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO):** relaciona as diretrizes e metas prioritárias do PPA com a viabilidade orçamentária subsequente ao exercício. Orienta a criação da Lei Orçamentária Anual.
- 3. Orienta a criação da Lei Orçamentária Anual (LOA):** descreve as ações a serem realizadas pelo governo, define as receitas e autoriza os gastos para a execução, em consonância com o PPA e LDO.

A Figura 13 destaca a síntese do conteúdo, validade e prazo dos instrumentos supracitados:

Figura 13: Instrumentos do Planejamento da Saúde e do Planejamento do Orçamento do Governo.

Instrumentos	Conteúdo/ Síntese do Instrumento	Período/ Validade do Instrumento	Prazo
PS	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Análise situacional da saúde do município;</i> - <i>Objetivos, diretrizes, metas e indicadores;</i> - <i>Monitoramento e avaliação.</i> 	<i>Válido por quatro anos. Do segundo ano da gestão que se inicia ao primeiro ano da gestão subsequente.</i>	<i>Deve estar proposto até fins de março do primeiro ano de gestão, sendo subsídio ao PPA.</i>
PAS	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ações a serem realizadas;</i> - <i>Recursos a serem mobilizados;</i> - <i>Metas a serem alcançadas.</i> 	<i>Sua validade é de um ano, sempre o ano subsequente a sua apresentação.</i>	<i>Deve ser apresentada ao CMS até fins de março de cada ano de gestão, em consonância ao PS. Subsídios a LOA.</i>
RAG	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Resultados atrelados à PAS;</i> - <i>Objetivos, diretrizes, metas e indicadores;</i> - <i>Metas previstas e executadas;</i> - <i>Execução orçamentária.</i> 	<i>Período de um ano, sendo seu objeto o ano anterior à sua apresentação.</i>	<i>Deve ser apresentado ao CMS até fins de março de cada ano.</i>
RDQA	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Conteúdo semelhante ou RAG, referente ao quadrimestre anterior.</i> 	<i>- Período de quatro meses, sempre referente ao quadrimestre anterior ao mês de apresentação (exceto o de fevereiro, cujo período é de setembro a dezembro).</i>	<i>- Sempre ao final dos meses de maio, setembro e fevereiro do ano subsequente.</i>
PPA	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Objetivos, diretrizes e metas;</i> - <i>Programas e ações.</i> 	<i>Válido por quatro anos. Do segundo ano da gestão que se inicia ao primeiro ano da gestão subsequente.</i>	<i>Deve ser enviado ao Legislativo até 31 de agosto do primeiro ano de governo.</i>
LDO	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Diretrizes e metas prioritárias;</i> - <i>Alterações em leis tributárias e de pessoal;</i> - <i>Limites orçamentários;</i> - <i>Limites e critérios para empenho;</i> - <i>Normas para avaliação e controle;</i> - <i>Condições para transferências.</i> 	<i>Validade de um ano, sendo seu objeto o ano subsequente à sua apresentação.</i>	<i>Deve ser enviada ao Legislativo até 15 de abril.</i>
LOA	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ações a serem realizadas;</i> - <i>Receitas a serem mobilizadas;</i> - <i>Gastos autorizados.</i> 	<i>Validade de um ano, sendo seu objetivo o ano subsequente à sua apresentação.</i>	<i>Deve ser enviada ao Legislativo até 31 de agosto.</i>

Fonte: Adaptado de CONASEMS (2019).



PARA SABER MAIS

Para saber mais

Leia o “Manual de planejamento do SUS” (BRASIL, 2016) e veja mais detalhes sobre a alocação de recursos financeiros da União, estados e municípios.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf

Leia a Portaria nº 3.992/2017 (BRASIL, 2017) na íntegra e veja mais detalhes sobre o financiamento e repasse de recursos federais para as ASPS do SUS.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html

4

MODELO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Regimarina Soares Reis e Maria Luíza Levi

Considerando a centralidade da APS para a consolidação do SUS, e as recentes mudanças do seu modelo de financiamento, serão destacados alguns pontos relacionados a ela. Inicialmente, devido a seu papel estruturante, tem como principais atribuições (MENDONÇA et al., 2018):

- a) Organizar a rede de serviços;
- b) Ser porta de entrada do sistema de serviços de saúde;
- c) Oferecer serviços integrados à rede assistencial;
- d) Realizar cuidado longitudinal, com capacidade para resolver a maioria das necessidades de saúde da população, desde que garantidas as condições materiais;
- e) Definir e orientar o caminho do usuário na rede de serviços a partir das necessidades de saúde;
- f) Coordenar o cuidado;
- g) Responsabilizar-se pela população do seu território;
- h) Incentivar a ação comunitária e intermediar ações intersetoriais com vistas a influenciar os determinantes sociais de saúde.

No Brasil, a interpretação da APS se concretiza pela Atenção Básica e estas são tratadas como sinônimo. A ampliação e qualificação do seu processo de financiamento os anos de 1990 e 2000 permitiu a expansão dessas ações em todo o território nacional. Ainda que os recursos sejam insuficientes, houve aumento importante do seu aporte ao longo do tempo. Todavia, o cenário de subfinanciamento tende ao agravamento com a vigência da EC-95 que, ao longo do tempo, tem como efeito a redução do gasto público com saúde e outras políticas sociais (CASTRO; MACHADO; LIMA, 2018).

A Portaria nº 2.979/2019 estabeleceu um novo modelo de financiamento da APS, a partir da instituição do Programa “Previne Brasil”, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/2018, apontando um modelo misto de pagamento, com base nos seguintes componentes (BRASIL, 2019a):

- a) **Capitação** ponderada;
- b) Pagamento por **desempenho**;
- c) **Incentivo** para ações estratégicas.

Posteriormente, a Portaria nº 3.510/2019 instituiu mais uma possibilidade de incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Saúde Bucal (eSB), que sejam campo de prática para formação de profissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2019b).

Substituindo a lógica per capita do PAB Fixo e PAB Variável, antigos componentes do Bloco de Financiamento da Atenção Básica, o “Previne Brasil” concentra seus critérios nos usuários cadastrados nas equipes, de modo a permitir uma capitação ponderada de recursos, que deverá considerar (BRASIL, 2019a):

- a) a população cadastrada na eSF e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);
- b) a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP;
- c) o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP;
- d) a classificação geográfica definida pelo IBGE.

O novo modelo de financiamento suscitou muitos debates e críticas, pautadas no assertiva que o Ministério da Saúde não levou em conta as instâncias de controle social para debater a proposta, entre outros aspectos relacionados ao caráter restritivo da nova política (STEVANIM, 2019; MASSUDA, 2020). Em particular, num cenário de retrocessos com relação às políticas públicas em geral, teme-se que o novo modelo acabe utilizado para reduzir o financiamento da Atenção Básica, sob a justificativa de incapacidade dos níveis locais de cadastrarem a população usuária do SUS.



PARA SABER MAIS

Para compreender mais detalhes da Portaria nº 2.979/2019, assista o vídeo “Novo financiamento da Atenção Primária à Saúde” do Telessaúde Maranhão HU-UFMA (NOVO..., 2020).

Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=k-7wd7MqV-U>

Para saber mais sobre o debate em torno do novo modelo de financiamento da APS:

Leia o artigo “Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso” (MASSUDA, 2020).

Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1181-1188/pt/>

Leia o artigo “Previne Brasil: as bases da reforma da Atenção Primária à Saúde” (HARZHEIM, 2020).

Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1189-1196/en/>



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pudemos perceber, são os valores vigentes na sociedade e o modo como se organiza a proteção social que determinam o modo de operar dos sistemas de saúde. Logo, a permanência, consolidação e longevidade do SUS universal, equânime e integral pressupõe a refundação do pacto social pelo direito à saúde.

O funcionamento do SUS tem sido historicamente impactado pelas políticas macroeconômicas do país. A disponibilidade de recursos para a saúde pública tem estado suscetível às crises cíclicas da economia e tem sido desvinculado para uso em fins alheios à Seguridade, em favor do cumprimento de metas fiscais.

É o financiamento da saúde pública que permite as condições materiais para que o SUS se aproxime do mando constitucional, pois uma política com essa complexidade não se concretiza por mero registro de regras, normas e leis. Mudanças culturais, estruturais e do padrão de financiamento são fundamentais.

Compreender os mecanismos e instrumentos de transferências, repasses, gastos e gestão orçamentária se mostra importante, entretanto, terá pouco efeito prático sem o engajamento de gestores, profissionais, usuários e movimentos sociais no debate e busca pela ampliação dos recursos financeiros para o SUS. Sem isso, segue-se no ritmo do desmonte, em direção ao agravamento da desassistência e retrocesso nas condições de vida e saúde da população. As demandas são ascendentes, do ponto de vista do crescimento e envelhecimento populacional, assim como do perfil epidemiológico, enquanto o financiamento segue instável e com importantes perdas.

Essa conjuntura do financiamento da saúde impacta diretamente no cotidiano dos serviços, na capacidade de resposta do SUS e, por conseguinte, é um entrave à concretização da interprofissionalidade. Essa dimensão do debate por vezes passa despercebida nos serviços, ficando as mobilizações apenas no âmbito da responsabilização de indivíduos, sem que as estruturas macro do sistema sejam questionadas.

Uma outra questão relevante é que o Brasil é um dos países mais injustos do mundo do ponto de vista da distribuição de renda. O SUS, enquanto proposta de um sistema de acesso universal e atenção integral à saúde, opera no sentido de romper com o padrão constitutivo da sociedade brasileira, a desigualdade social, a qual se expressa mais concretamente em desigualdades de renda, raça, gênero e etnia.

Nesse sentido, as dificuldades de sua construção e, em especial, os obstáculos ao fortalecimento de sua base de financiamento devem ser compreendidos

enquanto elementos que integram o profundo conflito distributivo da sociedade, elemento fundante das relações sociais no Brasil. A construção do SUS, em todas as suas dimensões, é um processo de disputa permanente. A plena implementação do SUS, tal como preconiza a Constituição de 1988, significa imprimir uma mudança profunda na sociedade brasileira, daí sua natureza processual e profundamente conflitiva.

Espera-se que a leitura desse livro tenha permitido uma análise do financiamento da saúde pública brasileira, à luz do processo de construção do SUS e suas contradições. A perspectiva é que os elementos aqui abordados possam colaborar no fortalecimento das suas práticas profissionais, individuais e coletivas, disparando a construção de novos caminhos no campo da Saúde Coletiva.



REFERÊNCIAS

BRASIL. **Cartilha de Orientação SIOPS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 116p. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/cartilha_2020.pdf. Acesso: 12 out. 2020.

BRASIL. Entenda o que é receita corrente líquida. **Câmara dos Deputados**, Brasília, 13 jul. 2004. Notícias. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/51956-entenda-o-que-e-receita-corrente-liquida/>. Acesso: 09 nov. 2020.

BRASIL. **Lei complementar nº 101, de 4 de Maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso: 09 nov. 2020.

BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso: 09 nov. 2020.

BRASIL. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 138 p. (Série Articulação Interfederativa, v. 4). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso: 12 out. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 204, de 29 de Janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso: 09 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de Novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção

Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 220, p. 97, 13 nov. 2019a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso: 12 out. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 3.510, de 18 de Dezembro de 2019.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 245, p. 151, 19 dez. 2019b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.510-de-18-de-dezembro-de-2019-234334325>. Acesso: 12 out. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso: 12 out. 2020.

BOING, Alexandra Crispim et al. Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 632-641, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0632.pdf. Acesso: 12 out. 2020.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/giselle.silva/2019/politica-social-e-seguridade-no-brasil/texto-1-boschetti-seguridade-social/at_download/file. Acesso: 09 nov. 2020.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 73-94.

CONASEMS. **Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “diálogos no cotidiano”**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019. 424 p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/manual_do_gestor_F02_tela.pdf. Acesso: 09 nov. 2020.

CONILL, Eleonor Minho. Sistemas comparados de saúde. In: SOUSA, Gastão Wagner de et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC; Fiocruz, 2017. p. 591-659.

FIOCRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro – estrutura do financiamento e do gasto setorial**. Fiocruz/Ipea/Ministério da

Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. 168 p. (v. 4). Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/noronha-9788581100180.pdf>. Acesso: 12 out. 2020.

HARZHEIM, Erno. Previne Brasil: as bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, abr./mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n4/1189-1196/pt>. Acesso: 12 out. 2020.

LEVI, Maria Luiza. Sistema de Saúde no Brasil: redistributividade no modelo de financiamento e provisão. **Parlamento e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 33-64, 2016. Disponível em: http://www.saopaulo.sp.leg.br/escoladoparlamento/wp-content/uploads/sites/5/2015/05/REVISTA_PARLAMENTO_E_SOCIEDADE_NUMERO7.pdf. Acesso: 12 out. 2020.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, abr./mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n4/1181-1188/pt>. Acesso: 12 out. 2020.

MATTEI, Lauro Francisco. Sistema de proteção social brasileiro enquanto instrumento de combate à pobreza. **R. katál.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 57-65, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v22n1/1982-0259-rk-22-01-57.pdf>. Acesso: 12 out. 2020.

MENDES, Áquilas Nogueira. MARQUES, Rosa Maria. Sobre a Economia da Saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 247-281.

MENDES, Áquilas Nogueira. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado**. São Paulo: Editora Hucitec, 2012. 176 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS, 2019. 869 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>. Acesso: 09 nov. 2020.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. Introdução: Os Desafios Urgentes e Atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 29-48.

NOVO financiamento da Atenção Primária à Saúde. [S. l.: s. n.], 2020. 1 vídeo (43 min). Publicado pelo canal Telessaúde Maranhão HU-UFMA. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=k-7wd7MqV-U&t=1349s>. Acesso: 09 nov. 2020.

NOVO modelo de financiamento para o SUS – bate papo na saúde – canal saúde. [S. l.: s. n.], 2018. 1 vídeo (27 min). Publicado pelo Canal Saúde Oficial. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=pRENkw43E4w>. Acesso: 09 nov. 2020.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Financiamento do SUS: a renúncia de arrecadação fiscal em saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva. **SUS: Sistema Único de Saúde – tudo o que você precisa saber**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. p. 135-147.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 180 p.

OMS. Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20. Acesso: 09 nov. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva et al. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. E-book (93 p.) (Coleção Temas em Saúde Interativa, v. 1). Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso: 09 nov. 2020.

PIOLA, Sergio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003-2017**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2439). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2439.pdf. Acesso: 09 nov. 2020.

ROA, Alejandra Carrillo. Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; Brasília: OPAS/OMS, 2016. 260 p. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/309455421_Sistema_de_Saude_no_Brasil_organizacao_e_financiamento. Acesso: 12 out. 2020.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco. Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde. **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz**, Rio de Janeiro, 24 jan. 2019. Conjuntura Política. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude>. Acesso: 09 nov. 2020.

SANTOS, Núbia Cristina Barbosa; GASPARINI, Carlos Eduardo. Orçamento Impositivo e Relação entre Poderes no Brasil. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n. 31, p. 339-396, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n31/2178-4884-rbcpol-31-339.pdf>. Acesso: 17 dez. 2020.

SANTOS, René José Moreira dos; LUIZ, Viviane Rocha de. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; Brasília: OPAS/OMS, 2016. p. 169-204. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/309455421_Sistema_de_Saude_no_Brasil_organizacao_e_financiamento. Acesso: 12 out. 2020.

STEVANIM, Luiz Felipe. Previne Brasil: mudança sem debate. **RADIS**, Rio de Janeiro, 01 nov. 2019. Reportagem. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/previne-brasil-mudanca-sem-debate>. Acesso: 09 nov. 2020.

UGÁ, Maria Alicia D.; MARQUES, Rosa Maria. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia Trindade et al (org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 193-233.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. **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. 25 p. disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7270>. Acesso: 09 nov. 2020.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; PIOLA, Sérgio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor**. Brasília: IPEA, 2019. 70 p. disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2516.pdf. Acesso: 09 nov. 2020.

WHO. **The World Health Report 2000** - Health Systems: improving performance. Geneva: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000. 215 p. Disponível em: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1. Acesso: 09 nov. 2020.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Gonçalo Moniz



EDUFMA

