



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO ACADÊMICO**

ANDREI SOUZA TELES

**O FINANCIAMENTO PÚBLICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
(2003-2018)**

**FEIRA DE SANTANA - BA
2019**

ANDREI SOUZA TELES

**O FINANCIAMENTO PÚBLICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
(2003-2018)**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Thereza Christina Bahia Coelho.

FEIRA DE SANTANA - BA
2019

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

Teles, Andrei Souza
T272f O financiamento público do Sistema Único de Saúde (2003-2018) /
Andrei Souza Teles. – 2019.
210f.: il.

Orientadora: Thereza Christina Bahia Coelho
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Feira de Santana.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Saúde - Financiamento. 3. Gastos com
saúde. 4. Contas em saúde. 5. Equidade. I. Coelho, Thereza Christina Bahia,
orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 336:614(81)

ANDREI SOUZA TELES

**O FINANCIAMENTO PÚBLICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
(2003-2018)**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Aprovação em Feira de Santana-Ba, _____

Prof^a Dr^a Thereza Christina Bahia Coelho
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^o Dr^o Áquilas Nogueira Mendes
Universidade de São Paulo

Prof^o Dr^o João Henrique Gurtler Scatena
Universidade Federal de Mato Grosso

Prof^a Dr^a Clara Aleida Prada Sanabria
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^o Dr^o Carlos Alberto Lima da Silva
Universidade Estadual de Feira de Santana

A todos os usuários do SUS, especialmente, àqueles que mais necessitam e sentem profundamente na pele, nos órgãos e na alma as repercussões do problema que representa o financiamento do setor da saúde no Brasil.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** por toda força, resiliência, paz e serenidade transmitidas de modo a iluminar os meus pensamentos e os meus caminhos para a superação de todos os obstáculos e desafios.

À **profª Thereza Christina Bahia Coelho**, minha querida orientadora que me acompanha desde a Iniciação Científica, pelo direcionamento e precioso apoio, sempre dedicando atenção e presteza em todos os momentos. Obrigado por ter acreditado em mim desde o começo e ter me incentivado a trilhar este caminho. Obrigado pelo carinho e por todos os ensinamentos nesses anos de convivência.

Aos meus adoráveis pais, **Luis e Valdeci**, por todo apoio de sempre, pelo amor e grande incentivo para vencer mais esta etapa da vida.

Às minhas irmãs, **Aldinéia e Valéria**, pelos incentivos e pelos conselhos nos momentos difíceis.

À minha madrinha, **Irailma**, por todo apoio e incentivo.

À minha esposa, **Milla Pauline**, meu amor, por toda ajuda incondicional em todos os momentos necessários, pelo companheirismo e cumplicidade, e por entender o motivo das minhas ausências.

A todos os **professores do doutorado**, por todos os ensinamentos de Saúde Coletiva e pelas contribuições para esta tese.

Aos **colegas do doutorado**, pela cumplicidade e pela prazerosa convivência nesses anos.

Ao **profº Áquilas Nogueira Mendes** pela pronta aceitação do convite, disponibilidade para participar desta banca e por todas as suas contribuições.

Meus agradecimentos, em especial, ao **Profº João Henrique Gurtler Scatena**, por ter aceitado mais uma vez sem hesitar participar da banca examinadora realizando o traslado Cuiabá-Feira de Santana, pelos ensinamentos e por suas valiosas contribuições neste trabalho.

À **profª Clara Aleida Prada Sanabria** por ter aceitado e se disponibilizado a participar tanto da banca de qualificação, quanto da defesa da tese e por todas as suas contribuições neste estudo.

Ao **profº Carlos Alberto Lima da Silva** por toda a sua gentileza e presteza e por aceitar fazer parte da banca examinadora.

Ao **profº Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza** por ter aceitado participar tanto da banca de qualificação, quanto da defesa da tese e por todas as suas contribuições.

Aos **bolsistas de Iniciação Científica do NUSC** pelo apoio.

A **todos os funcionários** do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, especialmente aos funcionários da Secretaria do Mestrado, **Jorge e Goreth**, por toda gentileza, atenção despendida e todo apoio.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)** pela concessão da bolsa de estudos nos primeiros anos do doutorado.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** por todo apoio dado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS.

A **todas as pessoas** que contribuíram direta ou indiretamente para o desenvolvimento e concretização deste trabalho, eternizo aqui os meus singelos e sinceros agradecimentos.

“A injustiça num lugar qualquer é uma ameaça
à justiça em todo lugar”

Martin Luther King

RESUMO

Esta tese teve como objetivo analisar o gasto público do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado da Bahia e nas capitais brasileiras. Trata-se de um estudo quantitativo do tipo analítico-descriptivo, comparativo e retrospectivo, que abrangeu os 417 municípios baianos, de 2003 a 2015, e as 27 capitais, no período de 2003 a 2018. Os dados acerca dos recursos financeiros destinados às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) foram oriundos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Fundo Nacional de Saúde (FNS). O modelo de Contas Nacionais de Saúde (*National Health Accounts* – NHA) foi adaptado à realidade do financiamento e dos sistemas de informação brasileiros e auxiliou no processo de coleta e organização dos dados. No estado da Bahia, de 2003 a 2015, os resultados encontrados demonstraram aumento real de 176% no Gasto Público em Saúde (GPS) total e de 144% no GPS *per capita*, incluindo recursos geridos pelos municípios, mas oriundos das três esferas de governo. A evolução do gasto apresentou-se de forma desequilibrada, com quedas, concentrando-se nas macrorregiões de maior porte populacional e maior capacidade instalada. Contudo, diante de suas grandes populações, os aportes mostraram-se ainda insuficientes. O paradoxo do subfinanciamento desvelou-se de forma inequívoca em todas as unidades fisiográficas. Em 2015, 64% das regiões de saúde ficaram abaixo da média de gasto *per capita* do estado e 41% das municipalidades gastaram menos de R\$ 7 milhões. Nesse ano, as transferências federais totalizaram R\$ 3 bilhões, R\$ 202,07 *per capita*, sendo 28,15% dos recursos destinados à macrorregião Leste. A maior parte das transferências (47,71%) foi direcionada para os serviços de Média e Alta Complexidade (MAC). A distribuição das transferências federais revelou um Índice de Gini de 0,54, indicando elevada concentração de recursos. As 36 municipalidades com os melhores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) detiveram 56% dos recursos, isto é, mais de R\$ 1,73 bilhões. A subfunção a qual as transferências se apresentaram de forma menos iníqua foi a Atenção Básica (AB), que obteve um Índice de Gini de 0,27. Maiores desproporções e iniquidades foram verificadas no direcionamento dos recursos para a MAC, revelando um Índice de Gini de 0,80. De 2003 a 2015, houve um incremento real de 182% nos recursos aplicados em saúde pelo ente municipal. A cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), transferido da União, representou a principal fonte de financiamento: 45,11%, em 2015. Houve descumprimento do piso financeiro de aplicação em saúde em doze dos treze anos estudados, totalizando um déficit para a saúde pública de cerca de R\$ 236 milhões. Por outro lado, o fato da média anual de aplicação dos recursos oscilar entre 17,43% a 20,36% gerou um superávit de R\$ 6,65 bilhões, revelando o protagonismo das municipalidades no financiamento do setor. De 2003 a 2018, o crescimento das transferências federais para as capitais foi de 70%. Todavia, entre 2010 e 2018, houve aumento de apenas 8,38%. Neste último ano, 40% dos repasses federais concentraram-se na região Sudeste do país. As capitais do Norte foram desfavorecidas tanto no recebimento de recursos absolutos, quanto *per capita*. A maior parte das transferências (71%) foi direcionada para os serviços de MAC e com advento da Portaria 3.992/2017, os demais componentes do bloco de custeio cederam espaço às transferências ao bloco de investimento, que foram ampliadas em mais de 675%, na segunda metade do período analisado. No comparativo das curvas de distribuição, enquanto no bloco de custeio 31% dos recursos foram distribuídos entre 17 capitais, no bloco de investimento esse mesmo percentual foi partilhado entre oito capitais. A análise dos dados possibilitou identificar desigualdades e iniquidades vigentes na distribuição dos recursos. Regiões e municípios favorecidos socioeconomicamente continuaram sendo privilegiados, enquanto localidades mais necessitadas fizeram jus a um menor aporte financeiro. Sob a égide do SUS, há uma enorme imprescindibilidade em ampliar o financiamento, de melhorar a gestão e a distribuição dos recursos, de evoluir a base regional,

além de fortalecer o controle social. Apesar da saúde despontar com grande destaque enquanto necessidade humana básica e direito social, o seu financiamento está sendo perdido, pouco a pouco, com as aprovações no Congresso Nacional de leis e normas que deixam claro a não priorização do setor, tampouco o reconhecimento de sua importância em um país em desenvolvimento.

PALAVRAS-CHAVE: Financiamento da Saúde; Gastos em Saúde; Contas em Saúde; Equidade; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This thesis aimed to analyze the public expenditure of the Unified Health System (SUS) in the state of Bahia and in the Brazilian capitals. This is a quantitative analytical-descriptive, comparative and retrospective study that covered the 417 municipalities of Bahia, from 2003 to 2015, and the 27 capitals, in the period from 2003 to 2018. The data on the financial resources for public health actions and services (ASPS) came from the information System on Public Health Budgets (SIOPS) and the National Health Fund. The National Health Accounts (NHA) model was adapted to the reality of Brazilian funding and information systems and assisted in the process of data collection and organization. In the state of Bahia, from 2003 to 2015, the results showed a real increase of 176% in the total Public Health Expenditure (GPS) and 144% in the GPS *per capita*, including resources managed by the municipalities, but originated from the three spheres of government. The evolution of expenditure was unbalanced, with falls, concentrating on larger population macroregions and higher installed capacity. However, in view of their large populations, the contributions were still insufficient. The paradox of subfinancing revealed unambiguously in all physiographic units. In 2015, 64% of the health regions were below the average per capita expenditure of the state and 41% of the municipalities spent less than R\$ 7 million. In that year, federal transfers totaled R\$ 3 billion, R\$ 202.07 *per capita*, and 28.15% of the resources destined for the East macro region. Most shipments (47.71%) was directed to the Medium and High Complexity services (MAC). The distribution of federal transfers revealed a Gini Index of 0.54, indicating a high concentration of resources. 36 municipalities with the best Human Development Indices (IDH) detained 56% of the resources, more than R\$ 1.73 billion. The sub-function to which the transfers were less wickered was the Primary Care (AB), which obtained a Gini Index of 0.27. Greater disproportions and inequities were verified in the targeting of resources for the MAC, revealing a Gini Index of 0.80. From 2003 to 2015, there was a real increase of 182% in the resources applied in health by the municipal government. The share of the Municipalities Participation Fund (FPM), transferred from the Union, represented the main source of funding: 45.11%, in 2015. There was a lack of compliance with the financial health application floor in twelve of the thirteen years studied, totaling a public health deficit of about R\$ 236 million. On the other hand, the fact that the average annual application of the resources ranged from 17.43% to 20.36% generated a surplus of R\$ 6.65 billion, revealing the protagonism of the municipalities in the financing of the sector. From 2003 to 2018, the growth of federal transfers to the Capitals was 70%. However, between 2010 and 2018, there was an increase of only 8.38%. In the last year, 40% of the federal onlendings were concentrated in the southeast region of the country. The capitals of the north were disadvantaged both in the receipt of absolute and per capita resources. Most shipments (71%) was directed to the MAC services and with the advent of the Ordinance 3.992/2017, the other components of the costing block gave space to the transfers to the investment block, which were expanded by more than 675%, in the second half of the period analyzed. In comparing the distribution curves, while in the costing block 31% of the resources were distributed among 17 capitals, in the investment block this same percentage was shared among eight capitals. Data analysis enabled the identification of inequalities and inequities in the distribution of resources. Socio-economically favored regions and municipalities continued to be privileged, while more needy localities earned a lower financial contribution. Under the aegis of SUS, there is an enormous indispensable in expanding its financing, improving the quality of spending and its management, evolving the regional base, and strengthening social control. Although health is highlighted with great prominence as a basic human necessity and social right, its financing is being lost, little by little, with the approvals in the National Congress of laws and norms that make clear the non-prioritization of the sector, nor the Recognition of its importance in a developing country.

KEYWORDS: Health Financing; Health Expenditures; Health accounts; Equity; Unified National Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo teórico: equidade no financiamento da saúde.....	72
Figura 2 – Divisão das macrorregiões de saúde segundo o Plano Diretor de Regionalização da Bahia	78
Figura 3 – Divisão das regiões de saúde segundo o Plano Diretor de Regionalização da Bahia	79
Figura 4 – Representação gráfica do fluxo de recursos no processo de financiamento do SUS, com a demarcação das tabelas propostas pela metodologia das CNS	89
Artigo 1	
Figura 1 – Evolução do Gasto Público em Saúde (GPS) nos municípios do estado da Bahia - 2003, 2009 e 2015.....	111

LISTA DE GRÁFICOS

Artigo 1

- Gráfico 1 – Evolução do Gasto Público em Saúde (GPS) segundo macrorregião do estado da Bahia (em milhões), 2003-2015 106
- Gráfico 2 – Evolução do Gasto Público em Saúde (GPS), em valores *per capita*, segundo macrorregião do estado da Bahia, 2003-2015 108
- Gráfico 3 – Gasto Público em Saúde (GPS) *per capita* nas regiões de saúde do estado da Bahia, em 2015 110

Artigo 2

- Gráfico 1 – Transferências Federais em Saúde (TFS) declaradas pelos municípios do estado da Bahia, por macrorregiões, em 2015..... 128
- Gráfico 2 – Índice de Gini e distribuição das transferências federais totais e por subfunção para os municípios do estado da Bahia por ordem crescente de IDHM, em 2015..133

Artigo 3

- Gráfico 1 – Recursos aplicados em ASPS (em milhões) e participação percentual dos impostos municipais e das transferências do estado e da União, na Bahia, 2003-2015..... 148

Artigo 4

- Gráfico 1 – Distribuição percentual dos recursos federais transferidos para ASPS das capitais brasileiras, 2003, 2010 e 2018 171
- Gráfico 2 – Comparativo da distribuição dos recursos federais para os blocos de custeio e de investimento nas capitais brasileiras por ordem crescente de população, em 2018 176

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Histórico das desvinculações de receitas no Brasil, 1994-2016	50
Quadro 2 – Antigos e novos blocos de financiamento da saúde: legislações e delineamentos	54
Quadro 3 – Base de cálculo para aplicação mínima dos recursos de estados, municípios e Distrito Federal em ASPS, conforme LC 141/2012	56
Quadro 4 – Principais bases legais do financiamento do SUS, 1988-2017	60
Quadro 5 – Legislação de aplicação mínima obrigatória de recursos financeiros atribuída ao longo dos anos para cada ente federativo	63
Quadro 6 – Categorias e tabelas básicas das CNS	88
Quadro 7 – Forma simplificada da Tabela 1: fontes de financiamento por agentes de financiamento	90
Quadro 8 – Indicadores de financiamento da saúde	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Gasto público das três esferas de governo em saúde em percentagem e como proporção do PIB, 2000-2015.....	52
Tabela 2 – Estimativa da diferença entre o gasto federal com ASPS a partir da regra da EC 95/2016 e da EC 86/2015, 2017-2036	62
Tabela 3 – PIB total e <i>per capita</i> da Bahia, 2003-2015	80
Tabela 4 – PIB total e <i>per capita</i> e a participação do PIB das Capitais no PIB das grandes regiões brasileiras, 2015	85
Artigo 1	
Tabela 1 – Gasto Público em Saúde (GPS), gasto <i>per capita</i> e proporção do PIB da Bahia, 2003-2015	104
Artigo 2	
Tabela 1 – Transferências federais por subfunção de saúde nas macrorregiões do estado da Bahia (em milhões), em 2015.....	130
Tabela 2 – Indicadores de oferta de serviços de saúde no estado da Bahia, por macrorregião, em 2015	131
Artigo 3	
Tabela 1 – Fontes dos recursos municipais aplicados em saúde segundo as determinações da EC 29/2000 e da LC 141/2012, no estado da Bahia, 2003, 2009 e 2015 (em milhões)	149
Tabela 2 – Proporção de municípios que descumpriram a EC 29/2000 e LC 141/2012 em relação às aplicações mínimas constitucionais em ASPS e o déficit acumulado, no estado da Bahia, 2003-2015.....	151
Tabela 3 – Percentual médio e o excedente anual de aplicação em ASPS em relação às aplicações mínimas constitucionais, no estado da Bahia, 2003-2015	154
Artigo 4	
Tabela 1 – Evolução dos repasses federais (em milhões) para ASPS das capitais brasileiras em valores absolutos e <i>per capita</i> , 2003, 2010 e 2018.....	169
Tabela 2 – Repasses federais (em milhões) para ASPS das capitais brasileiras segundo blocos de financiamento, em 2018.....	173

LISTA DE ABRAVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
AC – Alta Complexidade
ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AE – Atenção Especializada
AF – Assistência Farmacêutica
AFE – Apoio Financeiro Extraordinário
AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AIH – Autorizações de Internações Hospitalares
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde
BM – Banco Mundial
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
CNS – Contas Nacionais de Saúde
COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Pessoas Jurídicas
DAC – Doenças do Aparelho Circulatório
DAR – Doenças do Aparelho Respiratório
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias
DRE – Desvinculação da Receita dos Estados
DRM – Desvinculação da Receita dos Municípios
DRU – Desvinculação das Receitas da União
EC 10/1996 – Emenda Constitucional nº 10/1996
EC 27/2000 – Emenda Constitucional nº 27/2000

EC 29/2000 – Emenda Constitucional nº 29 de 2000
EC 86/2015 – Emenda Constitucional nº 86 de 2015
EC 93/2016 – Emenda Constitucional nº 93 de 2016
EC 95/2016 – Emenda Constitucional nº 95 de 2016
ECR 1/1994 – Constitucional de Revisão nº 1/1994
ESF – Estratégia Saúde da Família
EUA – Estados Unidos
FAE – Fator de Apoio ao Estado
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAM – Fator de Apoio ao Município
FAT – Fundo de Amparo do Trabalhador
FES – Fundos Estaduais de Saúde
FEF – Fundo de Estabilização Fiscal
FMI – Fundo Monetário Internacional
FMS – Fundo municipais de saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FPE – Fundo de Participação dos Estados
FPM – Fundo de Participação dos Municípios
FSE – Fundo Social de Emergência
GP – *General Practitioner*
GPSE – Gasto Público Estadual em Saúde
GPSF – Gasto Público Federal em Saúde
GPSM – Gasto Público Municipal em Saúde
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IAP – Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICHA – *International Classification for Health Accounts*
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados
IPMF – Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira

IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano
IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITBI – Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos
LC 141/2012 – Lei Complementar nº 141 de 2012
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC – Média e Alta Complexidade
MC – Média Complexidade
MF – Ministério da Fazenda
MS – Ministério da Saúde
NHS – Serviço Nacional de Saúde britânico
NOAS 01/2001 – Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001
NOAS 01/2002 – Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002
NOB 91 – Norma Operacional Básica de 1991
NOB 92 – Normas Operacional Básica de 1992
NOB 93 – Norma Operacional Básica de 1993
NOB 96 – Norma Operacional Básica de 1996
NRS – Núcleos Regionais de Saúde
NUSC – Núcleo de Saúde Coletiva
OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OGU – Orçamento Geral da União
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OSS – Orçamento da Seguridade Social
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PES – Plano Estadual de Saúde
PDI – Plano Diretor de Investimento
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PEC 01/2015 – Proposta de Emenda Constitucional nº 01 de 2015

PEC 143/2015 – Proposta de Emenda Constitucional nº143 de 2015

PEC 196 – Proposta de Emenda Constitucional nº 196

PEC 241/2016 – Proposta de Emenda à Constituição nº 241/2016

PIB – Produto Interno Bruto

PIS – Programa de Integração Social

PLP – Projeto de Lei de Iniciativa Popular

PLP 321/2013 – Projeto de Lei de Iniciativa Popular nº 321 de 2013

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPI – Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RAG – Relatório Anual de Gestão

RAWP – *Resource Allocation Working Party*

RCB – Receita Corrente Bruta

RCL – Receita Corrente Líquida

RREO – Relatório Resumido da Execução Orçamentária

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

STN – Secretaria do Tesouro Nacional

SHA – *System of Health Accounts*

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCA – Taxa de crescimento anual

TFS – Transferências Federais em Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

UHC – *Universal Health Coverage*

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

VS – Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS	33
2.1 OBJETIVO GERAL	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
3 QUADRO REFERENCIAL	34
3.1 Os sistemas de proteção social e o financiamento da atenção à saúde.....	34
3.1.1 Origens dos sistemas de proteção social.....	34
3.1.2 Tipos de sistemas de proteção social.....	37
3.2 As bases legais do financiamento do SUS	41
3.3 O desafio da equidade na distribuição de recursos financeiros em saúde	64
3.3.1 Equidade: o debate conceitual	64
3.3.2 Equidade no financiamento da saúde	68
3.3.3 Alocação de recursos conforme necessidades de saúde da população	73
4 METODOLOGIA.....	77
4.1 Tipo de estudo	77
4.2 Lócus de investigação	77
4.2.1 O estado da Bahia.....	77
4.2.1.1 Aspectos demográficos e econômicos	79
4.2.1.2 Perfil epidemiológico: morbimortalidade.....	81
4.2.1.3 Panorama dos serviços de saúde.....	82
4.2.2 As capitais brasileiras	83
4.2.2.1 Aspectos demográficos e econômicos	84
4.3 Fontes de dados	86
4.4 Instrumento de coleta e análise de dados: contas nacionais de saúde	86
4.5 Análise e interpretação de dados.....	90
4.6 Aspectos Éticos.....	95
5 RESULTADOS	96
5.1 Artigo 1	96
5.2 Artigo 2	119
5.3 Artigo 3	141
5.4 Artigo 4	161
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	183

REFERÊNCIAS.....	185
APÊNDICES	198
APÊNDICE A – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E REGIÕES DE SAÚDE DA BAHIA.....	199
APÊNDICE B – TABELA 1: FONTES POR AGENTES DE FINANCIAMENTO.....	210

1 INTRODUÇÃO

O Brasil progrediu em direção ao universalismo das políticas públicas de saúde após a promulgação da Constituição Cidadã, em um cenário político e econômico adverso e repleto de restrições aos orçamentos e aos gastos sociais (VIEIRA, 2016). A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), dessa forma, constituiu-se em um embate contra-hegemônico, caracterizado por grandes dificuldades no âmbito econômico. A promoção da ideologia neoliberal, incentivada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas universais de saúde, influenciou sobremaneira a condução das políticas de saúde (PAIM et al., 2011; REIS et al., 2016).

Ainda assim, o SUS constituiu-se na maior política de inclusão social na área da saúde já adotada no país e no maior sistema de saúde pública do mundo. Destarte, é muito mais que um mero meio de financiamento de ações e serviços de saúde para estados e municípios. Não é simplesmente um programa público de saúde, nem um plano de saúde para pobres. Não é um sistema de serviços direcionado apenas para indigentes ou para pessoas que não possam pagar por cuidados de saúde. Não é filantropia e muito menos uma política desse ou daquele governo. Consiste em uma política de Estado construída pela sociedade civil e instituída pelo movimento da Reforma Sanitária fundamentada no conceito ampliado de saúde e em princípios, diretrizes e normas jurídicas que orientam as ações sanitárias (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014). Em última análise, pode-se dizer que o SUS consiste em uma forma de materializar o compromisso do Estado brasileiro de assegurar como um direito dos cidadãos o acesso universal e integral aos serviços de saúde, com o encargo de provimento partilhado entre as três esferas de governo (TELES, 2015).

Todavia, passados mais de três décadas da publicação da Carta Magna, ainda há um grande distanciamento entre o SUS ideal, assegurado em lei, e o SUS real, presente no cotidiano da população e dos profissionais da saúde, dependente das condições da economia, bem como dos desígnios dos governos. Parte expressiva disso está associado ao quadro de insuficiência de recursos para a saúde. As lutas por um apropriado e sustentável financiamento para assegurar o desenvolvimento e a manutenção da política universal da saúde sempre foram uma constante desde a institucionalização do SUS (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014; MENDES; WEILLER, 2015).

Evidências de um baixo investimento em saúde no Brasil são múltiplas. Podem ser constatadas, por exemplo, a partir do comparativo internacional do gasto total e do gasto público em saúde como proporção do Produto Interno Bruto (PIB), do percentual do gasto público em

relação ao gasto privado em saúde, bem como através da importância dada ao setor da saúde no orçamento geral da união.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o gasto total, que abrange gastos em saúde por todos os entes governamentais e cidadãos (público e privado), no Brasil, em 2015, foi de 8,3% do PIB – valor inferior à média internacional de 9,9% do PIB. O que corresponde a um baixo percentual se comparado, por exemplo, aos Estados Unidos (EUA) (17,1%) e aos países que possuem um sistema de saúde semelhante ao brasileiro, onde o acesso aos serviços de saúde é universal, como Canadá (10,4%), Dinamarca (10,8%), Espanha (9,0%) e Reino Unido (9,1%) (WHO, 2017a).

O gasto público em saúde pode ser classificado também como baixo para que o país tenha, efetivamente, um sistema de universal com atendimento integral. Está longe de dedicar a mesma atenção à saúde pública que os demais países que fazem parte dessa categoria. Em 2015, enquanto o SUS gastou 3,8% do PIB, o gasto médio dos países europeus com sistemas universais (Alemanha, Espanha, França, Reino Unido e Suécia) foi de cerca de 8,0% do PIB (WHO, 2017b). Tamanha desproporção certamente repercute em dificuldades adicionais para a estruturação e o desenvolvimento dos serviços do SUS.

O gasto público brasileiro representou, no ano de 2015, 42,8% dos recursos aplicados em saúde, já nos países com sistema universal a participação do gasto público correspondeu, em média, a 70% da despesa total com saúde. Na comparação com países do Mercosul, coexistiram duas situações distintas. De um lado, o Brasil e a Venezuela (47,7%) com menos da metade do gasto total em saúde sendo público. De outro, a Argentina (71,4%), o Uruguai (69,8%) e o Paraguai (53,5%) com os maiores gastos públicos em saúde. Em síntese, o Brasil se destacou como o país com o menor investimento público em saúde, ao passo que a Argentina e o Uruguai apresentaram percentuais compatíveis aos de países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que se utilizam de sistemas universais de saúde (ROA, 2016; PIOLA; BARROS, 2016; WHO, 2017b).

Dessa forma, é ainda baixa e um tanto quanto controversa a participação do gasto público do sistema de saúde brasileiro, sobretudo, tendo em vista os princípios que norteiam o SUS (TELES, 2015). Dois fatores contribuem decisivamente para que o Brasil seja o único país com sistema universal de saúde onde a proporção do gasto público no gasto total em saúde é inferior à do gasto privado: o crônico subfinanciamento da saúde pública e o grande incentivo governamental para o setor privado de saúde (PIOLA; BARROS, 2016).

Nesse ponto, importa assinalar que a história de tensões no campo do financiamento ganhou recentemente novos contornos por meio de aprovações de leis no Congresso Nacional.

São medidas que vêm enfraquecendo o financiamento público da saúde, consolidando o subfinanciamento histórico e intensificando os mecanismos de mercantilização com a ampliação da liberdade de movimentação do setor privado.

Em 2015, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 86 (EC 86/2015), que vinculou a despesa mínima em saúde da União à Receita Corrente Líquida (RCL), representando a constitucionalização da diminuição do aporte de recursos federais ao SUS. Nesse mesmo ano, foi aprovada a Lei nº 13.097, a qual alterou a Lei 8.080/1990 para permitir a participação direta ou indireta, inclusive o controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde. No ano de 2016, foi editada a Emenda Constitucional nº 93, de setembro de 2016 (EC 93/2016), que prorrogou a Desvinculação das Receitas da União (DRU), dessa vez estendendo também para os demais entes da federação uma nova alíquota de 30% das receitas oriundas de impostos, taxas e multas. Ademais, sancionou-se a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95/2016), considerada uma das mais densas medidas de austeridade adotadas no país, isso porque vinculou a despesa mínima em saúde da União de 2017 a 15,0% da RCL e congelou os gastos com as despesas primárias por duas décadas, instituindo um novo regime fiscal, contrário ao crescimento do financiamento de políticas sociais, mas a favor de constituir o crescimento do superávit primário para o pagamento dos juros da dívida pública (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b; BRASIL, 2016a; BRASIL, 2016b).

Um dos fatores também veiculado como propulsor da cronicidade do financiamento da saúde é o grau de importância dado ao setor da saúde no Orçamento Geral da União (OGU). Grande parte desse orçamento é direcionado ao pagamento de juros e amortizações da dívida, e, dessa maneira, sacrificam-se a efetivação das políticas públicas e os investimentos em áreas sociais como saúde, educação, saneamento, habitação, cultura, dentre outros. Esse processo vem se intensificando a partir da década de 1990, período em que os governos brasileiros, com o advento do neoliberalismo, reforçaram o ajuste fiscal e a prioridade do pagamento da dívida pública, por meio dos acordos com o Banco Mundial (BM) e com o Fundo Monetário Internacional (FMI) (CUNHA, 2014).

No Brasil, a importância do setor da saúde como parte do OGU encontra-se subestimada. O orçamento de 2012 dedicou cerca de 45% para o pagamento de juros e amortizações da dívida e pouco mais de 4% para a saúde. Em 2017, a situação se agravou ainda mais, com o pagamento de juros e amortizações da dívida chegando a consumir 50,66% e a saúde tendo uma representação de apenas 3,16% do OGU. Os impactos EC 95/2016 no OGU de 2017 já se fizeram presentes a partir da redução das despesas primárias e do crescimento dos

gastos financeiros com a dívida pública. Isso demonstra a prioridade da política econômica: o favorecimento do capital financeiro internacional em detrimento das áreas sociais.

Dentre as políticas públicas, a previdência social é a que tem uma maior representatividade no orçamento: em 2017, 19,13% do OGU foi destinado a esse setor. Os seus benefícios são pagos de forma obrigatória, em conformidade com a legislação vigente, e é por isso que governos têm efetuado esforços no sentido de aprovar leis para reduzir o direito dos trabalhadores aos benefícios previdenciários (CISLAG, 2011).

Em paralelo à questão de subfinanciamento e do processo de desfinanciamento do setor saúde, é percebida a paradoxal situação de aumento da renúncia fiscal, por parte do Estado brasileiro, através da dedução dos gastos com seguros e planos de saúde no Imposto de Renda das pessoas físicas e jurídicas e das concessões fiscais estendidas às entidades privadas sem fins lucrativos, bem como à indústria químico-farmacêutica. Enquanto a saúde pública carece de dinheiro, recursos fiscais deixam de ser arrecadados para a manutenção de incentivos a diversas modalidades da assistência à saúde privada, resultando em enfraquecendo da capacidade de arrecadação do Estado e no fortalecimento desse setor (MENDES; WEILLER, 2015; MARQUES; PIOLA; OCKÉ-REIS, 2016).

Considerando o tipo de sistema de saúde adotado no Brasil, os esforços deveriam ser concentrados na construção e no favorecimento da saúde pública. Contudo, os planos de saúde recebem enormes incentivos e subsídios, os quais favorecem a sua expansão e o seu desenvolvimento. Os subsídios aos planos de saúde alcançaram, no ano de 2015, o total de 12,5 bilhões. Assim, de forma distinta do modelo beveridgiano e parecida com o padrão estadunidense, o sistema de saúde brasileiro configurou-se como um sistema duplicado e paralelo, que vem sofrendo distorções pela queda relativa do custeio e do investimento na esfera pública do setor da saúde, o que tem afetado a sua sustentabilidade (OCKÉ-REIS, 2015).

É válido frisar que muitos países estão enfrentando o problema da sustentabilidade financeira, diante do aumento constante dos gastos no setor da saúde. Os serviços indubitavelmente são caros e os gastos são cada vez mais altos em todo o mundo. No ano de 1997, o gasto global era de 3 trilhões de dólares, o equivalente a 8% do PIB mundial. Em 2009, os gastos subiram para 9,4% do PIB mundial. Entre 2002 a 2020, a perspectiva é que os gastos em saúde nos países da OCDE saltem de 2,7 trilhões (8,5% do PIB desses países) para 10 trilhões (16,0% do PIB). Alguns fatores têm contribuído no sentido de ampliação dos gastos, como a extensão e a melhoria da cobertura dos serviços de saúde, a incorporação tecnológica constante, o envelhecimento da população, a transição epidemiológica e até a maior exigência do usuário. Não obstante, nunca existiu necessariamente uma política que gerasse, de fato,

segurança e estabilidade orçamentária a fim de que o sistema de saúde brasileiro pudesse se desenvolver de modo pleno (BRASIL, 2006a; WHO, 2010; WHO, 2012; NOGUEIRA; MEDEIROS JUNIOR; SILVA, 2017).

A extensão e a melhoria da cobertura dos serviços de saúde são resultados da ampliação do número de estabelecimentos (crescimento horizontal), do acesso à crescente e diversificada rede de ações e serviços ofertados pelo SUS e do avanço da concepção da integralidade (crescimento vertical) dos serviços, a qual pode ser entendida como um conjunto interligado de ações e serviços de caráter preventivo e curativo, em todos os níveis de atenção (primária e de média e alta complexidade) (BRASIL, 1990a).

Alguns dados dimensionam esse crescimento horizontal e vertical dos serviços de saúde. Em 2007, a cobertura de equipes de saúde da família era de cerca de 48%. Em 2017, com ampliação do número de equipes, chegando a 42.747, a cobertura populacional estimada passou a ser de 64%, abrangendo 131.896.973 habitantes. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2015, cerca de 75% da população brasileira (150.515.722 habitantes) utilizaram exclusivamente o SUS. Os clientes de planos de saúde totalizaram 50.516.992. Cabe frisar que grande parte da população que é coberta pelo sistema supletivo ou que realiza desembolso direto também usa o sistema público de saúde, seja através das ações de saúde pública, de procedimentos de maior complexidade e de maior custo, seja nas situações de urgência e emergência. Além disso, o Brasil tem avançado no que diz respeito à inclusão de novas práticas terapêuticas (BRASIL, 2017a; ANS, 2015). Em 2006, quando foi lançada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, eram oferecidos apenas cinco procedimentos. Em março de 2018, o SUS passou a ofertar 29 práticas integrativas para a população, incluindo homeopatia, yoga, acupuntura, cromoterapia, geoterapia, arteterapia, hipnoterapia, ozonioterapia, crenoterapia, reiki e shantala (BRASIL, 2018a).

Existe, em curso, um processo de incorporação tecnológica constante por meio de tecnologias de alta densidade e de alto custo. Por um lado, há o aumento das expectativas dos usuários e dos profissionais da área da saúde no que concerne à aplicação de novas tecnologias, influenciando na sua utilização, ainda que elas possam não ter efetividade comprovada. De outro, a pressão das indústrias biomédica e farmacêutica e dos prestadores de serviços para a incorporação do progresso tecnológico em saúde. A inserção de novas técnicas de diagnóstico e de terapias abalizadas em equipamentos e medicamentos mais sofisticados, ao contrário do que ocorre com outros setores, aumenta os gastos a partir da necessidade de contratação de mão-de-obra especializada (BRASIL, 2006a; MARQUES, 2016).

Diante do quadro de grande dependência de importações, da estagnação da indústria nacional, da deficiência tecnológica em diversos segmentos da área da saúde e dos altos custos dos insumos tecnológicos, constituem importantes desafios o desenvolvimento científico e tecnológico nacional de forma coerente com as necessidades e com as demandas do sistema de saúde brasileiro, além do fortalecimento da capacidade de regulação da incorporação tecnológica no SUS (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Por sua vez, o envelhecimento populacional impacta de modo direto nos gastos com saúde. À medida que as populações envelhecem estão mais susceptíveis a desenvolverem doenças crônicas, que, muitas vezes, representam anos de utilização dos serviços (que tendem a ser de maior complexidade) por meio de consultas médicas, internações de longa duração e uso de medicamentos, resultando em maiores gastos. Esse processo está em curso em todos os países do mundo e traz à tona a questão do crescimento dos gastos em saúde. Em 2010, os idosos (60 anos ou mais) representavam 11% da população mundial (770 milhões de pessoas) e a estimativa é que chegue a 13%, em 2020, representando mais de 1 bilhão de pessoas (BRASIL, 2006a; REIS; NORONHA; WAJNMAN, 2016). No Brasil, as projeções indicam que em 2027 o número de idosos chegará aos 37 milhões. O gasto com saúde para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos é três vezes maior do que os gastos com a parcela da população com idade entre 14 e 64 anos. Para as pessoas maiores de 75 anos, o gasto tende a ser até cinco vezes maior (MARQUES, 2016).

A transição epidemiológica brasileira é um outro fator que tende a elevar os gastos em saúde, uma vez que há o aumento relativo das doenças crônicas e degenerativas, que se somam às doenças infecciosas reemergentes – as quais ressurgem como problema de saúde pública, após terem sido controladas, como a febre amarela, a dengue e a malária – e as emergentes – que são aquelas doenças que surgiram em período considerado recente, como é o caso da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), da Influenza (H1N1), da Zika e da Chikungunya. A mudança de um perfil de doenças agudas para um perfil de doenças crônicas, continuará, ao longo dos anos, contribuindo para o crescimento da necessidade por serviços de saúde, assim como para a elevação dos gastos do sistema, já que o tratamento de doenças crônicas tem um gasto até sete vezes maior que o gasto para tratar uma doença aguda (BRASIL, 2006a; FIORENTINO, 2016).

A maior exigência do usuário também vem sendo apontada como fator que contribui para elevação dos gastos. As pessoas e suas organizações cada vez mais estão exigindo direitos assegurados legalmente para obtenção de acesso a tratamentos mais sofisticados e de alto custo, especialmente, a partir da judicialização da saúde. Os gastos da União e dos estados

aumentaram 1.300%, no período de 2008 a 2015, por conta das demandas judiciais para aquisição de medicamentos. Nesse mesmo período, os gastos do Ministério da Saúde (MS) passaram de R\$ 70 milhões para R\$ 1 bilhão devido ao cumprimento de decisões judiciais para a liberação de medicamentos (VASCONCELOS; PASCHE, 2012; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012; TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014; MARQUES, 2016).

Em meio a tantas adversidades, o SUS se tornou uma das mais importantes políticas sociais, com responsabilidade partilhada entre a União, os estados e os municípios, sendo referência internacional (BRASIL, 2013). Embora o Brasil seja um país de dimensões geográficas continentais, com grandes desigualdades regionais e sociais, que enfrenta mudanças no padrão de saúde e doença, por conta de transformações epidemiológicas, demográficas e nutricionais, o SUS ampliou o acesso aos serviços de saúde ainda que diante de um processo progressivo de privatização. Houve considerável investimento na expansão dos recursos humanos, em tecnologia em saúde e na atenção básica, além de um forte e decisivo processo de descentralização e de regionalização da saúde, com aumento da participação social e do desenvolvimento de uma maior conscientização da população acerca do direito à saúde (PAIM et al., 2011; REIS et al., 2016).

O SUS é um sistema em pleno desenvolvimento que permanece necessitando de um financiamento estável para garantir princípios basilares como a universalidade, a integralidade e a equidade. Constitui um importante desafio o imperativo de aumentar o gasto em saúde e de melhorar a sua distribuição, posto que as transferências de recursos para todos os tipos de serviços precisam ter como base não somente os critérios de igualdade – como no caso da alocação de recursos para estados e municípios a partir de um mesmo valor *per capita* –, mas também as condições epidemiológicas, socioeconômicas e demográficas de municípios, macrorregiões e regiões de saúde, o que é ainda incipiente na gestão dos recursos do sistema de saúde. A equidade deve ser concebida como princípio orientador das políticas de financiamento da saúde, representando um objetivo central em prol da melhoria das condições de saúde e da redução das desigualdades na capacidade de resposta das diversas localidades às necessidades de saúde de suas populações.

A alocação regional de recursos financeiros para ações e serviços de saúde no país necessita de alterações expressivas. Há uma grande diferença entre o montante de arrecadação dos municípios e a destinação de recursos para a estruturação do setor da saúde, o que torna o sistema de saúde nos municípios, assim como nas regiões de saúde, bastante heterogêneo. Sem a integração necessária, essa situação provoca uma segmentação do SUS em diversos subsistemas, provocando iniquidades que se tornam mais claras nas análises de financiamento

da saúde (VIANA et al., 2015; PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016; SANTOS NETO et al., 2017).

A regionalização da saúde no território brasileiro consiste em um fenômeno de grande complexidade, haja vista as desigualdades e diversidades das regiões, o escopo de funções do Estado e a variedade de agentes, públicos e privados, imbricados no desenvolvimento de ações e serviços de saúde (LIMA; VIANA; MACHADO, 2014). A região é um construto que apesar de possuir fundamento socioeconômico, político-administrativo e cultural, não é um ente federativo e, dessa forma, não possui poderes constituídos e nem participa do federalismo fiscal. Essa situação esculpe um desafio à investigação do financiamento no âmbito regional (MENDONÇA et al., 2014).

Faz-se imprescindível uma maior fiscalização da utilização dos recursos pelos conselhos de saúde e pela população. Além disso, o aperfeiçoamento das funções gestoras das secretarias de saúde e a regulação do setor privado deve ser realizada de modo compatível com o bem que está sendo resguardado. O financiamento deve ser orientado por um planejamento eficiente, que impeça o uso criminoso e equivocado recursos e evite desperdícios. Levando em consideração a atual situação do financiamento do SUS, os subsídios públicos aos planos e seguros privados de saúde precisam ser revistos, assim como aprimorado o processo de cobrança pelo ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos usuários do setor privado.

Outro importante desafio que emerge nesse cenário é a necessidade de tornarem o SUS, de fato, um elemento central no projeto político do país. Outrossim, falta ainda evoluir a discussão e a construção de um modelo de financiamento que seja capaz de promover sustentabilidade ao sistema, o que não ocorrerá sem grande mobilização social e política em prol da reestruturação do financiamento e das funções dos setores público e privado.

Garantir acesso universal e integral aos serviços de saúde para um país com mais de 210 milhões de habitantes, em um deteriorado quadro econômico, com elevada taxa de desemprego e um altíssimo grau de concentração de renda (10% da população absorvem 43% do montante de rendimentos) é certamente o maior de todos os desafios (IBGE, 2019). Diante desse contexto, poucas dúvidas subsistem sobre a premência de investigar e discutir o financiamento da saúde e a sua trajetória.

A primeira experiência de investigação do financiamento da saúde, no Brasil, com o uso de um modelo de contas em saúde foi realizada no estado da Bahia, em 2004, analisando-se as contas de 2002, a partir da metodologia proposta pela OMS, ajustada para a realidade do SUS e para lógica dos sistemas de informação nacionais (COELHO et al., 2005). Outra experiência de emprego desse modelo foi realizada no município de Santo Antônio de Jesus-Ba, em caráter

experimental, para o ano de 2005, com o intuito de identificar o fluxo das contas municipais desde as fontes de financiamento até as atividades de saúde (ROSA; COELHO, 2011). Nesse ano, o governo brasileiro efetuou, pela primeira vez, suas contas em saúde, no âmbito nacional, por meio da metodologia das Contas Satélites, que tem por objetivo a contabilização da saúde enquanto atividade econômica. Contudo, esse método, utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), gera informações muito agregadas, de modo que dificultam sua utilização pelos entes públicos subnacionais.

Foram desenvolvidos, dando continuidade a essas experiências de uso da metodologia de contas em saúde da OMS, vários estudos com dados referentes ao estado da Bahia, compreendidos no período de 2009 a 2012. Uma das experiências teve por objetivo analisar a distribuição dos recursos financeiros federais, em 2010, na perspectiva da equidade, através do qual se verificou uma grande concentração de recursos destinada a poucos municípios de grande porte populacional e com os mais altos Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), e fraco aporte para regiões com maiores necessidades de saúde (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016a). Outro estudo analisou os gastos públicos com o SUS em municípios, regiões e macrorregiões da Bahia, de 2009 a 2012, e identificou um aumento expressivo dos recursos no período, porém, frente às populações das localidades, os aportes mostraram-se ainda insuficientes e metade das regiões de saúde não atingiu a média de gasto *per capita* do estado (TELES; COELHO; FERREIRA, 2017). Experiências com o uso desse modelo foram conduzidas ainda para o exame das transferências federais na forma de blocos de financiamento (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016b) e para a análise do gasto público federal com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), na Bahia, a qual revelou uma complexa situação de subfinanciamento e desigualdades regionais (TELES et al., 2017).

O presente estudo dá continuidade aos trabalhos desenvolvidos com a metodologia de contas em saúde. É parte integrante da pesquisa intitulada “Sistema de Contas Municipais em Saúde” na fase II do Subprojeto I, e vem na perspectiva de superar as limitações dos estudos até então desenvolvidos, com a ampliação de seu escopo tanto no aspecto temporal, quanto no espacial.

O objeto escolhido para o estudo é relevante para todos os municípios baianos e brasileiros que executam as políticas públicas do SUS, sendo este projeto de tese guiado pelos seguintes questionamentos: Qual foi o gasto público do SUS no estado da Bahia e em suas macrorregiões, regiões de saúde e municípios? Qual foi o gasto público federal do SUS nas capitais brasileiras? Qual a contribuição de cada fonte na constituição das receitas nesse período? Qual a composição do gasto público federal do SUS para cada gestor do sistema? Por

que a distribuição dos recursos no âmbito do SUS não pode ser considerada equânime? Quais as diferenças encontradas e que diferenças podem ser consideradas como iniquidades?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o gasto público do SUS no estado da Bahia e nas capitais brasileiras.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o fluxo financeiro em saúde nas macrorregiões, regiões de saúde e municípios do estado da Bahia, das fontes para os agentes intermediários, no período de 2003 a 2015;

Estimar e comparar o gasto público federal do SUS entre as capitais brasileiras, no período de 2003 a 2018;

Analisar as desigualdades e iniquidades na distribuição dos recursos financeiros federais do SUS no estado da Bahia e entre as capitais do Brasil.

3 QUADRO REFERENCIAL

O modelo de financiamento público da saúde adotado no Brasil reflete veementemente nas políticas direcionadas para esse setor, as quais alcançam as populações através de ações e serviços prestados. Destarte, a fim de dar consistência teórica ao estudo, guiarão este quadro referencial as seguintes temáticas: os sistemas de proteção social e o financiamento da atenção à saúde; as bases legais do financiamento do SUS; e o desafio da equidade na distribuição de recursos financeiros em saúde.

3.1 Os sistemas de proteção social e o financiamento da atenção à saúde

3.1.1 Origens dos sistemas de proteção social

As origens dos modelos de proteção social remontam ao processo de construção da sociedade capitalista. Dentre os fatores históricos que impulsionaram sobremaneira a evolução da proteção social encontra-se o fenômeno da industrialização, uma vez que provocou o rompimento das tradicionais relações do feudalismo, que embora fossem marcadas por uma condição estamental desigual, contava com uma rede de solidariedade e integração no sistema de troca e reciprocidade de direitos e obrigações. Com o intenso movimento da população do campo para a cidade, evidenciou-se a situação de pobreza e miséria como grande problema social e, conseqüentemente, a necessidade de criação de mecanismos compensatórios tanto de coesão social, quanto de ferramentas para garantir a expansão do modo de produção capitalista. Diante dessa conjuntura, a grande mobilização por parte da nova classe trabalhadora devido à indignação com as precárias condições de trabalho e de sobrevivência foi de fundamental importância para ampliação da intervenção do Estado e o desenvolvimento dos sistemas de proteção social (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

Os modelos de proteção social surgem, no século XIX, como resposta à grande mobilização social e ao enfraquecimento da seguridade representada pelo vínculo familiar frente ao avanço do modo de produção capitalista (FLEURY; OUVÉNEY, 2012; RODRIGUEZ, 2016). As primeiras medidas de proteção social ocorreram em um momento fortemente influenciado pela concepção ideológica do liberalismo, na qual se recusava a necessidade de intervenção estatal nas questões sociais sob o pretexto de que o mercado por si só seria capaz de resolvê-las (TEIXEIRA, 1985).

Para Adam Smith, seria através do mercado que se conseguiria acabar com a desigualdade, com os privilégios e com a sociedade de classes. A intervenção do Estado, para além do mínimo, prejudicaria o processo igualizador do mercado e criaria políticas protecionistas que resultaria em monopólios e ineficiência (ESPING-ANDERSON, 1991).

A crise de 1929 evidenciou a insuficiência da concepção liberal de funcionamento do setor econômico. O desemprego chegou a níveis críticos, o que reforçou a ideia de que o mercado não conseguira proporcionar uma condição fundamental de desenvolvimento do sistema econômico e crescimento do emprego da força de trabalho. A crise inspirou o surgimento de concepções teóricas que procuraram romper com a tradição liberal. A exemplo das propostas postuladas por Keynes, as quais preconizavam que o Estado deveria intervir na economia, atuar no setor produtivo e representar um elemento central na condução do sistema econômico por meio da expansão dos gastos a partir da política fiscal (OUVERNEY, 2005). Como comprovadamente o mercado não se mostrou capaz de sanar os problemas gerados por ele mesmo, tornou-se cada vez mais crescente a necessidade de intervenção do Estado em relação à adoção de medidas de proteção social.

Na perspectiva de Di Giovanni (2008, p. 01) os sistemas de proteção social dizem respeito

“... as formas – às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas – que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio e as privações. Incluo neste conceito, também tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto de bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas, na vida social. Incluo, ainda, os princípios reguladores e as normas que, com intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades”.

Dessa maneira, a proteção social estaria de acordo com os diferentes modos de organização e intervenção estatal para proteção dos indivíduos na área social, o que inclui os setores da saúde, da previdência e da assistência social (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). Para Sochaczewski e Lobato (2014), inexistente sociedade que não disponha de algum sistema para proteger os seus indivíduos em situação de vulnerabilidade, apesar da grande heterogeneidade vigente no que concerne à adoção das políticas de proteção social.

Na segunda metade do século XX, desenvolveram-se os sistemas caracterizados como *Welfare States* ou Estados de Bem-Estar Social, como ficaram conhecidos os amplos sistemas, nos quais a proteção social ultrapassava o aspecto da pobreza e passava a englobar os crescentes direitos de cidadania (SOCHACZEWSKI, LOBATO, 2014). Pode-se compreender como *Welfare States*

“um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir uma certa “harmonia” entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social, suprimindo a sociedade de benefícios sociais que significam segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida, que possam enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente” (GOMES, 2006, p. 203).

Essa foi a forma encontrada diante da reiteração das desigualdades sociais pela dinâmica capitalista para amenizar a insegurança social, especialmente após a Segunda Guerra Mundial: o financiamento e a provisão de bens e serviços, por parte do Estado, que os cidadãos naturalmente não teriam acesso através do salário recebido pela venda de sua força de trabalho ou por conta da situação de desemprego, como é o caso dos serviços de saúde. Apesar de não conseguir solucionar o problema da pobreza, muito menos de garantir uma plena condição de igualdade, os diferentes sistemas de proteção social implantados no mundo durante o século XX passaram a ser regidos por leis diferentes das de mercado (VIANA; MACHADO, 2008).

Di Giovanni (1998) lista três formas de alocação de recursos para se assegurar a proteção social: por meio da tradição e dos valores impregnados em cada sociedade, a partir de práticas econômicas, seja dentro ou fora da perspectiva do mercado; e através do Estado, enquanto assume a função de administrar os recursos e produzir serviços. Essas formas se estabelecem nas sociedades de acordo com o contexto histórico, em maior ou menor grau. Para Costa e Ferreira (2013), a partir desse entendimento os sistemas de proteção social podem ser compreendidos como sistemas que evoluem segundo as concepções, as necessidades e as prioridades admitidas nas sociedades.

O fato é que as diferentes formas de proteção social assumidas refletem a relação de maior ou menor peso atribuído ao Estado, ao mercado e à sociedade. Assim, a partir da correlação de forças sociais desenvolve-se um sistema de proteção de acordo com a realidade histórica de cada sociedade (FLEURY; OUVÉNEY, 2012). Cabe frisar que os sistemas de saúde geralmente seguem o tipo de proteção social adotado pelos países, correspondendo a um conjunto de agências e agentes que determinam e condicionam o estado de saúde das populações (PAIM, 2009; SOUZA; BAHIA, 2014). Lobato e Giovanella (2012, p. 89), de forma mais abrangente, definem sistema de saúde como

o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condição dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade.

Do mesmo modo, os sistemas de saúde atuais condicionam a existência de um determinado modelo de financiamento, que, por sua vez, guarda também uma estreita relação com a concepção de proteção social adotada. Três tipos de proteção social, apesar das diferenças em cada nacionalidade, destacam-se no globo, a saber: a assistência social, o seguro social e a seguridade social.

3.1.2 Tipos de sistemas de proteção social

O modelo da assistência social desenvolveu-se em sociedades que apostaram na capacidade autorregulável do mercado, onde o Estado deve ser mínimo o suficiente para garantir a sua existência. Também conhecido como residual, esse modelo é direcionado fundamentalmente para os mais pobres e vulneráveis, que atestam sua incapacidade financeira de obter serviços do mercado. É o que ocorre, por exemplo, nos EUA, em que as políticas públicas de proteção social abrangem somente os declarados mais necessitados. São organizados fundos e doações geridos por entes privados, públicos ou voluntários na perspectiva de caridade para o desenvolvimento das ações assistenciais de caráter emergencial e temporal, ou seja, podendo a qualquer momento serem descontinuadas (FLEURY; OUVRENEY, 2012; LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

O padrão assistencialista de financiamento também pode se utilizar de um *mix* de fontes provenientes de vários impostos, mas, geralmente, sem fonte vinculada de recursos. Nesse modelo, os trabalhadores formais, segmentos das classes média e alta, devem buscar no mercado soluções para o financiamento da satisfação de suas necessidades de saúde (MÉDICI, 1995).

Nesse tipo de proteção social, permanece excluída do sistema de saúde grande parte da população. Estima-se que, em 2008, 46 milhões de americanos se encontravam sem cobertura de saúde, apesar dos EUA apresentarem sempre os maiores gastos em saúde do mundo – de acordo com a OMS, em 2014, o gasto em saúde *per capita* foi de US\$ 9.403,00, enquanto o gasto como proporção do PIB totalizou 17,1%. O relatório de 2014 da *Commonwealth Fund* apontou, em um comparativo envolvendo os 11 países desenvolvidos do mundo (Austrália, Canadá, França, Alemanha, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Suécia, Suíça, Reino Unido e EUA), que o EUA possui o pior sistema de saúde em termos de acesso, de eficiência e de equidade (THE COMMONWEALTH FUND, 2014).

Em 2010, foi sancionada a lei da reforma da saúde proposta pelo governo Obama com o intuito de aumentar o acesso aos serviços de saúde e atenuar a exclusão de milhares de

americanos do sistema de saúde. Em vigor apenas em 2014, essa lei tornou obrigatório o seguro saúde para todo cidadão estadunidense, tentou diminuir os preços dos planos, inclusive com subsídios do governo, para torná-los mais acessíveis, além de ampliar a faixa de renda para acesso ao Medicaid – programa público de saúde, financiado por impostos, que atende a população de baixa renda. Todavia, sua implementação não ocorreu de forma homogênea e não alcançou o contingente esperado. Assim, mais de 30 milhões de americanos continuaram sem cobertura de saúde, seja pública ou privada.

O modelo seguro social foi implantado por Bismark na Alemanha, no século XIX, em um momento de transição para o capitalismo, no qual o Estado passou a assumir mais responsabilidades no que diz respeito à segurança social (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). Na visão de Marques (2016, p. 25), “a expansão e aprofundamento das relações capitalistas, ao provocarem a organização dos trabalhadores determinavam necessariamente a introdução do Estado na organização da proteção social e, portanto, do acesso à saúde”.

O sistema de proteção social baseado no seguro social, também conhecido como modelo presidencialista, apresenta como principal característica a cobertura assistencial voltada para grupos ocupacionais do mercado formal (RODRIGUEZ, 2016). Esse modelo foi implantado em países como Alemanha, França e Suíça (PAIM, 2009). O padrão presidencialista de financiamento é baseado em contribuições de empregadores e empregados, que se somam com a contribuição estatal. Seu objetivo é assegurar a manutenção das condições socioeconômicas em caso de doenças, acidentes e/ou perda da capacidade laboral do beneficiário (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

O seguro social foi implantado no Brasil através do Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAP), que foram criados na década de 1930 de forma segmentada por categoria profissional. Esse modelo gerou importantes iniquidades devido ao seu caráter excludente, que deixava de fora a maior parte da população do país, justamente que não estava inserida no mercado de trabalho formal. Além disso, a oferta dos serviços de saúde poderia ser diferenciada a depender do grau de organização de determinado grupo funcional ou de sua representatividade econômica. Grande ênfase era dada às ações curativas individuais, ficando as ações coletivas em segundo plano, dificultando a atenção de forma integral (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). Fleury e Ouverney (2012, p.33) assinalam que esse modelo de proteção social “atuarial de acumulação é perfeito para o caso das aposentadorias, mas já não se aplica plenamente no caso da saúde, em que os que menos contribuem, por terem salários mais baixos, são os que mais necessidade têm”.

O modelo de proteção social intitulado seguridade social é pautado na busca por justiça social e é fundamentado no princípio da cidadania plena. O Estado deve assegurar um mínimo vital a todos os cidadãos em relação à saúde, à educação, à pensão, dentre outros. Desse modo, caracteriza-se como um sistema de proteção abrangente, redistributivo e de caráter universal. Os benefícios são garantidos como um direito, que deve estar disponível a todos que precisarem, sem a obrigatoriedade de evidência de necessidade ou vínculo empregatício formal. Esse mecanismo de redistribuição através de políticas sociais remete o modelo a uma ideia de solidariedade e de desmercadorização dos direitos sociais (SOCHACZEWSKI, LOBATO, 2014; RODRIGUEZ, 2016).

A seguridade social possui como referência histórica o Relatório Beveridge, de 1942, na Inglaterra, por meio do qual, pela primeira vez, foi proposto um modelo de proteção social abalizado na condição de cidadania, de caráter igualitário e universal, com o intuito de corrigir as desigualdades ocasionadas inevitavelmente pelo mercado (FLEURY; OUVÉNEY, 2012). O Relatório Beveridge serviu de base para a criação do Serviço Nacional de Saúde britânico (NHS), em 1946, e recomendava atenção integral à saúde de forma universalizada e como direito de cidadania. O Estado deveria garantir

“(...) a todos os cidadãos atenção à saúde compreensiva (primária, especializada, hospitalar e reabilitadora), gratuita, disponível para qualquer cidadão independentemente do pagamento, financiada por impostos gerais. (...) com o início do funcionamento do NHS em 1948, todos os cidadãos britânicos passaram a ter acesso universal gratuito ao sistema de saúde por meio do registro junto a um médico generalista (*general practitioner* – GP), remunerado por um sistema de pagamentos *per capita* (capitação), e a maioria dos hospitais foi estatizada (somente 5% dos hospitais permaneceram privados). Neste sistema, a porta de entrada é o profissional médico da atenção primária, o GP, que trabalha em seu consultório e é responsável pela referência para especialistas e hospitais (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 98).

O Estado assume uma função central no financiamento, no funcionamento e na administração dos sistemas universais de saúde. No modelo universalista de financiamento os recursos são derivados de impostos gerais, já que são atinentes ao cumprimento de funções gerais do Estado, arrecadados de forma periódica, devendo ser direcionadas parcelas significativas do orçamento público para a manutenção e o desenvolvimento das políticas sociais. Os serviços de saúde, sejam de promoção, prevenção, tratamento ou de reabilitação, são prestados diretamente pelo Estado, ou grande parte deles. A maioria dos funcionários é, geralmente, composta de empregados públicos. Em caso de contratação do setor privado para a execução de ações e serviços de saúde, o Estado detém forte capacidade regulatória, seja do serviço a ser ofertado, ou em relação ao controle dos gastos. São países que utilizam o sistema

de saúde baseado no sistema Beverigiano: Brasil, Reino Unido, Dinamarca, Espanha, Finlândia, Grécia, Itália, Portugal e Suécia (LOBATO; GIOVANELLA, 2012; MARQUES, 2016).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 adotou o modelo de proteção social da seguridade social, definindo-a como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a garantir direitos relacionados à saúde, à previdência e à assistência social, a partir de um financiamento partilhado por toda a sociedade, através recursos orçamentários da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e de uma série de contribuições sociais (BRASIL, 1988). Ao incluir a previdência, a saúde e a assistência social como direitos sociais universais alterou-se uma situação de exclusão desses benefícios de boa parte da população brasileira.

De acordo com o Relatório Mundial de Saúde de 2013, todo cidadão deve possuir acesso aos serviços de saúde que precisa, sem risco de empobrecimento ao tratar da saúde. Alcançar a universalidade da saúde traduz-se em uma forma de se promover o desenvolvimento humano e de se obter melhores condições de saúde e bem-estar. Obter recursos de modo suficiente para um sistema universal de saúde é fundamental, todavia, simplesmente ter o dinheiro não basta. Os recursos financeiros devem ser usados de modo eficiente e equânime (OMS, 2010; OMS, 2013).

Importante esclarecer que a concepção abrangente de universalidade, constante no texto da Carta Magna, garantindo a cobertura e a integralidade da atenção à saúde para toda a população, é diferente da percepção de cobertura universal de saúde (*Universal Health Coverage* – UHC), divulgada por organismos internacionais como o BM, a Fundação Rockefeller e a OMS, principalmente, a partir de 2004. A proposta de UHC possui três elementos fundamentais: combinação de fundos de financiamento (públicos e privados), adesão por tipo de asseguramento e a definição de pacotes mínimos de serviços. Assim, agrupa um conjunto de diretrizes em prol do mercado como a diminuição da intervenção do Estado, políticas de saúde focalizadas e seletivas, subsídios à demanda e incentivo à redução dos gastos diretos mediante a compra de seguros de saúde privados (ABIRO; ALEGRI, 2015; GIOVANELLA et al., 2018; DIELEMEN, 2018; GIOVANELLA et al., 2019).

Na América Latina, México e Colômbia realizaram reformas em seus sistemas de saúde compatíveis com a proposta de UHC. Em ambos os países, aconteceu uma forte ampliação do setor privado na prestação dos serviços, mas não foram constatadas necessariamente melhorias relativas à saúde da população, diminuição das desigualdades ou maior equidade e eficiência no sistema (GIOVANELLA et al., 2018).

Para Marques (2016), quanto mais forte é a participação do Estado no financiamento da atenção à saúde, através da concepção de que o acesso à saúde é um direito de cidadania, maiores serão as oportunidades de acesso e a extensão dos serviços. Contudo, um desafio persistente dos modelos universais de financiamento da saúde é a capacidade de manter o gasto em níveis toleráveis pela sociedade que vai sustentar o sistema por meio de impostos. Outro, é a manutenção de um patamar mínimo de equidade nos serviços de saúde, capazes de ajustar custo e qualidade às necessidades de cada região e população.

Em síntese, os modelos de proteção social dizem respeito a modalidades diferentes de intervenção do Estado no financiamento da saúde. A forma como é regulado o setor, com um menor ou maior grau de intervenção governamental reflete, sem dúvida, na eficiência no sistema, na cobertura, bem como na ampliação ou contenção de gastos. Portanto, o tipo de proteção social em saúde condiciona o modo como um sistema de saúde é estruturado e financiado (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Em que pesem as divergências entre os distintos tipos de proteção social, um pressuposto básico partilhado por todos é a existência de uma estrutura de desenvolvimento econômico que possibilite o financiamento de ações e serviços de proteção social, seja através das políticas públicas, do seguro social ou, simplesmente, do mercado. A ideologia liberal tem gerado intensas críticas ao Estado de Bem-Estar Social, por conta das dificuldades de financiá-lo, da população idosa que tem aumentado cada vez mais, dos custos da atenção à saúde que é cada vez mais cara, além da diminuição progressiva do número de pessoas em idade economicamente ativa (FLEURY; OUVENEY, 2012). No entanto, a adoção de um ou outro modelo de proteção social depende dos valores que são cultivados em cada sociedade (mais individualistas ou mais solidários) e não apenas da riqueza do país.

3.2 As bases legais do financiamento do SUS

Durante muito tempo, os sistemas de saúde adotados no Brasil foram caracterizados por excluir a grande maioria da população, estando o acesso aos serviços facultado minimamente em três situações básicas: aos que podiam pagar diretamente pelos cuidados, aos que se encontravam inseridos no mercado de trabalho formal e aos que, sem condições financeiras e sem a carteira de trabalho assinada, recorriam à solidariedade filantrópica das Santas Casas de Caridade. Inspirada nos moldes do Estado de Bem-Estar Social da Europa, a Constituição de 1988 inaugurou uma nova etapa para a saúde pública brasileira, ao determinar a saúde da

população como um direito de cidadania e um dever do Estado, assegurada através de políticas sociais e econômicas de caráter universal e igualitário (BRASIL, 1988).

A Constituição Cidadã inseriu o Brasil como um dos primeiros países latino-americanos a definir a saúde como um direito de todo cidadão. Dessa forma, consagrou-se como marco legal histórico, através do qual se iniciou o processo de construção de um sistema redistributivo e de direção única em cada esfera de gestão, baseado no financiamento público, intitulado de SUS.

Sem dúvida, uma das grandes inovações constitucionais foi a criação da Seguridade Social. No artigo 195 ficou expressa a previsão de seu financiamento a partir de toda a sociedade, por meio de recursos derivados dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, bem como de contribuições sociais provenientes dos empregadores, dos trabalhadores e da receita de concursos de prognósticos (BRASIL, 1988). As mais importantes Contribuições Sociais¹ designadas como as fontes do Orçamento da Seguridade Social (OSS) foram: a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), a Contribuição de Empregados e Empregadores sobre a Folha de Pagamento, a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Pessoas Jurídicas (CSLL), o Programa de Integração Social (PIS), o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), 50% do Seguro Obrigatório de Acidentes Automotivos, parte da arrecadação dos Concursos de Prognóstico, a Contribuição para o Salário Educação, a Contribuição do Plano de Seguridade Social dos Servidores e a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), a qual vigorou entre anos de 1997 e 2007 (BRASIL, 2009).

As receitas das diferentes esferas infranacionais direcionadas para a Seguridade Social ficariam previstas nos respectivos orçamentos, de modo a não integrar o orçamento da União. Assim foi definido o caráter tripartite do financiamento SUS: através de recursos provenientes do OSS e do orçamento fiscal da União, e recursos dos orçamentos fiscais dos estados e dos municípios (BRASIL, 1988).

No artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) ficou estabelecida uma vinculação de 30%, no mínimo, do OSS para o setor da saúde, com exceção da receita do PIS/PASEP, de uso exclusivo para o seguro-desemprego. Mas isso até que a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) fosse aprovada e passasse a definir o percentual a ser

¹ As contribuições sociais constituem uma obrigação tributária paga por toda a sociedade ao ente público. Têm a finalidade de constituir um fundo econômico para financiamento da área social (benefícios e prestações). Diferem dos impostos por terem um destino específico, uma vez que financiam atividades de saúde, assistência social, previdência social, além de algumas ações da educação. De acordo com o texto constitucional as contribuições sociais podem ser criadas e exigidas observando-se um prazo de 90 dias (BRASIL, 1988).

destinado para a saúde. Portanto, não havia uma vinculação de forma definitiva (BRASIL, 2009; MENDES; FUNCIA, 2016).

Contudo, tanto a primeira LDO, aprovada através da Lei nº 7.800/1989 para o exercício de 1990, quanto a segunda, sancionada pela Lei nº 8.074/1990 para orientar o orçamento de 1991, não mencionaram a vinculação de 30% dos recursos da seguridade social para a saúde, que só foi reafirmada para o orçamento de 1992, de acordo com a Lei nº 8.211/1991. Neste ano, 30,6% dos recursos do OSS foram destinados para a saúde, mas, incluindo na conta da saúde gastos com saneamento básico, merenda escolar, apoio nutricional, hospitais universitários, assistência médica e odontológica a servidores da União, além de encargos com inativos e pensionistas do MS (BRASIL, 2011a).

Em que pesem os esforços dos dispositivos normativos, a crise do financiamento da saúde se mostrou inevitável diante dos descumprimentos e de seus desdobramentos. A começar do ano de 1989, no qual estimativas apontaram que a área de saúde teria recebido 28,6% do total dos recursos do OSS, além dos constantes desvios dos recursos pertencentes ao OSS, para fins diversos do escopo da seguridade social (MENDES; MARQUES, 2009; BRASIL, 2011a).

Ademais, como nesse período o Brasil enfrentava uma grave crise econômica, ocorreram grandes restrições no financiamento das políticas públicas. Além do não cumprimento da destinação dos 30% do OSS para o setor da saúde, de desvios de finalidades com esses recursos, houve ainda disputa entre as áreas sociais, a chamada especialização das fontes da seguridade social: a maior parte dos recursos das contribuições de empregados e empregadores passou a ser destinada para a previdência social, do COFINS para a saúde e da CSLL para a assistência social. Essa especialização de fontes acabou rompendo com o conceito idealizado na Carta Magna de orçamento único para as áreas integrantes da seguridade social (MENDES; WEILLER, 2015).

Em 1993, a LDO determinava que apenas 15,5% do total arrecadado a título de contribuições deveriam ser destinados para a área da saúde. Apesar do estipulado nessa LDO, até o mês de maio de 1993 não havia sido realizado nenhum repasse para a saúde, sob a justificativa de que a Previdência Social estaria com problemas de caixa (MENDES; FUNCIA, 2016). Em 1994, o presidente da época, Itamar Franco, vetou esse dispositivo (GOMES, 2014). A baixa arrecadação da receita de contribuições de empregados e empregadores aliada ao aumento das despesas com benefícios resultaram em graves problemas financeiros no âmbito da Previdência Social, o que agravou ainda mais as dificuldades do financiamento da área da saúde.

As contribuições de empregados e empregadores, que historicamente faziam parte na arrecadação que era destinada para a saúde, passaram a ser exclusivamente da Previdência, que imersa na crise, procurou avançar ainda mais, dessa vez, sobre as demais fontes da seguridade social, em um momento de não crescimento da economia (MENDES; MARQUES, 2009). Os recursos dessa fonte, no início dos anos 1990, representavam cerca de 30% dos gastos do MS. Esse fato acentuou as incertezas e o grau de deterioração do financiamento do SUS, de tal forma que o MS, ainda em 1993, necessitou realizar empréstimos do Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT)², cujo pagamento prejudicou o orçamento da saúde dos anos seguintes (PIOLA; BARROS, 2016).

Após a promulgação da Constituição de 1988, artigos relativos à saúde deveriam ser regulamentados em um período de até 180 dias. Entretanto, somente em agosto de 1990, o Congresso Nacional aprovou a primeira versão da Lei 8.080/1990 que sofreu uma série de vetos do poder executivo, representado na época pelo presidente Fernando Collor de Mello, sobretudo, nos artigos relacionados ao financiamento e ao controle social. Em dezembro de 1990, depois de um grande processo de mobilização e negociação entre vários atores envolvidos na construção do SUS, foi aprovada a Lei 8.142 que recuperou alguns vetos da Lei 8.080.

Ratificou-se através da Lei 8.080/1990 que o OSS deveria destinar ao SUS os recursos necessários ao cumprimento de seus objetivos, levando-se em conta as metas e prioridades constantes na LDO. Como outras fontes de recursos para o SUS foram elencados: serviços prestados sem prejuízo da assistência à saúde; ajuda, contribuições, doações e donativos; alienações patrimoniais e rendimentos de capital; taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados pelo SUS; e rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais. Por outro lado, vedou-se a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, com a exceção das doações de organismos internacionais ligados à Organização das Nações Unidas (ONU) (BRASIL, 1990a).

No que concerne à cooperação financeira da União, ficou definido que metade dos recursos federais direcionados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios seria repassado com base no número de habitantes. A outra metade, a partir da combinação de critérios como perfil epidemiológico, capacidade instalada, desempenho técnico, econômico e financeiro do ano anterior, ressarcimento do atendimento prestado para outros entes federados e previsão do plano quinquenal de investimentos (BRASIL, 1990b).

² No total três empréstimos foram realizados junto ao FAT.

Somente 50% dos recursos transferidos da União para as demais esferas de governo seriam repassados de forma automática, o restante ficaria condicionado à análise técnica de programas e projetos. Outro problema identificado foi que os critérios estabelecidos de rateio dos recursos apresentavam distintas orientações e, assim, foram considerados de difícil implementação. Além disso, não ficou explícita a necessidade de correção das disparidades regionais pelas transferências federais (PIOLA, 2017).

A Lei nº 8.142/1990 definiu que os recursos de ações e serviços de saúde seriam transferidos de forma regular e automática para as esferas infranacionais de acordo com os critérios previstos no artigo 35 da Lei nº 8.080/1990. Contudo, enquanto esse artigo não fosse devidamente regulamentado, deveria ser utilizado tão-somente o critério populacional para a realização das transferências e 70%, no mínimo, desses recursos seriam repassados aos municípios, sendo o restante para os estados (BRASIL, 1990b).

Essa lei determinou ainda que os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) seriam alocados a partir de quatro finalidades distintas: para as despesas de custeio e de capital do MS, de seus órgãos e entidades; para os investimentos previstos em lei orçamentária aprovados no Congresso Nacional; para os investimentos previstos no Plano Quinquenal do MS; e para a cobertura das ações e dos serviços de saúde a serem implementados pelos entes federados. Ademais, foram estabelecidos como os principais canais institucionalizados de controle social as Conferências e os Conselhos de Saúde. Para receberem os recursos, municípios, estados e o Distrito Federal deveriam obrigatoriamente dispor de Fundo de Saúde; Conselho de Saúde, plano de saúde; relatórios de gestão; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (BRASIL, 1990b).

Em síntese, a Lei nº 8.142/1990 adiou a implantação do disposto no artigo 35 da Lei nº 8.080/1990 e um dos argumentos para tal feito estava na dificuldade de operacionalização de todos aqueles critérios de rateio, uma vez que se necessitava de uma proposta mais fácil de se compreender, bem como de se implementar. O estabelecimento do critério populacional, unicamente, conforme estabelecido na Lei nº 8.142/1990, apesar de colaborar no processo de diminuição das desigualdades no âmbito do financiamento, partindo do pressuposto de que todas as populações possuem as iguais necessidades e a mesma capacidade de financiamento, não produziu, necessariamente, a equidade (PIOLA, 2017).

Após a implantação das Leis Orgânicas da Saúde (8.080/1990 e 8.142/1990), a conjuntura política e econômica brasileira continuava a apresentar empecilhos para o cumprimento de suas orientações. O MS, então, passou a adotar como mecanismo regulador do processo de descentralização das ações e serviços de saúde, bem como de seu financiamento,

as chamadas Normas Operacionais do SUS, instituídas através das portarias ministeriais. Ao todo foram editadas quatro normas na década de 1990 – Norma Operacional Básica (NOB) 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96 –, e duas a partir dos anos 2000: Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 e 01/2002 (ANDRADE, 2006; AGUIAR, 2011).

A NOB 01/91 foi constituída por um conjunto de portarias ministeriais (16, 17, 18, 19 e 20) e pela resolução nº 258 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Foram criados o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) e o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) com o intuito de organizar os pagamentos dos prestadores de serviços hospitalares e ambulatoriais. Essa NOB adotou como critério que a quantidade de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) corresponderia a 10% da população dos estados da federação por ano. No caso da Bahia, a quantidade de AIH determinada era de 81.116, enquanto outros estados mais populosos naturalmente superaram esse quantitativo como Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, com respectivamente, 117.181, 140.456 e 279.301 AIH. Para as atividades ambulatoriais foi criada a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), que multiplicada pela população gerava o valor máximo de cada estado para a execução dos serviços ambulatoriais. Estabeleceu-se, para cada estado, um *per capita* segundo critérios como: população, capacidade instalada e desempenho da rede de serviços, além do histórico de custeio (ANDRADE, 2006).

A NOB 01/91 teve seu papel na construção do SUS, representando o primeiro instrumento regulamentador dos “espaços abertos” das Leis Orgânicas da Saúde. Ratificou que até que fossem aprovadas as normas de aplicação dos critérios de alocação de recursos citados no artigo 35 da Lei nº 8.080/1990 deveria ser utilizado exclusivamente o critério populacional e estabeleceu ainda que os estados e municípios deveriam destinar para saúde no mínimo 10% do orçamento (ANDRADE, 2006).

Sua grande limitação é proveniente da orientação pelos preceitos do INAMPS e do consequente enfoque no financiamento das atividades hospitalares e ambulatoriais, o que perpetuou a lógica de assistência médica de caráter curativista. Além de que a utilização dos convênios para as transferências de recursos da União e o controle exercido pelo INAMPS representaram uma barreira importante à habilitação de muitos municípios (SCATENA; TANAKA, 2001).

A NOB 01/92 foi editada pela portaria nº 234 expedida pelo MS e pelo INAMPS. Em relação ao financiamento das ações hospitalares e ambulatoriais acrescentou pouco à NOB antecedente. Foram reafirmados o percentual de 10% de AIH para os estados, sendo 8% direcionados aos municípios e 2% para uma câmara de compensação do estado. O SIA-SUS foi

mantido como mecanismo de repasse de recursos para as atividades ambulatoriais. A novidade foi a destinação dos recursos do INAMPS para constituir o FNS (ANDRADE, 2006; AGUIAR, 2011).

A NOB 01/93, publicada por meio da portaria nº 545 do MS, aliada à extinção do INAMPS, objetivou regulamentar não apenas o financiamento, mas também o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde (SCATENA; TANAKA, 2001; AGUIAR, 2011). Essa NOB estabeleceu um processo de descentralização de forma gradual, a partir de três condições de gestão – incipiente, parcial e semiplena – passíveis de habilitação pelos estados e municípios conforme suas capacidades técnicas, estando previsto apenas para a última condição os repasses regulares e automáticos, ditos, fundo a fundo, isto é, do FNS para os fundos estaduais (FES) e municipais (FMS), que começaram a ser realizados tendo por base a série histórica de alocações das esferas infranacionais.

A NOB 01/93 conservou muito do que estava estabelecido nas NOB anteriores, já que a aplicação dos critérios presentes no artigo 35 da Lei nº 8080/1990 continuava sem regulamentação. O financiamento dos serviços hospitalares permaneceu tendo por base as AIH, enquanto as atividades ambulatoriais eram baseadas nas UCA, mas desapareceu a necessidade do convênio para regulação do repasse de recursos. Para os estados e os municípios habilitados em algumas formas de gestão, criou-se o Fator de Apoio ao Estado (FAE) e o Fator de Apoio ao Município (FAM), ambos estabelecidos em 5,0% da UCA. A grande diferença em relação às outras NOB, estava na gestão semiplena que possibilitava aos municípios maior autonomia para o pagamento dos prestadores ambulatoriais e hospitalares, o que tornou possível o uso dos recursos de uma forma mais coerente com as realidades e necessidades das populações. Entretanto, essa NOB ainda conservou grande preocupação com o financiamento da assistência médica curativa, hospitalar e ambulatorial (BRASIL, 2011a).

O Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, por sua vez, foi que instituiu as condições e as formas de transferência regular e automática de recursos do FNS para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. Dessa forma, estimulou o processo de descentralização dos serviços de saúde, tendo em vista o direito de acesso, a igualdade do atendimento e a integralidade da assistência. Ficou definido que os recursos do OSS destinados ao FNS seriam transferidos, independente de convênio ou instrumento similar, exclusivamente pelo critério populacional, até que as condições previstas na Lei 8.080/1990 fossem regularizadas, sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde (BRASIL, 1994).

A NOB 01/96, instituída pela Portaria do MS nº 2.203, diferenciou-se das demais por apresentar mecanismos para a mudança do modelo assistencial. Criou o Piso da Atenção Básica

(PAB) e definiu valores e incentivos para o custeio do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o que estimulou o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) no país. O PAB e os seus componentes fixo e variável trouxeram mudanças significativas nos critérios de repasse de recursos para a atenção básica. A parte fixa do PAB era transferida para os municípios a partir de um valor *per capita* nacional. Já o PAB variável correspondia a incentivos financeiros para o desenvolvimento de programas específicos (UGÁ; MARQUES, 2005).

A implantação da NOB 01/96, que só foi possível em 1988, após a criação da CPMF, para maior captação de recursos, revogou as modalidades de gestão municipal instituídas pela NOB 01/93, substituindo-as por duas formas de gestão: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. A primeira habilitava o gestor municipal a responder pelas ações básicas de saúde, ficando as ações de maior complexidade sob a responsabilidade do estado. Enquanto na segunda, o gestor ficava a cargo de todas as ações e serviços de saúde do município: atenção básica, média e alta complexidade. Foram propostos ainda diversos tetos financeiros com a finalidade de aprimorar as transferências intragovernamentais e de possibilitar uma maior transparência na destinação de recursos, além de reduzir as modalidades de gestão, ampliando a probabilidade de habilitação na gestão descentralizada de recursos e, conseqüentemente, de maior autonomia para estados e municípios (ANDRADE, 2006; AGUIAR, 2011; BRASIL, 2011a).

Com a intensa municipalização estimulada pela NOB 96, houve um importante movimento de transferência da gestão de serviços de saúde e dos recursos financeiros para os estados e, principalmente, para os municípios (LIMA; VIANA, 2011). Importa assinalar que a implantação do PAB com a adoção de uma nova sistemática para a transferência de recursos, embora tenha possibilitado uma distribuição igualitária no que concerne aos valores *per capita* para o custeio das atividades da atenção básica, não levou em conta as desigualdades entre as regiões, tanto relacionadas às singulares necessidades de saúde, quanto aos modelos assistenciais vigentes nas distintas localidades (BRASIL, 2006a).

Desse modo, o processo de descentralização reiterou desigualdades regionais e gerou também entraves no financiamento da média e alta complexidade, sendo constatada uma grande dependência da União, por parte de alguns estados e pela grande maioria dos municípios. A regionalização, então, destacou-se como estratégia de superar a incapacidade de muitas localidades em financiar a implantação, a estruturação e o desenvolvimento de seus serviços de saúde, bem como a necessidade de criação de mecanismos capazes de articular os diferentes níveis de atenção (RODRIGUES et al., 2010).

A NOAS 01/2001 foi editada pela Portaria Ministerial nº 95 no sentido de organizar a assistência e o seu processo de regionalização, fortalecer a capacidade de gestão do SUS e atualizar os critérios de habilitação dos municípios, que passaram a ser credenciados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada ou na Gestão Plena do Sistema Municipal. Neste último caso, o município assumia a gerência não só dos serviços básicos ampliados, mas também das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares. A NOAS 01/2002, instituída pela Portaria nº 373, conservou as mesmas diretrizes organizativas da NOAS anterior e estabeleceu mecanismos de acompanhamento pela gestão estadual dos recursos do âmbito federal destinados aos municípios de referência para a população não residente (AGUIAR, 2011).

As NOAS de 2001 e de 2002 aperfeiçoaram importantes instrumentos para o planejamento da regionalização, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI), além da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) (BELTRAMMI, 2008; SCHNEIDER et al., 2009). Centradas no estabelecimento da proposta de regionalização das redes de serviços, as NOAS também estiveram voltadas para os mecanismos mais concretos de regulação do acesso por meio da implantação de complexos reguladores com o agrupamento das diversas unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros serviços. Nota-se que essas NOAS ficaram mais restritas à assistência à saúde e não criaram novidades quanto aos mecanismos e critérios de transferências de recursos (BRASIL, 2011a).

Diante do persistente quadro de falta de recursos e indefinição de fontes para o financiamento e desenvolvimento do SUS, passaram a surgir propostas para obrigar a vinculação de recursos dos três níveis de governo para a saúde. No ano de 1993, foi enviada para o Congresso Nacional a primeira delas, a Proposta de Emenda Constitucional nº 196A (PEC 196A), estabelecendo que 10% da receita de impostos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios deveriam ser destinados para a saúde. Adicionalmente, a União também deveria contribuir com 30% da receita das contribuições da seguridade social. Essa proposta passou sete anos tramitando no Congresso e sofreu inúmeras alterações até a sua aprovação através da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29/2000), em 2000 (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012; PIOLA et al., 2013).

Em 1994, o quadro de instabilidade no âmbito do financiamento do SUS se intensificou ainda mais por conta da medida de ajuste fiscal representada pela criação do Fundo Social de Emergência (FSE), através da Emenda Constitucional de Revisão nº 1/1994 (ECR 1/1994), que passou a se chamar Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), após a edição da Emenda Constitucional nº 10/1996 (EC 10/1996), e de DRU, a partir da Emenda Constitucional nº

27/2000 (EC 27/2000). Todos esses dispositivos, apesar da mudança na nomenclatura, consumiram receitas do OSS, uma vez que 20% da arrecadação total de impostos e de contribuições sociais ficaram disponíveis para o governo federal utilizar para fins diferentes dos da seguridade social, como para o pagamento dos juros da dívida pública no sentido de contribuir para a manutenção do superávit primário, sob as determinações do capitalismo contemporâneo (PIOLA; BARROS, 2016; MENDES; FUNCIA, 2016). No Quadro 1, tem-se a relação das Emendas Constitucionais associadas aos mecanismos de desvinculações de receitas, com o respectivo período de vigência.

Quadro 1 - Histórico das desvinculações de receitas no Brasil, 1994-2016.

Denominação	Legislação	% desvinculado	Ente federativo	Vigência
FSE	ECR 1/1994	20	União	1994 e 1995
FEF	EC 10/1996	20	União	1996 e 1º sem.de 1997
FEF (prorrogação)	EC17/1997	20	União	2º sem. de 1997 a 1999
DRU	EC27/2000	20	União	2000 a 2003
DRU (1ª Prorrogação)	EC 42/2003	20	União	2003 a 2007
DRU (2ª Prorrogação)	EC 56/2007	20	União	2008 a 2011
DRU (3ª Prorrogação)	EC 68/2011	20	União	2012 a 2015
DRU (4ª Prorrogação)	EC 93/2016	30	União, estados, DF e municípios	2016 a 2023

Fonte: Elaboração própria.

A Emenda Constitucional nº 93, de setembro de 2016 (BRASIL, 2016a), alterou o ADCT para prorrogar pela quarta vez consecutiva a DRU. Diferenciou-se das demais por estabelecer uma alíquota de desvinculação de 30% das receitas referentes a impostos, taxas e multas não apenas da União, mas também de estados, Distrito Federal e municípios, e por uma vigência maior, dessa vez, por oito anos. Segundo Mendes (2018), entre 1995 a 2016 a perda de recursos de saúde para a DRU foi de cerca de R\$ 867 bilhões.

Tendo em vista a necessidade proeminente de uma alternativa para superar a situação de carência de recursos, foi proposta ainda em 1994 a criação de um tributo adicional. O Congresso Nacional aprovou a CPMF³, através da Lei nº 9.311 de 24 de outubro de 1996, que previa que os recursos arrecadados seriam integralmente destinados ao FNS, para

³ A CPMF representou a continuidade do Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), criado em 1993 para vigorar até 1994, quando deixou de existir. É válido ressaltar que esse imposto não era vinculado ao setor da saúde, contudo abriu espaço para elaboração da CPMF (SERVO et al., 2011).

financiamento do SUS. Posteriormente, passou a ser vinculada também a outras áreas, como à previdência social, a partir de 1999, e ao Fundo de Combate à Pobreza, em 2001 (SERVO et al., 2011; UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

Ao entrar em vigor, em 1997, a CPMF foi considerada uma das principais fontes de financiamento do MS. No primeiro ano de vigência, sua participação no total de recursos do MS era estimada em 27,8% e, em 2007, ano em que foi extinta, 30,8%. Em média, nesse período, a CPMF correspondeu à terça parte do que representava o total das fontes do financiamento da saúde. Entretanto, não significou o aumento de recursos para a saúde que se esperava, uma vez que outras fontes, como a COFINS e a CSLL, foram retiradas e sendo gradativamente transferidas para a previdência social. Parte dos recursos gerados a partir da CPMF foi alvo da aplicação do processo de desvinculação, mencionado anteriormente (MENDES; MARQUES, 2009; SERVO et al., 2011; MENDES; WEILLER, 2015).

Embora inteiramente diferente da proposta que a originou, em 1993, a EC 29/2000⁴ significou um grande avanço para as políticas de financiamento, já que garantiu a aplicação de recursos mínimos pelos entes governamentais nas Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). No caso da União, ficou definido que, excepcionalmente para o ano 2000, seria aplicado, pelo menos, o equivalente ao montante de recursos empenhado na saúde no ano de 1999, com o acréscimo de, no mínimo, 5%. De 2001 a 2004, a base de cálculo seria correspondente ao valor aplicado no exercício financeiro anterior em ASPS, acrescido, no mínimo, do percentual correspondente à variação⁵ nominal do PIB (BRASIL, 2009; BRASIL, 2015a).

A EC 29/2000 estabeleceu que estados e municípios deveriam destinar, no primeiro ano, pelo menos, 7% produto da arrecadação de suas receitas para as ações e serviços de saúde. Ficou determinado que esse percentual deveria subir anualmente até atingir, minimamente, 12% para os estados e 15% para os municípios, em 2004 (MENDES; MARQUES, 2009).

A partir dessa nova base de cálculo, a EC 29/2000 garantiu mais recursos para o SUS e uma maior participação das esferas infranacionais (estados, Distrito Federal e municípios) no financiamento da saúde. Assim, foi bem-sucedida como fator de estímulo ao princípio constitucional da descentralização, apesar dos diferenciados efeitos em cada esfera de governo (PIOLA; BARROS, 2016).

Em 2000, os gastos com ASPS no Brasil, abarcando todos os entes federativos, giravam em torno de R\$ 34 bilhões de reais. Os gastos do âmbito federal representavam cerca de 60%

⁴ Alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e inseriu o artigo 77 ao ADCT, com o intuito de garantir os recursos mínimos para o financiamento da saúde (BRASIL, 2009).

⁵ Ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual (LOA).

do total (R\$ 20,4 bilhões), enquanto os estados e municípios participavam com respectivos 18,5% (6,3 bilhões) e 21,5% (R\$ 7,3 bilhões) (BRASIL, 2015a). A partir daí, a participação da União foi decrescendo drasticamente, a ponto de chegar a 43,2%, no ano de 2015. Em contrapartida, os estados e municípios ampliaram suas participações no gasto em saúde, os municípios avançaram de 21,7% para 30,9%, enquanto os estados passaram de 18,5% para 25,9%, de 2000 a 2015, como mostra a Tabela 1. Nesse mesmo período, no que concerne ao gasto da saúde total como percentual do PIB nota-se um aumento de 1% (avançou de 2,9 para 3,9%), enquanto o gasto com ASPS no âmbito federal, como proporção do PIB, manteve-se praticamente inalterado (SERVO et al., 2011; MENDES; FUNCIA, 2016).

Tabela 1 - Gasto público das três esferas de governo em saúde em percentagem e como proporção do PIB, 2000-2015.

Ano	% Federal	% Estadual	% Municipal	% do PIB
2000	59,8	18,5	21,7	2,9
2001	56,1	20,7	23,2	3,1
2002	52,8	21,5	25,7	3,2
2003	51,1	23,0	25,9	3,2
2004	50,2	24,6	25,2	3,4
2005	49,7	23,1	27,2	3,6
2006	48,5	23,5	28,0	3,6
2007	47,5	24,2	28,3	3,6
2008	44,7	25,7	29,6	3,6
2009	45,9	25,4	28,7	3,8
2010	44,7	26,7	28,6	3,6
2011	45,4	25,8	28,8	3,7
2012	45,5	25,2	29,3	3,7
2013	42,5	26,8	30,7	3,7
2014	42,7	26,6	30,7	3,8
2015	43,2	25,9	30,9	3,9

Fonte: Adaptado de Servo et al. (2011), Mendes e Funcia (2016) e Vieira e Benevides (2016a).

É válido ressaltar alguns pontos críticos da EC 29/2000. O primeiro deles é o fato de ter mantido de forma indefinida o entendimento sobre quais despesas realmente poderiam ou não ser consideradas como ações e serviços de saúde. O segundo, diz respeito ao método de cálculo

escolhido para aplicação dos recursos da União, que possibilitou que o gasto em saúde, como proporção do PIB, permanecesse com pequenas alterações, ao longo dos anos, já que não houve interesse em superar o piso estabelecido em lei. Se isso ocorresse, esse valor seria utilizado como a base da correção para o ano seguinte. E o terceiro, por fim, está relacionado ao fato dessa lei não esclarecer a origem dos recursos em relação à seguridade social (MENDES; FUNCIA, 2016; PIOLA; BARROS, 2016).

Em 2006, surge a partir da Portaria nº 399/GM o Pacto pela Saúde, o qual postula como princípios do financiamento do SUS: a responsabilidade dos três níveis de governo; a diminuição das iniquidades estaduais, macrorregionais e regionais; as transferências de recursos financeiros fundo a fundo; além do financiamento de custeio com recursos federais organizados e repassados na forma de blocos de recursos (BRASIL, 2006b; SCHNEIDER et al., 2009). A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e as transferências de recursos federais para as ações e serviços de saúde através de cinco blocos: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS. No ano de 2009, por meio da Portaria GM/MS nº 837, foi adicionado mais um bloco de financiamento, o de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Assim, os recursos puderam ser transferidos de forma direta para cada bloco de financiamento e tenderam a possibilitar aos estados e municípios uma maior autonomia no que diz respeito à realocação dos recursos dentro dos blocos (BRASIL, 2011a; PIOLA et al., 2013; BRASIL, 2015a), embora estudos mais recentes contestem esse argumento, uma vez que soluções de acordo com as especificidades locais e regionais permaneceram limitadas (MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2017).

Nesse ponto, é importante ressaltar que a Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017b), alterou esse mecanismo. A partir de 2018, os recursos passaram a ser organizados e transferidos não mais na forma de seis blocos de financiamento, mas de apenas dois: o Bloco de Custeio das ASPS e o Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Quanto aos grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação, fazem parte do primeiro bloco: a Atenção Básica, a Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, a Vigilância em Saúde, a Assistência Farmacêutica e a Gestão do SUS, enquanto compõem o segundo: a Atenção Básica, a Atenção Especializada, a Vigilância em Saúde, a Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS e a Gestão do SUS (Quadro 2). Essa portaria acrescenta que poderão ser definidas outras formas de organizar as informações acerca das transferências de recursos federais, a partir da necessidade de acompanhar determinados programas, incentivos e estratégias da política de saúde.

Quadro 2 – Antigos e novos blocos de financiamento da saúde: legislações e delineamentos.

Portaria GM/MS nº 204/2007 + Portaria GM/MS nº 837/2009		Portaria nº 3.992/2017 + Portaria nº 1/2019	
Antigos blocos	Novos blocos	Grupos relacionados ao nível de atenção	Programas de Trabalho (Função/Subfunção/Programa/Ação)
1) Atenção Básica 2) Atenção de Média e Alta Complexidade 3) Assistência Farmacêutica 4) Vigilância em Saúde 5) Gestão do SUS 6) Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	1) Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde	a) Atenção Básica b) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar c) Assistência Farmacêutica d) Vigilância em Saúde e) Gestão do SUS	1) Piso de Atenção Básica em Saúde 2) Educação e Formação em Saúde 3) Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Básica em Saúde para Cumprimento de Metas 4) Implementação de Políticas de Atenção à Saúde 5) Apoio à Manutenção dos Polos de Academia da Saúde 6) Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas 7) Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Comp. 8) Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde 9) Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no SUS 10) Apoio ao Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS 11) Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica 12) Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vig. Sanitária 13) Incentivo Financeiro às esferas subnacionais para a Vig. em Saúde 14) Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde 15) Implementação da Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde 15) Fortalecimento da Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde
	2) Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde	a) Atenção Básica b) Atenção Especializada c) Vigilância em Saúde d) Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS e) Gestão do SUS	1) Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde - UBS 2) Estruturação de Academias da Saúde 3) Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde 4) Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde 5) Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede 6) Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no SUS 7) Apoio ao Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS 8) Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde 9) Controle da População de Animais em Situações Excepcionais 10) Implementação da Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde 11) Fortalecimento da Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde

Fonte: Elaboração própria.

O bloco de custeio é destinado à manutenção dos serviços de saúde e ao funcionamento de seus órgãos e estabelecimentos, já o de investimento é direcionado excepcionalmente para obtenção de equipamentos e realização de obras (novas construções ou reformas), no âmbito do SUS. Os recursos de cada bloco devem ser aplicados na saúde pelos gestores observando a vinculação de origem do repasse, o plano de saúde e a programação anual do ente federado, sendo a comprovação de aplicação dos recursos realizada através do Relatório Anual de Gestão (RAG) submetido ao respectivo Conselho de Saúde. Adicionalmente, a Portaria nº 1 de 17 de janeiro de 2019 (BRASIL, 2019) divulgou a relação das programações orçamentárias para os repasses de recursos federais e dos programas de trabalho que fazem integram os novos blocos de financiamento.

A Constituição previa a possibilidade de reavaliação das regras do cálculo dos valores a serem direcionados para as ASPS pela União por lei complementar a cada cinco anos, no mínimo, a partir da data da publicação da EC 29/2000 (BRASIL, 2009). Todavia, a regulamentação veio ocorrer após inúmeras tentativas 12 anos mais tarde, através da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC 141/2012), e para frustração da expectativa cultivada por muitos, não proporcionou o aumento da participação da União no financiamento da saúde, pois manteve, em linhas gerais, a mesma regra da base de cálculo da EC 29/2000.

Ficou definido para União, anualmente, aplicar em ASPS o valor empenhado no exercício financeiro anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Enquanto os estados e municípios deveriam, respectivamente, aplicar, no mínimo, 12% e 15% da arrecadação dos impostos específicos (BRASIL, 2012a). O caso do Distrito Federal é de certo modo especial, uma vez que as suas receitas orçamentárias possuem componentes que são tanto típicos das receitas estaduais, como das municipais. Dessa forma, estipulou-se para essa instância da federação aplicar o percentual mínimo de vinculação dos estados ou dos municípios e, minimamente, 12% do produto da arrecadação dos impostos, os quais não possam ser separados em base estadual e em base municipal (BRASIL, 2015a). A base de cálculo para aplicação mínima dos recursos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios é composta por impostos próprios e por transferências, conforme mostra o Quadro 3.

Quadro 3 - Base de cálculo para aplicação mínima dos recursos de estados, municípios e Distrito Federal em ASPS, conforme LC 141/2012.

Estados	Distrito Federal
RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I) Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação - ITCD Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores - IPVA Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos Dívida Ativa dos Impostos Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II) Cota-Parte FPE Cota-Parte IPI-Exportação Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais Desoneração ICMS (LC 87/96) Outras DEDUÇÕES DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS AOS MUNICÍPIOS (III) Parcela do ICMS Repassada aos Municípios Parcela do IPVA Repassada aos Municípios Parcela da Cota-Parte do IPI-Exportação Repassada aos Municípios TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (IV) = I + II - III VALOR MÍNIMO DA RECEITA DE COMPETÊNCIA ESTADUAL A SER APLICADO EM ASPS (V) = (IV x 0,12)	COMPETÊNCIA TRIBUTÁRIA MUNICIPAL (I) RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos - ITBI Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS Imposto Territorial Rural - ITR Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos. Dívida Ativa dos Impostos Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa. RECEITAS DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS Cota-Parte FPM Cota-Parte ITR Cota-Parte IPVA Cota-Parte ICMS Cota-Parte IPI-Exportação Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais Desoneração ICMS (LC 87/96) Outras COMPETÊNCIA TRIBUTÁRIA ESTADUAL (II) RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA Impostos s/ Transmissão "causa mortis" e Doação - ITCD Imposto s/ Circulação de Mercad. e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS Imposto s/ Propriedade de Veículos Automotores - IPVA Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos. Dívida Ativa dos Impostos Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa RECEITAS DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS Cota-Parte FPE Cota-Parte IPI-Exportação Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais Desoneração ICMS (LC 87/96) IMPOSTOS NÃO SEGREGÁVEIS EM COMPETÊNCIA ESTADUAL OU MUNICIPAL (III) Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF TOTAL DE RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (I + II + III) VALOR MÍNIMO DA RECEITA DE COMPETÊNCIA MUNICIPAL A SER APLICADO EM ASPS¹ (IV) = (I x 0,15) VALOR MÍNIMO DA RECEITA DE COMPETÊNCIA ESTADUAL A SER APLICADO EM ASPS¹ (V) = (II x 0,12) VALOR MÍNIMO DA RECEITA DE IMPOSTOS NÃO SEGREGÁVEIS A SER APLICADO EM ASPS¹ (VI) = (III x 0,12) TOTAL DO VALOR MÍNIMO A SER APLICADO EM ASPS¹ (VII) = (IV + V + VI)
Municípios RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I) Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos - ITBI Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF Imposto Territorial Rural - ITR Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos Dívida Ativa dos Impostos Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II) Cota-Parte FPM Cota-Parte ITR Cota-Parte IPVA Cota-Parte ICMS Cota-Parte IPI-Exportação Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais Desoneração ICMS (LC 87/96) Outras TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (III) = I + II VALOR MÍNIMO DA RECEITA DE COMPETÊNCIA MUNICIPAL A SER APLICADO EM ASPS¹ (IV) = (III x 0,15)	

Fonte: Adaptado de Brasil (2016c).

Por outro lado, a LC 141/2012 procurou resolver outras questões passíveis de controvérsias e conflitos interpretativos. Um deles, sem dúvida, foi finalmente definir o que se devia entender por gastos com a saúde, já que as despesas com ações relacionadas a outras políticas públicas, mas que atuavam sobre determinantes sociais e econômicos, eram contabilizadas como se fossem da área da saúde para favorecer o cumprimento do mínimo necessário a ser aplicado por cada esfera de governo. Assim, para fins de verificação do cumprimento da aplicação dos recursos mínimos, a LC 141/2012 esclarece que não poderão ser mais contabilizados como gastos em saúde a merenda escolar e outros programas de alimentação; o pagamento de aposentadorias e pensões; as ações de assistência social; a limpeza urbana e a remoção de resíduos; a assistência à saúde que não seja de caráter universal; a preservação do meio ambiente; as obras de infraestrutura, ainda que sejam da rede de saúde; dentre outros (BRASIL, 2012a).

A fim de incentivar o cumprimento da integralidade da atenção no sistema de saúde e reduzir as disparidades regionais, essa lei incorporou aos critérios de rateio dos recursos da União, previstos no artigo 35 da Lei no 8.080/1990, as necessidades de saúde da população, as dimensões socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde (BRASIL, 2012a). Contudo, o método para implementação desses critérios de rateio permanece sem uma definição precisa (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Além disso, a LC 141/2012 também se mostrou presente no que diz respeito à normatização do descumprimento do mínimo a ser destinado para saúde. Ficou determinado que em caso de não cumprimento dos percentuais mínimos por parte dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, apurado através da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das próprias informações declaradas ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), a União e os estados poderão reduzir as transferências de recursos até o montante equivalente ao que deixou de ser devidamente aplicado nos anos precedentes. Em adição, caso seja detectado que os recursos foram utilizados em algum outro objeto distinto do originalmente pactuado no setor da saúde, o Tribunal de Contas e o Ministério Público deverão ser acionados de forma a garantir a adoção das providências legais, como a imediata devolução dos recursos (BRASIL, 2012a).

A situação de inércia apresentada pela LC 141/2012 sobre a oportunidade de reavaliação e ampliação da participação da União nos gastos com ações e serviços de saúde levou o movimento Saúde+10, do qual fazem parte o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Saúde, bem como uma série de entidades sociais e movimentos

populares, a criar o Projeto de Lei de Iniciativa Popular nº 321 de 2013 (PLP 321/2013) reivindicando a destinação mínima de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) da União para o financiamento do SUS. Apesar de contar com mais de 2,2 milhões de assinaturas auditadas, a proposta não foi aprovada pelo Congresso Nacional, contudo, o objetivo desse projeto, de obter mais recursos para o SUS, foi resgatado através da Proposta de Emenda Constitucional nº 01 de 2015 (PEC 01/2015) (PIOLA; BARROS, 2016; MENDES, FUNCIA, 2016).

A Câmara dos Deputados aprovou em primeiro turno a PEC 01/2015, mas a matéria ainda precisa ser aprovada em segundo turno nessa mesma casa legislativa para seguir rumo o Senado Federal. Segundo a proposta, os recursos da União direcionados minimamente para o setor da saúde aumentariam progressivamente, de modo que no primeiro ano corresponderia a 14,8% da RCL, no segundo ano a 15,5%; no terceiro a 16,2%; no quarto a 16,9%; no quinto a 17,9%; no sexto ano a 18,3%; e 19,4% da RCL no sétimo ano. Este último índice equivale justamente à proposta do PLP 321/2013 de destinação para as ASPS de 10% da RCB pelo ente federal, que foi rejeitada pelo Congresso Nacional (SANTOS; LUIZ, 2016).

De janeiro a março de 2015, o Congresso brasileiro conseguiu aprovar duas medidas prejudiciais ao SUS: a Lei nº 13.097/2015 (derivada da Medida Provisória nº 656) e a EC 86/2015. A primeira permitiu a atuação de instituições estrangeiras na atenção à saúde, enquanto a segunda estabeleceu uma nova base de cálculo referente ao mínimo a ser aplicado pela União, anualmente, em ASPS.

A Lei 13.097/2015 afrontou a Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 199 veda a participação de empresas e capitais estrangeiros na assistência à saúde, e alterou o texto da Lei Orgânica 8.080/1990, que em sua forma original proíbe os investimentos de outros países no setor, com a finalidade de possibilitar ao capital estrangeiro a exploração de hospitais gerais, especializados e filantrópicos; policlínicas, clínica geral e clínica especializada; além de ações e de pesquisas no campo do planejamento familiar (BRASIL, 2015b). Nem sequer citou os deveres das empresas estrangeiras quanto ao atendimento dos usuários do serviço. Para Mendes e Funcia (2016), essa lei visa atender os interesses dos investidores internacionais e favorecer o capital portador de juros com os recursos do fundo público, através, por exemplo, das renúncias fiscais que sabidamente tem acesso as entidades sem fins lucrativos.

De acordo com a EC 86/2015, a União deveria aplicar, em 2020, o piso de 15% do valor da RCL, até lá, foi estabelecido um escalonamento de percentuais, no qual em 2016 – primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação da EC 86/2015 –, no mínimo, 13,2% da RCL; em 2017, 13,7% da RCL; em 2018, 14,1% da RCL; e 14,5% da RCL em 2019. Além disso, a emenda do orçamento impositivo, como ficou conhecida, determinou que até os

recursos provenientes da exploração do petróleo e gás natural fossem computados como gasto mínimo do ente federal, ao invés de representar um acréscimo ao montante de recursos empenhados no ano em exercício (BRASIL, 2015c).

Para se ter uma ideia do retrocesso que representou a aprovação dessa emenda para o financiamento do SUS, no ano de 2015, sob a vigência do que foi definido pela LC 141/2012, o montante de recursos destinados às ASPS pela União foi de 14,8% da RCL, o equivalente a R\$ 100 bilhões, ou seja, em 2015 houve uma aplicação maior do que o mínimo previsto para o ano de 2019 (14,5% da RCL), segundo a EC 86/2015. Para o ano de 2016, a proposta orçamentária elaborada para a esfera federal, de 15,5% da RCL, foi superior ao estipulado pela EC 86/2015 para a aplicação mínima em saúde em 2020 (15,0% da RCL) (VIEIRA; BENEVIDES, 2016a). Em uma comparação com o que seria aplicado por meio da regra antiga em 2016 (LC 141/2012), deixaram de ser transferidos para o SUS, aproximadamente, R\$ 9,2 bilhões (MENDES; FUNCIA, 2016).

Se essa regra da emenda do orçamento impositivo estivesse em vigor no período de 2003 a 2015, estima-se que a perda de recursos seria de R\$ 257 bilhões, no comparativo com o que foram de fato aplicados com base na EC 29/2000 e na LC 141/2012. Teria sido praticamente impossível as esferas infranacionais cobrirem tamanha perda e as consequências para o SUS poderiam ser desastrosas (VIEIRA; BENEVIDES, 2016a).

Ao invés de se aumentar o financiamento, frente ao crescimento das demandas e necessidades da população, procuram-se maneiras de desfinanciar o subfinanciamento do SUS por meio da aprovação de leis no Congresso Nacional. A baixa priorização da saúde pública no Brasil foi ainda mais acentuada a partir do Novo Regime Fiscal, implantado pela EC 95/2016.

Isso começou em junho de 2016, quando foi apresentada à Câmara dos Deputados a Proposta de Emenda à Constituição nº 241 (PEC 241/2016), pelo Poder Executivo, que previa o congelamento durante 20 anos das despesas primárias da União, ou seja, aquelas necessárias para a execução de políticas públicas envolvendo saúde, educação, dentre outras. Estipulou-se para a base de cálculo que o exercício de 2017 utilizaria a despesa primária de 2016, corrigida pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), divulgado pelo IBGE. Para os anos posteriores seria da mesma forma: o valor do exercício anterior corrigido do IPCA/IBGE (BRASIL, 2016b).

Dessa maneira, a despesa primária pública teria um crescimento real igual zero a partir aprovação dessa PEC. O argumento que deu sustentação a tal proposta foi o de que a gênese da crise fiscal do governo federal estaria calcada no acelerado aumento da despesa pública

primária e que seria necessário freá-la para conter o crescimento da dívida pública (BRASIL, 2016b).

Aprovada na Câmara dos Deputados, a PEC 241/2016 passou a tramitar no Senado Federal sob a denominação de Proposta de Emenda Constitucional nº 55 e em dezembro de 2016 foi aprovada como EC 95, alterando o ADCT para instituir um novo regime fiscal com vigência de duas décadas. No campo da saúde, a EC 95/2016 revogou o escalonamento previsto pela EC 86/2015 para aplicação mínima em ASPS por parte da União. De acordo com a nova regra, que será utilizada de 2018 a 2036, o teto para a saúde, em 2017, passou a ser 15% da RCL – valor “ponto de partida” que foi corrigido pela variação anual do IPCA/IBGE acumulado de julho a junho do ano anterior ao da elaboração da proposta orçamentária para apurar a aplicação mínima de 2018 (VIEIRA; BENEVIDES, 2016b; MENDES, 2017; FUNCIA, 2017). O Quadro 4 evidencia as principais bases legais do financiamento do SUS.

Quadro 4 – Principais bases legais do financiamento do SUS, 1988-2017.

Legislação	Conteúdo	Vigência
Constituição Federal de 1988	Estabelece a seguridade social como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, sendo financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes das contribuições sociais e dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.	Desde 1988
Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) de 1988	Vincula 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para a área da saúde.	1988 – 1991
Lei nº 8.080/1990	Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.	Desde 1990
Lei nº 8.142/1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.	Desde 1990
Lei nº 8.211/1991	Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o ano de 1992. Assegura a destinação ao setor de saúde, no mínimo, 30% do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego.	1992
Decreto nº 1.232/1994	Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.	Desde 1994
Lei nº 9.311/1996	Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF). Determinou que o produto de arrecadação dessa contribuição fosse destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) para financiamento das ações e serviços de saúde.	1997 - 2007

(Continua)

Legislação	Conteúdo	Vigência
Emenda Constitucional nº 29/2000	Altera os artigos 34,35,156,160,167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ADCT para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.	2000 – 2012
Portaria nº 204/2007	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.	2007 – 2017
Lei Complementar nº 141/2012	Regulamenta o § 3º do artigo 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 três esferas de governo.	Desde 2012
Lei nº 13.097/2015	Altera a Lei 8.080/1990 para permitir a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde.	Desde 2015
Emenda Constitucional nº 86/2015	Altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Vincula a despesa mínima em saúde da União à Receita Corrente Líquida (RCL), de forma escalonada entre 2016 e 2020: 13,2%, 13,7%, 14,1%, 14,5% e 15%.	2016
Emenda Constitucional nº 93/2016	Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios.	2016 - 2023
Emenda Constitucional nº 95/2016	Altera o ADCT para instituir o Novo Regime Fiscal. Vincula a despesa mínima em saúde da União de 2017 a 15,0% da Receita Corrente Líquida (RCL) e congela os gastos com as despesas primárias por 20 anos.	2017 - 2036
Portaria nº 3.992/2017	Dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde passam a organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: custeio e investimento.	Desde 2018

Fonte: Elaboração própria.

Se a EC 86/2015 parecia ser desastrosa para o SUS por conta da perspectiva de diminuição dos recursos da União no setor da saúde, as análises prospectivas mostram que a EC 95/2016 pode ser ainda pior. A Tabela 2 evidencia a projeção do gasto federal com ASPS tanto a partir da regra da EC 95/2016, quanto da EC 86/2015, no período de 2017 a 2036.

No caso da EC 86/2015, o percentual de vinculação crescerá até 2020, ao atingir 15,0% da RCL, permanecerá constante em 1,72% do PIB. Já segundo as regras da EC 95/2016, à medida que o percentual da RCL cairá, no período, de 15,0% para 10,4%, o gasto da União em saúde ficará estagnado a partir de 2018, em cerca de 109,8 bilhões (em reais de 2016). Estima-se que a participação do gasto federal com saúde no PIB diminuirá de 1,72%, em 2017, para 1,19% do PIB, em 2036. Calculam-se uma perda de recursos para o SUS de R\$ 433,55 bilhões

com a vigência da EC 95/2016, em relação a EC 86/2015, admitindo-se uma variação anual do IPCA de 4,5% e um crescimento real do PIB de 2% ao ano (FUNCIA, 2017).

Tabela 2 - Estimativa da diferença entre o gasto federal com ASPS a partir da regra da EC 95/2016 e da EC 86/2015, 2017-2036.

Ano	EC 95/2016			EC 86/2015			Diferença
	% RCL	R\$ bilhões	% PIB	% RCL	R\$ bilhões	% PIB	R\$ bilhões
2017	15,0	109,0	1,72	13,7	99,5	1,57	9,45
2018	14,8	109,8	1,70	14,1	104,5	1,62	5,35
2019	14,5	109,8	1,67	14,5	109,6	1,66	0,16
2020	14,2	109,8	1,63	15,0	115,7	1,72	-5,89
2021	14,0	109,8	1,60	15,0	118,0	1,72	-8,20
2022	13,7	109,8	1,57	15,0	120,3	1,72	-10,56
2023	13,4	109,8	1,54	15,0	122,7	1,72	-12,97
2024	13,2	109,8	1,51	15,0	125,2	1,72	-15,42
2025	12,9	109,8	1,48	15,0	127,7	1,72	-17,93
2026	12,6	109,8	1,45	15,0	130,3	1,72	-20,48
2027	12,4	109,8	1,42	15,0	132,9	1,72	-23,09
2028	12,2	109,8	1,39	15,0	135,5	1,72	-25,74
2029	11,9	109,8	1,37	15,0	138,2	1,72	-28,45
2030	11,7	109,8	1,34	15,0	141,0	1,72	-31,22
2031	11,4	109,8	1,31	15,0	143,8	1,72	-34,04
2032	11,2	109,8	1,29	15,0	146,7	1,72	-36,91
2033	11,0	109,8	1,26	15,0	149,6	1,72	-39,85
2034	10,8	109,8	1,24	15,0	152,6	1,72	-42,84
2035	10,6	109,8	1,21	15,0	155,7	1,72	-45,89
2036	10,4	109,8	1,19	15,0	158,8	1,72	-49,01
Total	-	-	-	-	-	-	-433,55

Fonte: Adaptado de Funcia (2017).

Dessa forma, a EC 95/2016, cuja proposta inicial foi apresentada pelo Poder Executivo e aprovada pelo Congresso Nacional dentro de seis meses, constitui uma das maiores medidas de austeridade já adotada na história recente do Brasil contra o financiamento das políticas sociais. Inevitavelmente, será acentuado o quadro de subfinanciamento do SUS nos próximos 20 anos, o que poderá contribuir para deterioração das condições de saúde da população para formar superávit primário crescente para pagar os juros e a amortização da dívida pública (MENDES, 2017; FUNCIA, 2017). O Quadro 5 sintetiza a legislação atinente à aplicação mínima obrigatória de recursos financeiros atribuída ao longo dos anos para cada ente federativo.

Quadro 5 – Legislação de aplicação mínima obrigatória de recursos financeiros atribuída ao longo dos anos para cada ente federativo.

Ente federativo	Municípios	Estados	União		
Vigência	Desde 2000	Desde 2000	De 2000 a 2015	2016	De 2017 a 2038
Legislação	EC 29/2000 e LC 141/2012	EC 29/2000 e LC 141/2012	EC 29/2000 e LC 141/2012	EC 86/2015	EC 95/2016
Regra	15% da receita de impostos diretamente arrecadados e de transferências legais e constitucionais	12% da receita de impostos diretamente arrecadados e de transferências legais e constitucionais	Valor empenhado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB	2016: 13,2% da RLC 2017: 13,7% da RLC 2018: 14,1% da RLC 2019: 14,5% da RLC 2020: 15,0% da RLC	2017: 15% da RCL 2018-2038: valor empenhado no ano anterior corrigido pela variação anual do IPCA/IBGE

Fonte: Elaboração própria.

Nesse cenário de recessão econômica, a situação para os entes infranacionais complica-se ainda mais. Com a redução da participação da União no financiamento das ações e serviços de saúde, os estados e, principalmente, os municípios terão acentuadas dificuldades para expandir as suas respectivas contrapartidas no montante de recursos destinado ao SUS para compensar tal medida de ajuste econômico. Ao mesmo tempo em que há uma diminuição de suas receitas, aumentam-se as demandas por serviços públicos do setor da saúde devido ao fechamento dos postos de trabalho, crescimento da taxa de desemprego, dentre outros aspectos (FUNCIA, 2017). Além disso, o Novo Regime Fiscal não considera o vigente processo de envelhecimento populacional, que aumenta a necessidade de mais recursos para manter os serviços que já existem e para assegurar a universalidade e integralidade de ASPS, conforme expresso no texto da Constituição Federal de 1988 (VIEIRA; BENEVIDES, 2016b).

A EC 95/2016 acaba por representar uma ruptura na trajetória que estava trilhando o Brasil nas últimas décadas em um processo de consolidação do Estado de Bem-Estar Social. A redução do Estado implicará, por duas décadas, na capacidade de resposta às garantias dos direitos sociais assegurados constitucionalmente. A estratégia metodológica escolhida de congelamento dos gastos sociais por tanto tempo não era a única para realização do ajuste fiscal, mas talvez a mais fácil de se operacionalizar sob a perspectiva dos interesses “ultraliberaais”. Desse modo, resultará em maiores dificuldades na garantia do direito à saúde, sobretudo, para

os mais vulneráveis que estarão sujeitos à precarização dos serviços públicos, com a diminuição da oferta e da qualidade (VIEIRA; BENEVIDES, 2016b; FUNCIA, 2016).

Embates acerca da questão do financiamento sempre estiveram presentes desde a criação do SUS. Analisadas em conjunto, as leis que vêm sendo propostas e aprovadas pelo Congresso Nacional ratificam a sagacidade dos esforços do movimento de enfraquecimento do sistema público de saúde brasileiro e de fortalecimento do sistema privado. São agravantes nesse processo: a abertura do SUS ao capital internacional, a constitucionalização de regramentos para diminuição do financiamento federal do sistema de saúde, a proposta de ampliação da DRU para destinar mais recursos para o pagamento de juros da dívida pública e a tentativa deliberada de diminuição da responsabilidade do Estado na garantia do direito à saúde. Isso é extremamente preocupante, porque um sistema universal desempenha um importante papel na diminuição das desigualdades e iniquidades sociais e regionais, bem como na democratização do acesso ao fundo público e nos processos decisórios no âmbito da saúde (PIOLA; BARROS, 2016).

3.3 O desafio da equidade na distribuição de recursos financeiros em saúde

3.3.1 Equidade: o debate conceitual

O filósofo Aristóteles, em sua teoria política, já afirmava que a aplicação da universalidade das leis nem sempre seria o mais correto do ponto de vista da justiça, uma vez que determinadas situações exigiriam um tratamento diferenciado em relação àquele preconizado. A equidade serviria para a correção da justiça, sanando os defeitos procedentes da generalidade da lei. Seus preceitos foram sumarizados na máxima que afirmava que igualdade é tratar desigualmente os desiguais (ARISTÓTELES, 2007).

Em meados do século XX, John Rawls apresentou uma concepção geral de justiça baseada em dois princípios: o primeiro afirmava que as pessoas deveriam ter direito igual ao mais amplo sistema de liberdades básicas e o segundo que as desigualdades sociais e econômicas deveriam ser distribuídas de tal modo que os maiores benefícios seriam direcionados para os menos beneficiados, e resultariam do exercício de cargos e funções acessíveis a todos em circunstâncias de igualdade equitativa de oportunidades. Neste último princípio, a equidade se apresenta como um adjetivo, qualificando a igualdade de oportunidades e conferindo uma carga valorativa. Em síntese, a teoria da justiça de Rawls propõe a distribuição de bens e serviços referentes a necessidades básicas, bem como a igualdade de oportunidades

para todos. Assim, as desigualdades seriam aceitáveis apenas quando no sentido positivo, isto é, para aqueles que se encontram em situação de desvantagem (ALMEIDA-FILHO, 2010).

As contribuições de Amartya Sen no campo da construção teórica sobre as relações entre desigualdades de renda e de saúde foram consideradas uma alternativa crítica à teoria da justiça de Rawls. Sen (2002) parte da premissa de que a saúde é uma das condições mais importantes da vida humana e nenhuma concepção de justiça social que trata de alguma forma de distribuição equitativa pode ignorar o papel da saúde na vida humana e das oportunidades para as pessoas alcançarem uma vida saudável, sem doenças e sofrimentos evitáveis, nem mortalidade prematura. Nesse sentido, considera a equidade em saúde como um conceito multidimensional, que inclui aspectos relacionados à saúde que se tem e a possibilidade de alcançar uma boa saúde, e não apenas à distribuição dos cuidados sanitários. Abrange ainda a justiça dos processos, que chama a atenção para a ausência de discriminação na prestação de ações e serviços de assistência médica. Um compromisso eficiente com a equidade em saúde necessita que as considerações sobre a saúde sejam interligadas a questões mais abrangentes de justiça social, atentando-se para a versatilidade dos recursos e as diferenças de alcance e de impacto dos acordos sociais.

A equidade na saúde tem escopo e relevância extremamente amplos e não pode se preocupar apenas com a desigualdade em saúde ou na atenção à saúde. A redução das desigualdades não necessariamente melhora a equidade em saúde, uma vez que esta precisa considerar, também, a possibilidade de obter diferentes acordos para a alocação de recursos, instituições e/ou políticas sociais (SEN, 2002).

Em 1990, Margareth Whitehead tornou-se uma das principais referências conceituais na literatura internacional acerca da equidade. Para a autora (WHITEHEAD, 2000), a equidade em saúde implica que, idealmente, todos devem ter uma justa oportunidade de alcançar todo o seu potencial de saúde e, de modo mais pragmático, que ninguém deveria ter desvantagem de atingir tal potencial. Com base nessa definição, o objetivo da política de equidade em saúde não consiste em eliminar todas as diferenças para que todos tenham o mesmo nível e qualidade de saúde, mas reduzir ou eliminar as diferenças resultantes de fatores considerados tanto evitáveis, como injustos. A equidade, dessa forma, estaria relacionada com a criação de oportunidades iguais para a saúde, preocupa-se em reduzir as diferenças em saúde e no acesso às ações e aos serviços de saúde o máximo possível.

Em todo tipo de sistema político e social as diferenças em saúde podem ser observadas entre os distintos grupos sociais e áreas geográficas, dentro do mesmo país. Existem fortes evidências de que os grupos desfavorecidos têm menos chances de sobrevivência, morrendo

mais precocemente do que os grupos mais favorecidos. Do mesmo modo, existem grandes diferenças no tocante às experiências com as doenças. Grupos desfavorecidos além de sofrerem mais com a doença, também experimentam o aparecimento de doenças crônicas e de suas ações incapacitantes em idades mais jovens. A consciência da extensão dos diferenciais em saúde encontrados em cada região e em cada país reforça a importância de lutar pela equidade em saúde (WHITEHEAD, 2000).

A autora ainda esclarece, do ponto de vista conceitual e terminológico, as diferenças entre o que se entende por desigualdade e por inequidade em saúde. A desigualdade é um termo comumente utilizado para indicar diferenças sistemáticas e evitáveis em saúde, mas existe na literatura ambiguidade no uso do termo, uma vez que alguns o empregam para transmitir uma sensação de injustiça, enquanto outros com o significado puramente no sentido matemático. Já o termo iniquidade, por sua vez, possui uma dimensão moral e ética e se refere a diferenças que são desnecessárias e evitáveis e também desleais e injustas. Desse modo, o conceito de iniquidade em saúde se conforma a partir de dois critérios básicos: condição de evitabilidade e de injustiça, sendo que a causa desde último deve ser examinada e julgada no seu contexto social.

Essa definição é adepta da teoria da justiça de John Rawls, considerada por Amartya Sen a teoria mais influente apresentada no século XX, que aborda justiça como equidade. Alguns autores questionam a definição de inequidade proposta por Whitehead por conta de termos empregados como justiça e evitabilidade, já que ambas abrangem questões, de certo modo, complexas e não resolvidas (ESCOREL, 2009; ALMEIDA-FILHO, 2010).

São considerados por Whitehead (2000) como os principais determinantes dos diferenciais de saúde: 1) variação biológica natural; 2) comportamento nocivo à saúde livremente escolhido; 3) vantagem transitória de saúde de um grupo sobre outro quando esse grupo é o primeiro a adotar comportamento de promoção da saúde (desde que outros grupos também tenham meios para tal); 4) comportamento prejudicial à saúde, em que o grau de escolha dos estilos de vida é severamente restringido; 5) exposição a condições de vida e de trabalho insalubres e estressantes; 6) acesso inadequado a serviços essenciais de saúde e outros serviços públicos e; 7) seleção natural ou mobilidade social relacionada à saúde devido à tendência de pessoas doentes descenderem na escala social, por conta dos gastos com a saúde. É consenso que os diferenciais de saúde determinados pelos fatores das categorias 1, 2 e 3 não seriam classificadas como inequidades em saúde. Diferentemente daqueles que são derivados das categorias 4, 5 e 6 e 7 que englobam situações que podem ser considerados como evitáveis e injustas.

Breilh (2010), ao discutir aspectos relacionados à diversidade, que equivaleria às variações de uma população em termos de nacionalidade, gênero, etnia e cultura, trazendo à tona o debate sobre equidade e classe social, também diferencia o termo iniquidade de desigualdade. Assinala que a iniquidade seria uma categoria que define as relações e contrastes de poder existentes em uma sociedade, sendo decorrente de uma história de acúmulo de poder e de um processo em que uma classe social se apropria das condições de poder (recursos econômicos, políticos e culturais) para subordinar ou excluir outra ou outras classes sociais. Enquanto a desigualdade resultaria dessa iniquidade e expressaria uma injustiça na distribuição e/ou acesso de bens e serviços que existem nas formações sociais. Portanto, a iniquidade é uma categoria explicativa, enquanto a desigualdade é uma notável expressão da iniquidade.

No Brasil, a equidade consiste em um dos princípios doutrinários do SUS, apesar do termo não ser citado na Constituição Federal de 1988 e tampouco nas Leis Orgânicas de Saúde – principais dispositivos legais que o regulamentam. A Carta Magna garante a saúde como direito de todos e dever do Estado a partir de um acesso em caráter universal e igualitário às ações e serviços de saúde e a Lei 8.080/1990, no Art. 7º, refere a igualdade em saúde, sem preconceitos ou privilégios, como princípio basilar do SUS. A equidade foi apresentada pela primeira vez depois da criação do SUS em uma cartilha do MS de 1990, mas o seu conceito relacionava-se com a igualdade dos cidadãos diante de ações e serviços do sistema de saúde (BRASIL, 2006a; ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017).

O princípio da igualdade está fundamentado no conceito de cidadania, por meio do qual todos os indivíduos são iguais e possuem os mesmos direitos. Dessa forma, um indivíduo tido na sociedade como rico deve receber o mesmo tratamento que um indivíduo pobre. De modo contrário, desigualdade corresponderia a um desrespeito aos direitos fundamentais sendo, portanto, uma injustiça. O princípio da equidade, por seu turno, reconhece que devido às diferenças vigentes entre as pessoas, faz-se necessário um tratamento diferenciado, para compensar as desigualdades existentes. O tratamento desigual é justo na medida em que é executado em benefício de quem mais necessita e recupera a ética e a justiça em valores e regras de distribuição (VIANNA et al., 2001).

Starfield (2001) propõe usar uma definição alternativa de equidade, na qual enfoca diretamente a justiça, relacionando-a às diferenças sistemáticas (e não aleatórias) de saúde. Isto é, a equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do estado de saúde em populações ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente. Para Vieira-da-Silva e Almeida-Filho (2009), a concepção da autora não distingue equidade de igualdade ao referi-la como ausência de

diferenças e também não aborda temáticas controversas como acesso, financiamento e formas de disposição e controle dos sistemas de saúde. Todavia, a definição apresenta vantagens operacionais, já que procura uma melhor percepção do que poderiam ser consideradas como situações de iniquidade com a finalidade precípua de intervenção.

A partir desse conceito, Starfield (2001) divide o entendimento acerca equidade em dois tipos básicos – horizontal e vertical. A equidade horizontal indica que não deve haver diferenças nos serviços de saúde para as pessoas que possuam as mesmas necessidades. Por seu turno, a equidade vertical emerge quando os indivíduos mais necessitados recebem proporcionalmente maiores recursos, que é possível quando os serviços de saúde se fazem presentes onde as necessidades são notadamente maiores. Essa diferenciação tem tido aplicação no financiamento da saúde, como um princípio geral, através do qual a contribuição para o financiamento de ações e serviços de saúde deve relacionar-se diretamente com a capacidade de pagamento do usuário (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA-FILHO, 2009).

Para McIntyre e Mooney (2014), a distinção entre equidade horizontal e vertical é potencialmente importante, isso porque é injusto que pessoas com os mesmos problemas de saúde sejam tratadas de forma diferenciada, assim como tratar igualmente pessoas com diferentes problemas também é injusto. No que concerne à equidade horizontal, é relativamente mais fácil determinar quais são os termos de uma igualdade, como no caso das pessoas que se encontram com uma mesma doença. Contudo, para se estabelecer a equidade vertical deve-se inicialmente determinar a dimensão das desigualdades nas necessidades de saúde, e então definir qual deve ser a dimensão das diferenças que serão adotadas pelas políticas com intuito de dar uma resposta a essas desigualdades nas necessidades. Como esses julgamentos são subjetivos, naturalmente são mais difíceis de enquadrar numa fórmula científica. A equidade vertical é em essência uma forma de discriminação positiva, que envolve maior grau de redistribuição de recursos para os mais vulneráveis – dos sadios para os doentes e dos ricos para os pobres. Com a grande disseminação da ideologia do neoliberalismo e apoio ao Estado mínimo, tem sido cada vez menos frequente a disposição dos governos para promoção dessa redistribuição a partir do sistema tributário.

3.3.2 Equidade no financiamento da saúde

A equidade em saúde não tem sido alcançada de modo pleno. Apesar de figurar dentre os objetivos de muitos sistemas de saúde, pouco tem sido consolidada no desenvolvimento das políticas (MCLNTYRE; MOONEY, 2014). No âmbito do SUS, a equidade é um dos princípios

com maior nível de consenso, porém, muitas vezes, sua validade não passa da definição formal de um direito, não sendo assegurado seu pleno exercício. Sua prática depende, como condição necessária, da distribuição dos recursos financeiros (PORTO, 2002). Importa assinalar que dispor simplesmente do recurso financeiro, apesar de ser uma condição necessária, não é uma condição suficiente para que as ações e os serviços de saúde estejam ao alcance de quem mais precisa (TELES; COELHO; FERREIRA, 2017). No Brasil, as iniquidades na área da saúde permanecem enormes e, indubitavelmente, uma deficiência crucial é o sistema injusto de financiamento do setor (PORTO et al., 2014).

Para McIntyre e Mooney (2014), as políticas econômicas e de saúde têm diminuído seus efeitos sobre a equidade. Tem havido menos preocupação com a justiça social na maioria das sociedades ocidentais, e uma tendência para a redução geral dos gastos públicos, não somente no campo da saúde. Em grande parte do globo, as políticas de equidade na área da saúde têm sido falhas. Em linhas gerais, o fracasso da equidade se deve, em parte, à incapacidade das políticas públicas de justiça social conseguirem maior espaço nos foros políticos de cunho nacional e internacional.

Em que pesem as disparidades existentes na maioria dos países em relação à saúde e suas iniquidades, ao acesso de distintos grupos populacionais aos serviços de saúde (ricos e pobres, populações urbanas e rurais, nativos e não nativos), o conceito de equidade tem um importante papel a exercer nas políticas de saúde. Mas, é preciso decidir o que se pretende implementar e se compreender por equidade. Há grandes debates acerca do princípio mais adequado para se reger a política de equidade e do seu financiamento para a assistência à saúde. Essa discussão espelha um debate ainda mais amplo sobre quais representam os critérios mais apropriados de imparcialidade social ou de justiça em cada sociedade, já que a problemática da equidade é impulsionada com base em valores sociais (MOONEY, 2014)

Caracteristicamente, tanto nos sistemas públicos, como nos privados, os formuladores das políticas têm se concentrado no controle de gastos e na busca pela eficiência, defendendo somente por mera formalidade as questões atinentes à equidade. Os custos crescentes para ofertar ações e serviços de saúde demandam investimentos na capacidade de gestão dos sistemas, visando garantir a eficiência na utilização dos recursos financeiros e a promoção da equidade (MAYNARD, 2014).

Conceber a eficiência do financiamento do sistema de saúde apenas na perspectiva econômica ou da lógica do mercado resulta, naturalmente, em desigualdades de acesso e de consumo dos serviços de saúde ofertados à população. Ou seja, a eficiência, por si só, não garante a equidade, que, por seu turno, necessita da eficiência para tornar-se mais viável. A

eficiência e a equidade são atributos fundamentais em todos os pontos do processo de financiamento, desde a captação de recursos – diretamente por empresas ou indiretamente através da atividade fiscal do Estado – a sua distribuição para os provedores do serviço (FERREIRA; TELES; COELHO, 2016).

Na perspectiva da provisão das ações e dos serviços de saúde existem evidências crescentes de que países com sistemas públicos de saúde eficientes tendem a alcançar bons níveis de condições de saúde em relação ao grau de desenvolvimento econômico que possuem, assim como desigualdades relativamente pequenas no que diz respeito às condições de saúde de variados grupos socioeconômicos. Por outro lado, os sistemas de saúde altamente mercantilizados apresentam disparidades consideráveis no uso dos serviços. Apesar dos prestadores privados, com fins lucrativos, serem, por vezes, mais eficientes – haja vista que podem ofertar alguns serviços por um custo menor do que o setor público –, o custo para os indivíduos ou para o governo, no caso de serviços terceirizados, é maior que o da provisão pública direta. Ademais, os serviços privados são distribuídos na população tendo por base a capacidade de pagamento e não as necessidades reais da população. Por isso, a fim de se garantir qualidade e segurança nos atendimentos, existe um consenso de que as atividades do setor privado devem ser devidamente regulamentadas (MCLNTYRE, 2014).

Um mecanismo de financiamento do setor da saúde considerado equitativo deve basear-se na progressividade, ou seja, os indivíduos que ganham mais devem pagar uma maior proporção de sua renda em impostos. Assim, o grau de equidade no financiamento da saúde pode ser mensurado a partir do grau de progressividade do sistema (PORTO et al., 2014).

A progressividade do financiamento de um sistema de saúde sofre influência da combinação de mecanismos de financiamento. Sistemas com alto grau de fragmentação no financiamento – distintos mecanismos de financiamento para diferentes grupos e fragmentação dentro dos próprios mecanismos, como muitos seguros de saúde – são, de forma geral, menos progressivos. O desembolso direto de recursos próprios é considerado o modo mais regressivo de se financiar os serviços de saúde, já que os indivíduos com a renda mais baixa arcam com o ônus maior do financiamento. Na ótica da equidade, logo, a fragmentação no financiamento da saúde deve ser minimizada (MCLNTYRE, 2014).

A equidade na utilização do sistema de saúde depende amplamente da disponibilidade de serviços, de recursos humanos e da tecnologia em saúde, bem como da dissolução de alguns empecilhos, quais sejam as barreiras geográficas, organizacionais e financeiras. No que concerne às barreiras financeiras, vale ressaltar que no processo de distribuição do ônus do financiamento, inevitavelmente, penaliza-se os mais pobres numa proporção muito maior que

os ricos, o que é bastante regressivo. Nesse sentido, a organização de uma alocação geográfica dos recursos tendo como base as necessidades de saúde da população acaba por constituir uma condição essencial para a equidade no uso dos serviços de saúde (PORTO et al., 2014).

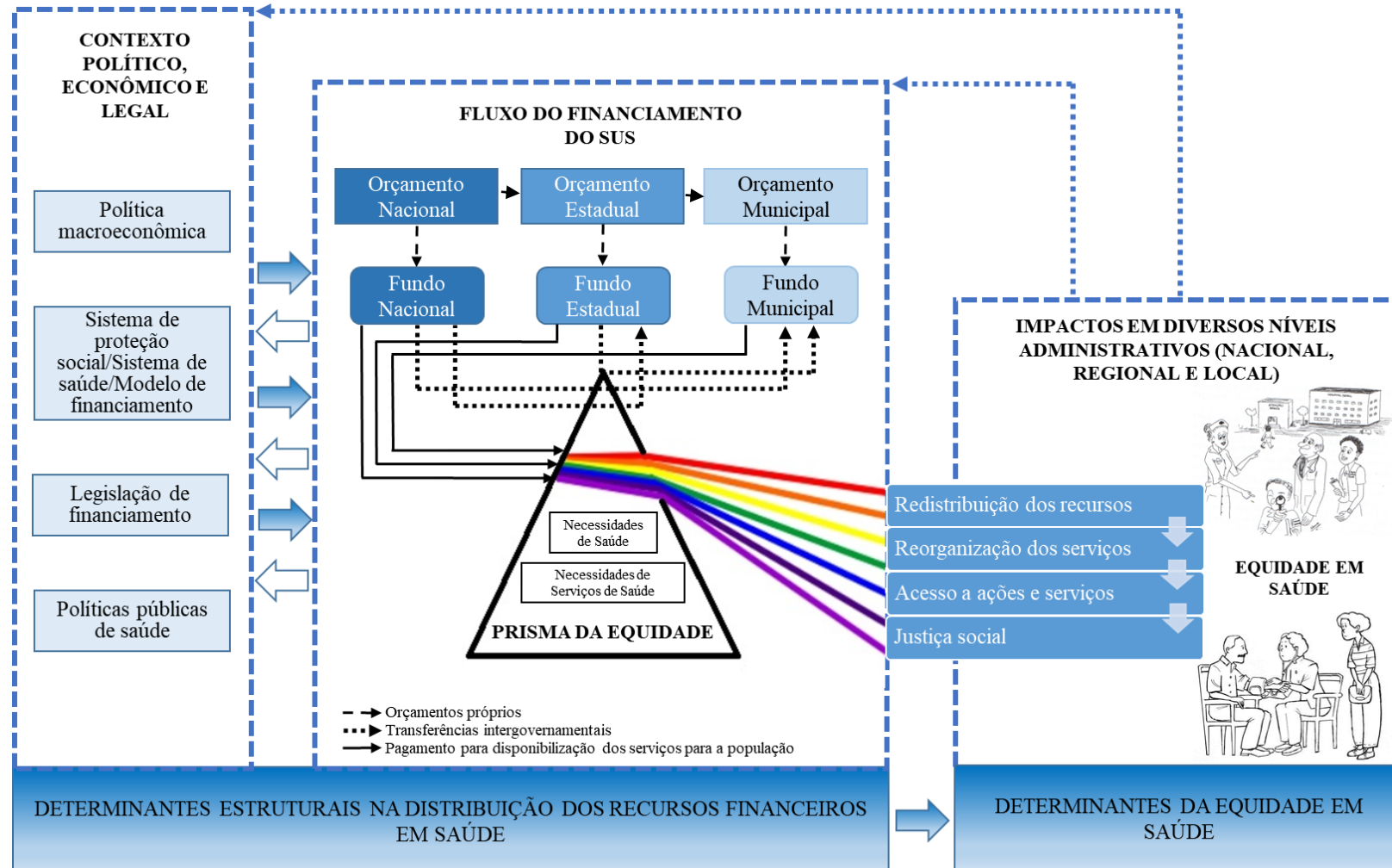
Existem teorias econômicas que partem da relação vigente entre a necessidade humana e o serviço que a satisfaça para simplificar o conceito de necessidade ao de demanda. Contudo, cabe esclarecer que as necessidades, em uma concepção geral, referem-se a fenômenos biológicos ou naturais relacionados a faltas ou carências do organismo, do ambiente ou de determinado grupo. São diferenciadas em necessidades de saúde – doenças, riscos, vulnerabilidades e ideais de saúde, que podem ser supridos por uma diversidade de setores como alimentação, saneamento, habitação, lazer, educação, dentre outros – e necessidades de serviços de saúde, que podem ser expressas em termos de demanda e atendidas através do consumo de serviços de saúde (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Para Teixeira (2010, p. 140), as necessidades de saúde podem ser definidas como “carências relacionadas com a manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos de uma determinada população”. Dessa forma, abrangem as implicações do não atendimento de necessidades básicas como alimentação, segurança, serviços de saúde, abrigo, afeto, educação e cultura, determinadas por contextos sociais e históricos. Já a demanda por serviços de saúde corresponde à busca da população por serviços, à procura de respostas frente às necessidades e de soluções para os problemas.

A Figura 3 apresenta, de forma esquemática, o modelo teórico do estudo – o marco conceitual da equidade no financiamento da saúde. Esse modelo põe em evidência os determinantes estruturais da distribuição dos recursos financeiros em saúde, bem como os determinantes da equidade em saúde. Entre os primeiros, encontram-se os principais contextos os quais influem nos direcionamentos do financiamento da saúde (política macroeconômica, sistema de proteção social, sistema de saúde, modelo de financiamento, legislação de financiamento e políticas públicas de saúde) e o fluxo propriamente dito do financiamento de ASPS. No que concerne aos determinantes da equidade em saúde, destacam-se a redistribuição dos recursos e dos serviços, o acesso⁶ a ações e serviços de saúde e a justiça social.

⁶ É interpretado como a liberdade de usar o serviço e composta por três dimensões: disponibilidade, viabilidade e aceitabilidade financeira. A disponibilidade refere-se à questão de estarem ou não disponíveis serviços de saúde apropriados, no local e na ocasião em que eles se fazem necessários. A viabilidade financeira diz respeito ao grau de adequação entre custo da utilização dos serviços de saúde e a capacidade dos indivíduos de pagamento. Envolve custos da assistência, custos de transporte, de alimentação, advindos da perda da renda ou da produtividade, dentre outros. A aceitabilidade, por sua vez, está relacionada à natureza da prestação do serviço e ao modo como esta é percebida pelos indivíduos e comunidades (THIEDE; AKWEONGO; MCLNTYRE, 2014).

Figura 1 – Modelo teórico: equidade no financiamento da saúde.



Fonte: Elaboração própria.

A aplicação dogmática das doutrinas neoliberais vem promovendo a minimização do Estado de Bem-Estar Social e com isso tem-se dado menor evidência à justiça social e maior ênfase à diminuição dos gastos públicos. Prova disso têm sido as recentes aprovações de leis como a EC 86/2015, a Lei nº 13.097/2015, a EC 93/2016 e a EC 95/2016, as quais diminuem a potencialidade do sistema de proteção social e alteram o financiamento público tornando-o cada vez mais regressivo, o que acaba também afetando o desempenho das políticas de saúde e comprometendo a saúde da população, sobretudo, a mais vulnerável do ponto de vista socioeconômico. Em tempos de crise econômica (estagnação) e política, essa situação se acentua ainda mais, tornando-se crucial o uso de recursos de forma racional durante todo o fluxo de financiamento da saúde.

Tal fluxo evidencia os orçamentos de saúde, que estabelecem, anualmente, os recursos previstos para cada nível e as diversas possibilidades de transferências entre as esferas de governo (do fundo nacional para os fundos estadual e municipal e do fundo estadual para o municipal) e destas para os serviços de saúde. No modelo, as linhas do fluxo perpassam, em diferentes momentos, pelo prisma da equidade, que é inserido como mecanismo de identificação de necessidades de saúde e de serviços de saúde das populações e de canalização de recursos, através do qual é gerado no âmbito dos serviços prestados à comunidade os elementos que são determinantes na construção da equidade em saúde, sendo capazes de produzir impactos em diversos níveis administrativos (nacional, regional e local).

A equidade, nesse contexto, pode ser entendida como o princípio das funções distributivas, que visa compensar e/ou superar desigualdades, avaliadas como socialmente injustas (TEIXEIRA, 2010). Destarte, resultados equitativos são aqueles que promovem certas redistribuições desigualitárias de recursos financeiros, a partir de ajustes realizados em função dos grupos populacionais com maiores necessidades de saúde, tendo como base fatores sociais, biológicos e político-organizacionais que determinam as disparidades vigentes (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

3.3.3 Alocação de recursos conforme necessidades de saúde da população

O território brasileiro é caracterizado por grandes desigualdades regionais, fruto de heranças históricas que demarcaram sua conformação política e econômica (ALBUQUERQUE, 2017). No art. 35 da Lei Orgânica nº 8.080/1990, ratificado na LC 141/2012, foram elaborados uma série de critérios para servirem de parâmetros para a distribuição de recursos (FERREIRA; TELES; COELHO, 2016). Contudo, nos repasses

federais para estados, Distrito Federal e municípios são adotados, sobretudo, critérios de base populacional, atrelados ao histórico de destinações de recursos, sem ajustes em razão das diferenças regionais. Permanecendo, assim, as necessidades para ampliação das disponibilidades de serviços nas regiões mais desassistidas.

Em 1991, o sistema de alocação de recursos do nível federal para as esferas infranacionais (estados e municípios) estabelecia-se, essencialmente, através do reembolso pelos serviços prestados aos pacientes tanto ambulatoriais, quanto hospitalares. Um sistema prospectivo de pagamentos era responsável por remunerar o atendimento de internações no âmbito do SUS e o atendimento ambulatorial era remunerado a partir de serviços prestados tendo como base uma tabela de preço. Desse modo, esse modelo de alocação baseou-se tão-somente na oferta de serviços que já existia e se concentravam em áreas geográficas, às quais pertenciam as classes sociais mais abastadas e mais saudáveis. Então, essa abordagem da alocação em vez de atenuar as diferenças vigentes, tornou a situação mais desigual (PORTO et al., 2014).

A partir de 1998, foram introduzidas modificações na forma de distribuição dos recursos da União para as esferas subnacionais, entre as quais se pode destacar a criação de incentivos financeiros para desenvolver programas da atenção básica e de tetos de gastos para os níveis mais altos de atenção à saúde (mas que acabaram refletindo na prática do pagamento pelos serviços prestados) e os pagamentos *per capita*, para cada área geográfica, destinados à atenção básica. Como resultado, um maior volume de recursos foi destinado para as regiões mais desenvolvidas (PORTO et al., 2014).

Atender com presteza e qualidade as necessidades populacionais postas diariamente frente ao sistema de saúde em um panorama de restrições orçamentárias e de corte de gastos e aplicar os recursos financeiros limitando os desperdícios, a má utilização e com priorização das potenciais necessidades de saúde persistem como enormes desafios para a gestão do SUS. Quando se trata de dar mais a quem mais precisa, surge uma questão decisiva: como identificar quem são os indivíduos mais necessitados? Ou as regiões ou municípios mais necessitados que precisam de mais recursos? Existem variadas fórmulas para triar as necessidades de saúde, porém, até hoje não há consenso acerca do melhor método a ser utilizado (FERREIRA; TELES; COELHO, 2016).

Sabe-se que uma distribuição de recursos financeiros equitativa deve procurar privilegiar regiões que estejam em condições sanitárias e socioeconômicas mais desfavoráveis. Assim sendo, qualquer abordagem proposta deve partir das populações-alvo. Todavia, tendo em vista que a simples alocação de recursos pautada no número de habitantes de dada localidade

não leva em consideração outras potenciais diferenças entre as populações, propostas que se fundamentem nas necessidades de saúde devem levar em conta o fato de que estas variam de acordo com as características demográficas e epidemiológicas (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012; PORTO et al., 2014).

Os métodos de alocação equitativa de recursos devem incluir indicadores que expressem as necessidades de saúde para auxiliar na determinação das desigualdades da população-alvo. Devem ser baseados no número de habitante, mas também agregar uma medida de *proxy* de necessidades⁷ – instrumento de mensuração de desigualdades nas populações de diversas áreas geográficas (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012; TELES, 2015). Sendo importante salientar que há inúmeras formas de mensurar necessidades relativas, no entanto, nenhuma delas é capaz de captar inteiramente essas necessidades de saúde (PORTO et al., 2014).

O desafio de uma distribuição de recursos abalizada nos princípios da equidade levou alguns países a utilizar metodologias estratégicas. Neste quesito, o Reino Unido é o país com uma larga experiência, sendo pioneiro, ao criar na década de 1970 a fórmula conhecida como *Resource Allocation Working Party* (RAWP), na qual utilizava como *proxy* das necessidades de saúde a taxa de mortalidade padronizada por sexo e idade. Uma das principais críticas a esse método era o fato de ser usado somente um indicador na representação das necessidades de saúde. Isso levou, posteriormente, ao desenvolvimento de uma nova proposta metodológica a partir de dados relacionados com a utilização dos serviços de saúde para estimar a demanda dos serviços causada pelas necessidades de saúde (PORTO et al., 2003; NUNES, 2004; PORTO et al., 2014; COELHO; SCATENA, 2014). A adaptação dessa fórmula à realidade do SUS não se mostrou compatível para uma alocação de recursos equânime (PORTO et al., 2007).

Carr-Hill, na década de 1990, elaborou um novo método, tendo por referência o uso do atendimento hospitalar, para estimar a demanda de serviços causada pela necessidade de assistência, ajustada a partir da distribuição dos serviços. O método também não deu certo no Brasil, uma vez que os indicadores de necessidades, mesmo estando ajustados à distribuição da oferta, resultaram em uma relação inversa com a utilização dos serviços, na comparação com o Reino Unido (PORTO et al., 2014).

Os gastos públicos com serviços sociais, como é o caso da saúde, constituem uma das principais formas de redistribuição de recursos no país, dado o elevado nível de desigualdade de renda existente. Entretanto, nas políticas de saúde e na área da economia da saúde a temática

⁷ Conjunto de variáveis que expressa de forma equivalente as necessidades populacionais por serviços de saúde (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

da equidade tende a permanecer fora da pauta por conta da dificuldade em incluí-la e devido à elevada preocupação com a questão da eficiência, que acaba ofuscando-a (MCLNTYRE; MOONEY, 2014). Diante desse contexto, a equidade na alocação geográfica de recursos – distribuição apropriada e justa dos recursos financeiros, de modo que atenda às necessidades de saúde das populações – permanece como uma importante imagem-objetivo no âmbito do SUS (TELES, 2015).

4 METODOLOGIA

Metodologia em pesquisa consiste em um conjunto de técnicas e processos utilizados a fim de que se consiga atingir os objetivos propostos pelo estudo. Estabelece o elo entre o saber e a prática incluindo concomitantemente a teoria de abordagem, os instrumentos de operacionalização e a criatividade do pesquisador para o alcance de determinados resultados (SANTANA, 2010; MINAYO; DESLANDES, 2007).

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo em uma perspectiva analítica-descritiva, comparativa e retrospectiva, uma vez que serão identificados em várias fontes, classificados, descritos e analisados de forma pormenorizada os gastos com o financiamento do SUS nos municípios, regiões de saúde e macrorregiões do estado da Bahia, bem como nas capitais brasileiras. O estudo tem uma dimensão transversal ou sincrônica que visa comparar os gastos regionalmente e outra dimensão evolutiva ou diacrônica que busca observar a evolução do gasto no tempo. Ultrapassa o enfoque descritivo – de caracterizar e descrever a realidade como uma fotografia (SANTANA, 2010) – ao buscar compreender não só a trama do fluxo de recursos, mas também as repercussões do processo histórico e dos marcos normativos e legais no financiamento do SUS e as desigualdades e iniquidades na distribuição dos recursos financeiros.

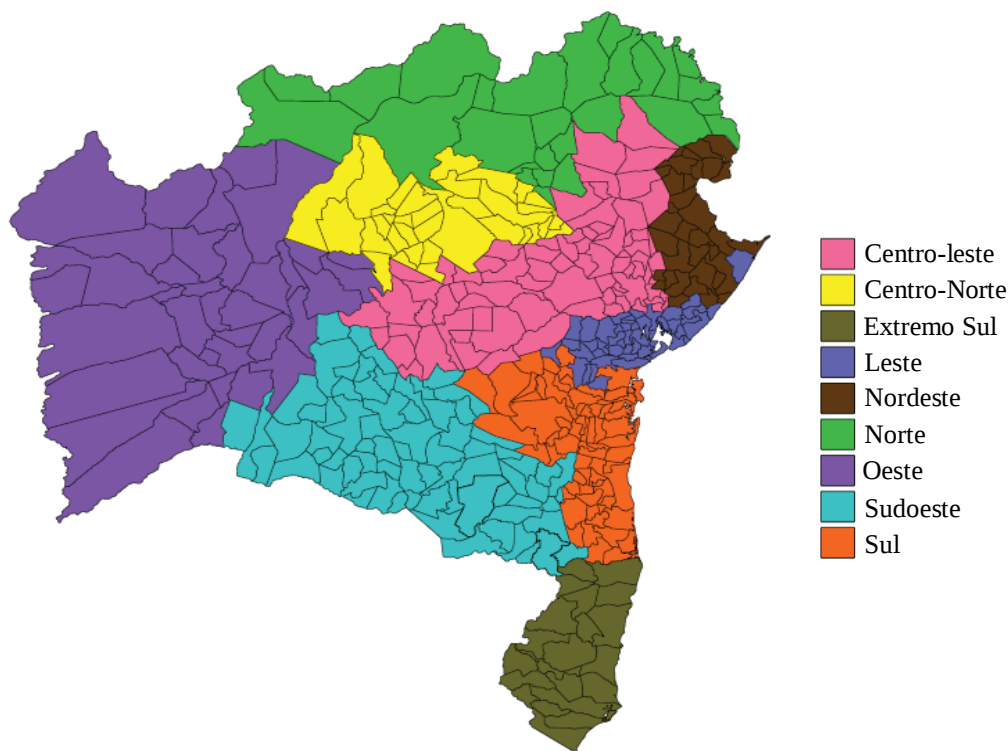
4.2 Lócus de investigação

4.2.1 O estado da Bahia

A Bahia, localizada na região Nordeste do Brasil, é o quinto estado em extensão territorial, com 564.692,669 km², ocupando 36,30% da região e 6,63% da área geográfica do país. Com tamanha extensão territorial, o estado possui uma densidade demográfica de 26,90 habitantes/km². Representa o quarto estado mais populoso com uma população estimada, no ano de 2018, de 14.812.617 habitantes e, assim, concentra 7,10% do total de habitantes da federação (IBGE, 2018).

De acordo com última atualização do PDR oficializada pela Resolução CIB nº 149/2017⁸ (BRASIL, 2017c), a Bahia é composta por 417 municípios organizados em 28 regiões de saúde e nove macrorregiões de saúde, conforme mostra as Figuras 2 e 3⁹. A divisão do seu território, segundo a reformulação realizada por meio da Lei 13.204/2014, conforma nove Núcleos Regionais de Saúde (NRS), contemplando o território de cada macrorregião (BAHIA, 2015).

Figura 2 - Divisão das macrorregiões de saúde segundo o Plano Diretor de Regionalização da Bahia.



Fonte: Bahia (2015).

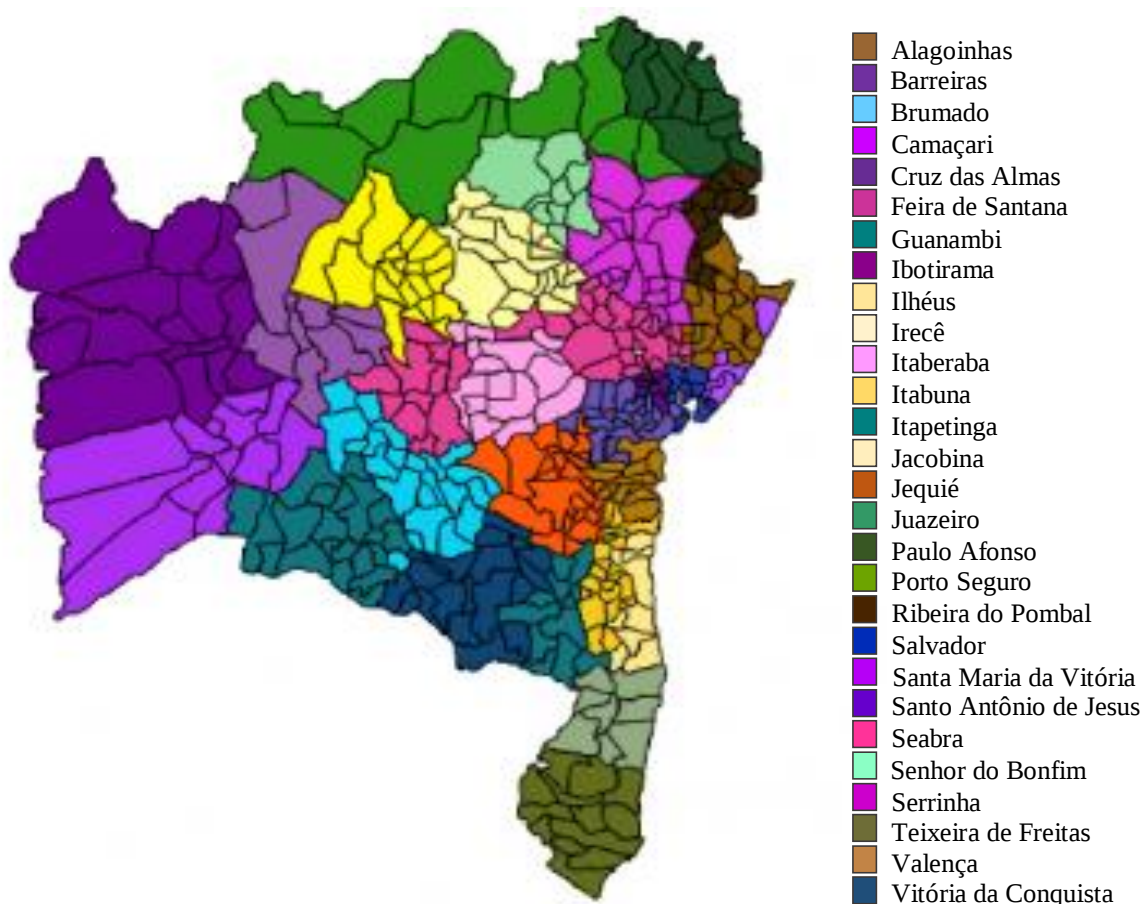
As macrorregiões de saúde são grandes agrupamentos de municípios, que constituem uma ou mais regiões de saúde. Possuem um município que é a referência regional para ações e serviços de saúde chamado de município polo (SOUZA; SOUZA; PINTO, 2014). As regiões de saúde, por sua vez, foram definidas pelo Decreto nº 7.508/2011 como sendo o espaço geográfico contínuo composto por grupamentos de municípios limítrofes, demarcados a partir de identidades socioeconômicas e culturais, e de redes de comunicação e infraestrutura de

⁸ A Resolução CIB nº 149/2017 aprovou a transferência do município de Feira da Mata, da Região de Saúde de Santa Maria da Vitória, para Região de Saúde de Guanambi.

⁹ No Apêndice A tem-se a relação dos municípios por macrorregiões e regiões de saúde do estado da Bahia.

transportes partilhados, a fim de proporcionar o planejamento, a organização e a execução de ações e serviços de saúde. Para ser estabelecida, a região de saúde deve dispor, minimamente, de ações e serviços de atenção primária, psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar, urgência e emergência e vigilância em saúde. Dessa forma, essas regiões são referência para as transferências de recursos entre os entes federados (BRASIL, 2011b).

Figura 3 - Divisão das regiões de saúde segundo o Plano Diretor de Regionalização da Bahia.



Fonte: Bahia (2015).

4.2.1.1 Aspectos demográficos e econômicos

Na Bahia, a população, entre os anos de 2003 a 2015, aumentou de 13.435.612 para 15.203.934 habitantes (Tabela 3), o que representa um acréscimo de 1.768.322 habitantes, no período. O percentual de crescimento foi da ordem de 13%. Entre os anos de 1980 e 2015 registrou-se um aumento populacional de 60,80% no estado (BAHIA, 2016).

Tabela 3 – PIB total e *per capita* da Bahia, 2003-2015.

Anos	PIB Total (valores correntes - R\$ milhão)	População (Habitantes)	PIB <i>per capita</i> (valores correntes - R\$ 1,00)
2003	67.174	13.435.612	4.999,71
2004	77.932	13.682.074	5.695,90
2005	88.292	13.815.334	6.390,86
2006	95.348	13.950.146	6.834,90
2007	109.330	14.080.670	7.764,51
2008	121.667	14.502.575	8.389,37
2009	137.942	14.637.364	9.424,00
2010	154.420	14.021.432	11.013,11
2011	166.603	14.097.534	11.817,87
2012	182.573	14.175.341	12.879,59
2013	204.844	15.044.137	13.616,22
2014	223.930	15.126.371	14.803,95
2015	245.044	15.203.934	16.117,12

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE.

Dentro do estado, a distribuição da população é bastante heterogênea. A macrorregião mais densamente povoada é a Leste, que possui mais de um terço dos habitantes do estado (31,6%), com destaque para a região de saúde de Salvador que concentra, por si só, 22,7% do total de residentes da macrorregião. Por outro lado, a menos populosa é a Centro-Norte, com 829.076 habitantes, em 2015. Vale ressaltar que a grande maioria dos municípios baianos (57%) possui menos de 20.000 habitantes, sendo considerados, portanto, de pequeno porte populacional (BAHIA, 2016).

O PIB da Bahia do ano de 2003 foi de R\$ 67 bilhões, o qual distribuído pela população ficou em torno de R\$ 5.000,00 *per capita*. Em 2009, o PIB já havia dobrado, atingindo, aproximadamente, R\$ 138 bilhões (R\$ 9.424,00 *per capita*). No ano 2015, o PIB alcançou R\$ 245 bilhões (R\$ 16.117,12 *per capita*) com um crescimento de 9% em relação ao ano anterior.

4.2.1.2 Perfil epidemiológico: morbimortalidade

Segundo o Plano Estadual de Saúde da Bahia (2016-2019), foram contabilizadas no estado 834.562 internações, em 2014. As principais causas de internação hospitalar na população baiana, em todas as faixas etárias, estavam relacionadas com as Doenças do Aparelho Respiratório (DAR), que representaram 15,3% de todos os internamentos. Vale destacar que há uma tendência de declínio, como o que tem acontecido com as Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), a segunda mais frequente (13,2%) e a que mais registrou redução de 2008 a 2014. Por outro lado, as internações decorrentes das causas externas foram as que apresentaram maior crescimento no período, da ordem de 50% (BAHIA, 2016).

Entre crianças menores de um ano, as doenças originadas no período perinatal, DAR e as DIP foram responsáveis por 80,4% das internações no sexo masculino e 82,6% no sexo feminino, no ano de 2014. Para crianças de 1 a 4 anos e de 5 a 9 anos, as taxas de internação continuam decorrentes das DAR e das DIP. Contudo, o risco se reduz com o aumento da idade. De 1 a 4 anos o risco de internação por DAR foi de 248,9 internações por 10 mil habitantes, enquanto na faixa etária de 5 a 9 anos foi de 83,1 internações por 10 mil habitantes. Entre os adolescentes (10 a 19 anos) do sexo masculino, as causas de internações mais proeminentes estavam relacionadas com lesões derivadas de causas externas, sendo 44,9 e 71,7 internações por 10 mil, respectivamente, para os grupos de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos. No sexo feminino, as internações por causas ligadas ao ciclo gravídico – gravidez, parto e puerpério – totalizaram 41,7 internações por 10 mil habitantes (BAHIA, 2016).

Entre os adultos até 49 anos do sexo masculino predominaram as causas externas. No grupo entre 50 e 59 anos, as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) foram responsáveis por um maior quantitativo de internações. Nas mulheres, até os 39 anos, houve destaque para as internações por gravidez, parto e puerpério e na faixa de 40 a 49 anos as neoplasias assumiram as principais causas de internação (104,7 internações por 10 mil habitantes). Entre mulheres de 50 a 59 anos, as DAC persistiram como primeira causa de internações desde 2001, seguidas das neoplasias. Na faixa etária de 60 anos e mais, foram registradas 88.179 internações de homens e 93.134 de mulheres, sendo que 23% das internações em homens e 24,3% em mulheres foram ocasionadas pelas DAC (BAHIA, 2016).

Como reflexo das melhorias nas condições de vida e do envelhecimento da população baiana, a análise da mortalidade proporcional por idade evidenciou uma redução de 86,5% dos óbitos de menores de um ano, bem como uma elevação de 74,4% no número total de óbitos entre os indivíduos de 50 anos e mais. Não obstante as alterações nos padrões de

morbimortalidade da população da Bahia, as principais causas de óbito analisadas no ano de 2004 mantiveram-se em 2014, ano em que foram contabilizadas 85.539 mortes, das quais 23,0% ocorreram por conta das DAC, representando o grupo de mortes mais importante, seguido de causas externas (15,6%), neoplasias (12,6%), DAR (7,5%) e doenças endócrinas (7,1%). No grupo das DAC, as doenças isquêmicas do coração, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e cerebrovasculares ampliaram as suas participações no risco de morte. Importa assinalar que o maior incremento apresentado nas taxas de mortalidade específicas por DAC deveu-se ao IAM (40,3%). Entre 2004 e 2014, o risco de morte por DAC aumentou em todo estado, com exceção da macrorregião Leste, que conseguiu manter as taxas de forma estável. Neste último ano, o maior risco de morte foi registrado na macrorregião do Extremo Sul (136,6 óbitos por 100.000 habitantes) (BAHIA, 2016).

O risco de morte por causas externas cresceu 54,5%, no período de 2004 a 2014. Essa tendência de elevação refletiu em todas as macrorregiões, com destaque para o Extremo Sul, a qual exibiu a maior taxa no ano de 2014 (116,9 óbitos por 100.000 habitantes). Nesse grupo de causas de óbitos, as maiores frequências no estado deveram-se aos homicídios, aos acidentes de trânsito e às quedas.

Quanto aos óbitos decorrentes de neoplasias – terceiro lugar entre as causas de maior risco de morte – aumentaram em todas as macrorregiões, com destaque para a Leste e a Norte. Em suma, a distribuição dos óbitos nas macrorregiões concentrou-se nas cidades de maior porte populacional. Destarte, na macrorregião Leste, onde se concentram os municípios da região de Salvador, ocorreram aproximadamente 30% de todos os óbitos registrados no estado, seguido da macrorregião Centro-Leste, na qual se encontra Feira de Santana, a segunda maior cidade da Bahia.

4.2.1.3 Panorama dos serviços de saúde

O estado da Bahia, em 2015, possuía 3.292 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 3.350 equipes de saúde da família. Houve um aumento de 201% no número de unidades se comparado ao ano de 2003, quando funcionavam 1.093. A cobertura da atenção básica nesse período passou de 27% para 74%, abrangendo uma população de 11.260.605 habitantes (SAGE, 2015; CNES, 2015a; DAB, 2015).

No que diz respeito à atenção ambulatorial de saúde, contabilizavam-se no estado 544 Policlínicas, 1.108 unidades de apoio diagnose e terapia e 2.945 estabelecimentos classificados como clínica especializada. A macrorregião Leste concentrava a maior parte desses

estabelecimentos: 281 (52%) policlínicas, 1.422 (48%) clínicas especializadas e 353 (32%) unidades de serviço de apoio a diagnose e terapia (DATASUS, 2015a).

Em 2015, a Bahia possuía 464 hospitais gerais, 75 hospitais especializados e 97 hospitais dia (internação parcial), totalizando 5.636 hospitais. A quantidade de leitos de internação totalizava 29.006, sendo 23.348 leitos do SUS e 5.658 complementares (CNES, 2015b). Chama atenção o fato dos leitos estarem diminuindo gradualmente: em 2010 eram 32.021 leitos de internação, dos quais 26.084 estavam disponíveis no SUS (BAHIA, 2012). A macrorregião Leste, concentrou 32% do número total de leitos do SUS, o equivalente a 7.521, seguida da macrorregião Centro-Leste com aproximadamente 15% (3.434). Por outro lado, a macrorregião Nordeste foi a que dispunha de um menor número de leitos, 4% (995) (DATASUS, 2015b).

No âmbito da saúde mental, entre os anos de 2005 e 2015, houve uma redução percentual dos leitos psiquiátricos do estado da ordem de 45,3%. Em 2005, o SUS disponibilizava cerca de 98% dos leitos (1.886). Já em 2015, passou a ofertar 60,3% menos (748 leitos). Ano em que o número de internações nos leitos psiquiátricos reduziu 65,5% (BAHIA, 2016).

No que concerne aos equipamentos de média e alta complexidade existentes, o estado contava com 4.332 aparelhos de Raio X, 140 de ressonância magnética, 1.104 de ultrassom doppler colorido, 2.152 de eletrocardiógrafos, 355 de eletroencefalógrafo, 1.885 equipamentos de hemodiálise, 383 mamógrafos e 225 tomógrafos, dentre outros (CNES, 2015c). O segmento privado dispõe de boa parte desses equipamentos, de modo que em uso no SUS esse quantitativo de equipamentos é bem menor: encontravam-se 35% (1.532) dos equipamentos de Raio X, 58% (81) de ressonância magnética, 39% (432) de ultrassom doppler colorido, 56% (1.213) dos eletrocardiógrafos, 44% (156) dos eletroencefalógrafos, 80% (1.502) dos aparelhos de hemodiálise, 55% (210) dos mamógrafos e 58% (130) dos tomógrafos.

4.2.2 As capitais brasileiras

O Brasil é uma federação composta por 26 estados e um Distrito Federal, onde está estabelecida a capital do país: Brasília. O SUS funciona em todo o país sob responsabilidade de três níveis de governo (federal, estadual e municipal), que partilham o seu financiamento. Possui direção única em cada um desses níveis, sendo exercida através do MS, das 27 Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das 5.570 Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Os estados e os municípios têm administrações autônomas, já que arrecadam seus próprios

impostos e recebem uma parte dos impostos recolhidos pelo governo federal e, no caso dos municípios, também dos estados. Os estados e o Distrito Federal podem ser agrupados nas seguintes regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

4.2.2.1 Aspectos demográficos e econômicos

O conjunto das 27 capitais, em 2015, totalizou 48,7 milhões de habitantes, representando 23,85% da população total do país. São Paulo é a capital mais populosa, com 11.967.824 milhões de habitantes, seguido de Rio de Janeiro, Salvador e Brasília, com respectivamente, 6.476.629, 2.921.090 e 2.914.830 milhões de pessoas (Tabela 4).

De 2003 a 2015, a maior parte das capitais brasileiras perdeu participação no PIB nacional, o que significou, no período, uma diminuição de 2,9 pontos percentuais. No ano de 2015, sete capitais (Brasília, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Curitiba e Manaus) foram responsáveis por aproximadamente 25% do PIB do nacional (R\$ 5,9 trilhões), abrigando 14,3% da população do país. A capital São Paulo foi a que mais contribuiu com o PIB brasileiro, seguida do Rio de Janeiro e de Brasília, enquanto Palmas foi a que teve a menor participação.

No ano de 2015, o maior PIB foi o da região Sudeste (3,24 trilhões). Em seguida vieram as regiões Sul (R\$ 1,01 trilhão), Nordeste (R\$ 848,53 bilhões), Centro-Oeste (R\$ 579,75 bilhões) e Norte (R\$ 320,77 bilhões). Centro-Oeste foi a região do país onde o conjunto dos PIB de suas capitais (Campo Grande, Cuiabá, Goiânia e Brasília) obteve maior representatividade (53,08%). Sendo válido sinalizar que o PIB de Brasília, a capital do Brasil, foi responsável 37,19% do PIB dessa grande região. Por outro lado, as capitais do Sul foram as que menos contribuíram em relação ao PIB de sua grande região (16,93%). No Nordeste, as capitais foram responsáveis por 33,38% do PIB, com destaques para Salvador e Fortaleza, com participações de, respectivamente, 6,82% e 6,75%.

A região Sudeste foi a que possuiu o mais elevado PIB *per capita* (R\$ 37.771,26), enquanto o Nordeste apresentou o menor (R\$ 15.002,33). A maior parte (55,56%) das capitais obteve um PIB *per capita* inferior ao nacional (R\$ 29.326,33). Brasília destacou-se com o maior PIB *per capita* (R\$ 73.971,05) e Salvador com o menor (R\$ 19.812,05).

Tabela 4 - PIB total e *per capita* e a participação do PIB das Capitais no PIB das grandes regiões brasileiras, 2015.

Grande Região/Capital	PIB (R\$ 1.000,00)	População (Hab.)	PIB <i>per capita</i> (R\$ 1,00)	PIB Capitais/ PIB Grandes Regiões %
Nordeste	848.533.093	56.560.081	15.002,33	33,38
Salvador/BA	57.872.793	2.921.090	19.812,05	6,82
Fortaleza/CE	57.246.034	2.591.411	22.090,68	6,75
Recife/PE	48.032.463	1.617.260	29.699,90	5,66
São Luís/MA	26.832.481	1.073.893	24.986,18	3,16
Natal/RN	20.904.276	869.953	24.029,20	2,46
Maceió/AL	20.681.597	1.013.643	20.403,24	2,44
João Pessoa/PB	18.336.936	791.436	23.169,20	2,16
Teresina/PI	17.627.625	844.038	20.884,87	2,08
Aracaju/SE	15.672.677	632.745	24.769,34	1,85
Norte	320.774.701	17.472.636	18.358,69	44,46
Rio Branco/AC	8.266.473	370.549	22.308,72	2,58
Belém/PA	29.280.972	1.433.981	20.419,36	9,13
Boa Vista/RR	7.559.301	320.716	23.570,08	2,36
Palmas/TO	7.400.436	272.727	27.134,96	2,31
Porto Velho/RO	13.946.784	502.747	27.741,16	4,35
Manaus/AM	67.066.846	2.057.712	32.592,92	20,91
Macapá/AP	9.085.050	456.175	19.915,71	2,83
Sudeste	3.238.716.463	85.745.520	37.771,26	33,40
Belo Horizonte/MG	87.364.598	2.502.554	34.910,17	2,70
Vitória/ES	23.041.070	355.876	64.744,66	0,71
Rio de Janeiro/RJ	320.774.459	6.476.629	49.528,00	9,90
São Paulo/SP	650.544.789	11.967.824	54.357,82	20,09
Sul	1.008.017.689	29.230.180	34.485,51	16,93
Curitiba/PR	83.864.936	1.879.357	44.624,27	8,32
Porto Alegre/RS	68.117.224	1.476.866	46.122,82	6,76
Florianópolis/SC	18.636.407	469.690	39.678,10	1,85
Centro-Oeste	579.745.054	15.442.232	37.542,83	53,08
Campo Grande/MS	24.257.415	853.623	28.417,01	4,18
Cuiabá/MT	21.220.587	580.487	36.556,52	3,66
Goiânia/GO	46.632.596	1.430.696	32.594,34	8,04
Brasília/DF	215.613.025	2.914.830	73.971,05	37,19

Fonte: IBGE (2018).

4.3 Fontes de dados

Indubitavelmente, a utilização de dados secundários viabiliza economicamente os estudos em saúde e valoriza os sistemas de informação, fornecendo subsídios para seu aperfeiçoamento e estimulando sua utilização na tomada de decisão. Nessa linha, constituíram fontes de dados da pesquisa, referentes ao financiamento de ações e serviços de saúde, o SIOPS e o sistema de informação mantido pelo FNS. Os dados derivados dessas fontes se referiram às entradas de recursos financeiros nos cofres do Estado (receitas) e aos dispêndios para o funcionamento dos serviços, programas e ações de saúde (despesas) presentes em cada município.

O SIOPS é um instrumento de planejamento, gestão e controle social do SUS que reúne informações declaradas por municípios, estados e pela União sobre o financiamento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a). Constitui-se como importante fonte de dados ao realizar acompanhamentos, fiscalização e avaliação do financiamento no âmbito saúde no Brasil (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003). De acordo com as determinações da LC 141/2012 (BRASIL, 2012a), o registro e a atualização de dados no SIOPS pelos entes federados são obrigatórios.

O FNS, por sua vez, contém informações acerca da gestão financeira dos recursos do SUS, sendo possível acessar programas, convênios, consulta de pagamentos, dentre outros dados (BRASIL, 2011a). Instituído por meio do Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969, o FNS consiste na unidade gestora dos recursos financeiros destinados ao SUS, na esfera federal. Os recursos alocados pelo FNS têm por finalidade possibilitar aos entes federados a realização, de modo descentralizado, de ações e serviços de saúde, assim como investimentos na rede de serviços (FNS, 2019).

Para a obtenção do IPCA e dos dados populacionais a principal fonte foram as informações do IBGE. O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) disponibilizaram informações acerca dos indicadores de oferta e utilização de serviços. No que diz respeito ao IDHM, utilizou-se dados provenientes do Atlas de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

4.4 Instrumento de coleta e análise de dados: contas nacionais de saúde

Em que pese a importância inestimável dos sistemas de informação mantidos pelo MS, admite-se que a sintetização da informação no que concerne ao financiamento da saúde atende

mais aos interesses do âmbito central da gestão do Estado brasileiro. A compreensão das lacunas e dos empecilhos para o uso dessas informações pelos estados e municípios, e pela sociedade, de forma geral, tornou expressa a necessidade de alterar a ordem e a forma de produção da informação para a criação de um sistema de contas em saúde. Daí a necessidade de utilização nesta pesquisa do chamado modelo Contas Nacionais de Saúde (CNS) (COELHO, 2016).

Este modelo foi desenvolvido inicialmente nos EUA e aperfeiçoado pela OMS. Adota os princípios básicos do *System of Health Accounts* (SHA) da OCDE contidos no manual de classificação da SHA, o *International Classification for Health Accounts* (ICHA). O SHA foi desenvolvido com a finalidade de possibilitar comparação internacional de gastos em saúde, sendo mais útil para sistemas de saúde de uma única fonte de recursos. Em contraponto, as CNS desagregam recursos por categorias, o que as tornam mais flexíveis e apropriadas frente à complexidade de países como o Brasil (COELHO, 2016; BRASIL, 2018b). As CNS foram utilizadas com sucesso em países que possuem sistemas pluralísticos de saúde, que abrangem diversas fontes, agentes e provedores, em especial, na América Latina (MAGNOLI, 2001; PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS, 2003).

As CNS podem ser concebidas como uma descrição sistemática dos fluxos financeiros relacionados com ações e serviços de saúde ofertados para a população de um determinado país e período. Nessa perspectiva, podem tornar-se ferramentas fundamentais para uma boa governança, auxiliando na tomada de decisão na gestão do sistema de saúde ao capturar fluxos financeiros atinentes à prestação da assistência de saúde, avaliar lacunas do processo de financiamento e adequar gastos em relação ao acesso, aos indicadores epidemiológicos, dentre outros (WHO, 2011).

O modelo de CNS representa uma ferramenta que facilita e viabiliza o processo de sintetização, descrição, análise e interpretação das informações financeiras geradas com o intuito de contribuir para um maior entendimento da conformação dos gastos em saúde com vistas à melhoria do desempenho do sistema de saúde. Trata-se de um instrumento de apoio à gestão orçamentária, desde sua elaboração até a execução, para o alcance das metas das políticas de saúde, já que permite seguir o fluxo dos recursos financeiros das origens até os usos (COELHO et al., 2005).

Com base no modelo de CNS, os gastos em saúde podem ser mensurados utilizando uma matriz com quatro categorias básicas da atenção à saúde, que orientam a montagem das tabelas básicas (como evidencia o Quadro 6), que, por sua vez, estruturam, organizam e tabulam os dados e guiam o processo de análise.

Quadro 6 - Categorias e tabelas básicas das CNS.

Categorias Básicas das CNS	Tabelas Básicas das CNS
- Fontes de Financiamento: são responsáveis por fornecer as verbas para o setor da saúde, tais como os recursos de arrecadação tributária federal, estadual e municipal. - Agentes de Financiamento: são os receptores intermediários das verbas de fontes de financiamento e as usam para pagar serviços de saúde e produtos. - Provedores: são os receptores finais das verbas de cuidados com a saúde. Distribuem os serviços de saúde para a população, ou seja, os hospitais, as clínicas e os postos de saúde. - Atividades: referem-se às ações e aos serviços que os provedores oferecem com seus recursos, por exemplo, curativos, cuidados de enfermagem, insumos médicos, dentre outros.	- Tabela 1. Fontes de Financiamento por Agentes de Financiamento. - Tabela 2. Agentes de Financiamento por Provedores. - Tabela 3. Agentes de Financiamento por Atividades. - Tabela 4. Provedores por Atividades.

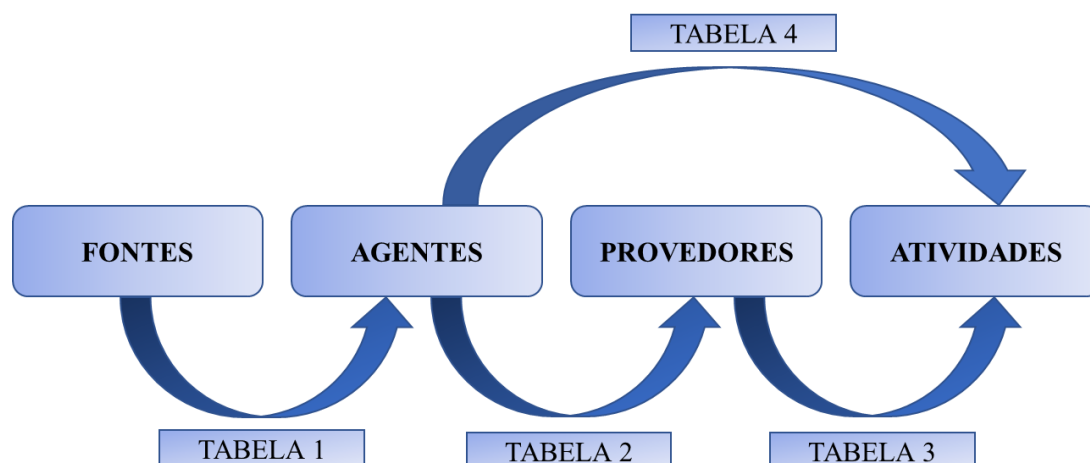
Fonte: WHO (2003).

O detalhamento do fluxo de recursos, de cada fonte até as atividades específicas, permite identificar como cada serviço é financiado (quem gasta em saúde, como e quando), ampliando, desse modo, a visão de toda a estrutura do financiamento da saúde (COELHO et al., 2005). Cada tabela bidimensional apresenta o fluxo dos fundos (verbas) de uma categoria de entidade de saúde para outra, isto é, quanto é gasto por cada dimensão de cuidados com saúde e para onde estas verbas são transferidas. Assim, expressam o gasto com a saúde a partir dos registros de diferentes momentos do fluxo financeiro (COELHO; CHAGAS, 2006). A Figura 4 ilustra o referido fluxo do dinheiro, composto por receitas¹⁰ e despesas¹¹.

¹⁰ As receitas públicas são definidas como ingressos de recursos financeiros nos cofres dos entes governamentais, com a finalidade de cobrir as despesas com ações e serviços públicos (BRASIL, 2004).

¹¹ As despesas públicas são dispêndios em saúde voltados para a promoção do acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços de saúde ofertados no âmbito do SUS (BRASIL, 2012a).

Figura 4 - Representação gráfica do fluxo de recursos no processo de financiamento do SUS, com a demarcação das tabelas propostas pela metodologia das CNS.



Fonte: Teles (2015).

Neste estudo, foi utilizada a primeira das quatro tabelas do modelo de CNS para mensurar a evolução dos gastos em saúde. Os dados sobre o financiamento de ações e serviços de saúde foram coletados, organizados e analisados com o auxílio desse instrumento de contas. A Tabela 1 do modelo de CNS (fontes de financiamento por agentes de financiamento) é apresentada em sua forma sintética no Quadro 7¹². A designação “fundos de saúde” representa o conjunto dos recursos financeiros de determinadas fontes (federais, estaduais e municipais) e a palavra “governo” refere-se aos agentes de financiamento ou entes intermediários ou gestores, podendo representar, por exemplo, as secretarias de saúde municipais, que recebem os recursos das fontes federais, estaduais e municipais para aplicação em uma diversidade de programas, ações e serviços de saúde, ou ainda uma aglomeração de municípios na forma de macrorregiões ou regiões de saúde (COELHO, 2016).

Essa tabela foi adaptada à realidade do financiamento e dos sistemas de informação brasileiros de forma a contemplar as mudanças das fontes de financiamento do SUS a cada ano, com a expectativa de fornecer informações mais acessíveis para os gestores e para o controle social, levando-se em conta seu potencial e a facilidade de uso para o alcance de maior eficiência e equidade na distribuição dos recursos. Ao final da construção-alimentação da tabela, obteve-se a totalidade das fontes de financiamento (origem) usadas por todos os municípios (eixo horizontal) e dos agentes ou gestores do financiamento (eixo vertical).

¹² A Tabela 1 do modelo de CNS também é apresentada de forma mais detalhada no Apêndice B.

Quadro 7 - Forma simplificada da Tabela 1: fontes de financiamento por agentes de financiamento.

Agentes de Financiamento		Fontes de Saúde			Total
		FS. 1 Fundos de Saúde			
		FS.1.1 Federal	FS.1.2 Estadual	FS.1.3 Municipal	
AF.1 Governo	AF.1.1 Governo Estadual				
	AF.1.2 Governos Municipais				
Total					

Fonte: Coelho (2016).

4.5 Análise e interpretação de dados

Os dados referentes ao financiamento do SUS foram tabulados através da Tabela 1 da metodologia de CNS, com a utilização do Excel. Neste programa, a partir da formação das matrizes contábeis, foi possível analisar a evolução do financiamento das diversas ações e programas criados ao longo do período de estudo pelo governo federal, compreender composição da arrecadação tributária do âmbito municipal, além de mensurar o gasto federal e estadual – representados pelas respectivas receitas transferidas aos municípios –, bem como os gastos dos municípios baianos, constituídos pelos recursos próprios aplicados no setor saúde e declarados ao SIOPS. Na perspectiva orçamentária, as receitas passam pelos estágios de previsão, lançamento, arrecadação e recolhimento. No momento em que a transação já foi efetuada, a receita é tida como “realizada”. A vantagem de se utilizar esse tipo de receita é que é informado o seu destino (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016a). Os dados oriundos do FNS foram usados para a mensuração das transferências federais para as capitais brasileiras, uma vez que foram constatadas grandes irregularidades na transmissão de dados desses municípios para o SIOPS, o que inviabilizou a utilização desta fonte. Extraíu-se as informações financeiras do sítio eletrônico do FNS a partir de consultas de pagamento consolidado para cada capital do país.

Para os municípios do estado da Bahia foi ainda possível observar o cumprimento da aplicação mínima em ASPS, regulada pela EC 29/2000 e pela LC 141/2012. Inicialmente foi

feita a montagem do banco de dados a partir dos demonstrativos contábeis do SIOPS contendo a totalidade das receitas e os percentuais aplicados por cada município durante todo o período estudado. Em seguida, essas informações foram transferidas para a Tabela 1 do modelo de CNS, após a efetuação do cálculo de aplicação do percentual de recursos próprios municipais destinados à saúde na receita de impostos e transferências constitucionais e legais vinculada à saúde.

Importante esclarecer que as receitas tributárias municipais são constituídas de ingressos de recursos provenientes de impostos recolhidos localmente, mas também por transferências constitucionais e legais executadas tanto pela União quanto pelo estado. Tais transferências, atinentes aos impostos, diferem daquelas transferências vinculadas a determinado bloco de financiamento ou a programa de saúde específico, pois são contabilizadas como recursos próprios dos municípios, posto que legalmente a eles pertencem, independente da competência para tributar. O Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), por exemplo, é um imposto estadual, mas os municípios possuem direito a receber uma parcela dele, o que é chamado de cota-parte (TELES; COELHO, 2016).

A análise dos dados relativos aos gastos em saúde em suas várias dimensões e relações foi executada através de operações de natureza contábil, a partir do cálculo das receitas e despesas de cada matriz. Para fins de comparabilidade entre os anos, os valores nominais absolutos, da série histórica, foram deflacionados pelo IPCA/IBGE.

Toda essa gama de dados possibilitou a análise e interpretação com base na composição de *rankings*, médias e percentagens, assim como a partir elaboração de medidas da relação entre o financiamento e a produção dos serviços de saúde. No Quadro 8, encontram-se elencados os principais indicadores de financiamento.

De acordo com Paiva (2002), a capacidade instalada e a disponibilidade de recursos humanos e de serviços para a população podem ser tidas como indicadores da capacidade de reposta por parte do poder público frente às demandas de saúde das populações. De modo a evidenciar as implicações da capacidade instalada na distribuição dos recursos foram ainda produzidos, com base nos dados do DATASUS, os seguintes indicadores de oferta de serviços de saúde: Leitos Totais e Leitos SUS por habitantes; % de Leitos SUS; Procedimentos de Média Complexidade (MC); Procedimentos de Alta Complexidade (AC) e Equipes de Saúde/10.000 habitantes.

Quadro 8 - Indicadores de financiamento da saúde.

Indicadores de Financiamento
Gasto Público em Saúde (GPS) ¹³
Gasto Público em Saúde <i>per capita</i> (GPS <i>per capita</i>) ¹⁴
Gasto Público Municipal em Saúde (GPSM)
Gasto Público Estadual em Saúde (GPSE)
Gasto Público Federal em Saúde (GPSF)
Gasto Público Municipal em Saúde <i>per capita</i> (GPSM <i>per capita</i>)
Gasto Público Estadual em Saúde <i>per capita</i> (GPSE <i>per capita</i>)
Gasto Público Federal em Saúde <i>per capita</i> (GPSM <i>per capita</i>)
GPS como proporção do PIB
Gasto Estadual em Saúde como proporção do PIB
Gasto público em saúde como proporção do gasto público total
Gasto Público Municipal com Saúde como proporção do GPS
Gasto Público Estadual com Saúde como proporção do GPS
Gasto Público Federal com Saúde como proporção do GPS
Taxa de crescimento anual (TCA) do GPS

Fonte: Elaboração própria.

Para o exame das desigualdades e iniquidades na distribuição dos recursos do SUS no estado da Bahia, as seguintes variáveis foram selecionadas: o gasto público federal em saúde de cada município (que consiste em um elemento fundamental para análise comparativa da equidade, já que a distribuição dos recursos federais deveria estar condicionada ao grau das necessidades dos municípios) e o IDHM desenvolvido pelas Nações Unidas. Para a análise das desigualdades no âmbito da distribuição dos recursos federais para as capitais do Brasil foram utilizadas como variáveis o gasto público federal em saúde e a população, conforme as estimativas divulgadas pelo IBGE.

Importa assinalar que os dados relativos ao IDHM se encontram vinculados às informações fornecidas pelos censos demográficos realizados a cada decênio pelo IBGE. O Atlas Brasil usa os dados dos últimos censos para garantia de comparabilidade e de

¹³ Refere-se à soma dos gastos federais, estaduais e municipais no âmbito do SUS.

¹⁴ Representa o gasto público em saúde dividido pelo número de habitantes, no ano estudado.

representatividade entre os municípios, já que os dados são obtidos a partir do mesmo processo. Assim, não são realizadas estimativas para outros anos, que não os do censo, como as que ocorrem com a população dos municípios.

No sentido de analisar as desigualdades na descentralização dos recursos federais para os municípios baianos e capitais brasileiras foi elaborada a Curva de Lorenz, que consiste em uma representação gráfica de frequências acumuladas que compara a distribuição obtida por uma dada variável com o que seria uma distribuição perfeitamente igualitária/equânime, representada por uma reta de inclinação de 45° (HOFFMANN, 2002). Quanto mais distante se formar a curva de frequência relativa acumulada em relação a essa reta, maior será a desigualdade, ou a depender da variável utilizada, mais ampla será a iniquidade (SCHNEIDER et al., 2002; MATOS, 2005). A Curva de Lorenz foi usada para medir como foram distribuídos os recursos para os municípios, em relação ao seu tamanho populacional e ao seu IDHM. Considerou-se o porte dos municípios como elemento na análise das necessidades de saúde, já que, historicamente, as políticas de financiamento concentram recursos e capacidade instalada em municípios com grandes aglomerados populacionais. Para a sintetização das curvas, os municípios foram ordenados de forma crescente de população, bem como de IDHM.

No sentido de identificar e analisar as iniquidades atinentes à distribuição dos recursos para o setor da saúde o IDHM foi tomado como uma *proxy* das necessidades em saúde. A análise foi feita comparando-se os repasses federais a cada município do estado da Bahia com o respectivo IDHM. O objetivo foi verificar se municípios com baixo IDH receberam proporcionalmente menos recursos federais para o setor da saúde, o que caracterizaria uma distribuição iníqua de recursos.

O IDH consiste em um dos mais importantes indicadores socioeconômicos, trata-se de um indicador síntese, que compreende três dimensões do desenvolvimento humano: o grau de escolaridade, renda e o nível de saúde baseado na expectativa de vida, que reflete as condições de saúde e dos serviços de saneamento, de uma dada área geográfica, cujo objetivo é mensurar o desenvolvimento de uma região. O índice pode variar de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1 maior o IDH de um município – de 0 a 0,499 é considerado muito baixo, de 0,500 a 0,599 baixo, de 0,600 a 0,699 médio, de 0,700 a 0,799 alto e de 0,800 a 1 é tido como muito alto (SOUZA; SOUZA; PINTO, 2014; BAHIA, 2016). Para análise desse indicador de forma regionalizada foi calculada a média do IDHM por macrorregiões de saúde.

Um ponto positivo é facilidade de obtenção do IDH e o seu potencial de comparabilidade entre realidades distintas, posto que em uma série de países é sintetizado com a mesma metodologia (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Por outro lado, um fator que dificulta

a análise com uso do IDH se refere à capacidade instalada no setor da saúde que compõe a oferta de serviços que acaba condicionando a demanda e o financiamento da média e alta complexidade, uma vez que o financiamento da atenção básica possui mecanismos redistributivos importantes como o PAB fixo, que usa critério populacional, e o variável, que depende do investimento/adesão municipal a determinados programas. Isto é, não é possível alocar recursos de custeio para um município que não possua estrutura de serviços, o que significa que o baixo IDHM, pode significar um indicador de capacidade a ser instalada, o que implica em necessidade de financiamento de investimento (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016a).

Foi realizado ainda o cálculo do Índice de Gini que é baseado na Curva de Lorenz, correspondendo a duas vezes a área entre a curva e a linha de 45° equidistante entre os eixos. Esse índice é amplamente utilizado em todo o mundo para quantificar as desigualdades em termos de distribuição de recursos em variadas áreas de estudo. Varia entre zero e um, sendo que zero representa uma distribuição completamente equitativa, desse modo, quanto mais os valores do índice se afastarem dele, maior será a iniquidade. Optou-se por fazer a análise por fonte de recursos na procura de avaliar a capacidade do financiamento das subfunções de saúde em ampliar ou reduzir as iniquidades (UGÁ; SANTOS, 2005; VAZQUEZ, 2011).

A despeito dos slogans de transparência governamental, é importante sinalizar que o gasto total efetuado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) em cada município, região de saúde e macrorregião não se encontra disponível publicamente, uma vez que os relatórios de gestão são de difícil acesso. Dessa forma, a fim de dimensionar o gasto público com o SUS foram utilizadas as informações transmitidas ao SIOPS passíveis de desagregação. Para Mendonça et al. (2014), a grande dificuldade para obtenção dos dados acerca das transferências estaduais em saúde no Brasil ocorre por conta da reduzida transparência e/ou ausência de disponibilidade desse tipo de informação no nível estadual e também pelo inapropriado registro nos relatórios do SIOPS, por parte dos municípios.

A análise forneceu o ponto de partida para a construção de um sistema de contas em cada município do estado da Bahia e nas capitais brasileiras. Além disso, a aplicação do modelo de CNS possibilitou uma visão mais precisa da estrutura de financiamento do setor da saúde, já que consiste em um instrumental para a avaliação das desigualdades existentes no que diz respeito à alocação de recursos.

4.6 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos no campo da saúde têm na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos. Essa resolução reúne sob a ótica do indivíduo e das coletividades uma série de referenciais da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade) com o propósito de assegurar os direitos e deveres que proferem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012b).

Ao investigar o fluxo das contas de saúde, os gestores responsáveis pela condução do financiamento dos serviços de saúde, de algum modo, poderão estar submetidos a riscos na dimensão política, psíquica, social. Em respeito ao princípio de não maleficência, foi garantido o sigilo, anonimato e privacidade dos gestores e não foi estabelecida, em nenhum momento, articulação com os gestores responsáveis pelos municípios no período abrangido pela pesquisa.

Em cumprimento da Resolução 466/2012, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Os dados, após a coleta, ficaram arquivados no Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC), localizado no prédio de pós-graduação em Saúde Coletiva da UEFS, sob responsabilidade do pesquisador e da orientadora do projeto, a prof.^a Thereza Christina Bahia Coelho.

No que diz respeito aos benefícios, a aplicação de uma metodologia a qual permita captar as singularidades da realidade do financiamento da saúde viabiliza um maior entendimento do sistema e novos ângulos de análise para os planejadores das políticas públicas em saúde. Dessa forma, irá servir como um novo instrumento de conhecimento e controle para a gestão dos recursos financeiros no setor da saúde, a ser utilizado pela secretaria de saúde do estado e pelos municípios. Este estudo representa um importante passo no desenvolvimento da tecnologia de contas na área da saúde no Brasil.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo 1

OS DESEQUILÍBRIOS DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE NA BAHIA E O PARADOXO DO SUBFINANCIAMENTO

THE IMBALANCES OF PUBLIC SPENDING ON HEALTH IN BAHIA AND THE PARADOX OF SUBFINANCING

Andrei Souza Teles
Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

O artigo busca analisar os gastos públicos com o Sistema Único de Saúde (SUS) em macrorregiões, regiões de saúde e municípios do estado da Bahia, de 2003 a 2015. Os dados advindos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) foram analisados através do modelo de Contas Nacionais de Saúde. Os resultados encontrados demonstraram incremento real no período de 176% no Gasto Público em Saúde (GPS) total e de 144% no GPS *per capita*, incluindo recursos geridos pelos municípios, mas oriundos das três esferas de governo. A evolução do gasto apresentou-se de forma desequilibrada, com quedas, concentrando-se nas macrorregiões de maior porte populacional e maior capacidade instalada. Contudo, diante de suas grandes populações, os aportes mostraram-se ainda insuficientes. O paradoxo do subfinanciamento desvelou-se de forma inequívoca em todas as unidades fisiográficas. Em 2015, 64% das regiões de saúde ficaram abaixo da média de gasto *per capita* do estado e 41% das municipalidades gastaram menos de R\$ 7 milhões. Sob a égide do SUS, há uma enorme imprescindibilidade em ampliar o financiamento, melhorar a gestão e a distribuição dos recursos, além de fortalecer sua base regional e o controle social.

PALAVRAS-CHAVE: Gastos em saúde; Financiamento da saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The article seeks to analyze public expenditures with the unified Health System (SUS) in macro-regions, health regions and municipalities in the state of Bahia, from 2003 to 2015. Data from the Information System on Public Budgets of Improve Mede (SIOPS) were analyzed through the National Health Accounts model. The results found show real increment in the period of 176% in the total public health expenditure (GPS) and 144% in the *per capita*, including resources managed by municipalities, but originated from the three spheres of government. The evolution of expenditure was unbalanced, with falls, concentrating in the larger population macroregions and greater Installed capacity. However, in view of their large population, the contributions were still insufficient. The subfinancing paradox revealed unambiguously in all physiographic units. In 2015, 64% of the health regions were below the average *per capita* expenditure of the state and 41% of the municipalities spent less than R\$ 7 million. Under the aegis of SUS, there is an enormous indispensable in expanding its financing, improving the quality of spending and its management, and strengthening social control.

KEYWORDS: Health expenditures; Healthcare financing; National Health Programs.

INTRODUÇÃO

A 16ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada 31 anos após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu Relatório Final foram aprovadas 88 propostas na Diretriz III – Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS. O destaque ao financiamento da saúde faz parte de uma estratégia fundamental de consolidação do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e dá uma dimensão da importância desta temática para o funcionamento do sistema como um todo, em um momento ímpar, tangenciado de incertezas múltiplas.

O capitalismo contemporâneo experiencia uma época de dominância financeira e financeirização. Expressões estas que fazem menção a uma relação de subordinação da sociedade a mecanismos de dominação e controle que são realizados a partir de processos caracteristicamente financeiros. No sistema de saúde brasileiro é possível constatar a existência de vários elementos dessa lógica com potencial repercussão sobre o financiamento do SUS. Esse panorama tem incentivado, por exemplo, o crescimento do mercado de planos privados, inserção de grandes empresas multissetoriais financeirizadas, nacionais e internacionais, no setor, além do aumento dos subsídios fiscais aos usuários desses planos (SESTELO, 2018).

Nesse ponto, importa assinalar que o SUS consiste em uma política construída pela sociedade civil e instituída pelo movimento da Reforma Sanitária que se materializou através de um compromisso do Estado brasileiro, firmado na Constituição Cidadã, de assegurar como um direito dos cidadãos o acesso universal e integral aos serviços de saúde, com o encargo de provimento partilhado entre as três esferas de governo (TELES, 2015). Todavia, há um grande distanciamento entre o sistema público de saúde brasileiro ideal, assegurado pela legislação, e o real, presente no cotidiano dos cidadãos e dos profissionais da saúde. Parte expressiva desse distanciamento é atrelada à questão do subfinanciamento da saúde. Por este motivo, os embates por recursos financeiros para assegurar o desenvolvimento e a manutenção da política universal da saúde no Brasil sempre foram uma constante (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014; MENDES; WEILLER, 2015).

Em paralelo, tem-se a paradoxal situação de crescimento da renúncia fiscal, por parte do Estado brasileiro, mediante dedução dos gastos com seguros e planos de saúde no Imposto de Renda das pessoas físicas e jurídicas e das concessões fiscais estendidas às entidades privadas sem fins lucrativos, bem como à indústria químico-farmacêutica. Enquanto a saúde pública carece de dinheiro, recursos fiscais deixam de ser arrecadados para a manutenção de incentivos a diversas modalidades da assistência saúde privada, resultando em enfraquecimento

da capacidade de arrecadação do Estado e fortalecimento do setor privado (MENDES; WEILLER, 2015; MARQUES; PIOLA; OCKÉ-REIS, 2016).

Os anos de luta por um apropriado e sustentável financiamento para o sistema de saúde não livraram o setor do acompanhamento de uma tendência mundial de elevação dos gastos (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016). No Brasil, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC 141/2012), definiu gastos em saúde como aqueles destinados a Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) de acesso universal, igualitário e gratuito, voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde, que estejam em consonância com os objetivos e as metas constantes nos planos de saúde de cada esfera de governo e que sejam de responsabilidade específica do setor da saúde (BRASIL, 2012).

Indubitavelmente, os serviços de saúde são caros e os gastos são altos e crescentes em todo o mundo. Em 1997, o gasto global era de 3 trilhões de dólares, o equivalente a 8% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial (WHO, 2010). Em 2009, os gastos subiram para 9,4% do PIB mundial (WHO, 2012). Estudo prospectivo assinala que, entre 2002 a 2020, os gastos em saúde nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômica (OCDE) ascenderão de 2,7 trilhões (8,5% do PIB desses países) para 10 trilhões (16,0% do PIB) (BRASIL, 2006).

É válido salientar que muitos países estão enfrentando o problema de sustentabilidade financeira, diante do aumento constante dos gastos em razão da existência de variadas forças propulsoras, com destaque para a extensão e a melhoria da cobertura dos serviços de saúde, a incorporação tecnológica constante, o envelhecimento da população, a transição epidemiológica, além da maior exigência do usuário.

Segundo dados da OMS, o gasto total no Brasil, que inclui gastos em saúde por todos os governos e cidadãos (público e privado), em 2015, foi de 8,3% do PIB – valor inferior à média internacional de 9,9% do PIB. O que corresponde a um baixo percentual se comparado, por exemplo, aos Estados Unidos (EUA) (17,1%) e aos países que possuem um sistema de saúde semelhante ao brasileiro, onde o acesso aos serviços de saúde é universal, como Canadá (10,4%), Dinamarca (10,8%), Espanha (9,0%) e Reino Unido (9,1%) (WHO, 2017a).

O gasto público em saúde pode ser considerado também baixo para que o país tenha, efetivamente, um sistema de universal. Aliás, está longe de dedicar a mesma atenção à saúde pública que os demais países que fazem parte dessa categoria. Em 2015, enquanto foram gastos com o SUS 3,8% do PIB, o gasto médio dos países europeus com sistemas universais (Alemanha, Espanha, França, Reino Unido e Suécia) foi de cerca de 8,0% do PIB (WHO, 2017b). O gasto público brasileiro representou 42,8% dos recursos aplicados em saúde,

enquanto nos países com sistema de saúde universal a participação do gasto público no financiamento do sistema era responsável, em média, por 70% da despesa total. Na comparação com países do Mercosul, coexistiam duas situações distintas. De um lado, o Brasil (42,8%) e a Venezuela (47,7%) com menos da metade do total de gasto em saúde sendo público (com o destaque do Brasil como o país com o menor investimento público em saúde). E de outro, a Argentina (71,4%), o Uruguai (69,8%) e o Paraguai (53,5%) com os maiores gastos públicos em saúde (com destaque para os dois primeiros países, compatíveis com os de países da OCDE que se utilizam de sistemas universais de saúde) (ROA, 2016; PIOLA; BARROS, 2016; WHO, 2017b). Dessa forma, é ainda baixa e um tanto quanto controversa a participação do gasto público no sistema de saúde brasileiro, principalmente, tendo em vista os princípios que norteiam o SUS (TELES, 2015).

Dentro do país, a alocação regional de recursos para ASPS carece de alterações substantivas. Existe uma expressiva diferença entre o volume da arrecadação dos municípios e a destinação de recursos financeiros para a estruturação do setor da saúde, o que torna o sistema de saúde nos municípios, bem como nas regiões de saúde, bastante heterogêneo. Sem a integração necessária, essa situação provoca uma segmentação do SUS em diversos subsistemas, suscitando iniquidades que se tornam mais claras nas análises de financiamento da saúde (VIANA et al., 2015; PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016; SANTOS NETO et al., 2017).

O SUS é um sistema em pleno desenvolvimento que continua a necessitar de um financiamento estável para garantir princípios basilares como a universalidade, a integralidade e a equidade. Constitui um importante desafio a necessidade de aumentar o gasto em saúde e de melhorar a sua distribuição. Outrossim, falta ainda evoluir na discussão e na construção de um modelo de financiamento de base regional que seja capaz de promover sustentabilidade ao sistema. Outro desafio que emerge nesse cenário é a necessidade de tornar o SUS, de fato, um elemento central no projeto político do país. Afinal, garantir acesso universal e integral aos serviços de saúde em um país com mais de 210 milhões de habitantes é certamente o maior de todos os desafios, especialmente tendo em vista o aumento dos gastos. Diante desse quadro, poucas dúvidas subsistem sobre a premência de investigar e discutir o financiamento da saúde. Assim, este estudo tem por objetivo analisar os gastos públicos com o SUS em macrorregiões, regiões de saúde e municípios do estado da Bahia, no período de 2003 a 2015.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo acerca dos gastos públicos com o SUS, que teve como unidades de análise as macrorregiões, regiões de saúde e os municípios do estado da Bahia. Segundo a última atualização do Plano Diretor de Regionalização (PDR), oficializada pela Resolução CIB nº 149/2017, o estado é composto por 417 municípios, que são organizados em 28 regiões de saúde e nove macrorregiões (Norte, Oeste, Centro-Norte, Centro-Leste, Nordeste, Leste, Sudoeste, Sul e Extremo Sul) (BRASIL, 2017a). A Bahia é o maior estado do Nordeste, ocupando 36,3% da região, o quarto mais populoso do Brasil e o quinto em extensão territorial (564.692,669 km²), possuindo uma densidade demográfica de 26,9 habitantes/km² (BAHIA, 2015).

As regiões de saúde foram definidas pelo Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, como sendo o espaço geográfico contínuo composto por grupamentos de municípios limítrofes, demarcados a partir de identidades socioeconômicas e culturais, e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes partilhados, a fim de proporcionar o planejamento, a organização e a execução de ações e serviços de saúde. Para ser estabelecida, a região de saúde deve dispor, minimamente, de ações e serviços de atenção primária, psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar, urgência e emergência e vigilância em saúde. Dessa forma, essas regiões são referência para as transferências de recursos entre os entes federados (BRASIL, 2011).

As macrorregiões de saúde, por sua vez, consistem em grandes agrupamentos de municípios, que abrangem as regiões de saúde. Possuem um município que é a referência regional para ações e serviços de saúde, chamado de município polo (SOUZA; SOUZA; PINTO, 2014).

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) constituiu a fonte de dados referentes aos gastos com ações e serviços de saúde. Os dados coletados corresponderam às entradas de recursos financeiros nos cofres do Estado (receitas) e aos dispêndios para o funcionamento dos serviços, programas e ações de saúde (despesas) presentes em cada município no período do estudo (2003 a 2015), sendo que mais de 96% do número total de municípios informaram os dados ao SIOPS. Constitui-se, portanto, sua natureza declaratória, uma limitação desse sistema de informação, uma vez que os municípios não informam todos os anos. Para lidar com tal situação, tiveram que ser desconsiderados do estudo os municípios que se encontravam com informações pendentes no período analisado.

É válido ressaltar que o SIOPS foi instituído, no âmbito do MS, através da Portaria Conjunta MS/PGR nº 1163, em 2000 (retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR nº 446

em 2004). Até 2012, o sistema era alimentado pelas instâncias subnacionais de governo a partir do preenchimento de formulários (em software) criados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para apuração das receitas e das despesas com os serviços públicos de saúde. A partir de 2013, por conta das implicações da LC 141/2012, o registro e a atualização dos dados financeiros passaram a ser obrigatórios, inclusive para a instância federal. Assim, as informações, provenientes do setor de contabilidade das distintas esferas de governo, passaram a ser transmitidas regularmente para o banco de dados do sistema, através da internet, em conformidade com a codificação de receitas e despesas da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF) (SIOPS, 2019).

Os dados que os municípios informaram ao SIOPS acerca dos recursos financeiros direcionados para a execução de ações e serviços de saúde foram coletados e organizados com o auxílio modelo de Contas Nacionais de Saúde (CNS) – *National Health Accounts* (NHA) –, que segue os princípios básicos do *System of Health Accounts* (SHA) da OCDE constantes no manual de classificação da SHA, o *International Classification for Health Accounts* (ICHA) (ROSA; COELHO, 2011).

As CNS podem ser concebidas como uma descrição sistemática dos fluxos financeiros relacionados com ações e serviços de saúde ofertados para a população de um determinado país e período de tempo. Nessa perspectiva, podem se tornar ferramentas fundamentais para uma boa governança, auxiliando na tomada de decisão na gestão do sistema de saúde ao capturar fluxos financeiros atinentes à prestação da assistência de saúde e avaliar lacunas do processo de financiamento (WHO, 2011).

Com base no modelo de CNS, os gastos podem ser mensurados na forma de tabelas de entrada e saída de valores monetários. Neste estudo, foi utilizada a tabela fontes de financiamento (entrada) *versus* agentes de financiamento (saída). São consideradas fontes as entidades responsáveis por fornecer os recursos para o setor da saúde, enquanto os agentes são representados pelos receptores intermediários desses recursos, que os usam para pagar serviços de saúde e produtos. Essas categorias estruturam, organizam os dados e guiam o processo de análise (COELHO; CHAGAS, 2006).

O modelo de CNS foi adaptado à realidade do financiamento e dos sistemas de informação brasileiros por Coelho (2016) de forma a contemplar as nuances do financiamento do SUS de cada ano, com a expectativa de fornecer informações mais acessíveis para os gestores e para o controle social, levando-se em conta seu potencial e a facilidade de uso para o alcance de maior eficiência e equidade na distribuição dos recursos.

Ao final da construção da tabela foram obtidas as fontes de financiamento usadas por todos os municípios agrupados em macrorregiões e regiões de saúde e os agentes ou gestores do financiamento. Os dados foram tabulados com um alto nível de desagregação para as fontes, de acordo com o detalhamento do SIOPS para cada ano de ingresso dos recursos nos Fundos Municipais de Saúde.

Na ótica do orçamento público, as receitas precisam passar por algumas etapas. Quando a transação é, de fato, efetuada tem-se a receita realizada. Esta classificação da receita é considerada uma *proxy*, usada no sentido de aferir os gastos com as ações e os serviços de saúde. Dessa forma, os gastos federal e estadual se constituem em receitas (realizadas) transferidas aos municípios e registradas nos relatórios de receitas e despesas do SIOPS, enquanto o gasto municipal é representado pelos recursos próprios declarados ao SIOPS, constantes nos demonstrativos do cálculo dos recursos mínimos aplicados em saúde.

Foram produzidos, para a análise dos dados, *rankings*, médias, percentagens, além de indicadores de financiamento, como o Gasto Público em Saúde (GPS), o GPS *per capita*, o GPS como proporção do PIB do estado da Bahia, dentre outras medidas da relação entre o financiamento e a produção de ações e serviços de saúde. O GPS trata da somatória dos gastos federais, estaduais e municipais, no âmbito do SUS, informados pelos municípios aos SIOPS, enquanto o GPS *per capita* é gerado através da divisão do gasto total anual de saúde pela população, seja do estado, macrorregião, região de saúde ou dos próprios municípios em cada ano.

Importante esclarecer que o estudo considera apenas recursos que os municípios geriram e declararam ao SIOPS. Assim, não se levou em conta os recursos que são geridos pelo estado, ainda que aplicados em saúde em diversas municipalidades, não passíveis de desagregação por regiões fisiográficas.

Para analisar a evolução dos gastos em saúde e para que a comparação anual ocorresse a partir de valores reais, os valores nominais foram submetidos ao processo de deflacionamento pelo Índice de Preços ao Consumidor Ampliado (IPCA), tendo por base o mês de dezembro de 2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estado da Bahia, o volume do GPS, no período de 2003 a 2015, considerando-se os dispêndios dos três níveis de governo e a inflação acumulada do período, totalizou R\$ 69,43 bilhões. Houve um crescimento da ordem de 176%, uma vez que o gasto evoluiu de R\$ 2,72

bilhões, em 2003, para R\$ 7,53 bilhões, em 2015. A trajetória do GPS apresentou-se, sobretudo, crescente, porém instável. De 2003 para 2008, o aumento foi de 108,44% e, deste ano para 2009, houve uma queda de 8,28%. Entre os anos 2009 e 2011, o gasto cresceu 28,54% e, em seguida, de 2011 para 2012, voltou a cair, levemente, dessa vez 0,44%. Esse fenômeno ocorre de forma similar nos anos posteriores, de 2012 a 2014 houve um incremento de 14,32%, mas, de 2014 a 2015, é registrada pequena queda de 1,22% (Tabela 1).

Tabela 1 – Gasto Público em Saúde (GPS), gasto *per capita* e proporção do PIB da Bahia, 2003-2015.

Ano	GPS (bilhões R\$)*	Crescimento do GPS (%)	GPS <i>per capita</i> (R\$)	Crescimento do GPS <i>per capita</i> (%)	Participação GPS/PIB (%)
2003	2,72	-	202,72	-	1,84
2004	2,74	0,44	199,95	-1,37	1,74
2005	3,18	16,39	230,47	15,26	1,93
2006	3,55	11,56	254,63	10,48	2,10
2007	4,88	37,24	346,22	35,97	2,60
2008	5,68	16,45	391,45	13,06	2,84
2009	5,21	-8,28	355,74	-9,12	2,43
2010	5,87	12,77	418,80	17,73	2,55
2011	6,69	13,99	474,80	13,37	2,86
2012	6,66	-0,44	470,12	-0,99	2,77
2013	7,10	6,53	471,90	0,38	2,78
2014	7,62	7,31	503,66	6,73	2,89
2015	7,53	-1,22	495,00	-1,72	2,78

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS, do IBGE e da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI).

Nota: *Valores deflacionados para dezembro de 2015 conforme o IPCA.

De todo modo, as oscilações de crescimento trazem à tona as discussões acerca da instabilidade no financiamento da saúde e da necessidade cada vez mais proeminente de mecanismos de sustentabilidade dos recursos. A diminuição, ainda que pequena de gastos, é considerada um sinal de alerta emitido pelo sistema de saúde, pois está na contramão de uma tendência mundial: a elevação dos dispêndios em saúde. A redução nos gastos no último ano da série analisada traz especial preocupação diante das vicissitudes do financiamento da saúde no Brasil. De janeiro a março de 2015, foram aprovadas pelo Congresso Nacional duas legislações capazes de comprometer o funcionamento do SUS e o seu financiamento: a Lei nº 13.097/2015 e a Emenda Constitucional nº 86 (EC 86/2015).

A Lei nº 13.097 alterou a Lei 8.080/90 para permitir a participação direta ou indireta, inclusive o controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde (BRASIL, 2015a). Enquanto a EC 86/2015 vinculou a despesa mínima em saúde da União à Receita Corrente Líquida (RCL), de forma escalonada, de 2016 a 2020, representando a constitucionalização da diminuição do aporte de recursos federais ao SUS e a consolidação do seu subfinanciamento histórico. A União deveria aplicar, em 2020, o piso de 15% do valor da RCL, até lá foi estabelecido um escalonamento de percentuais, no qual em 2016 a aplicação mínima seria de 13,2% da RCL; em 2017, 13,7% da RCL; em 2018, 14,1% da RCL; e 14,5% da RCL em 2019 (BRASIL, 2015b). Para se ter uma ideia do retrocesso que representou a aprovação dessa emenda para o financiamento do SUS, no ano de 2015, ainda sob a vigência da norma da LC 141/2012, o montante de recursos destinados a ASPS pela União foi de 14,8% da RCL, o equivalente a R\$ 100 bilhões, ou seja, em 2015 houve uma aplicação maior do que o mínimo previsto para o ano de 2019 (14,5% da RCL), segundo a EC 86/2015 (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

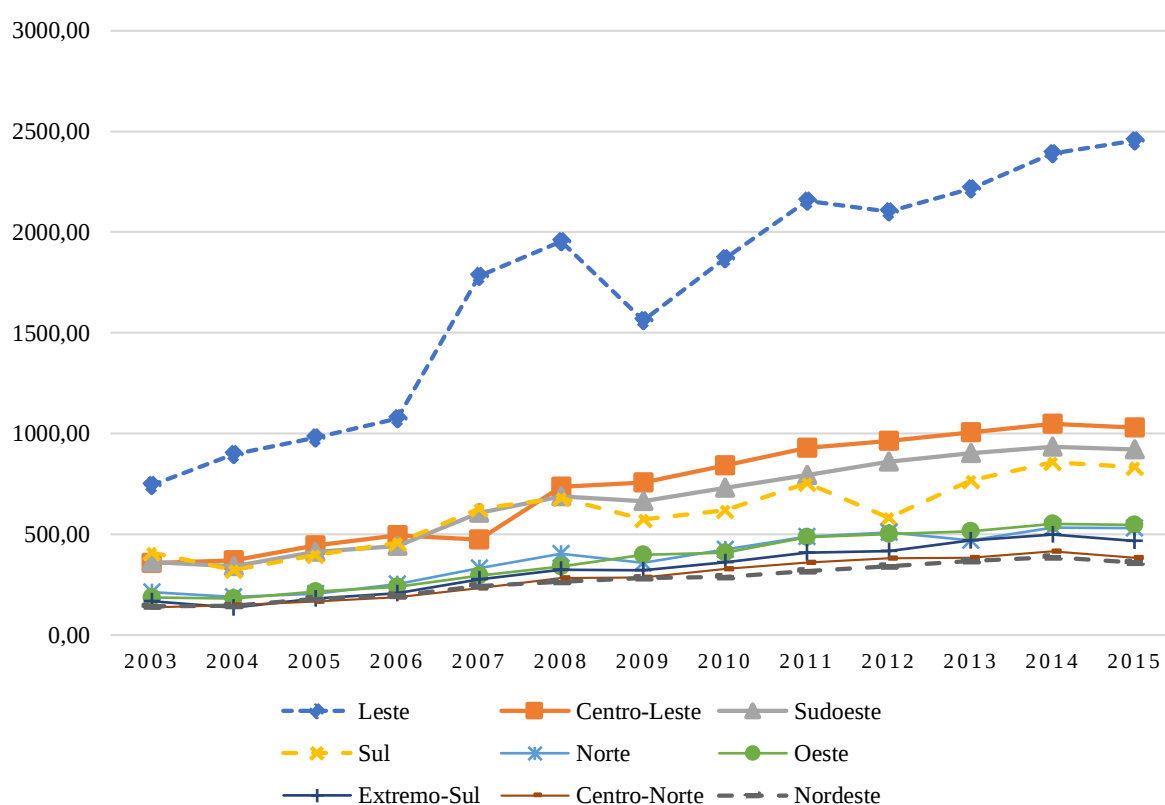
A rigor, se essa regra da emenda do orçamento impositivo estivesse em vigor no período de 2003 a 2015, estima-se que a perda de recursos seria de R\$ 257 bilhões, no comparativo com o que foram de fato aplicados com base na Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29/2000) e na LC 141/2012. Teria sido praticamente impossível às esferas infranacionais cobrirem tamanha perda e as consequências para o SUS poderiam ser desastrosas (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

No período de 2003 a 2015, como a população do estado cresceu de forma lenta, mantendo-se sem expressivas alterações, o resultado foi um padrão de comportamento do gasto *per capita* similar ao do gasto absoluto. O GPS *per capita* evoluiu de R\$ 202,72, em 2003, para R\$ 495,00, em 2015, apresentando um incremento de 144%, sendo 2007, o ano de maior crescimento (35,97%), mas sem sustentabilidade, seguido de decréscimos, possivelmente compensatórios. Contudo, além dos anos de 2009, 2012 e 2015, a análise do GPS *per capita* revelou diminuição de aportes financeiros também no ano de 2004. Tendência esta acompanhada pela participação do GPS no PIB, que evidencia o grau de comprometimento do governo com os direitos garantidos na Constituição. No caso da saúde, o gasto como proporção do PIB da Bahia passou de 1,84% em 2003, para 2,78%, em 2015. Entretanto, a natureza desse aumento sofre influência do próprio comportamento do PIB, à medida que o crescimento de PIB diminui, a participação do percentual do GPS no PIB naturalmente sobe, desde que tal gasto minimamente se mantenha estável.

A descentralização do financiamento e da gestão das ações e serviços de saúde para estados e municípios assumiu um papel de eixo estruturante na articulação cooperativa entre as esferas de governo. Contudo, reiterou desigualdades regionais e gerou também entraves no financiamento da média e alta complexidade, com amplos vazios assistenciais em todo território brasileiro, o que influenciou no aumento da oferta privada a partir do financiamento público através da renúncia fiscal, sendo constatada uma grande dependência da União, por parte de alguns estados e pela grande maioria dos municípios. A regionalização, então, destacou-se como uma estratégia para superar a incapacidade de muitas localidades em financiar a implantação, a estruturação e o desenvolvimento de seus serviços de saúde, bem como a necessidade de criação de mecanismos capazes de articular os diferentes níveis de atenção (RODRIGUES et al., 2010; VIANA et al., 2015).

Assim, tão ou mais importante que compreender a evolução dos recursos destinados ao SUS, de forma agregada em um estado, é observar como se dá a distribuição do GPS entre suas macrorregiões, regiões de saúde e municípios. O Gráfico 1 mostra a distribuição do GPS nas macrorregiões do estado da Bahia.

Gráfico 1 – Evolução do Gasto Público em Saúde (GPS) segundo macrorregião do estado da Bahia (em milhões), 2003-2015.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS e do IBGE.

Nota: Todos os valores foram deflacionados para dezembro de 2015 conforme o IPCA.

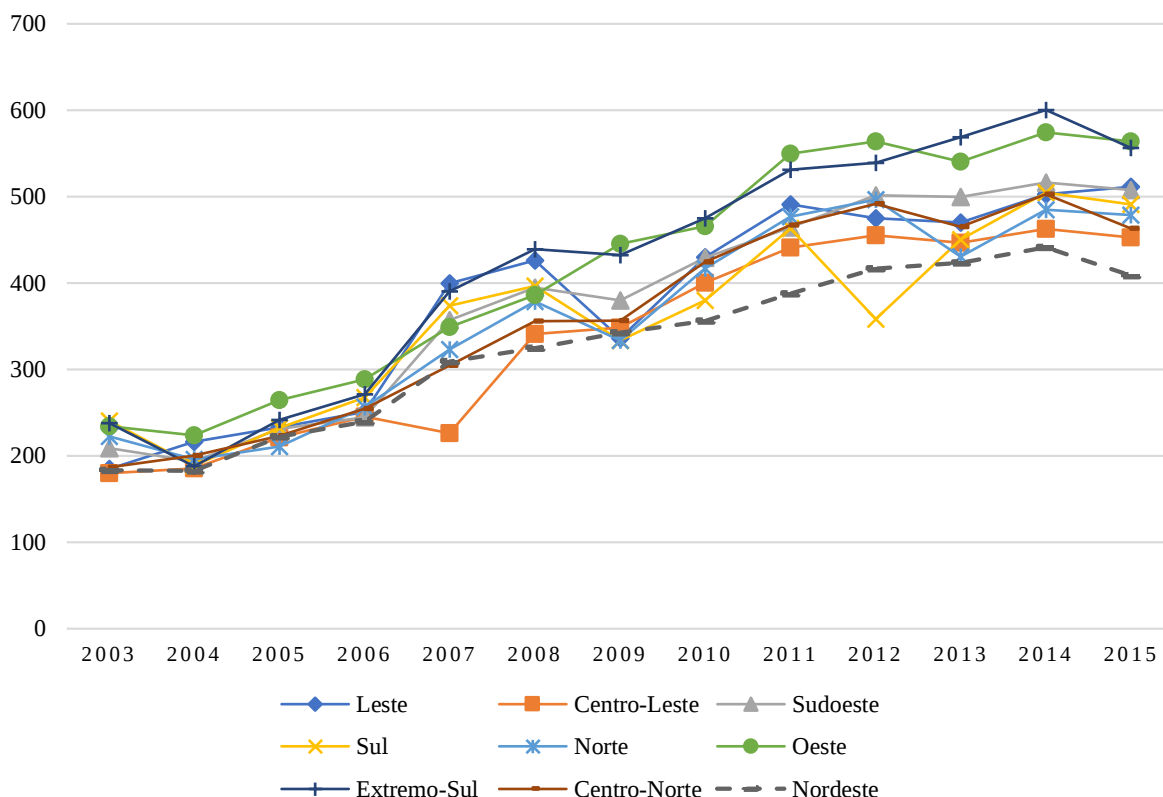
Na perspectiva macrorregional, a distribuição do GPS revela um quadro de desequilíbrio e diferenças que precisam ser entendidas. Entre os anos de 2003 e 2015, o gasto público apresentou crescimento real considerável em todas as macrorregiões da Bahia. A macrorregião Leste despontou veementemente com o maior GPS durante todo o período e com um extraordinário crescimento de cerca de 230%, superando a cifra de R\$ 1 bilhão desde 2006, seguida das macrorregiões Oeste e Centro-Leste, as quais em termos de crescimento alcançaram, respectivamente, 192,50% e 188,45%. Levando em consideração os valores absolutos, as macrorregiões Centro-Leste, Sul e Sudeste apresentaram gastos intermediários que oscilaram entre R\$ 410,58 milhões e R\$ 1,03 bilhão, enquanto os menores GPS foram evidenciados nas macrorregiões Nordeste, Norte, Centro-Norte, Oeste e Extremo Sul, com algumas alterações de ordenamento ao longo do período, mas predominando a macrorregião Nordeste com os valores mais baixos na maior parte da série histórica.

O estado possuía, em 2015, 464 hospitais gerais, 75 hospitais especializados e 97 hospitais dia (internação parcial), totalizando 5.636 hospitais. A quantidade de leitos de internação totalizava 29.006, sendo 23.348 leitos do SUS e 5.658 complementares (CNES, 2015). Sede da capital da Bahia, a macrorregião Leste possui a maior capacidade instalada de serviços de saúde, concentrando 32% (7.521) do número total de leitos do SUS, seguida da macrorregião Centro-Leste com aproximadamente 15% (3.434). Em contraponto, a macrorregião Nordeste foi a que dispunha de um menor número de leitos, 4% (995). Entretanto, nesta macrorregião, do total de leitos, 94% eram do SUS, enquanto na macrorregião leste 70% faziam parte do sistema público de saúde (DATASUS, 2015). Em última análise, vale salientar que o modelo de financiamento adotado no Brasil prioriza as regiões de maior capacidade instalada de serviços, em detrimento de outras que necessitam de recursos para poder desenvolver serviços de saúde para o melhor atendimento de suas populações. O resultado disso é um grande desequilíbrio entre as regiões, o que dificulta o cumprimento dos princípios do SUS, principalmente, o da equidade (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016). Em 2015, portanto, o modo de distribuição iníquo, no sentido de uma desigualdade que atinge os mais necessitados e que já vinha se delineando em estudos anteriores, amplia-se de forma considerável.

Na análise da distribuição *per capita* do GPS regionalizado, conforme evidencia o Gráfico 2, os fenômenos do financiamento da saúde se tornam mais evidentes e refletem melhor a realidade das populações que recebem esses recursos em forma de serviços. Nota-se que as macrorregiões Oeste e Extremo Sul, ambas de pequeno porte, estiveram entre as que exibiram os maiores valores, mantendo-se acima da média do estado, em grande parte dos anos do estudo.

Já as macrorregiões Centro-Leste e Nordeste apresentaram os menores gastos *per capita* na maior parte do período e permaneceram, de 2003 a 2015, abaixo da média da Bahia.

Gráfico 2 – Evolução do Gasto Público em Saúde (GPS), em valores *per capita*, segundo macrorregião do estado da Bahia, 2003-2015.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS e do IBGE.

Nota: Todos os valores foram deflacionados para dezembro de 2015 conforme o IPCA.

Em síntese, a macrorregião Centro-Leste apresenta uma condição que pode ser chamada de “o paradoxo do subfinanciamento”, que é quando uma determinada região ao mesmo tempo que exibe altas receitas e apresenta elevados gastos absolutos em saúde, também expõe valores *per capita* deficitários. Nesse sentido, é plausível supor que não obstante os altos valores absolutos, esta macrorregião encontra-se na situação de subfinanciamento, necessitando, *a priori*, de maior aporte de recursos para cobrir adequadamente sua população (segunda maior do estado com 2.273.262 habitantes, em 2015). É válido ressaltar que o fenômeno do paradoxo do financiamento também foi compartilhado pela macrorregião Leste, ao longo da série histórica.

A situação da macrorregião Nordeste é também digna de nota, pois evidencia a face mais nebulosa dos fenômenos do subfinanciamento, que é quando em termos de desigualdade, uma região se encontra duplamente representada. Essa macrorregião apresentou baixos gastos, tanto em termos absolutos, quanto *per capita*, em todo o período. Esse dado, já evidenciado em

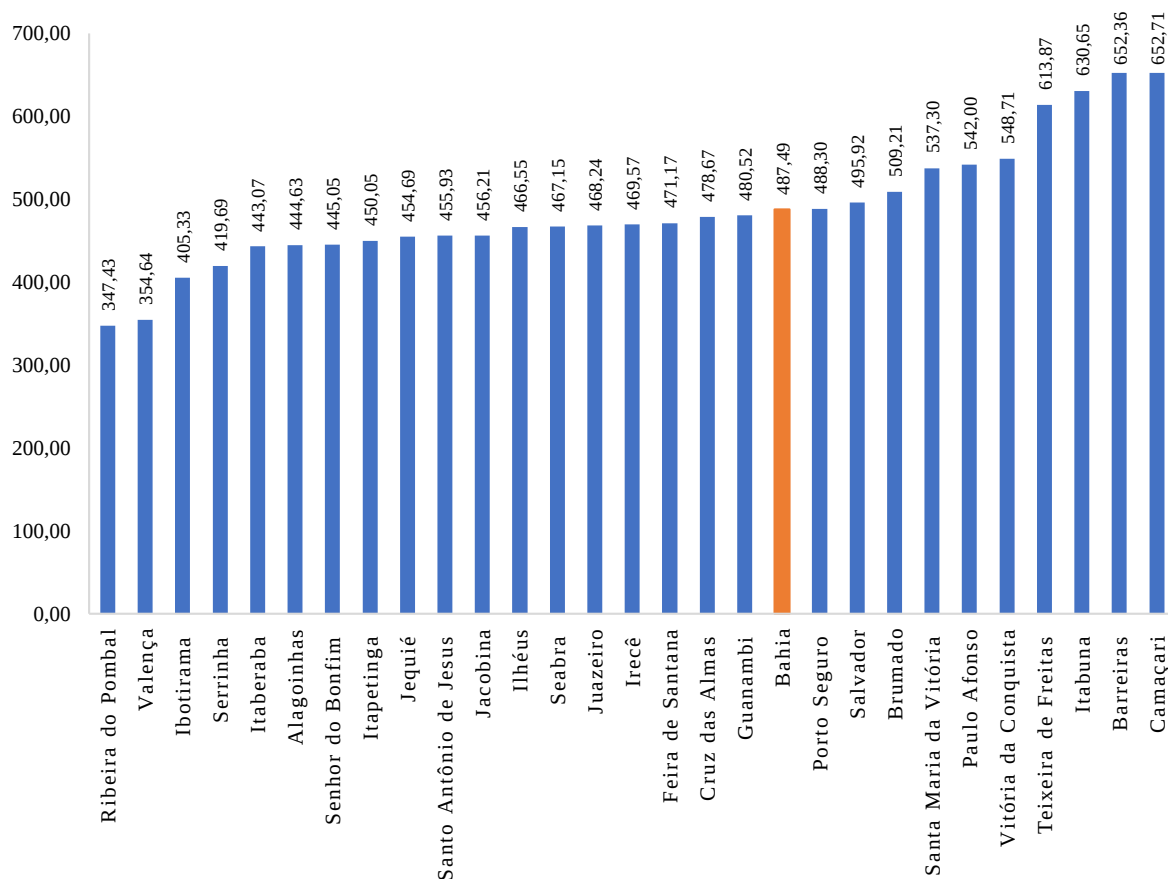
estudo que analisava um período menor (2009-2012) se mantém em período mais longo e chama atenção para as expressivas diferenças na distribuição de recursos financeiros, a despeito da regionalização se portar como estratégia para a integralidade da atenção, ampliação de acesso e da equidade no âmbito do sistema de saúde (TELES; COELHO; FERREIRA, 2017).

Saindo do nível regional macro para o micro, de acordo com o PDR do estado da Bahia, fazem parte da macrorregião Leste 48 municípios dispostos em quatro regiões de saúde: Salvador, Santo Antônio de Jesus, Camaçari e Cruz das Almas. Duas dessas regiões permaneceram, entre 2003 e 2015, no auge do *ranking* de GPS: Salvador, que liderou todos os anos variando entre R\$ 453,44 milhões e R\$ 1,71 bilhão, e Camaçari, que oscilou entre a segunda e a quarta posição com as regiões de Feira de Santana (macrorregião Centro-Leste) e Vitória da Conquista (macrorregião Sudoeste). Estiveram entre as regiões de saúde que apresentaram os menores valores durante todo o período as regiões de Ibotirama e Seabra, cujo GPS variou entre R\$ 30,81 milhões e R\$ 88,56 milhões. Vale destacar que, em que pesem as mudanças de ordem no *ranking* de GPS, as regiões conservaram um determinado padrão de gasto, sobretudo, as que gastaram menos ou mais recursos financeiros com ações e serviços de saúde.

À medida em que se analisa a distribuição dos recursos das regiões de saúde segundo número de habitantes a situação se modifica de modo considerável, todavia, as desigualdades permanecem. O Gráfico 3 ilustra o GPS *per capita* de 2015 das 28 regiões de saúde da Bahia. Nota-se que grande parte das regiões (64,29%) não alcançou a média de gasto *per capita* do estado (R\$ 487,49). O fato é que nesse nível de agregação municipal esse distanciamento da média do estado tem aumentado de forma acentuada. Em 2010, estudo realizado por Teles, Coelho e Ferreira (2017) demonstrou que 50% das regiões de saúde da Bahia não atingiram a média estadual.

A região de Feira de Santana, destaque em todos os anos no que se refere ao gasto absoluto, obteve um gasto *per capita* aquém da média (R\$ 471,17). Só duas regiões de saúde gastaram mais de R\$ 650,00 por hab./ano: Camaçari e Barreiras. A primeira, com uma população estimada, em 2015, de 607.729 habitantes, possui o maior complexo industrial da Bahia, enquanto a segunda, com 454.966 habitantes, abriga um dos maiores polos agropecuários do estado, os quais dinamizam e influenciam a economia regional. Esse fato mostra a relação positiva entre gasto em saúde e economia para regiões de médio porte populacional, diferente do que ocorre nas regiões onde existe o paradoxo referido anteriormente.

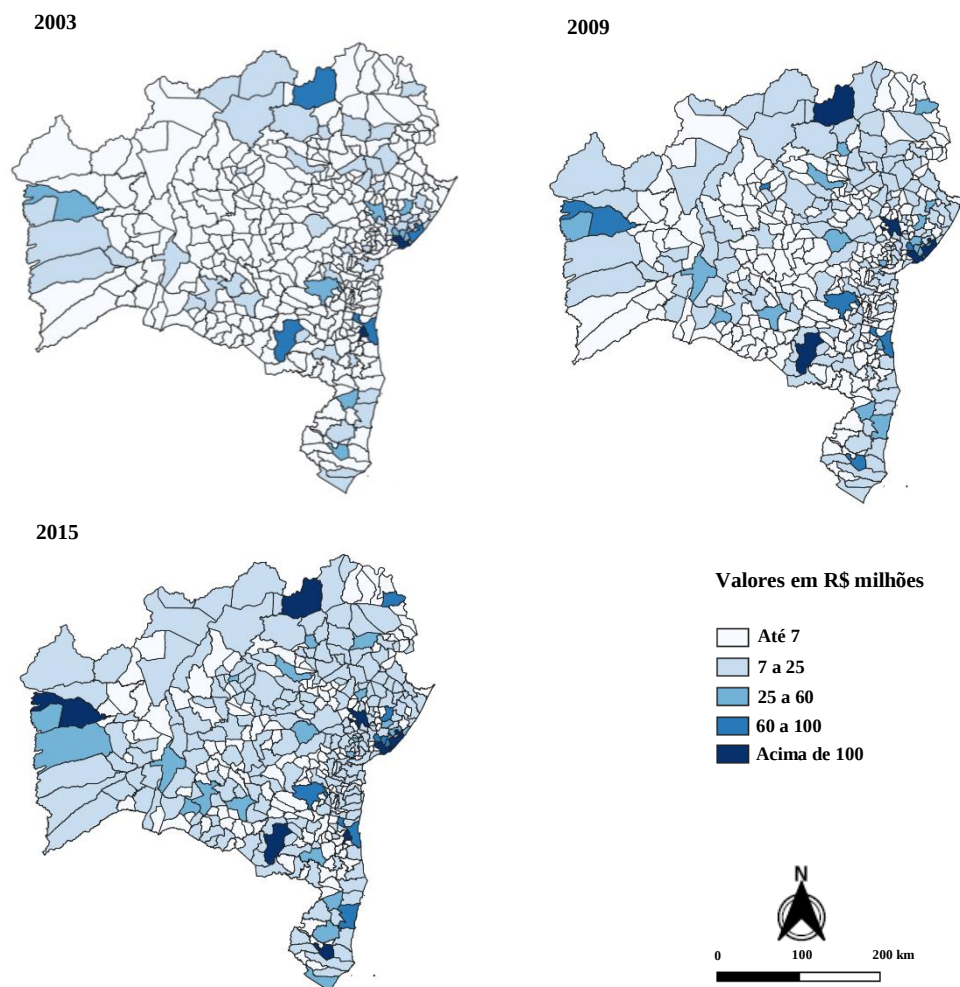
Gráfico 3 – Gasto Público em Saúde (GPS) *per capita* nas regiões de saúde do estado da Bahia, em 2015.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS e do IBGE.

A Figura 1 ilustra, de forma categorizada por porte, a evolução do GPS dos municípios no estado da Bahia. Em 2003, 84,89% (354) das municipalidades estavam no patamar do primeiro porte de gasto (até R\$ 7 milhões). Situavam-se na faixa de R\$ 7 a 25 milhões 11,51% (48), 2,16% (09) no porte de gasto entre R\$ 25 a 60 milhões, 0,96% (04) no porte de R\$ 60 a 100 milhões e apenas dois municípios, Salvador e Itabuna, ultrapassaram a cifra dos R\$ 100 milhões, com um GPS aproximado de R\$ 144 milhões e R\$ 104 milhões, respectivamente. Em 2009, os municípios passaram a gastar mais: 62,83% (262) mantiveram-se no menor porte de gasto, mas 29,74% (124) já estavam ocupando o segundo porte de gasto. Em 2015, a maior parte dos municípios (49,88%) foi enquadrada no segundo patamar de gastos e 40,77% (170) no primeiro. Portanto, houve ampliação dos gastos em saúde na Bahia, ainda que entre os anos de 2009 a 2015 o crescimento tenha sido mais acentuado.

Figura 1 – Evolução do Gasto Público em Saúde (GPS) nos municípios do estado da Bahia - 2003, 2009 e 2015.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS e do IBGE.
 Nota: Valores deflacionados para dezembro de 2015 conforme o IPCA.

O aumento progressivo dos gastos é apontado como consequência da criação e do desenvolvimento de políticas e programas no campo da saúde que os municípios passaram a aderir e dos serviços que passaram a ofertar ou ampliar para as suas populações. Alguns dados dimensionam o crescimento dos serviços de saúde que naturalmente influenciaram nos gastos com a saúde, a exemplo da Atenção Básica (AB). Em 2003, existiam 1.093 equipes de saúde da família na Bahia, o que totalizava uma cobertura populacional estimada em 27,24%. Em 2009, com ampliação do número de equipes para 2.489, a cobertura chegou a 55,09% e, em 2015, com a atuação de 3.350 equipes, a cobertura passou a ser de, aproximadamente, 68%, abrangendo 10.554.345 habitantes (SAGE, 2019). Outrossim, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cerca de 75% da população brasileira (150.515.722

habitantes) utilizam exclusivamente os serviços do SUS. Os clientes de planos de saúde, em 2015, corresponderam a 50.516.992. Entretanto, é importante ressaltar que grande parte da população que é coberta pelo sistema suplementar ou que realiza desembolso direto também usa o sistema público de saúde, seja através das ações de saúde pública, de procedimentos de maior complexidade e de maior custo ou nas situações de urgência e emergência (ANS, 2015; BRASIL, 2017b).

Sob o ponto de vista geográfico da distribuição dos recursos, verificou-se que os municípios com os maiores gastos faziam parte da macrorregião Leste. Cabe também destacar que as municipalidades que se destacaram nos gastos tinham, em 2015, as maiores populações do estado, acima de 200.000 habitantes. São eles: Salvador (R\$ 1,36 bilhão), Feira de Santana (R\$ 321,79 milhões), Vitória da Conquista (R\$ 217,73 milhões), Camaçari (R\$ 216,92 milhões), Itabuna (R\$ 205,27) e Juazeiro (R\$ 141,16).

Na análise *per capita*, o gasto não parece estar condicionado ao volume de recursos absolutos e, desse modo, a posição dos municípios no *ranking* de gasto foi alterada de forma expressiva. O município de Salvador que durante todo o período esteve na primeira colocação na ordenação do gasto absoluto, em 2003, encontrava-se na posição 383º com o GPS *per capita* de apenas R\$ 123,94 e em 2015, passou a ocupar a posição 191º (R\$ 461,33), ambos abaixo da média do estado. O município de Feira de Santana saiu da posição 400º (R\$ 110,32) para 111º (R\$ 521,09), no período. Em contraposição, municípios de menor porte obtiveram melhores resultados em termos de GPS *per capita*, como é o caso de Itabuna, Camaçari, Madre de Deus e São Francisco do Conde. Este último município chama atenção por liderar o *ranking* em todos os anos e apresentar um GPS *per capita*, em 2015, de R\$ 2.381,88 (R\$ 6,53 hab./dia), quase o dobro do gasto *per capita* nacional, incluindo as três instâncias de governo, de R\$ 1.271,65 (R\$ 3,48 hab./dia), segundo pesquisa do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2017).

Cerca de 57% dos municípios do estado da Bahia foram classificados, no ano de 2015, como de pequeno porte populacional, ou seja, possuíam menos de 20 mil habitantes, o que acentua as dificuldades desses municípios no desenvolvimento de serviços de saúde com aportes insuficientes de recursos. Pesquisas apontam que até o financiamento da Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se de forma instável e problemática. Segundo estudo de Rosa e Coelho (2011), o gasto médio de uma unidade de Programa Saúde da Família (PSF), em 2005, em município de médio porte da Bahia, era de R\$ 17.302,00 por mês, contudo, o governo federal repassava tão-somente R\$ 2.834,00 (16,4%). Mais recentemente, estudo realizado por Vasconcellos (2013), acerca do financiamento da AB nos municípios do estado da Bahia, revelou que os recursos repassados pela esfera federal continuaram insuficientes. Os municípios

estão assumindo 70%, em média, do valor do financiamento da ESF. Situação que fica ainda mais agravada nos casos dos municípios menores, cuja contrapartida federal pode ser menor por conta dos programas de financiamento baseados no número de habitantes.

Adicionalmente, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) impõe limites ao poder Executivo das municipalidades. As despesas de pessoal não podem exceder 54% da RCL municipal e os tribunais de contas consideram a despesa com a ESF como gasto com pessoal. Isso tem resultado em prejuízos para o ente municipal e instabilidade no financiamento da AB (MENDES; MARQUES, 2014).

A história de tensões no campo do financiamento ganhou novos contornos por meio da promulgação de legislações, que, por um lado, enfraqueceram o financiamento público da saúde, e de outro, intensificaram os mecanismos de mercantilização com a ampliação da liberdade de movimentação do setor privado. Adicionalmente, em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, que revogou o escalonamento previsto pela EC 86/2015. Considerada uma das mais densas medidas de austeridade adotadas no país, a EC 95 vinculou a despesa mínima em saúde da União, de 2017, a 15,0% da RCL e congelou os gastos com as despesas primárias por duas décadas, instituindo um novo regime fiscal a favor de constituir o crescimento do superávit primário para o pagamento dos juros da dívida pública em detrimento do crescimento do financiamento de políticas sociais (MENDES; FUNCIA, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto de achados deste estudo revela um importante crescimento dos recursos do SUS, a partir de 2003. Em termos práticos, ratifica-se a relevância da EC 29/2000 e da LC 141/2012 nesse processo, posto que conferiram maior comprometimento da União, dos estados e dos municípios na destinação de recursos para o sistema de saúde. No período de 2003 a 2015, o GPS teve um incremento real de 176% no total e de 144% *per capita*. A evolução do gasto apresentou-se de forma desequilibrada, com quedas, e como proporção do PIB, o GPS saiu de 1,84%, em 2003, para 2,78%, em 2015, o que pode ser relativizado diante das oscilações de crescimento do PIB baiano, mas de todo modo, reflete a proporção do gasto em ASPS do país como um todo, que é bem inferior ao encontrado em países com sistemas universais de saúde.

Na análise da distribuição dos gastos entre as regiões do estudo observou-se grande desequilíbrio, principalmente, em favor das que portavam maior capacidade instalada de serviços de saúde. Ainda assim, quando se contrasta o gasto com o tamanho das populações que as regiões abrigavam, outro desequilíbrio passa a ser vislumbrado com maior facilidade: o

do subfinanciamento da saúde gerador das carências mais variadas no cotidiano dos serviços. Ao final do período, em 2015, todas as macrorregiões, com exceção da Leste, apresentaram queda nos gastos, absolutos e *per capita*. Em relação às regiões de saúde cerca de 64% ficaram abaixo da média de gasto *per capita* do estado. Vale ressaltar que o paradoxo do subfinanciamento – quando os altos gastos absolutos são acompanhados de baixos gastos *per capita* – desvelou-se de forma inequívoca em todas as unidades fisiográficas do estudo (macrorregiões, regiões de saúde e municípios).

Em 2003, grande parte dos municípios baianos apresentaram um GPS inferior a R\$ 7 milhões. Já em 2015, 50% gastaram entre R\$ 7 e R\$ 25 milhões. Verificou-se que os municípios com os maiores gastos faziam parte da macrorregião Leste. Cabe também destacar que as municipalidades que se destacaram nos gastos tinham, em 2015, as maiores populações do estado, acima de 200.000 habitantes (Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Camaçari, Itabuna e Juazeiro). Destarte, o GPS concentrou-se na região mais rica da Bahia e apresentou intrínseca relação com o número de habitantes dos municípios.

Apesar da incipiente incorporação de mecanismos de redistribuição dos recursos, sobretudo, no Piso da Atenção Básica (PAB), vigora-se uma política de financiamento ainda densamente abalizada pelo número de habitantes – mas que não possui eficiência na redução das desigualdades –, e na capacidade instalada, deixando de lado mecanismos de justiça e equidade e aumentando os desequilíbrios na distribuição de recursos.

Por fim, reitera-se que quando se alia um crônico subfinanciamento com uma maior canalização de recursos públicos para os serviços privados e ainda se adicionam novas medidas de desfinanciamento, a partir de ajustes fiscais, o desequilíbrio, certamente, pode se tornar mais problemático para a população e alcançar dimensões estratosféricas capazes de comprometer sobremaneira os princípios do SUS. Sob a égide desse sistema, há uma enorme imprescindibilidade de ampliar o financiamento, melhorar a gestão e a distribuição dos recursos, além de fortalecer sua base regional e o controle social.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SULEMENTAR. **Dados e Indicadores do Setor:** beneficiários de planos privados de saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 10 set. 2018.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Estado**. Salvador: SESAB, 2015. Disponível em:
<http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp>. Acesso em: 21 dez. 2018.

BRASIL. Departamento da Atenção Básica. **Histórico de cobertura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em:
<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 mar. 2015b, Página 1.

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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012, Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 13.097 de 19 de janeiro de 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 jan. 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 149, de 26 de junho de 2017. Aprova a transferência do município de Feira da Mata, da Região de Saúde de Santa Maria da Vitória, para Região de Saúde de Guanambi. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2017a. Seção 1, p. 41.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Tipos de Estabelecimento**: Bahia. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:
<http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=29&VMun=&VComp=201512>. Acesso em: 23 dez. 2018.

COELHO, T. C. B.; CHAGAS, F. L. O fluxo dos recursos públicos de saúde em 2002 no município de Feira de Santana-BA: das fontes de financiamento até as atividades. **Bahia Análise e Dados**, Salvador, v. 16, n. 2, p. 303-313, 2006.

COELHO, T. C. B. Construção de sistemas de contas em saúde: desbravando o sertão. In: COELHO, T. C. B.; TELES, A. S.; FERREIRA, M. P. S. **Financiamento do SUS: abrindo a caixa-preta**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016. p.59-96.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **CFM publicações**: Gasto *per capita* nacional. Brasília: CFM, 2017. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27961:2018-11-12-17-57-13&catid=3>. Acesso em: 05 ago. 2019.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. Informações de Saúde: **estabelecimentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabba.def>>. Acesso em: 23 dez. 2018.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS, 2016. p. 139-168.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; OCKÉ-REIS, C. O. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS, 2016. p. 139-168.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 491-505, 2015.

PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS, 2016. p. 101- 138.

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M.; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 2, p.411-421, 2016.

ROA, A. C. Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS, 2016. p. 75-100.

RODRIGUES, R. et al. Federalismo, relação público-privado e gasto em saúde no Brasil. **Rev. Política, Planejamento e Gestão em Saúde**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 141-156, 2010.

ROSA, M. R. R.; COELHO, T. C. B. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 16, n. 3, p. 1863-1873, 2011.

SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA. **Redes e programas**: equipes saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 23 ago. 2019.

SANTOS NETO et al. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 4, p.1269-1280, 2017.

SANTOS, A. O.; DELDUQUE, M. C.; ALVES, S. M. C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 1, jan. 2016.

SESTELO, J. A. F. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, p. 2027-2033, 2018.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE. **SIOPS**: concepção. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>>. Acesso em: 4 jun. 2019.

SOUZA, T. O.; SOUZA, E. R.; PINTO, L. W. Evolução da mortalidade por homicídio no Estado da Bahia, Brasil, no período de 1996 a 2010. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 6, p. 1889-1900, 2014.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

TELES, A. S. **Financiamento do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia**. 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Gasto Público em Saúde na Bahia: explorando indícios de desigualdades. **Saúde debate**, v. 41, n. 113, p. 457-470, 2017.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. **Saúde Soc.**, v.25, n.3, p.786-799, 2016.

VASCONCELLOS, S. C. **A problemática do financiamento da Atenção Básica nos municípios no período do pacto pela saúde (2006-2010): o caso do estado da Bahia**. 2013. 165 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

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

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Rev. Estud. Pesqui. Sobre Am.**, v. 10, n. 3, 2016.

WHO. **Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf?ua=1/>. Acesso em: 15 out. 2017.

WHO. **Global Health Observatory**: países. Geneva: WHO, 2017a. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/usa/es/>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

WHO. **Guide to producing national health accounts**: with special applications for low income e middle-income countries. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42711>>. Acesso em: 5 out. 2018.

WHO. **Health expenditure series**: Global Health Expenditure Database. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <<http://apps.who.int/nha/database>>. Acesso em: 3 nov. 2018.

WHO. **World health statistics 2017**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2017b. Disponível em: <https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/>. Acesso em: 12 dez. 2018.

5.2 Artigo 2

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS DA UNIÃO PARA MUNICÍPIOS SOB A ÓTICA DA EQUIDADE

UNIFIED HEALTH SYSTEM: TRANSFERS OF FUNDS FROM THE UNION TO MUNICIPALITIES FROM THE PERSPECTIVE OF EQUITY

Andrei Souza Teles
Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

O artigo analisa a distribuição dos recursos financeiros federais para os municípios do estado da Bahia, sob a ótica da equidade, em 2015. Trata-se de um estudo analítico-descritivo que utilizou o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) como uma *proxy* das necessidades de saúde e o modelo Contas Nacionais de Saúde para identificação do fluxo de recursos, cujos dados são oriundos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). As transferências federais totalizaram R\$ 3 bilhões, R\$ 202,07 *per capita*, sendo 28,15% dos recursos destinados à macrorregião mais populosa do estado. A maior parte das transferências (47,71%) foi direcionada para os serviços de Média e Alta Complexidade (MAC). A distribuição das transferências federais revelou um Índice de Gini de 0,54, indicando elevada concentração de recursos. As 36 municipalidades com os melhores IDHM detiveram 56% dos recursos, isto é, mais de R\$ 1,73 bilhões. As transferências para a subfunção da Atenção Básica (AB) foram as que se apresentaram de forma menos iníqua, com Índice de Gini de 0,27. Por outro lado, maior desproporção e iniquidade foram verificadas no direcionamento dos recursos para a MAC, revelando um Índice de Gini de 0,80. Destarte, reitera-se a importância de ampliação de investimentos na AB como um passo crucial no alcance da equidade em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Equidade em Saúde; Gastos em Saúde; Economia da Saúde.

ABSTRACT

The article analyzes the distribution of federal financial resources to the municipalities of the state of Bahia, from the viewpoint of equity, in 2015. This is an analytical-descriptive study that used the Municipal Human Development Index (IDHM) as a *proxy* for health needs and the National Health Accounts model to identify the resource flow, whose data are Information system on public health budgets (SIOPS). Federal transfers totaled R\$ 3 billion, R\$ 202.07 *per capita*, and 28.15% of the resources destined to the most populous macro-region of the state. Most shipments (47.71%) was directed to the medium and high complexity Services (MAC). The distribution of federal transfers revealed a Gini Index of 0.54, indicating a high concentration of resources. The 36 municipalities with the best IDHM held 56% of the resources, that is, over R\$ 1.73 billion. Transfers to the subfunction of primary Care (AB) were those that were less inappropriately presented, with a Gini index of 0.27. On the other hand, greater disproportion and iniquity were verified in the targeting of resources for the MAC, revealing a Gini index of 0.80. Reiterates the importance of expanding investment in AB as a crucial step in achieving health equity.

KEYWORDS: Equity in Health; Health Expenditures; Health Economics.

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) constituiu-se em um grande embate contra-hegemônico, marcado por acentuadas dificuldades no âmbito do financiamento. Os interesses do capital financeiro mantiveram-se presentes na conformação do Estado brasileiro estabelecida pela Constituição Federal de 1988 e a promoção da ideologia neoliberal, incitada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas universais de saúde, influenciou sobremaneira a condução das políticas de saúde (PAIM et al., 2011; REIS et al., 2016).

Segundo o Relatório Mundial de Saúde de 2013, todos os indivíduos devem ter acesso aos serviços de saúde que precisam, sem o risco do empobrecimento ao cuidar da saúde. Alcançar a universalidade da cobertura se traduziria em uma forma de se promover o desenvolvimento humano e de se obter melhores condições de saúde e bem-estar. Conseguir recursos de modo suficiente para um sistema universal de saúde consiste em um grande desafio, mas, simplesmente ter o dinheiro não significa necessariamente resolver problemas de acesso e de segmentação de clientela. Os recursos financeiros devem ser usados de modo eficiente e com equidade – princípio indissociável da universalidade (OMS, 2010; OMS, 2013; NORONHA, 2013).

No Brasil, há o entendimento de que a equidade consiste em um dos princípios doutrinários do sistema de saúde, apesar do termo não ter sido expresso na Constituição Federal e tampouco nas Leis Orgânicas de Saúde. Na Lei Maior existe a garantia de saúde como direito de todos e dever do Estado a partir de um acesso em caráter universal e igualitário a ações e serviços de saúde; e na Lei 8.080/90, o Art. 7º refere-se à igualdade em saúde, sem preconceitos ou privilégios, como princípio basilar do SUS. A primeira vez que a equidade foi apresentada, após a criação do SUS, foi em uma cartilha do Ministério da Saúde (MS), publicada em 1990, contudo, o seu conceito relacionava-se com a igualdade dos cidadãos de acesso a ações e serviços do sistema de saúde (BRASIL, 2006; ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017).

Importante esclarecer que o princípio da igualdade está baseado na definição de cidadania, que pressupõe que todos os indivíduos são iguais e têm os mesmos direitos. Difere, portanto, da equidade, princípio que reconhece que devido às diferenças vigentes entre as pessoas, faz-se necessário um tratamento diferenciado, para compensar as desigualdades existentes, ou seja, o tratamento desigual é justo na medida em que é executado em benefício de quem mais necessita (VIANNA et al., 2001).

A equidade em saúde implica que, idealmente, todos devem ter uma justa oportunidade de alcançar todo o seu potencial de saúde e, de modo mais pragmático, que ninguém deveria ter desvantagem para atingir tal potencial. Com base nessa definição, o objetivo da política de equidade em saúde não consiste em eliminar todas as diferenças para que todos tenham o mesmo nível e a mesma qualidade de saúde, mas reduzir ou eliminar as diferenças resultantes de fatores considerados tanto evitáveis, como injustos. A equidade, dessa forma, estaria relacionada com a criação de oportunidades iguais para a saúde, preocupa-se em reduzir o máximo possível as diferenças em saúde e no acesso às ações e aos serviços de saúde (WHITEHEAD, 2000).

É válido destacar também, do ponto de vista conceitual e terminológico, as diferenças entre o que se entende por desigualdade e por inequidade em saúde. A desigualdade é um termo comumente utilizado para indicar diferenças sistemáticas e evitáveis em saúde, mas existe na literatura ambiguidade no uso do termo, uma vez que alguns o empregam para transmitir uma sensação de injustiça, enquanto outros com o significado puramente no sentido matemático. O termo iniquidade, por sua vez, possui uma dimensão moral e ética e se refere a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas também desleais e injustas. Assim, o conceito de iniquidade em saúde se conforma a partir de dois critérios básicos: condição de evitabilidade e de injustiça, sendo que a causa desde último deve ser examinada e julgada no seu contexto social (WHITEHEAD, 2000).

Apesar de figurar dentre os objetivos de muitos sistemas de saúde, a equidade pouco tem sido consolidada no desenvolvimento das políticas públicas e, dessa forma, não tem sido alcançada de modo pleno (MCLNTYRE; MOONEY, 2014). No sistema de saúde brasileiro, a equidade é um dos princípios com maior nível de consenso, porém, muitas vezes, sua validade não passa da definição formal de um direito. Sua prática imprescinde, como condição necessária, de uma boa distribuição dos recursos financeiros, posto que dispor simplesmente do recurso financeiro não é uma condição suficiente para que as ações e os serviços de saúde estejam ao alcance de quem mais necessita. Nesse sentido, a organização de uma alocação geográfica dos recursos tendo como base as necessidades de saúde da população acaba por constituir uma condição essencial para a equidade no uso dos serviços de saúde (PORTO, 2002; PORTO et al., 2014).

Algumas teorias econômicas partem da relação existente entre a necessidade humana e o serviço que a satisfaça para reduzir o conceito de necessidade ao de demanda. Contudo, cabe sinalizar que as necessidades, em uma concepção geral, referem-se a fenômenos biológicos ou naturais relacionados a faltas ou carências do organismo, do ambiente ou de determinado grupo.

São diferenciadas em necessidades de saúde – doenças, riscos, vulnerabilidades e ideais de saúde os quais podem ser supridos por uma diversidade de setores como alimentação, saneamento, habitação, lazer, educação, dentre outros – e necessidades de serviços de saúde, que podem ser expressas em termos de demanda e atendidas através do consumo de serviços de saúde (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Atender com qualidade às necessidades populacionais postas frente ao sistema de saúde em um panorama de restrições orçamentárias e de corte de gastos; aplicar os recursos financeiros limitando os desperdícios, a má utilização; e priorizar potenciais necessidades de saúde, persistem como enormes desafios para a gestão do SUS. Quando se trata de dar mais a quem mais precisa, surge uma questão decisiva: como identificar quem são os indivíduos, regiões ou municípios mais necessitados? Existem variadas fórmulas para triar as necessidades de saúde, porém, até hoje não há consenso acerca do melhor método a ser utilizado devido à complexidade dessa determinação (FERREIRA; TELES; COELHO, 2016).

A busca por uma distribuição de recursos pautada nos princípios da equidade levou alguns países a adotar metodologias estratégicas. Neste quesito, o Reino Unido é um país com uma larga experiência, sendo pioneiro, ao criar na década de 1970 a fórmula conhecida como Resource Allocation Working Party (RAWP), na qual utilizava como *proxy* das necessidades de saúde a taxa de mortalidade padronizada por sexo e idade. Uma das principais críticas a esse método estava no fato de ser usado somente um indicador na representação das necessidades de saúde. Isso levou, posteriormente, ao desenvolvimento de uma nova proposta metodológica a partir de dados relacionados com a utilização dos serviços de saúde para estimar a demanda dos serviços causada pelas necessidades de saúde. A adaptação dessa fórmula à realidade do SUS não se mostrou compatível para uma alocação de recursos equânime (PORTO et al., 2007; PORTO et al., 2014; COELHO; SCATENA, 2014).

Gastos públicos com serviços de cunho social, como é o caso da saúde, constituem uma das principais formas de redistribuição de recursos no país, dado o elevado nível de desigualdade de renda existente. Todavia, nas políticas de saúde e na área da economia da saúde a temática da equidade tende a permanecer fora da pauta por conta da dificuldade em incluí-la e também devido à elevada preocupação com a questão da eficiência, que acaba ofuscando-a. Ultimamente, tem havido menos preocupação com a justiça social na maioria das sociedades ocidentais, além de uma forte tendência para a redução dos gastos públicos, em geral (MCLNTYRE; MOONEY, 2014).

Um estudo realizado no estado da Bahia analisou a distribuição dos recursos financeiros federais, em 2010, na ótica da equidade. Os autores encontraram que os 37 municípios com

maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) receberam 60% dos recursos, enquanto os 348 municípios restantes ficaram com 40%. Essa distribuição de verbas estava relacionada com a capacidade instalada, mas o IDHM mostrou-se associado à maior cobertura por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), ou seja, à existência de uma Atenção Primária de Saúde (APS) organizada (TELES; COELHO; FERREIRA; 2016a).

Diante de um cenário de desoneração crescente das contribuições sociais – principal fonte do financiamento federal da saúde –, em favor do capital, cujo crescimento acelerado se observa a partir de 2012, chegando a 55,82% da renúncia fiscal, em 2015, uma distribuição apropriada e justa dos recursos financeiros, de modo que atenda às necessidades de saúde das populações permanece como uma importante imagem-objetivo para o SUS (SALVADOR, 2017). Perante a importância de aprofundar os conhecimentos acerca do fluxo financeiro direcionado à saúde e identificar o impacto do desfinanciamento da saúde, na equidade, este artigo objetiva analisar a distribuição dos recursos financeiros federais para os municípios do estado da Bahia, sob a ótica da equidade, em 2015.

METODOLOGIA

O estudo é do tipo analítico-descritivo e foi elaborado a partir dos dados das transferências federais para os municípios do estado da Bahia. A mensuração dos diferenciais na alocação dos recursos foi executada em três etapas distintas e interdependentes: coleta das informações financeiras em sítio eletrônico; montagem da primeira tabela do modelo de Contas Nacionais de Saúde (CNS); e análise da distribuição dos recursos no tocante à dimensão da equidade.

Os dados atinentes às transferências federais foram coletados no site do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), através do qual foram realizadas consultas por subfunção de saúde – Atenção Básica (AB), Média e Alta Complexidade (MAC), Vigilância em Saúde (VS), Assistência Farmacêutica (AF), gestão do SUS e investimentos na rede de serviços de saúde. Todos os 417 municípios baianos haviam declarado ao SIOPS suas informações financeiras relativas à competência de 2015.

Os relatórios de receitas e despesas do SIOPS foram consolidados em um banco de dados único, sendo os valores repassados para a primeira tabela proposta pelo modelo de CNS – *National Health Accounts* (NHA). Esse modelo segue os princípios do *System of Health Accounts* (SHA) da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) contidos no manual de classificação da *International Classification for Health Accounts*

(ICHA) e facilita seguir os passos do dinheiro desde sua origem até o uso. Além disso, o modelo de CNS organiza a coleta de dados e evita duplicação de valores (COELHO, 2016).

A primeira das quatro tabelas básicas do modelo é composta por duas categorias: fontes de financiamento e agentes de financiamento. As fontes no financiamento público, em geral, são impostos, contribuições ou taxas, mas podem ser também transferências legais ou voluntárias de um ente para outro, que em um nível mais desagregado são identificadas como rubricas federais de financiamento, enquanto os agentes são considerados os receptores intermediários dessas transferências, dessa forma, recebem os recursos e os utilizam para o custeio de ações e serviços de saúde (WHO, 2003).

A montagem desta tabela do modelo de CNS é o processo que permite conhecer o comportamento das transferências de modo desagregado. Ao final da sua construção, conseguiu-se obter as fontes do financiamento federal no eixo das abscissas e os agentes ou gestores do financiamento no eixo das ordenadas, os quais foram organizados em nove macrorregiões de saúde (Norte, Oeste, Centro-Norte, Centro-Leste, Nordeste, Leste, Sudoeste, Sul e Extremo Sul) em conformidade com a versão mais recente do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado da Bahia (BRASIL, 2017). Esse instrumento de planejamento conduz os processos de descentralização e de regionalização para ampliação das possibilidades de acesso das populações ao conjunto de ações e serviços de saúde, em todos os níveis assistenciais, o mais próximo possível de onde residem, considerando os princípios da equidade, da integralidade e da economia de escala.

As macrorregiões são definidas como um espaço regional ampliado que visa assegurar a resolutividade das redes de atenção à saúde. São estabelecidas pelas Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo como base a conformação existente de regiões de saúde, em um processo de planejamento coordenado pela esfera estadual, mas em articulação com os municípios e com a União. Para a constituição das macrorregiões são utilizados os seguintes critérios: a contiguidade territorial, que independe das divisas dos estados, e uma configuração de limite geográfico com abrangência mínima de 700 mil habitantes e escala suficiente para garantir a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade (BRASIL, 2018).

O primeiro passo da análise compreendeu a sintetização de indicadores de descentralização dos recursos federais para as macrorregiões de saúde, tais como: a) Transferências Federais em Saúde (TFS), que consiste no total de receitas federais executadas durante a competência de 2015; b) TFS *per capita* – que diz respeito ao total de receitas federais realizadas em 2015 dividido pelo número de habitantes do mesmo ano, conforme estimativas fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); c) Média das TFS *per*

capita do estado (TFS-ME *per capita*); d) Relação entre as TFS *per capita* e as TFS-ME *per capita* – $\text{TFS per capita} / \text{TFS-ME per capita} \times 100$.

Em seguida, no sentido de apreender as diferenças elementares no comportamento das transferências, partiu-se para a análise detalhada por subfunção de saúde. Na sequência, a fim de evidenciar as implicações da capacidade instalada na distribuição dos recursos foram produzidos, com base nos dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), os seguintes indicadores de oferta de serviços de saúde: Leitos Totais e Leitos SUS por habitantes; % de Leito SUS; Procedimentos de Média Complexidade (MC); Procedimentos de Alta Complexidade (AC) e Equipes de Saúde/10.000 habitantes.

Para a análise da distribuição dos recursos federais totais e por subfunção, na perspectiva da equidade, o estudo utilizou a Curva de Lorenz, a qual consiste em um gráfico que representa frequências acumuladas de uma variável em um dado domínio. Dessa forma, foi possível comparar a distribuição de uma determinada variável com uma distribuição impecavelmente igualitária/equânime, simbolizada por uma reta diagonal, também conhecida como “linha de perfeita igualdade/equidade”. Quanto mais abaulada e distante dessa linha que passa pela origem do gráfico se formar a curva, maior será a desigualdade/iniquidade (UGÁ; SANTOS, 2005; MATOS, 2005).

A distribuição dos recursos federais foi examinada em função do IDHM, considerado na literatura nacional e internacional como uma *proxy* das necessidades de saúde e indicador de desigualdades sociais e de saúde. No processo de montagem das curvas, os municípios foram dispostos em ordem crescente de IDH. No eixo das abscissas (x) foram expressadas as proporções acumuladas dos municípios por IDHM, enquanto que no eixo das ordenadas (y) estão a proporção acumulada dos repasses federais realizados para os municípios do estado da Bahia. Para uma melhor visualização das proporções, a Curva de Lorenz foi dividida em dez décimos (PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005; MEDEIROS, 2006; TELES, 2015; TELES; COELHO; FERREIRA, 2016a).

Obtido através do Atlas de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDH possui abrangência internacional e consiste em um dos mais importantes indicadores socioeconômicos existentes. Trata-se de um indicador síntese que compreende três dimensões do desenvolvimento humano: o grau de escolaridade, a renda e o nível de saúde baseado na expectativa de vida, que reflete as condições de saúde e dos serviços de saneamento, de uma dada área geográfica, cujo objetivo é mensurar o desenvolvimento de uma região. O índice pode variar de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1 maior o IDH de um município – de 0 a 0,499 é considerado muito baixo, de 0,500 a 0,599 baixo,

de 0,600 a 0,699 médio, de 0,700 a 0,799 alto e de 0,800 a 1 é tido como muito alto (SOUZA; SOUZA; PINTO, 2014; BAHIA, 2016). Para análise desse indicador de forma regionalizada foi calculada a média do IDHM por macrorregiões de saúde.

Por fim, foi realizado o cálculo do Índice de Gini que é baseado na Curva de Lorenz, correspondendo a duas vezes a área entre a curva e a linha de 45° equidistante entre os eixos. Esse índice é amplamente utilizado em todo o mundo para quantificar as desigualdades em termos de distribuição de recursos em variadas áreas de estudo. Varia entre zero e um, sendo que zero representa uma distribuição completamente equitativa, assim, quanto mais os valores do índice se afastarem dele, maior será a iniquidade. Optou-se por fazer a análise por fonte de recursos na procura de avaliar a capacidade do financiamento das subfunções em ampliar ou reduzir as iniquidades em saúde (UGÁ; SANTOS, 2005; VAZQUEZ, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

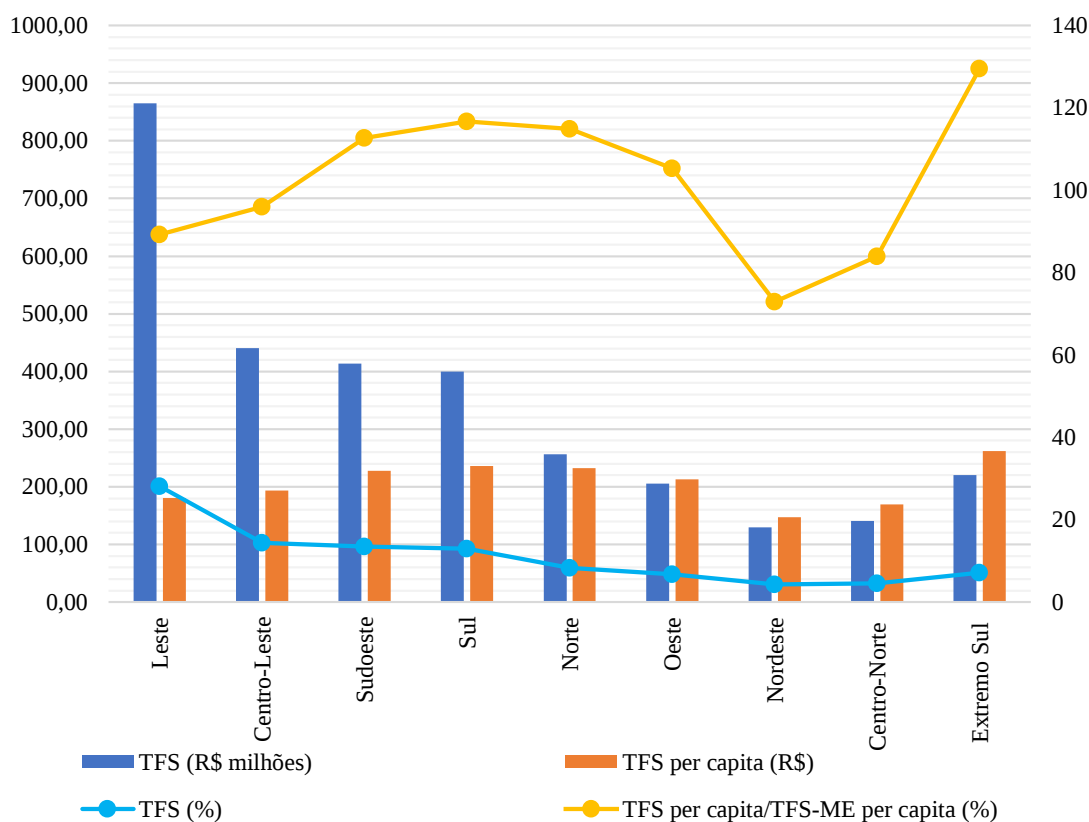
O Brasil, por ser um país continental com tamanha heterogeneidade e diversidade de situações econômicas, socioculturais e políticas, naturalmente impõe grandes desafios ao sistema de saúde. As estratégias de descentralização e de regionalização foram sem dúvida essenciais para os avanços na consolidação do SUS e para a diminuição das iniquidades em saúde. A descentralização aproximou o financiamento e estimulou estados e municípios a participarem mais dos gastos em saúde, enquanto a regionalização buscou reorganizar e canalizar recursos (financeiros e estruturais) para uma base regional de modo a favorecer o acesso das populações ao conjunto de ações e serviços de saúde.

Em 2015, as transferências federais para o estado da Bahia, segundo os relatórios do SIOPS, alcançaram R\$ 3,07 bilhões, correspondendo a um valor *per capita* de R\$ 202,07. Importante ressaltar que tais transferências levam em consideração as declarações dos municípios, não incluindo a receita que a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia movimenta e não repassa para as municipalidades, mesmo quando a aplica no setor da saúde, sobretudo em unidades de MAC distribuídas de forma irregular pelo estado.

A macrorregião Leste destacou-se pelo volume das transferências, de cerca de R\$ 864,79 milhões (28,15% das TFS do estado), valor que somado aos recursos que foram repassados para as macrorregiões Centro-Leste (R\$ 440,67 milhões) e Sudoeste (R\$ 413,44 milhões) chegou a representar 56% dos repasses na Bahia. Contudo, quando se observa as transferências federais da macrorregião Leste tendo como referência sua população (4.792.889

habitantes), tem-se um dos menores valores *per capita* de R\$ 180,43, inclusive abaixo da média do estado (R\$ 202,07) (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Transferências Federais em Saúde (TFS) declaradas pelos municípios do estado da Bahia, por macrorregiões, em 2015.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS e do IBGE.

A concentração de recursos absolutos no âmbito das macrorregiões vem diminuindo, mas ainda está muito longe do ideal. Estudo realizado por Teles, Coelho e Ferreira (2016a), com o uso da mesma metodologia, revelou que, em 2010, as macrorregiões Leste, Centro-Leste e Sudoeste chegavam a concentrar mais de 60% das transferências federais.

A macrorregião Nordeste aclara a permanência de situações de desequilíbrio e desigualdade quanto ao recebimento das transferências federais. Essa macrorregião foi penalizada no aporte de recursos tanto no cálculo absoluto (R\$ 130,09 milhões), representando apenas 4,23% do total destinado para o estado, quanto no *per capita* (R\$ 147,51, isto é, 73% da média estadual *per capita*).

O forte processo de descentralização da gestão e de recursos financeiros para os municípios, apesar de extremamente importante para o desenvolvimento do SUS, ocasionou dificuldades na garantia da integralidade da atenção, com o consequente esvaziamento do papel dos estados. Dispor simplesmente de uma quantidade limitada de recursos não significou necessariamente disponibilizar o acesso aos diferentes níveis assistenciais (REIS et al., 2017). O segundo ciclo político de organização do sistema de saúde, como ficou conhecida a regionalização, não teve a mesma força política da descentralização. Há a necessidade de conjugar no território esforços tanto políticos, quanto econômicos e sociais, mas resolver essa equação em meio a uma balança de interesses interfederativos consiste em uma tarefa árdua. O detalhe é que ainda que se tenha uma distribuição de recursos de modo satisfatório entre os municípios – o que definitivamente não é uma realidade –, se não for feita a partir de critérios de alocação redistributivos e de base regional, não será capaz de afastar as marcantes desigualdades e iniquidades no campo da saúde (LIMA et al., 2012; MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2017; VIANA et al., 2018).

A análise das transferências do ponto de vista *per capita* reduz a interferência da variação do quantitativo populacional das macrorregiões. Todavia, ainda assim, o padrão adotado das repasses de recursos não consegue minimizar as desigualdades. Os valores *per capita* oscilaram entre R\$ 147,51 (Nordeste) e R\$ 261,87 (Extremo-Sul). Além das macrorregiões Nordeste e Leste, também não atingiram a média estadual Centro-Leste (R\$ 193,85) e Centro-Norte (R\$ 169,59). As macrorregiões Leste e Centro-Leste chamam atenção por obterem os maiores valores absolutos, concentrarem as maiores populações do estado, respectivamente, 4.792.889 e 2.273.262 habitantes, e deterem os valores *per capita* entre os mais baixos. Ou seja, os números absolutos imponentes chegam a impressionar, mas mostram apenas parte da história, a outra parte já é bastante conhecida e é reflexo do subfinanciamento da saúde frente as demandas populacionais.

Realizando-se uma análise pormenorizada das transferências federais executadas em 2015, tem-se que 40,25% dos recursos foram destinados para a AB, 47,71% para a MAC, 4,09% à VS, 2,35% para a AF, 0,72% para a gestão do SUS e, por fim, 4,87% ao chamado bloco de investimentos na rede de serviços. A macrorregião Leste, que sedia a capital do estado (Salvador), recebeu o maior volume de transferências para a AB, MAC (que por sinal concentrou cerca de 62% dos recursos, enquanto a AB ficou com apenas 30%), VS e AF, ficando aquém apenas da macrorregião Centro-Leste no que concerne à Gestão do SUS e ao bloco de Investimentos na Rede (Tabela 1).

Tabela 1 – Transferências federais por subfunção de saúde nas macrorregiões do estado da Bahia (em milhões), em 2015.

Macrorregiões	AB (R\$)	%	MAC (R\$)	%	VS (R\$)	%	AF (R\$)	%	Gestão do SUS (R\$)	%	Invest. na Rede (R\$)	%
Leste	253,92	29,36	532,57	61,58	37,75	4,37	2,23	2,58	1,19	0,14	17,07	1,97
Centro-Leste	204,27	46,35	163,67	37,14	17,51	3,97	1,00	2,28	14,15	3,21	31,03	7,04
Sudoeste	184,63	44,66	185,14	44,78	15,24	3,69	0,89	2,16	2,00	0,48	17,49	4,23
Sul	153,16	38,28	198,25	49,54	20,53	5,13	0,79	1,98	0,62	0,16	19,67	4,91
Norte	99,20	38,65	129,74	50,54	8,74	3,41	0,45	1,74	0,12	0,05	14,41	5,61
Oeste	87,63	42,59	92,16	44,80	6,98	3,39	0,43	2,07	1,22	0,59	13,48	6,55
Nordeste	75,99	58,41	34,92	26,84	6,70	5,15	0,34	2,60	0,58	0,45	8,52	6,55
Centro-Norte	78,81	56,05	44,29	31,50	6,22	4,42	0,30	2,15	0,97	0,69	7,28	5,18
Extremo Sul	99,00	44,99	85,12	38,68	6,04	2,75	0,79	3,61	1,41	0,64	20,54	9,33
Bahia	1.236,62	40,25	1.465,86	47,71	1.25,71	4,09	7,23	2,35	22,26	0,72	149,48	4,87

Fonte: Elaboração própria com base em dados do SIOPS.

Ao investigar evolução das transferências federais na Bahia no período de 2009 a 2012, com base no SIOPS, Teles, Coelho e Ferreira (2016b) evidenciaram o aumento progressivo das transferências para a AB, as quais no ano 2012 chegaram a ser superiores aos repasses para a MAC. Neste estudo de 2015, na contramão da tendência apresentada, os valores transferidos para a MAC foram superiores tanto para o estado como um todo, como para a maioria das macrorregiões (Leste, Sudoeste, Sul, Norte e Oeste).

Cabe sinalizar que aproximadamente 57% dos municípios baianos possuíam, em 2015, menos de 20 mil habitantes, mas todos contavam com os serviços da AB. O mesmo já não se pode afirmar em relação aos serviços de média e, principalmente, de alta complexidade, para os quais as dificuldades são mais acentuadas, sobretudo para os municípios de pequeno porte populacional, que tendem a necessitar cada vez mais da eficiência da rede regionalizada desses serviços de saúde. O fato é que os serviços de MAC, apesar de não se encontrarem plenamente desenvolvidos na maior parte do estado, são mais caros e demandam mais recursos.

Sem dúvida, o processo de incorporação tecnológica na MAC consiste em uma importante força propulsora de gastos no Brasil e no mundo. Por um lado, há o aumento das expectativas dos usuários e dos profissionais da área da saúde no que diz respeito à inclusão de

tecnologias, influenciando na sua utilização, ainda que sem efetividade comprovada. De outro, a pressão das indústrias biomédica e farmacêutica e dos prestadores de serviços para a incorporação do progresso tecnológico em saúde a partir de novas técnicas de diagnóstico e de terapias abalizadas em equipamentos e medicamentos sofisticados (MARQUES, 2016). Sabe-se que uma distribuição de recursos financeiros equitativa deve procurar privilegiar regiões que estejam em condições sanitárias e socioeconômicas mais desfavoráveis, mas também que, a elevação dos gastos gerado por essa incorporação tecnológica na MAC tende a penalizar as regiões mais pobres e com proeminentes necessidades de saúde (PORTO et al., 2014; NUNES et al., 2014).

A Tabela 2 mostra a distribuição da capacidade instalada de serviços entre as macrorregiões de saúde do estado, com o intuito de relativizar os prováveis efeitos dessa variável na distribuição dos recursos.

Tabela 2 – Indicadores de oferta de serviços de saúde na Bahia, por macrorregião, em 2015.

Macrorregião	Leitos/ 1.000hab.	Leitos SUS/1.000 hab.	% Leitos SUS	Proced. MC/ 1.000hab.	Proced. AC/ 1.000hab.	Equipes de Saúde/ 10.000hab.	IDHM médio
Leste	2,18	1,57	71,96	49,89	6,65	1,78	0,631
Centro-Leste	1,78	1,51	84,69	43,43	1,06	3,20	0,589
Sudoeste	1,96	1,63	83,14	59,83	0,78	3,43	0,587
Sul	2,11	1,81	85,73	65,71	1,00	3,30	0,587
Norte	1,42	1,26	88,80	47,06	0,34	3,28	0,589
Oeste	1,58	1,42	90,18	55,21	0,35	3,28	0,600
Nordeste	1,32	1,13	85,78	34,87	0,01	3,07	0,572
Centro-Norte	2,05	1,77	86,08	64,99	0,02	3,62	0,584
Extremo Sul	1,66	1,34	80,82	50,89	1,62	3,70	0,622
Bahia	1,91	1,54	80,49	52,02	2,60	2,84	0,596

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS, do IBGE e do PNUD.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.101/2002 (revogada pela Portaria nº 1.631/2015 e pela Portaria de Consolidação nº 01/17), o MS estima que a necessidade de leitos hospitalares no Brasil gira em torno de 2,5 a 3 para cada mil habitantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza uma taxa ideal de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes e a OCDE, 4,7 leitos para cada mil habitantes. O Brasil, abaixo de todos os índices recomendados, possui uma taxa

de 2,1 leitos para cada mil habitantes e essa situação é replicada entre vários estados e as suas regiões (CNM, 2018).

Na Bahia, a taxa de leitos por mil habitantes, em 2015, foi de 1,91 e nenhuma região conseguiu atingir o índice mínimo estipulado pelo MS. A macrorregião com a melhor taxa foi a Leste, com 2,18 leitos a cada mil habitantes e, por conseguinte, foi a que realizou, disparadamente, o maior número de procedimentos de alta complexidade, 6,65 para cada mil habitantes.

Em contraposição, a pior situação foi observada na macrorregião Nordeste, que tem 1,32 leito e realizou 0,01 procedimentos de alta complexidade para cada mil habitantes. No cálculo do indicador Leitos no âmbito do SUS por mil habitantes, o índice para a Bahia foi de 1,54. As maiores taxas foram registradas nas macrorregiões Sul e Centro-Norte, com 1,81 e 1,77, respectivamente, enquanto a menor foi da macrorregião Nordeste, com 1,13. Esta macrorregião abriga os municípios com os piores IDHM do estado (82% situaram-se na faixa de baixo ou muito baixo IDHM) e, consequentemente, obteve a pior média de IDHM (0,572).

A macrorregião Leste, por sua vez, concentra a maior parte da população estado (4.792.889 habitantes), tem a melhor média de IDHM (0,631) – 73% dos municípios são categorizados como de médio ou alto IDHM –, realiza o maior número de procedimentos de alta complexidade e possui o maior número de leitos por mil habitantes. Dessa forma, não restam dúvidas acerca do caso concreto de sua hipertrófica capacidade instalada. Mas, por outro lado, foi também a macrorregião que possuiu o menor número de equipes de saúde da AB por 10 mil habitantes (1,78), ficando abaixo da média estadual (2,84), além da menor proporção de leitos SUS (71,96%), indicando uma forte presença do setor privado.

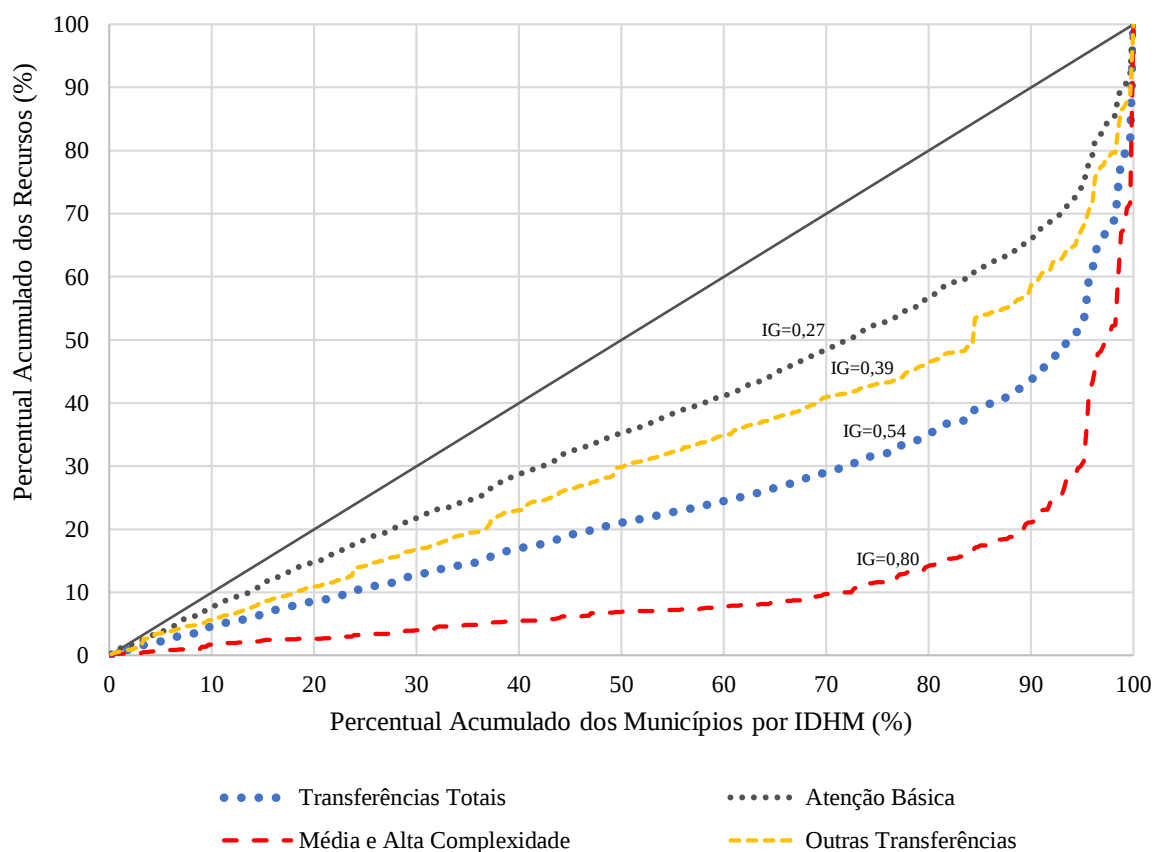
Adicionalmente, é digno de nota o fato de grande parte das macrorregiões realizar um ou menos procedimento de Alta Complexidade para cada mil habitantes (Sudoeste, Sul, Norte, Oeste, Nordeste e Centro-Norte). Situação esta que reflete a dificuldade do arranjo organizacional dos municípios em assegurar o acesso de suas populações a esse nível de complexidade.

A macrorregião Extremo Sul também chama atenção por conta de algumas peculiaridades. Essa macrorregião possui, no comparativo macrorregional, o menor agrupamento de municípios (21) com uma das menores populações do estado (840.325 habitantes). Não obstante, possui o maior número de equipes de saúde por mil habitantes (3,7), duas vezes maior que o da macrorregião Leste, realiza um dos maiores números de procedimentos de alta complexidade por mil habitantes (1,62) e tem a segunda maior média de IDHM (0,622).

Uma forte AB é capaz de refletir em melhores condições de vida e saúde da população e, por conseguinte, no IDH dos municípios. Acesso a ações e serviços de saúde, proteção financeira, qualidade dos serviços, eficiência do sistema e equidade são indicadores que a ESF ajuda a potencializar. Estudo realizado em 31 países constatou a existência de associação entre uma APS forte e menores números de hospitalizações desnecessárias, menos desigualdades socioeconômicas em saúde e melhorias nos indicadores na população (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

O Gráfico 2 evidencia, através das Curvas de Lorenz, as transferências federais totais, bem como a distribuição dos recursos federais direcionados para AB, MAC e outras subfunções, que englobam VS, AF, gestão do SUS e o bloco de investimentos na rede, estando os municípios agrupados em ordem crescente de IDHM. À medida que as curvas se distanciam da reta de 45° de inclinação, acentuam as iniquidades na distribuição dos recursos, que são mensuradas por Índices de Gini cada vez maiores.

Gráfico 2 – Índice de Gini e distribuição das transferências federais totais e por subfunção para os municípios do estado da Bahia por ordem crescente de IDHM, em 2015.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS e do PNUD.

Em se tratando das transferências totais, nota-se que o espaço entre a curva e a reta de equidistribuição de 45° revelou um Índice de Gini de 0,54, que é considerado elevado em termos de distribuição de recursos. Prova disso, é que ao primeiro decil, que abrange os 47 municípios com os piores IDHM do estado, foram destinados apenas 4,60% dos recursos (R\$ 141,41 milhões). Nessa linha, os cinco primeiros decis, compostos por 221 municípios, absorveram 21,06% das transferências, o que totaliza cerca de R\$ 646,99 milhões. Por outro lado, a porcentagem acumulada pelo último décimo – 56% dos recursos federais, isto é, mais de R\$ 1,73 bilhões – que agrupa as 36 municipalidades com os melhores índices de desenvolvimento humano, correspondeu à parcela maior que a acumulada pelos primeiros nove decis.

No Rio Grande do Sul, Pelegrini, Castro e Drachler (2005) encontraram uma conjuntura diferente. Segundo a política de Municipalização Solidária da Saúde do estado, metade dos recursos eram transferidos para 34% da população que residia nos municípios com os piores índices de desenvolvimento humano.

Contudo, olhando para o mesmo estado da Bahia, em 2010, constata-se que a situação era de maior desigualdade do que em 2015. Isso porque apenas 20% dos recursos federais foram direcionados para os 219 municípios com os menores IDHM do estado (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016a).

Cabe assinalar que as iniquidades observadas foram favoráveis ao conjunto de municípios que possuíam os melhores IDHM. Ademais, a distribuição dos recursos que se apresentou de forma menos iníqua foi para a subfunção da AB, que obteve um Índice de Gini considerado baixo de 0,27. Ainda assim, 6,03% dos recursos, o que equivale a R\$ 74,62 milhões, foram destinados aos 36 municípios com os menores IDHM (primeiro décimo), enquanto 33,88% do financiamento federal (R\$ 419,02 milhões) também foram para 36 municipalidades, mas que se classificaram com os maiores IDHM.

Aproximadamente 31% das transferências para a AB são decorrentes do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, que visa financiar as despesas de custeio com valores que variam de R\$ 23,00 a R\$ 28,00 por habitante. A partir da Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011 (BRASIL, 2011), a definição do valor mínimo do PAB fixo passou a ser realizada com base, além do porte populacional, em indicadores selecionados de acordo com critérios estabelecidos pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), tais como: Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, densidade demográfica e os percentuais da população com plano de saúde, com bolsa família, e em situação de extrema pobreza. Isto representou um importante passo no sentido da equidade, ao deixar de ocultar as diferentes necessidades de saúde existentes entre os municípios (ANDRADE et al., 2018).

De fato, Ferreira et al. (2015), avaliando o cumprimento dos valores estipulados pelas portarias vigentes para o PAB fixo, na macrorregião Leste, no período de 2010 a 2012, encontraram percentuais altos de municípios que não receberam o mínimo estipulado para sua categoria em cada ano do estudo: 40%, 31% e 48%. Ou seja, observa-se uma pequena melhora no cumprimento dos repasses para a maior macrorregião do estado, aquela que agrega a capital e municípios com maior IDHM, porém ainda se mantém níveis inaceitáveis de descumprimento legal e normativo de um recurso que é básico para a manutenção dos sistemas de saúde municipais. Situação que não atende sequer os princípios da igualdade.

Quanto à equidade, nesse contexto, ela pode ser entendida como o princípio das funções distributivas, que visa compensar e/ou superar desigualdades, avaliadas como socialmente injustas (TEIXEIRA, 2010). Destarte, resultados equitativos são aqueles que promovem certas redistribuições desigualitárias de recursos financeiros, a partir de ajustes realizados em função dos grupos populacionais com maiores necessidades de saúde, tendo como base fatores sociais, biológicos e político-organizacionais que determinam as disparidades vigentes (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

A rigor, maiores desproporções e iniquidades foram verificadas no direcionamento dos recursos federais para os serviços de MAC, revelando um Índice de Gini considerado altíssimo de 0,8. Apenas 10 municípios com as mais vantajosas pontuações em termos de índice de desenvolvimento humano receberam quase 51% dos recursos dessa subfunção (R\$ 745,77 milhões). O primeiro décimo recebeu somente 1,72% (R\$ 25,27 milhões). Já, o último décimo concentrou 78,91% dos recursos (R\$ 1,16 bilhão).

No que concerne à distribuição dos recursos para as demais subfunções, o gráfico revelou um Índice de Gini de 0,39, o que significa dizer que, do total de recursos recebidos (R\$ 370,04 milhões), 5,63% (R\$ 20,89 milhões) foram destinados ao primeiro décimo e 42,76% (R\$ 158,25) para o último. Até o quinto decil, 30,10% dos recursos (R\$ 111,39 milhões) foram direcionados para os 221 municípios de menor IDHM do estado.

A distribuição dos recursos pode ser mais ou menos iníqua a depender da importância que é dada, através do financiamento, às subfunções da saúde. A AB continua sendo o bloco de atividades que mais se aproxima da equidade, apesar de também apresentar desigualdade na condução dos recursos. Inegavelmente, a média e, principalmente, a alta complexidade tornam a concavidade da Curva de Lorenz mais acentuada, influenciando sobremaneira a iniquidade das transferências totais de recursos federais. Assim, a equidade em saúde depende também de uma melhor distribuição dos serviços entre as regiões e macrorregiões do estado, de modo a

evitar, de um lado, a concentração de recursos e serviços, e de outro, os vazios assistenciais e a cronicidade do subfinanciamento regional.

Importa assinalar que as debilidades oriundas do subfinanciamento crônico do sistema de saúde ocasionaram persistentes desigualdades regionais no âmbito dos serviços de saúde e que uma distribuição de recursos financeiros equitativa deve procurar justamente privilegiar regiões que estejam em condições sanitárias e socioeconômicas mais desfavoráveis, caso dos estados do Norte e Nordeste. Ante esse enfrentamento, a Emenda Constitucional nº 95, aprovada em 2016, aumentou o peso sobre as desigualdades, limitando o avanço dos gastos em saúde à inflação por duas décadas. Dessa forma, a contenção do aumento real dos gastos federais consiste em forte ameaça à sustentabilidade do SUS e, sem mecanismos compensatórios ou sua revogação, inibirá certamente a expansão e o aprimoramento da AB que é precisamente o subsistema mais determinante na diminuição das iniquidades em saúde no país (OPAS, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste artigo revelaram que a concentração de recursos absolutos em grandes macrorregiões aponta para o predomínio de dois fatores principais e determinantes nas transferências federais: o número de habitantes e a capacidade instalada. Tais fatores não conseguem prover igualdade, por conta dos diferentes arranjos organizacionais dos serviços de saúde, tampouco equidade, por não cobrir suficientemente as necessidades de saúde das distintas regiões, além de não serem capazes de amenizar as circunstâncias de um dos maiores problemas que assola o SUS desde a sua criação: o subfinanciamento crônico. Quando os valores absolutos são contrastados com o quantitativo populacional das grandes macrorregiões, essa grave situação de insuficiência de recursos se tornou ainda mais evidente.

Na decomposição das transferências federais para os municípios baianos, notou-se que a maior parte é destinada à MAC. É válido ressaltar que, se fosse considerado o montante de recursos aplicado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), a proporção seria muito maior, uma vez que SESAB financia seja com recursos próprios, seja com recursos federais, os grandes hospitais localizados em municípios de grande porte, distribuídos de modo irregular por entre as regiões fisiográficas.

A análise das transferências federais tendo como parâmetro o IDHM desvelou a existência de atuação de duas forças de sentidos completamente opostos. Enquanto as transferências para a MAC conformaram uma Curva de Lorenz que se distanciou da reta de 45°

de inclinação e assim ampliaram a iniquidade na distribuição dos recursos – apenas uma dezena de municípios recebeu mais da metade dos recursos transferidos para a MAC –, as transferências para a AB contribuíram para a diminuição da área da curva no sentido de reduzir as iniquidades, o que reitera a importância de ampliação de investimentos na APS como um passo de fundamental importância para o alcance da equidade em saúde.

Os critérios usados nas transferências federais beneficiaram as municipalidades com os melhores IDHM, em detrimento de municípios e regiões desfavorecidos socioeconomicamente. Essa disposição totalmente antagônica às proposições da equidade reflete as contradições do próprio sistema de saúde e as características herdadas do período anterior ao SUS.

Destarte, diante de um quadro marcado por limitações orçamentárias e enorme demanda, o debate acerca da equidade no SUS precisa ser energizado, sobretudo no que diz respeito ao modo de enfrentá-lo. As medidas de austeridade fiscal vão interferir no sistema de proteção social brasileiro como um todo e o sistema de saúde de base regional agora precisa, mais do que nunca, evoluir na direção da equidade, o que demandará participação social e mais vontade política.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. S.; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde Soc.**, v. 26, n. 1, p. 115-128, 2017.

ANDRADE, M. V. et al. Desafios do sistema de saúde brasileiro. In: NEGRI, J. A. D.; ARAÚJO, B. C. P. O.; BACELETTE, R. G. (Org.). **Desafios da Nação**: artigos de apoio. 1ª ed. Brasília: Ipea, 2018. p. 357-414.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 40, supl. 3, p. 1-124, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.602, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jul. 2011, Seção 1, Página 50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 mar. 2018. Seção 1, p. 135.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 149, de 26 de junho de 2017. Aprova a transferência do município de Feira da Mata, da Região de Saúde de Santa Maria da Vitória, para Região de Saúde de Guanambi. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2017. Seção 1, p. 41.

COELHO, T. C. B. Construção de sistemas de contas em saúde: desbravando o sertão. In: COELHO, T. C. B.; TELES, A. S.; FERREIRA, M. P. S. **Financiamento do SUS: abrindo a caixa-preta**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016. p.59-96.

COELHO, T. C. B.; SCATENA, J. H. G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 271-286.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Comunicação**: Brasil perdeu 23.091 leitos hospitalares em dez anos. Brasília: CNM, 2018. Disponível em: <<https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Estudo-tecnico-Leitos%20hospitalares-2018.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2019.

FERREIRA, M. P. S. et al. Financiamento da Atenção Básica em uma macrorregião da Bahia. **Rev. Saúde Col.**, v.5, n.1, p. 27-32, 2015.

FERREIRA, M. P. S.; TELES, A. S.; COELHO, T. C. B. Equilíbrio entre eficiência e equidade na distribuição de recursos financeiros da saúde. In: COELHO, T. C. B.; TELES, A. S.; FERREIRA, M. P. S. (Orgs.). **Financiamento do SUS: abrindo a caixa-preta**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016. p. 43-58.

LIMA, L. D. et al. Regionalização da Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 823-852.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 18-37, 2018.

MARQUES, R. M. O direito à saúde no mundo. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS, 2016. p. 11-36.

MATOS, J. D. **Distribuição de renda: fatores condicionantes e comparação entre as regiões metropolitanas pesquisadas pela PED**. Porto Alegre: FEE, 2005.

MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. Que rumo tomar agora em relação à equidade? In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs.). **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 313-338.

MEDEIROS, M. **Uma introdução às representações gráficas da desigualdade de renda**. Texto Para Discussão Nº 1202. Brasília: IPEA, 2006.

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

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p.847-849, 2013.

NUNES B. P. et al. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Rev. Saúde Públ.**, v. 48, p. 968-976, 2014.

OMS. **Relatório mundial de saúde: financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a cobertura universal de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, OMS, 2010. Disponível em: < <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

OMS. **Relatório mundial de saúde 2013: pesquisa para a cobertura universal de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, OMS, 2013. Disponível em: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85761/9789248564598_por.pdf;jsessionid=E8103C10B303C827C5FC0920DBFD8B34?sequence=26>. Acesso em: 10 set. 2018.

OPAS. **Relatório 30 anos de SUS: que SUS para 2030?** Brasília: OMS, 2018. Disponível em: < <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001-SINTESE.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Análise da Situação de Saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 29-38.

PAIM, J. S et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, p. 11-31, 2011.

PELEGRINI, M. L. M.; CASTRO, J. D.; DRACHLER, M. L. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 10, n. 2, p. 275-286, 2005.

PORTO, S. et al. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1393-1404, 2007.

PORTO, S. M. et al. Equidade no financiamento da saúde, alocação de recursos e utilização dos serviços de saúde no Brasil. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs.). **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 253-280.

PORTO, S. M. Justiça Social, Equidade e Necessidade em Saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). **Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde**. Brasília: IPEA, 2002.

REIS, A. A. C. et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, 2017.

REIS, A. A. C. et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 122-135, 2016.

SALVADOR, E. S. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Serv. Soc. Soc.**, n. 130, p. 426-446, 2017.

SOUZA, T. O.; SOUZA, E. R.; PINTO, L. W. Evolução da mortalidade por homicídio no Estado da Bahia, Brasil, no período de 1996 a 2010. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 6, p. 1889-1900, 2014.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

TELES, A. S. **Financiamento do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia**. 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Blocos de Financiamento: transferências federais para o estado da Bahia. **Revista Saúde.com**, v 12, n. 2, p. 542-550, 2016b.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.25, n.3, p.786-799, 2016a.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M.; PIOLA, S. F. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. **Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro**. Relatório de pesquisa. Projeto Economia da Saúde, Cooperação Técnica Brasil – Reino Unido. Rio de Janeiro, 2005.

VAZQUEZ, D. A. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1201-1212, 2011.

VIANA, A. L. D. et al. Regionalização e redes de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018.

VIANNA, S. M. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224p.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2000.

WHO. **Guide to producing national health accounts: with special applications for low income e middle-income countries**. Geneva: World Health Organization, 2003.

5.3 Artigo 3

O PERIGO DO MÍNIMO: DESTINAÇÃO DE RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS EM SAÚDE

THE DANGER OF MINIMUM: ALLOCATION OF COUNTY HEALTH RESOURCES

Andrei Souza Teles
Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

O artigo analisa a aplicação dos recursos próprios municipais em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), em todo estado da Bahia, no período de 2003 a 2015. O estudo é descritivo e os dados oriundos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) foram analisados com o auxílio do modelo de Contas Nacionais de Saúde. Os resultados encontrados demonstram um aumento real de 182% nos recursos aplicados em saúde pelo ente municipal. A cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), transferido da União, representou a principal fonte de financiamento: 45,11%, em 2015. Houve descumprimento do piso financeiro de aplicação em saúde em doze dos treze anos estudados, totalizando um déficit para a saúde pública de cerca de R\$ 236 milhões. Por outro lado, o fato da média anual de aplicação dos recursos oscilar entre 17,43% a 20,36% gerou um superávit de R\$ 6,65 bilhões, revelando o protagonismo das municipalidades no financiamento do setor. Em um cenário de constitucionalização da diminuição do aporte de recursos federais para área da saúde e de consolidação do crônico subfinanciamento, se os municípios dedicassem somente o mínimo constitucional para as ASPS a redução dos recursos poderia ocasionar acentuadas dificuldades ao Sistema Único de Saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE: Gastos em saúde; Financiamento da saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The article analyzes the application of municipal own resources in Actions and Public Health Services (ASPS), throughout the state of Bahia, from 2003 to 2015. The study is descriptive and data from the Public Health Budget Information System (SIOPS) were analyzed with the aid of the National Health Accounts model. The results show a real increase of 182% in health resources applied by the municipal entity. The share of the Municipal Participation Fund (FPM), transferred from the Union, represented the main source of funding: 45.11% in 2015. There was non-compliance with the financial floor of health application in twelve of the thirteen years studied, totaling a public health deficit of about R\$ 236 million. On the other hand, the fact that the average annual investment of resources ranged from 17.43% to 20.36% generated a surplus of R\$ 6.65 billion, revealing the leading role of municipalities in financing the sector. In a scenario of constitutionalization of the decrease in the contribution of federal resources to the area of health and consolidation of the chronic subfinancing, if the municipalities dedicate only the minimum constitutional to the ASPS the resource reduction could cause severe difficulties for the Unified Health System (SUS).

KEYWORDS: Health expenditures; Healthcare financing; National Health Programs.

INTRODUÇÃO

O financiamento dos sistemas de saúde só é possível graças às fontes de recursos por meio das quais se dá o gasto em saúde. Destacam-se como as três grandes fontes de financiamento: o Estado, as empresas e as famílias. O primeiro financia o sistema de saúde público a partir de sua atividade fiscal, com a tributação de bens e serviços no âmbito federal, estadual e municipal, enquanto as empresas e as famílias financiam a saúde na medida em que contratam um plano ou um grupo privado ou quando compram diretamente produtos e serviços de saúde (COELHO; SCATENA, 2014).

O exercício tributário do Estado ocorre por intermédio da arrecadação de tributos, os quais incluem as contribuições sociais e os impostos. As contribuições sociais representam as principais fontes do financiamento federal do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao serem criadas possuem alocação predefinida, diferindo dos impostos que podem não ter um destino específico. Os impostos diretos incidem na renda dos indivíduos e das empresas e em suas propriedades, como o Imposto de Renda (pessoa física ou jurídica) e o Imposto Predial e Territorial (urbano ou rural). Já os impostos indiretos são aplicados sobre as diversas fases de produção e comercialização de serviços e produtos e transferidos ao consumidor final, como o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS). As operações que envolvem essas receitas – entrada de recursos financeiros nos cofres públicos – originam um fluxo econômico antevisto legalmente através dos orçamentos de saúde, que estabelecem a previsão de recursos por fonte determinada, relacionando-os com as ações e serviços a serem desenvolvidos de acordo com o plano de saúde (UGÁ; SANTOS, 2006; UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012; COELHO; SCATENA, 2014; SOUZA, 2015).

Uma das grandes inovações constitucionais, sem dúvida, foi a criação Seguridade Social. No artigo 195, ficou expressa a previsão de seu financiamento a partir de toda a sociedade, por meio de recursos derivados dos orçamentos de todos os entes federativos, bem como de contribuições sociais provenientes dos empregadores, dos trabalhadores e da receita de concursos de prognósticos (BRASIL, 1988). Assim ficou definido o caráter tripartite do financiamento do SUS: através de recursos provenientes do Orçamento da Seguridade Social e da atividade fiscal da União, de recursos dos orçamentos fiscais dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Todavia, diante do persistente quadro de falta de recursos e indefinição de fontes específicas para o financiamento e desenvolvimento do SUS, passaram a surgir propostas para obrigar a vinculação de recursos dos três níveis de governo para a saúde.

Em 1993, foi encaminhada para o Congresso Nacional a primeira delas, a Proposta de Emenda Constitucional nº 196A, estabelecendo que 10% da receita de impostos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios deveriam ser destinados para a saúde. Adicionalmente, a União também deveria contribuir com 30% da receita das contribuições da seguridade social. Essa proposta passou sete anos tramitando no congresso e sofreu inúmeras alterações até a sua aprovação através da Emenda Constitucional nº 29, em 2000 (EC 29/2000) (PIOLA et al., 2013).

Apesar de completamente diferente da proposta que a originou, a EC 29/2000 significou um importante avanço nas políticas de financiamento, já que alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal de 1988 e inseriu o artigo 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias com o intuito de garantir a aplicação de recursos mínimos pelos entes governamentais em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). No que concerne à União, definiu-se que, excepcionalmente para o ano 2000, seria aplicado, pelo menos, o equivalente ao valor empenhado na saúde no ano de 1999, com o acréscimo de, no mínimo, 5%. A partir daí, a base de cálculo corresponderia ao montante de recursos aplicado no ano anterior em saúde corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (BRASIL, 2015).

A EC 29/2000 determinou que estados e municípios deveriam destinar inicialmente, no mínimo, 7% do produto da arrecadação de suas receitas para as ações e serviços de saúde. Ficou estabelecido que esse percentual deveria subir anualmente até atingir, minimamente, 12% para os estados e 15% para os municípios, a partir de 2004 (MENDES; MARQUES, 2009). Dessa forma, a EC 29/2000 assegurou mais recursos e uma maior participação das esferas subnacionais de governo no financiamento do SUS, sendo bem-sucedida como fator de estímulo ao princípio constitucional da descentralização, apesar dos diferenciados efeitos em cada ente federativo (PIOLA; BARROS, 2016).

No ano de 2000, os gastos com ASPS no Brasil, incluindo os três entes da federação, giravam em torno de R\$ 34 bilhões de reais. Os gastos do âmbito federal representavam cerca de 60% do total (R\$ 20,4 bilhões), enquanto estados e municípios participavam com respectivos 18,5% (6,3 bilhões) e 21,5% (R\$ 7,3 bilhões) (BRASIL, 2015). A participação da União foi decrescendo drasticamente, a ponto de chegar a 43,2%, no ano de 2015. Em contrapartida, os estados e os municípios ampliaram suas participações no gasto em saúde. Os municípios avançaram de 21,7% para 30,9%, enquanto os estados passaram de 18,5% para 25,9%, de 2000 a 2015. Nesse mesmo período, no que diz respeito ao gasto da saúde total, envolvendo todas as esferas de governo, como proporção do PIB, ele avançou de 2,9 para 3,9%, enquanto o gasto

em saúde no âmbito federal, como percentual do PIB manteve-se praticamente inalterado (SERVO et al., 2011; MENDES; FUNCIA, 2016).

A Carta Magna previa a possibilidade de reavaliação das normas de cálculo dos valores a serem destinados para as ações e serviços de saúde pela União por lei complementar a cada cinco anos (BRASIL, 2009). Contudo, a regulamentação da EC 29/2000 veio ocorrer após inúmeras tentativas 12 anos mais tarde, por meio da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC 141/2012), e para frustração da expectativa cultivada por muitos, não proporcionou o aumento da participação da União no financiamento da saúde e manteve para todos os níveis de governo a mesma base de cálculo já adotada.

Foi aprovada uma nova regra para a aplicação mínima de recursos do governo federal em ASPS, em 2015, a partir da Emenda Constitucional nº 86 (EC 86/2015). Alterou-se a base de cálculo para um escalonamento anual de percentuais relacionados à Receita Corrente Líquida (RCL), ou seja, o montante aplicado corresponderia a 13,2% da RCL, em 2016; 13,7%, em 2017; 14,1%, em 2018; 14,5%, em 2019; até alcançar 15% da RCL, em 2020. Para se ter uma ideia do tamanho retrocesso que representou essa medida, em uma comparação com o que seria aplicado através da regra antiga (LC 141/2012), em 2016 deixaram de ser aplicados no SUS, aproximadamente, R\$ 9,2 bilhões (MENDES; FUNCIA, 2016).

Em dezembro de 2016, promulgou-se a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95/2016), instituindo um novo regime fiscal com vigência de 20 anos. Na área da saúde, foi revogado o escalonamento determinado pela EC 86/2015 para aplicação mínima em ações e serviços de saúde pelo ente federal. De acordo com a novo regramento, a ser utilizado de 2018 a 2036, o teto para a saúde, no ano de 2017, passou a ser 15% da RCL. Esse valor foi corrigido pela variação anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) acumulado de julho a junho do ano anterior ao da elaboração da proposta orçamentária para apurar a aplicação mínima de 2018. Calcula-se uma perda de recursos para o SUS de aproximadamente R\$ 434 bilhões com a vigência da EC 95/2016, isso em relação às regras da EC 86/2015 (VIEIRA; BENEVIDES, 2016; MENDES, 2017; FUNCIA, 2017).

Nesse contexto de constitucionalização da diminuição do aporte de recursos federais ao SUS e de consolidação do crônico subfinanciamento do setor, as sub-esferas de governo estão tendo que ampliar progressivamente as suas participações no montante de recursos da saúde. Apesar disso, ainda são incipientes as pesquisas que se propõem a investigar a composição dos recursos no âmbito municipal. Levando-se em conta a importância na atual conjuntura de compreender o financiamento e o gasto do SUS nos municípios, que é onde de fato as ações e os serviços de saúde acontecem e a população sente mais as deficiências do sistema, este artigo

objetiva analisar a aplicação dos recursos próprios municipais em ASPS, em todo estado da Bahia, no período de 2003 a 2015.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de natureza descritiva e retrospectiva que utilizou dados secundários de domínio público oriundos do Sistema de Orçamentos Públicos da Saúde (SIOPS). Esse sistema consiste em uma importante ferramenta para o acompanhamento, a fiscalização e o controle do cumprimento da aplicação mínima de recursos em ASPS de todos os entes federativos. Outrossim, é de alimentação obrigatória e assim disponibiliza periodicamente informações acerca das receitas totais e dos gastos em saúde. O SIOPS foi criado em 1999, mas a ideia de sintetizar um sistema capaz de apurar os recursos do setor da saúde surgiu em 1993, no Conselho Nacional de Saúde (SIOPS, 2017).

Em todos os anos do período compreendido entre 2003 a 2015, mais de 96% do número total de municípios baianos (417) declararam os dados ao SIOPS. Nesse cenário, tiveram que ser desconsiderados do estudo os municípios que possuíam pendências de informações referentes ao período analisado, uma vez que a falta de dados inviabiliza o cálculo da contrapartida de recursos financeiros em saúde preconizada em lei.

Para a etapa de análise de dados foi obtido, ao longo da série histórica, o montante de recursos aplicados em saúde pelos municípios e observado o cumprimento da aplicação mínima em ASPS, regulada pela EC 29/2000 e pela LC 141/2012. Para tanto, os procedimentos da pesquisa foram organizados em etapas consecutivas.

Inicialmente, foi feita a montagem do banco de dados a partir dos demonstrativos contábeis do SIOPS contendo a totalidade das receitas e os percentuais aplicados por cada município durante todo o período estudado. Em seguida, essas informações foram transferidas para uma planilha eletrônica, através da qual foi realizado o cálculo de aplicação do percentual de recursos próprios municipais destinados à saúde na receita vinculada à saúde de impostos e transferências constitucionais e legais. Assim, foi possível mensurar o déficit e o excedente de aplicação em relação ao limite mínimo estabelecido legalmente.

Importante esclarecer que as receitas tributárias municipais são ingressos de recursos provenientes de impostos recolhidos localmente, mas também por transferências constitucionais e legais executadas tanto pela União, quanto pelo estado. Tais transferências, atinentes aos impostos, diferem daquelas vinculadas a determinado bloco de financiamento ou a programa de saúde específico, pois são contabilizados como recursos próprios dos municípios,

posto que legalmente a eles pertencem, independentemente da competência para tributar (TELES; COELHO, 2016).

Os dados referentes ao que foi aplicado em cada município do estado da Bahia por fonte foram organizados com base no modelo de Contas Nacionais de Saúde (*National Health Accounts* – NHA). Este modelo foi de forma pioneira desenvolvido nos Estados Unidos, aperfeiçoado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e para este estudo foi adaptado para a realidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro. Ele quantifica os gastos em saúde a partir de duas categorias analíticas: as fontes de financiamento e os agentes de financiamento. Enquanto as fontes dizem respeito aos entes que fornecem os recursos para o setor da saúde, os agentes são considerados os receptores intermediários desses recursos usados para pagar serviços de saúde e produtos (COELHO; CHAGAS, 2006). A identificação detalhada desse fluxo de verbas possibilita entender como os serviços são financiados.

Por fim, com o intuito de evitar as distorções inflacionárias as quais dificultam o processo de análise das informações financeiras, estas foram ajustadas monetariamente através da utilização do IPCA do Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE), tendo como referência o mês de dezembro de 2015.

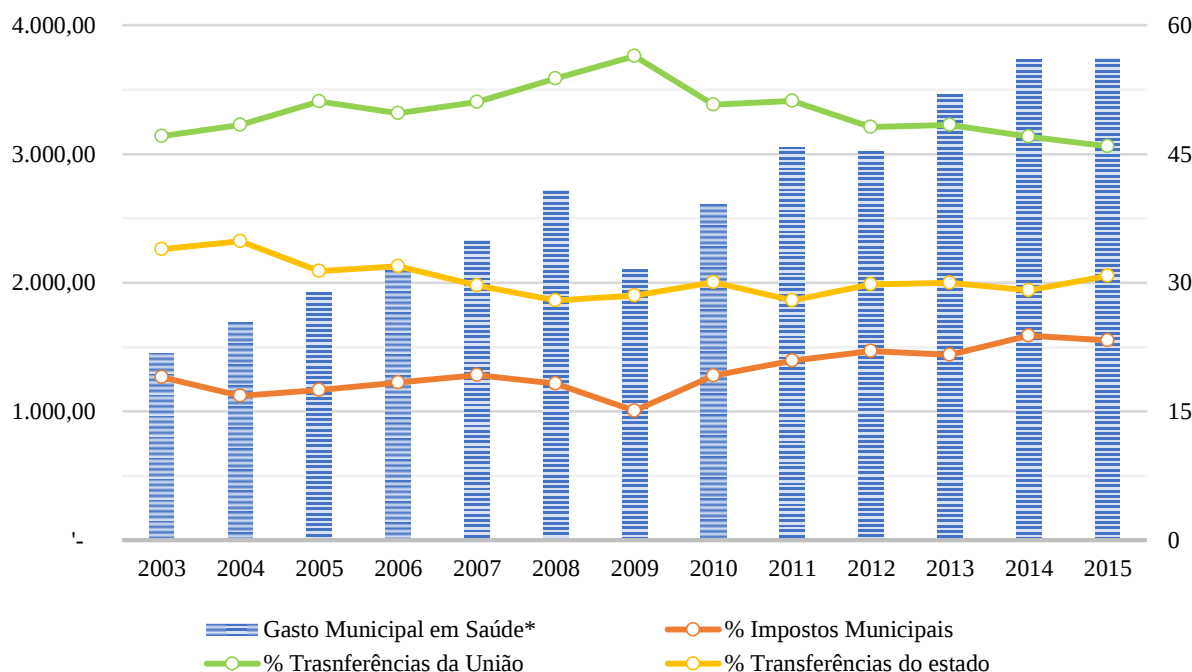
RESULTADOS E DISCUSSÃO

No gráfico 1 tem-se o volume de recursos aplicado em saúde, obtido através do percentual que cada município do estado declarou ao SIOPS, de 2003 a 2015, bem como a sua decomposição percentual. Nota-se uma significativa evolução das aplicações de recursos em saúde, mas não sem pontos de inflexão. Analisando-se os pontos extremos da série histórica, tem-se um crescimento percentual de 157,80%, posto que os gastos passaram de 1,45 para 3,74 bilhões. Os recursos ascenderam constantemente entre 2003 a 2008. Todavia, os anos de 2009 e 2012 interromperam esse ciclo de crescimento, ao registrarem quedas de 22,50% e 0,98%, respectivamente.

Chama a atenção no montante de recursos aplicados a colaboração das transferências legais e constitucionais executadas pela União para os municípios. A maior parte dos recursos destinados a ASPS foi derivada dessa fonte. Em toda a série histórica, sua participação oscilou nove pontos percentuais, chegando a ser responsável por até 56,40% dos recursos, em 2009. Quanto às transferências referentes ao estado, a variação foi de 27,93% (2011) a 34,82% (2004). Os impostos propriamente municipais, com as menores participações percentuais, chegaram a atingir, no máximo, 23,84%, em 2014. Na maior parte do período, quando a proporção relativa

do aporte federal aumenta, a do município diminui, e vice-versa. As proporções representadas pelos recursos provenientes no estado ora acompanha o movimento dos municípios, ora o da União. Em linhas gerais, apenas a proporção dos impostos de arrecadação em nível local aumentou, de 2003 a 2015.

Gráfico 1 – Recursos aplicados em ASPS (em milhões) e participação percentual dos impostos municipais e das transferências do estado e da União, na Bahia, 2003-2015.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS.

Nota: *Valores deflacionados para dezembro de 2015 conforme o IPCA.

Importante esclarecer que o processo de descentralização tributária introduzido pela Constituição elevou a competência de tributação de estados e municípios, mas também aumentou sobremaneira os repasses dos impostos federais para essas esferas infranacionais de governo. Dessa forma, parte expressiva das receitas municipais advém da ampliação das transferências da União e dos estados (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

A Tabela 1 revela como se deu a participação de cada fonte tributária no montante de recursos aplicados em saúde pelos governos municipais de acordo com as determinações da EC 29/2000 e da LC 141/2012, em anos selecionados.

Tabela 1 – Fontes dos recursos municipais aplicados em saúde segundo as determinações da EC 29/2000 e da LC 141/2012, no estado da Bahia, 2003, 2009 e 2015 (em milhões).

Fontes	2003		2009		2015	
	R\$*	%	R\$*	%	R\$*	%
Impostos Municipais	275,79	19,00	318,23	15,12	872,12	23,30
ITR**	-	-	0,01	0,00	0,00	0,00
IPTU	40,90	2,82	33,68	1,60	170,45	4,55
IRRF	26,18	1,80	49,53	2,35	120,93	3,23
ITBI	13,43	0,93	17,99	0,85	75,73	2,02
ISS/ISSQN	116,18	8,00	199,89	9,50	451,62	12,07
Outros Impostos***	0,04	0,00	-	-	-	-
Multas e Juros de Mora de Impostos	4,04	0,28	2,38	0,11	8,87	0,24
Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa	7,61	0,52	1,49	0,07	6,20	0,17
Dívida Ativa dos Impostos	67,41	4,64	13,27	0,63	38,32	1,02
Transferências da União	683,58	47,09	1.187,11	56,40	1.718,75	45,92
Cota-Parte FPM	668,50	46,05	1.150,13	54,64	1.688,24	45,11
Cota-Parte FPM adic.(Art.159 da CF/88)****	-	-	11,21	0,53	18,07	0,48
Cota Parte ITR	1,96	0,14	3,60	0,17	8,44	0,23
Lei Comp. nº 87/96 - Lei Kandir	13,12	0,90	22,17	1,05	3,99	0,11
Transferências do Estado	492,40	33,92	599,42	28,48	1.151,89	30,78
Cota-Parte do ICMS	459,91	31,68	547,97	26,03	1.021,07	27,28
Cota-Parte do IPVA	25,40	1,75	41,63	1,98	119,18	3,18
Cota-Parte do IPI Estados Exportadores	7,10	0,49	9,82	0,47	11,63	0,31
Total	1.451,78	100,00	2.104,76	100,00	3.742,75	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS.

Notas: *Valores deflacionados para dezembro de 2015 conforme o IPCA.

**Adicionado a partir de 2008.

***Vigorou até 2003.

****Adicionado a partir de 2006.

Proporcionalmente, o imposto Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), transferido da União para os municípios, representou a maior fonte tributária: 46,05% (R\$ 668,50 milhões), em 2003, 54,64% (R\$ 1,15 bilhão), em 2009, e 45,11% (R\$ 1,69 bilhão), em 2015. Em seguida, destacou-se a Cota-Parte do ICMS, dessa vez de transferência estadual, que detinha 31,68% (R\$ 459,91 milhões) em termos de participação, em 2003, reduziu para 26,03% (R\$ 547,97 milhões), em 2009, e chegou a atingir 27,28% (R\$ 1,02 bilhões), em 2015.

Quanto aos impostos recolhidos pelas próprias prefeituras, o Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS ou ISSQN) apresentou a maior participação relativa do total, no ano 2003, quando representava 8,00% (R\$ 116,18 milhões), em 2009, aumentou para 9,50% (R\$ 199,89 milhões) e, em 2015, foi para 12,07% (R\$ 451,62 milhões). As demais fontes tributárias de captação local mostraram-se menos expressivas, não alcançando 5% da proporção geral, no período.

Em uma análise acerca do gasto do SUS de municípios do estado de São Paulo a partir dos dados do SIOPS, Santos Neto et al. (2017) encontraram resultados diferentes. O grau de dependência da impostos arrecadados pelo próprio município foi muito maior, chegando a representar até 56,46% na média de 2009 a 2012.

Analisando-se, separadamente, os impostos tributáveis na esfera municipal tem-se, em 2015, a seguinte composição: ISS (51,78%), Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) (19,54%), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) (13,87%), Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos (ITBI) (8,68%), Dívida Ativa dos Impostos (4,39%) e os demais (1,73%). No ano 2010, Teles e Coelho (2016) haviam revelado uma composição parecida: ISS (60,01%), IPTU (13,43%), IRRF (12,28%), ITBI (8,08%), Dívida Ativa dos Impostos (4,44%) e outros (1,76%). Essa hierarquização relativa dos impostos também guarda relação com os achados de uma pesquisa realizada em 2002, por Coelho e Chagas (2006), que em uma investigação sobre as fontes tributárias de arrecadação própria do município de Feira de Santana demonstraram o ISS já sobressaindo como a fonte mais importante, com uma participação de 61,38%, seguido do IPTU (21,05%), do IRRF (5,83%) e do ITBI (3,34 %). Esse perfil de arrecadação também guarda semelhanças com os achados de Rosa (2008), os quais revelaram, no município de Santo Antônio de Jesus, em 2005, a preponderância do ISS, ao responder por 49% do total das receitas tributárias de arrecadação local, seguido do IPTU, com 22%.

A Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde aprovou as diretrizes para a aplicação da EC 29/2000. Através dessa resolução foram estabelecidas as chamadas regras de transição que incluíram os cálculos dos percentuais mínimos a serem aplicados pelos entes subnacionais, no sentido de possibilitar ajustamentos graduais nos orçamentos, no período compreendido entre 2000 e 2004. No que concerne aos municípios, a contrapartida de recursos próprios em ASPS no ano 2000 corresponderia a 7%; em 2001, a 8,6%; em 2002, a 10,2%; em 2003, a 11,8% e, a partir de 2004, a 15%. Contudo, frente às variações na aplicação dos percentuais, no ano 2000, ficou determinada, para os entes federados que aplicaram mais que 7%, a impossibilidade de haver retrocesso nos anos subsequentes. No máximo, a diferença entre o que foi de fato aplicado e o percentual final estipulado no texto da

EC 29/2000 poderia ser reduzida na razão mínima de um quinto ao ano, até 2003, pois a partir de 2004 o mínimo deveria ser 12% para os estados e 15% para os municípios (BRASIL, 2003; GONÇALVES et al., 2009).

Para Campelli (2005), com essa medida garantiu-se para estados e municípios a fixação de percentuais crescentes à razão de 20% ao ano, a partir do patamar de 7% da receita vinculável de 2000, até o ano de 2004. Outra medida protetiva dos direitos relativos à saúde foi a previsão de que os percentuais poderiam ser revistos a cada cinco anos apenas por lei complementar, que consiste em um instrumento que para aprovação no Congresso Nacional exige maioria absoluta, requisito estabelecido na EC 29/2000.

A Tabela 2 evidencia o percentual de municípios que descumpriram a EC 29/2000 e a LC 141/2012, levando-se em conta o número total dos que informaram os dados ao SIOPS.

Tabela 2. Proporção de municípios que descumpriram a EC 29/2000 e LC 141/2012 em relação às aplicações mínimas constitucionais em ASPS e o déficit acumulado, no estado da Bahia, 2003-2015.

Ano	Descumpriram a legislação		Não informaram os dados		Déficit
	N	%	N		R\$ (milhões)*
2003	30	7,30	06		36,51
2004	57	14,25	17		35,29
2005	12	2,88	00		7,63
2006	03	0,72	01		3,09
2007	09	2,17	02		3,31
2008	08	1,95	06		9,88
2009	02	0,48	01		1,35
2010	04	0,96	00		127,30
2011	06	1,44	01		3,08
2012	10	2,49	15		7,28
2013	02	0,48	00		0,38
2014	02	0,48	00		0,38
2015	00	0,00	00		0,00
Déficit acumulado	-	-	-		235,48

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS.

Nota: *Valores deflacionados para dezembro de 2015 conforme o IPCA.

Em 2003, 7,3% (30) dos municípios inobservaram a legislação. Em 2004, ano em que se finda as regras de transição e os municípios passaram a ser obrigados a destinar não mais 11,8%, mas sim 15% dos recursos próprios com ASPS, houve o maior número de municipalidades que aplicaram menos do que deviam, no total 57 municípios (14,25%). Neste mesmo ano, aumentou para 17 a quantidade de municípios que sequer declarou suas informações financeiras ao SIOPS. Em 2015, 100% dos municípios baianos cumpriram devidamente com o dever de destinação mínima de recursos e informaram o percentual de destinação dos recursos ao SIOPS.

De 2003 a 2015, a maior parte dos municípios que não cumpriram as normas, quanto à aplicação do mínimo constitucional, foram da macrorregião Sul do estado e 75,17% possuíam menos de 30 mil habitantes. A máxima reincidência de descumprimento observada ocorreu em cinco dos 13 anos estudados: o município de Muniz Ferreira, da macrorregião Leste, aparece na relação de 2004 a 2008.

O descumprimento das normas vigentes por uma parcela minoritária de municípios na destinação de recursos próprios para o setor saúde, no período de 2003 a 2015, resultou em um passivo, atualizado monetariamente pelo IPCA até dezembro de 2015, de aproximadamente R\$ 236 milhões. O ano de 2010 foi o que mais colaborou para esse déficit, quase 130 milhões deixaram de ser aplicados. No período pós LC 141/2012 (2012 a 2015), o déficit girou em torno de R\$ 8 milhões, sendo 2015 o único ano em que não houve déficit, uma vez que todos os municípios destinaram acima de 15% da receita dos impostos. Nesse ano, a proporção de transferências federais foi uma das menores de todo o período pesquisado. Ou seja, os municípios foram forçados a subir o gasto até porque já haviam contraído obrigações com a prestação de serviços de saúde e expansão das suas redes.

Rosa e Coelho (2011), em uma pesquisa acerca do financiamento federal do Programa Saúde da Família (PSF) em um município baiano de médio porte, no ano de 2005, evidenciou que o gasto médio de uma unidade do PSF consistia em R\$ 17.302,00 por mês, porém, a contrapartida do ente federal era somente de R\$ 2.834,00 mensais (16,4%). Isto é, o governo federal cumpre o seu papel de indutor, ao criar as políticas, programas e incentivos financeiros, o município é atraído e se responsabiliza pela oferta dos serviços, entretanto, o desfecho nem sempre é positivo, podendo apresentar sérias dificuldades em arcar os custos da saúde.

Estudo realizado por Campelli e Calvo (2007), a partir de dados do SIOPS, evidenciou que a União e os estados deixaram de cumprir o mínimo constitucional após a implantação da EC 29/2000 e também ficaram em dívida com o SUS. No período de 2000 a 2003, a União deixou de aplicar R\$ 1,8 bilhão em ASPS. Quanto aos estados, o déficit acumulado chegou a

R\$ 5,29 bilhões. Em síntese, um montante de R\$ 7,09 bilhões deixou de ser empregado em ações e serviços no âmbito do SUS, por parte dessas esferas de governo. Na pesquisa de Rosar (2017), buscando averiguar o cumprimento da aplicação mínima constitucional em saúde no Estado de Santa Catarina, no período de 2000 a 2015, o déficit entre o que foi aplicado pelo governo e o limite mínimo exigido chegou a R\$ 968 milhões, segundo dados do Tribunal de Contas do Estado.

De acordo com o manual de demonstrativos fiscais aplicado à União e aos Estados, Distrito Federal e Municípios, no caso de descumprimento dos percentuais mínimos exigidos, o valor referente à diferença entre o percentual aplicado e o piso financeiro definido legalmente deve ser acrescentado ao montante mínimo do ano seguinte. Adicionalmente, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) estabelece que enquanto a situação se encontrar irregular o ente federativo fica impedido de receber transferências voluntárias, as quais consistem em repasses de recursos correntes ou de capital a um outro ente federativo, para cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não seja decorrente de determinação constitucional ou legal (BRASIL, 2000; BRASIL, 2018).

Outrossim, a LC 141/2012 (BRASIL, 2012) determinou que no caso de não observância dos percentuais mínimos, constatada mediante fiscalização dos Tribunais de Contas ou dos dados declarados e homologados no SIOPS, a União e os Estados podem, de forma preliminar, restringir a transferência de recursos para as ASPS até o valor equivalente à quantia do mínimo que deixou de ser aplicada nos anos anteriores. O que não ocorrerá se a esfera de governo provar que efetuou o depósito na conta do Fundo de Saúde do valor necessário ao cumprimento dos percentuais mínimos atinentes ao exercício anterior. Por outro lado, se o ente federativo não comprovar, através do SIOPS, no prazo de 12 meses, a União suspenderá as transferências constitucionais – cota-parte das receitas federais recolhidas pela União e direcionadas aos estados, Distrito Federal e aos municípios (BRASIL, 2012; BRASIL, 2018).

Vale ressaltar que tanto as transferências constitucionais, quanto as voluntárias da União serão suspensas se o ente também não houver declarado e homologado as informações financeiras no SIOPS, transcorrido o prazo de 30 dias a partir do envio de notificação para os gestores do sistema de saúde. Dessa forma, o reestabelecimento dessas transferências se dará quando a esfera governamental comprovar por meio do demonstrativo das receitas e despesas com ASPS do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) que aplicou o montante que havia deixado de aplicar nos exercícios anteriores (BRASIL, 2018).

O fato da média de aplicação em saúde da maioria dos municípios baianos ter sido, em todos os anos, acima do exigido em lei fez surgir um valor excedente em relação ao limite mínimo de aplicação, conforme evidencia a Tabela 3. A média percentual de destinação dos recursos em ASPS, em 2003 foi de 17,43%. A partir daí, todas as médias anuais estiveram acima de 18%, com destaque para 2014, que apresentou a maior média da série histórica, 20,36% (o que representa cerca de 36% a mais que o percentual recomendado). O ano 2015, com a redução na média de aplicação para 19,52%, marca a interrupção de um aumento progressivo nas médias observado após a introdução da LC 141/2012.

Tabela 3. Percentual médio e o excedente anual de aplicação em ASPS em relação às aplicações mínimas constitucionais, no estado da Bahia, 2003-2015.

Ano	Média de aplicação	Limite mínimo	Excedente
	(%)	R\$ (milhões)*	R\$ (milhões)*
2003	17,43	1.122,54	329,24
2004	18,45	1.476,92	218,02
2005	18,66	1.617,71	311,01
2006	19,47	1.712,50	386,70
2007	19,00	1.927,04	396,39
2008	19,48	2.200,96	514,74
2009	19,44	1.628,08	476,68
2010	19,41	2.237,10	374,68
2011	18,39	2.549,57	502,80
2012	18,79	2.423,85	598,75
2013	20,02	2.713,88	748,37
2014	20,36	2.847,10	890,28
2015	19,52	2.838,93	903,82
Total	-	27.296,17	6.651,47

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS.

Nota: *Valores deflacionados para dezembro de 2015 conforme o IPCA.

Embora os percentuais sejam superiores a 15%, na comparação com outros estados são ainda menores. No Mato Grosso, entre 2003 e 2010, as médias de aplicação a partir dos recursos

próprios municipais oscilaram de 18 a 22% (MENDONÇA et al., 2014). Nesse intervalo, as médias dos municípios da Bahia situaram-se entre 17 e 19%. Os municípios catarinenses investiram de 2009 a 2015 uma média que variou entre 20 e 24% (MAZON et al., 2018). Nesse mesmo período, as prefeituras baianas aplicaram médias compreendidas entre 18 e 20% dos seus recursos próprios em saúde.

De 2003 a 2015, o saldo entre os valores aplicados em saúde pelos municípios baianos e os que deveriam ser empregados conforme legislação, apresentou um excedente de R\$ 6,65 bilhões, atualizado monetariamente, sendo 2015 o ano em que o superávit de aplicação alcançou sua máxima expressão, com, aproximadamente, R\$ 904 milhões. Em termos percentuais, o excedente representou 24% do limite mínimo. Tal conjuntura chama a atenção para o perigo do mínimo, já que se os municípios aplicassem apenas o mínimo constitucional preconizado teríamos uma redução de 20% na aplicação dos recursos próprios em saúde, em relação ao que foi de fato investido em saúde.

Por outro lado, é importante destacar também o protagonismo de alguns municípios que aplicaram em saúde mais do dobro do percentual recomendado legalmente. Distribuídos anualmente, 78 municípios realizaram este feito e a grande maioria pertencia à macrorregião de Sudoeste (42,31%) e possuía menos de 20 mil habitantes (68%). O município de Sento Sé destacou-se por apresentar aplicações entre 30,31% e 39,38% durante seis dos 13 anos em evidência no estudo. Contudo, o percentual de aplicações superiores a 30% diminuiu paulatinamente ao longo da série histórica, em 2015 apenas um município conseguiu dedicar tamanha proporção nas ações e serviços de saúde.

Cabe salientar que a EC29/2000 e a LC 141/2012 garantiram somente a destinação de recursos na base do mínimo para as ASPS, cabendo aos gestores públicos a incumbência do aperfeiçoamento das leis orçamentárias, no sentido de assegurar mais dinheiro para a saúde, posto que o mínimo, definitivamente, não deve ser considerado como um teto financeiro de gasto (RIBEIRO; BEZERRA, 2013). Assim, tendo em vista o contexto econômico da saúde pública no Brasil, faz-se necessário mais proatividade política para que a saúde seja priorizada e, sem dúvida, o protagonismo municipal nesse processo tem sido de fundamental importância.

Contudo, Scatena, Viana e Tanaka (2009) sinalizam que com a necessidade de alocar, em ASPS, proporções cada vez mais maiores de suas receitas, as municipalidades podem comprometer outras áreas e suscitar conflitos entre os diversos atores da gestão pública municipal. O que pode ocasionar obstáculos para a governabilidade nesse nível de governo, com implicações de natureza negativa para o desenvolvimento do setor da saúde, que, naturalmente, possui interfaces com as demais áreas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inegável que a aprovação da EC 29/2000 estabelecendo a obrigatoriedade dos entes federativos na destinação de um limite mínimo de recursos para as ASPS assegurou uma maior estabilidade no aporte de recursos para o SUS frente a tantos percalços históricos na arena do financiamento. No estado da Bahia, o montante empregado segundo os variados percentuais de aplicação no âmbito municipal apresentou forte tendência de elevação. No período de 2003 a 2015, houve um incremento real de 182%. Boa parte desse crescimento só foi possível graças às transferências legais e constitucionais da União para a municípios, sobretudo, à Cota-Parte do FPM, posto que os impostos de arrecadação em nível local representaram a menor fonte. Destes impostos, o que possuiu maior representatividade foi o ISS.

As análises desvelaram ainda a paradoxal situação do déficit do descumprimento e do excedente do cumprimento em relação às disposições legais ao longo da série histórica. Houve descumprimento do piso financeiro de aplicação em saúde em doze dos treze anos estudados, totalizando um déficit para a saúde pública de cerca de R\$ 236 milhões. Por outro lado, o fato da maior parte dos municípios aplicar mais do que simplesmente o mínimo preconizado, gerou um valor excedente de R\$ 6,65 bilhões. Assim, caso os municípios dedicassem somente o mínimo constitucional para a saúde a redução da quinta parte dos recursos poderia ocasionar grandes dificuldades ao SUS.

A evolução relacionada às punições do descomprometimento das gestões municipais com o mínimo constitucional no Brasil consiste em um fator contributivo para diminuição desses casos. Vale ressaltar que o monitoramento da aplicação dos recursos vinculados à saúde pode ser realizado não apenas pelo SIOPS ou pelos Tribunais de Contas Estaduais, mas também por toda sociedade, já que esses dados se encontram publicamente disponíveis.

Diante desse balanço financeiro de saldo positivo para a saúde e de legislações que inevitavelmente contribuíram para a diminuição da contrapartida federal no financiamento do SUS, a exemplo da EC 86/2015 e da EC 95/2016, a dependência do sistema em relação à contrapartida de recursos municipais é uma realidade e só tende a aumentar. Destarte, o quadro de mudanças foi tão agressivo no âmbito da economia da saúde que a simples possibilidade dos municípios aplicarem apenas o mínimo torna-se perigosa para o sistema de saúde brasileiro como um todo.

O fato de destinar menos ou mais recursos próprios em saúde não apresentou relação com o porte populacional dos municípios. Pressupõe-se que esteja mais relacionado com as características e concepções das gestões municipais acerca do setor da saúde, com os

intempéries das políticas nacionais de financiamento, bem como com o conhecido processo de descontinuidade política da gestão pública.

Em um cenário crescente de protagonismo das municipalidades no financiamento do setor, a conscientização sobre esse processo, bem como o apoio das demais níveis de governo na alocação de recursos passa a ser crucial para assegurar os princípios basilares do SUS – maior política de inclusão social na área da saúde já adotada no país e maior sistema de saúde pública do mundo. Tendo em vista o grave desfinanciamento que se abate sobre o sistema, a necessidade proeminente de mais recursos aliada a uma sobrecarga cada vez maior para os municípios é um conjunto que exige efetividade no planejamento, fiscalização e controle na execução do gasto público.

Uma questão central é que a União tem sido a principal responsável pelas medidas indutoras de incremento do financiamento da saúde e usou a descentralização de recursos financeiros como forma de estimular o aporte dos outros entes. Ao conseguir o engajamento estadual e municipal o gestor nacional foi retirando-se gradativa e proporcionalmente, na medida em que os recursos nacionais foram sendo drenados para outras áreas. Tal processo de desinvestimento e descumprimento legal por parte da União pode estimular, por sua vez, igual procedimento nos demais níveis que têm que arcar cada vez com mais responsabilidade financeira sobre os serviços de saúde ofertados. No fim das contas, tem-se um quadro marcado pelo desfinanciamento dos recursos federais e pelo crescente processo de desecorajamento municipal na assunção de novos compromissos, o que pode conter o avanço do SUS em diversas localidades brasileiras.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003. Aprova as diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 jun. 2003, Seção 1, p. 26.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009. 282 p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.

BRASIL. **Lei Complementar nº 101 de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade fiscal e dá outras providências.

Brasília, 2000. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: 18 de ago. 2015.

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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012, Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. 133 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional**: Brasil, 2010-2014. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. 2018. 118 p.

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p.1613-1623, 2007.

CAMPELLI, M. G. R. **O financiamento do sistema único de saúde e o cumprimento da emenda constitucional nº 29**. 2005. 142f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

COELHO, T. C. B.; CHAGAS, F. L. O fluxo dos recursos públicos de saúde em 2002 no município de Feira de Santana-BA: das fontes de financiamento até as atividades. **Bahia Análise e Dados**, Salvador, v. 16, n. 2, p. 303-313, 2006.

COELHO, T. C. B.; SCATENA, J. H. G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 271-286.

FUNCIA, F. R. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, revisitada: preocupações retomadas para o financiamento do SUS. **Domingueira da Saúde**, n.7, p. 1 – 10, 2017. Disponível em:< http://idisa.org.br/site/documento_13343_0__2017-%C3%82%E2%80%93domingueira-da-saude-007-2017.html>. Acesso em: 10 out. 2018.

GONÇALVES, R. F. Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2612-2620, 2009.

MAZON, L. M. et al. Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 38-51, 2018.

MENDES, A. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do sus em disputa. In: **Futuros do Brasil**: ideias para ação. Rio de Janeiro: Centro de estudos estratégicos da Fiocruz, 2017.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS, 2016. p. 139-168.

MENDES, A; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009.

MENDONÇA, A. F. et al. Financiamento do SUS e regionalização: panorama, potencialidades e dificuldades na análise com despesas em saúde nas regiões de Mato Grosso. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. S. (Orgs.). **Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. São Paulo: Hucitec Editora, 2014. p. 215-235.

SANTOS NETO, J. A. et al. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, 2017.

PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS, 2016. p. 101- 138.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento Público da Saúde: uma história à procura de rumo**, Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

ROSA, M. R. R. **A gestão dos recursos financeiros do SUS em um município da Bahia**. 2008. 135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2008.

ROSA, M. R. R.; COELHO, T. C. B. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 16, n. 3, 1863-1873, 2011.

ROSAR, F. **O desempenho do estado de Santa Catarina em relação ao cumprimento da aplicação mínima constitucional em saúde no período de 2000 a 2015**. 2017. 18f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2017.

RIBEIRO, J. D. T.; BEZERRA, A. F. B. O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional no 29: algumas reflexões. **Saúde Soc.**, v.22, n.4, p.1014-1023, 2013.

SCATENA, J. H. G.; VIANA, A. L. D.; TANAKA, O. Y. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2433-2445, 2009.

SERVO, L. M. S. et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (orgs.). **Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE. **SIOPS: concepção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <
<http://www.saude.gov.br/repasse-financeiros/siops/concepcao-do-siops>>. Acesso em: 4 jun. 2019.

SOUZA, L. T. **Grau de dependência dos municípios da serra gaúcha em relação aos repasses federais e estaduais referente aos exercícios de 2002 a 2014.** 2015. 82 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia)- Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2015.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B. Retratos do financiamento do SUS no estado da Bahia. In: COELHO, T. C. B.; TELES, A. S.; FERREIRA, M. P. S. (Orgs.). **Financiamento do SUS: abrindo a caixa-preta.** Feira de Santana: UEFS Editora, 2016. p. 239-234.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M.; PIOLA, S. F. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p.1597-1609, 2006.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** Brasília: IPEA, 2016.

5.4 Artigo 4

TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS PARA AS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS (2003-2018)

FEDERAL TRANSFERS FOR PUBLIC HEALTH ACTIONS AND SERVICES: AN ANALYSIS OF BRAZILIAN CAPITALS (2003-2018)

Andrei Souza Teles
Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

O artigo analisa as transferências federais realizadas para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) das capitais brasileiras, no período de 2003 a 2018. Trata-se de um estudo descritivo-analítico que se utilizou dos dados do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para a identificação do fluxo financeiro. No período, houve incremento de 70% na transferência de recursos. Todavia, entre 2010 e 2018, o aumento foi de apenas 8,38%. Neste último ano, 40% dos repasses federais concentraram-se na região Sudeste do país. As capitais do Norte foram desfavorecidas tanto no recebimento de recursos absolutos quanto *per capita*. A maior parte das transferências (71%) foi direcionada para os serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) e com advento da Portaria 3.992/2017, os demais componentes do bloco de custeio cederam espaço às transferências ao bloco de investimento, que foram ampliadas em mais de 675%, na segunda metade do período analisado. No comparativo das curvas de distribuição, enquanto no bloco de custeio 31% dos recursos foram distribuídos entre 17 capitais, no bloco de investimento esse mesmo percentual foi partilhado entre oito capitais. Como desdobramento da redução no número dos blocos, tem-se como um dos desafios imprescindíveis o aperfeiçoamento da gestão em saúde pública no país.

PALAVRAS-CHAVE: Financiamento da Saúde; Gastos em Saúde; Economia da Saúde.

ABSTRACT

The article analyzes the federal transfers carried out for Public Health Actions and Services (ASPS) the Brazilian capitals, in the period from 2003 to 2018. This is a descriptive-analytical study that used the data from the National Health Fund (FNS) for the identification of the financial flow. In the period, there was a growth of 70% in the transfer of resources. However, between 2010 and 2018, the increase was only 8.38%. In the last year, 40% of the federal on endings were concentrated in the southeast region of the country. The capitals of the north were disadvantaged both in the receipt of absolute and *per capita* resources. Most shipments (71%) it was directed to the services of medium and high complexity (MAC) and with the advent of ordinance 3,992/2017, the other components of the costing block are yielding space in the second half of the analyzed period, the transfers to the investment block were increased by more than 675%. In comparing the distribution curves, while in the costing block 31% of the resources were distributed among 17 capitals, in the investment block this same percentage was shared among eight capitals. As an unfolding of the reduction in the number of blocks, one of the essential challenges is the perfecting public health management in the country.

KEYWORDS: Healthcare Financing; Health Expenditures; Health Economics.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o direito universal à saúde foi assegurado pela Constituição de 1988. A partir daí, o Sistema Único de Saúde (SUS) expandiu o acesso contribuindo para a melhoria das condições de saúde e vida da população brasileira e favorecendo a economia do país. O financiamento da saúde é anticíclico, possuindo caráter anti-inflacionário, dessa forma, além de tentar assegurar o funcionamento do sistema como um todo, atenua as implicações da crise do emprego e reduz os gastos em saúde de famílias e empregadores com o setor privado (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016; GIOVANELLA et al., 2018).

Importa assinalar que a concepção abrangente de universalidade, presente no texto constitucional, prevendo a cobertura e a integralidade da atenção à saúde para toda a população, difere da percepção de cobertura universal de saúde (*universal health coverage* – UHC), propagada por organismos internacionais como o Banco Mundial (BM), a Fundação Rockefeller e a Organização Mundial de Saúde (OMS). A proposta de UHC inclui a diminuição do papel do Estado, políticas de saúde focalizadas e seletivas, além do incentivo à redução dos gastos diretos através da aquisição de seguros e planos de saúde. Com vistas na combinação de fundos, tende a impulsionar a extensão do mercado privado e a elevação de sua participação no financiamento da saúde (ABIRO; ALEGRI, 2015; GIOVANELLA et al., 2018; DIELEMEN, 2018; GIOVANELLA et al., 2019).

Com a prerrogativa de direção única em cada esfera de gestão e baseado no financiamento público partilhado entre os entes federativos, o SUS foi acompanhado e condicionado desde o seu nascedouro por um árduo processo de insuficiência de recursos financeiros e orçamentários. Se o artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que definiu uma vinculação mínima de 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para o setor da saúde tivesse, de fato, sido cumprido, a história e a realidade do SUS poderiam ser outras.

Para se ter uma ideia, no ano de 2015, o OSS foi de cerca de R\$ 695 bilhões e 30% correspondem, aproximadamente, a R\$ 208 bilhões, contudo, a dotação para a saúde foi a metade desse valor, considerando os gastos federais. Entre 2000 e 2015, a participação relativa do gasto federal em relação às demais esferas de governo foi reduzida e o gasto da saúde como proporção do Produto Interno Bruto (PIB) praticamente manteve-se inalterado (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

A rigor, a austeridade tem sido um axioma em economia. Voltada para política monetária no sentido do controle inflacionário, tem resultado quase sempre em cortes de gastos

sociais, limitações dos orçamentos, bem como na diminuição da provisão de serviços de saúde (BORGES; FERNÁNDEZ; CAMPOS, 2018).

A partir de 2015, avivou-se um cenário de ameaças ao preceito do direito universal à saúde com a adoção de medidas de austeridade com o consequente desfinanciamento do SUS e o favorecimento do capital portador de juros com os recursos do fundo público. O Congresso brasileiro aprovou a Lei nº 13.097/2015 (derivada da Medida Provisória nº 656) e a Emenda Constitucional nº 86/2015 (EC 86/2015). A primeira possibilitou a atuação de empresas ou de capital internacional na assistência à saúde, enquanto a segunda estabeleceu uma nova base de cálculo referente ao mínimo a ser aplicado pela União, anualmente, em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), a partir de um escalonamento começando em 2016, com 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL), até atingir 15% da RCL, em 2020. Em uma comparação com o que seria aplicado, em 2016, através da regra antiga (Lei Complementar nº 141/2012), deixaram de ser transferidos para o SUS, aproximadamente, R\$ 9,2 bilhões (MENDES; FUNCIA, 2016; VIEIRA; BENEVIDES, 2016a).

A Emenda Constitucional nº 93, de setembro de 2016 (EC 93/2016), prorrogou a Desvinculação das Receitas da União (DRU) por oito anos, estendendo-a para os demais entes federativos com uma nova alíquota de 30% das receitas pertencentes a impostos, taxas e multas (BRASIL, 2016a). Em dezembro de 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95/2016), alterando o ADCT para instituir um novo regime fiscal com vigência de duas décadas. No campo da saúde, a EC 95/2016 revogou o escalonamento previsto pela EC 86/2015 para aplicação mínima em ASPS por parte da União. A nova regra limitou a ampliação dos gastos públicos com despesas primárias, no período de 2018 a 2036. O teto para a saúde, em 2017, passou a ser 15% da RCL – valor “ponto de partida” corrigido pela variação anual do Índice de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE) (VIEIRA; BENEVIDES, 2016b; MENDES, 2017).

Inegavelmente, o processo de subfinanciamento do SUS, sobretudo no tocante aos recursos federais, tem se tornado cada vez mais pungente. O piso destinado aos serviços públicos de saúde no Orçamento Federal da União de 2019 foi em torno de R\$ 117 bilhões, valor inferior ao executado entre 2014 e 2018 (em reais de 2019 atualizados monetariamente) e que representa apenas 13,87% da RCL da União (FUNCIA, 2019).

Nesse cenário de recessão econômica, a situação se complica ainda mais para as esferas subnacionais. Com a diminuição pronunciada da participação da União no financiamento de ASPS, os estados e, especialmente, os municípios terão grande dificuldade para ampliar as suas

respectivas colaborações no montante de recursos destinado ao SUS, no sentido de compensar essas medidas de ajuste econômico (FUNCIA, 2017).

Quanto aos critérios de rateio dos recursos federais, a evolução é considerada pouco expressiva. A Lei nº 8.142/1990 adiou a implantação dos critérios de transferências de recursos dispostos no artigo 35 da Lei nº 8.080/1990. O estabelecimento do critério populacional, unicamente, apesar de colaborar no processo de diminuição das desigualdades no âmbito do financiamento, não produziu, necessariamente, a equidade (PIOLA, 2017). O Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 (BRASIL, 1994), por sua vez, instituiu as condições e as formas de transferência regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. Contudo, mais uma vez, optou-se exclusivamente pelo critério populacional, até que as condições previstas na Lei 8.080/90 fossem regularizadas.

Apesar da LC 141/2012 ter incorporado aos critérios de rateio dos recursos da União previstos no texto da Lei nº 8.080/90 as necessidades de saúde da população, as dimensões socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde (BRASIL, 2012), a lógica das transferências dos recursos federais permanece atrelada à capacidade instalada de serviços, à série histórica de destinação de recursos, ao quantitativo populacional das localidades, bem como à adesão dos municípios aos programas e ações do Ministério da Saúde (MS) ligados aos blocos de financiamento. Isso porque a metodologia para implementação desses critérios de rateio permanece de forma indefinida (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016a; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; SANTOS, 2018).

Os repasses de recursos federais, a partir de 2007, seguiram os critérios da Portaria GM/MS nº 204 que regulamentou o financiamento e as transferências federais para ASPS através de cinco blocos: Atenção Básica (AB); Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC); Vigilância em Saúde (VS); Assistência Farmacêutica (AF); e Gestão do SUS. Em 2009, foi inserido mais um bloco de financiamento: Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 837. Os recursos, dessa forma, puderam ser transferidos de forma direta para cada bloco de financiamento, possibilitando aos estados e municípios uma maior autonomia no que diz respeito à realocação dos recursos dentro dos blocos (BRASIL, 2011; PIOLA et al., 2013; BRASIL, 2015). Porém, as soluções no campo da saúde de acordo com as especificidades locais e regionais permaneceram limitadas (MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2017).

A temática dos blocos de financiamento voltou a ser o centro dos debates no campo da saúde, especialmente, com a publicação da Portaria nº 3.992/2017 (BRASIL, 2017). A partir de

2018, com essa nova norma, os recursos passaram a ser organizados e transferidos não mais na forma de seis blocos de financiamento, mas de apenas dois: o Bloco de Custeio de ASPS e o Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. O primeiro é destinado à manutenção de ações e serviços de saúde e ao funcionamento de seus órgãos e estabelecimentos, sendo vedado o uso desses recursos para o pagamento de servidores inativos ou ativos (com exceção daqueles contratados em conformidade com as prerrogativas constantes no Plano de Saúde), bem como para obras, sejam construções novas ou ampliações e adequações de estruturas existentes. Enquanto os recursos do bloco de investimentos devem ser direcionados excepcionalmente para obtenção de equipamentos e realização de obras no âmbito do SUS, desde que não sejam para unidades que executem somente apoio administrativo.

Em tese, as vinculações orçamentárias permaneceram e devem refletir as pactuações dos gestores realizadas com o MS. Os recursos financeiros são repassados de acordo com as ações dos antigos blocos de financiamento. A nova norma possibilita aos municípios utilizar livremente os recursos na execução de quaisquer ASPS dentro de cada bloco (custeio ou investimento), devendo o ente federativo, ao final do exercício financeiro, comprovar que estão em acordo com as programações orçamentárias do FNS. Se por um lado esse mecanismo torna a gestão financeira mais flexível, de outro, exige grande presteza e o fortalecimento dos instrumentos de planejamento e de orçamento no âmbito do SUS, bem como do processo de monitoramento e avaliação da política de saúde, já que se alterou o foco das ações de controle dos saldos financeiros para as despesas em saúde e os seus resultados (SANTOS, 2018; FNS, 2019a).

Ao situar o sistema de saúde brasileiro no contexto de um país de dimensões continentais – com grande heterogeneidade e enormes desigualdades entre suas regiões e municípios – e em um cenário de mudanças e incertezas, a necessidade de investigar a trajetória do financiamento da saúde tem se tornado cada vez mais proeminente. Tendo em vista as profundas implicações que as políticas de financiamento naturalmente promovem sobre a estrutura dos serviços e, por conseguinte, sobre a saúde da população, este artigo oportunamente se propõe a analisar as transferências federais para ações e serviços de saúde, nas capitais brasileiras, no período de 2003 a 2018.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo em uma perspectiva descritiva-analítica, comparativa e retrospectiva que teve como lócus de investigação as capitais. O Brasil é uma

federação composta por 26 estados e um Distrito Federal, onde está estabelecida a capital do país: Brasília. O SUS funciona em todo o país sob responsabilidade de três níveis de governo (federal, estadual e municipal), que partilham o seu financiamento. Os estados e os municípios têm administrações autônomas, já que arrecadam seus próprios impostos e recebem uma parte dos tributos recolhidos pelo governo federal e, no caso dos municípios, também dos estados. Os estados e o Distrito Federal podem ser agrupados nas seguintes regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

O estudo utilizou dados oficiais fornecidos pelo FNS. Instituído por meio do Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969, o FNS consiste na unidade gestora dos recursos financeiros destinados ao SUS, na esfera federal. Os recursos alocados pelo FNS têm por finalidade possibilitar aos entes federados a realização, de modo descentralizado, das ações e serviços de saúde, assim como investimentos na rede de serviços (FNS, 2019b).

As informações acerca das transferências federais, no período de 2003 a 2018, foram obtidas no sítio eletrônico do FNS, no mês de setembro de 2019, a partir de consultas de pagamento consolidado para cada capital do país. Importa sinalizar que através das alterações promovidas pela Portaria nº 3.992/2017 (BRASIL, 2017), as informações financeiras relativas ao ano de 2018, acerca dos repasses federais para os blocos de custeio e de investimento, passaram a ser organizadas em grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação. Assim, foram encontrados, neste estudo, como grupos dos bloco de custeio, a MAC, a AB, a VS, a AF, a Gestão do SUS e o Apoio Financeiro Extraordinário (AFE), enquanto compuseram os grupos do bloco de investimentos, a Atenção Especializada (AE), a AB, a VS, a AF e a Gestão do SUS. Essa portaria acrescenta que poderão ser definidas outras formas de organizar as informações acerca das transferências de recursos federais, a partir da necessidade de acompanhar determinados programas, incentivos e estratégias da política de saúde.

Os valores líquidos repassados pelo ente federal aos blocos e grupos de financiamento foram tabulados em planilhas do Excel e transformados em frequências simples, médias, percentagens e *rankings*. Além disso, foram utilizados na interpretação dos resultados a taxa de crescimento dos repasses, as transferências federais na perspectiva *per capita*, conforme estimativas do IBGE, e a Curva de Lorenz, que consiste em uma representação gráfica de frequências acumuladas para a análise das desigualdades.

Nessa curva, a distribuição dos recursos federais foi analisada em razão da população. As capitais foram organizadas em ordem crescente de acordo com o número de habitantes. O eixo das abcissas representa a proporção acumulada dos repasses federais realizadas para as capitais e o eixo das ordenadas a proporção acumulada dos capitais por população

(MEDEIROS, 2006; TELES, 2015; TELES; COELHO; FERREIRA, 2016a). Quanto maior a distância entre a reta de 45° do gráfico e a curva formada, maior será a desigualdade na distribuição dos recursos (MATOS, 2005). Dessa forma, foi possível comparar como se deu a distribuição das transferências federais para o bloco de custeio e para o bloco de investimento.

Para uma melhor compreensão acerca da evolução do financiamento federal das ASPS nas capitais brasileiras ao longo da série histórica, os valores foram deflacionados pelo IPCA/IBGE, tendo por base o mês de dezembro de 2018. Desse modo, tornou-se possível a comparação entre os anos em valores reais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os repasses federais para as ASPS nas capitais brasileiras, segundo o FNS, evoluíram de forma considerável entre 2003 e 2018, como evidencia a Tabela 1. Os valores, atualizados monetariamente, saltaram de R\$ 8,80 bilhões para R\$ 14,95 bilhões, totalizando um aumento de cerca de 70%. De 2003 a 2010, o crescimento foi de 56,74% e, de 2010 para 2018, de apenas 8,38%, refletindo, possivelmente, as turbulências políticas e econômicas que atravessaram o país nesse período e afetaram sobremaneira o campo do financiamento das políticas públicas sociais, a exemplo das aprovações empreendidas pelo Congresso Nacional de instrumentos normativos como a Lei Federal 13.097/2015, a EC 86/2015, a EC 93/2016 e a EC 95/2016.

As transferências federais sofreram quedas nos anos 2013 (-2,55%), 2015 (-0,02%), 2016 (-6,39%) e 2017 (-5,63%), sendo os valores de 2011 (15,37 bilhões) superiores aos repasses de 2018. No período entre 2003 e 2010, não foram constatadas reduções nos repasses, contudo, entre 2010 e 2018, cerca de 30% das capitais registraram quedas no recebimento dos recursos federais para ações e serviços de saúde. Aracajú e Belém foram as mais prejudicadas com uma diminuição do montante de recursos da ordem de 20% e de 18%, respectivamente.

Esse fenômeno observado nas capitais na segunda metade do período estudado vem ocorrendo paulatinamente em âmbito nacional. Em 2000, os gastos do ente federal com ASPS no país representavam 60% do total, enquanto os estados contribuíam com 18,5% e os municípios com 21,5%. Em 2015, a participação relativa dessas três esferas já havia se alterado consideravelmente, para 43,2%, 25,9% e 30,9% (BRASIL, 2015). Outra incômoda situação para o financiamento do SUS é a constatação de que se tem reduzido a importância dos gastos federais em ASPS. Em 2014, as transferências para os serviços públicos de saúde alcançaram 67% dos gastos totais do MS, três anos depois, em 2017, esse percentual já havia sido reduzido

para 60%. Estima-se que essa diminuição tenha significado uma perda de quase R\$ 15 bilhões para os estados e municípios (PEREIRA; OLIVEIRA JUNIOR; FALEIROS, 2019).

Tabela 1 – Evolução dos repasses federais (em milhões) para ASPS das capitais brasileiras em valores absolutos e *per capita*, 2003, 2010 e 2018.

Regiões/ Capitais	2003		2010		2018		Variação (%)	
	R\$	<i>Per capita</i>	R\$	<i>Per capita</i>	R\$	<i>Per capita</i>	2003-2010	2010-2018
Norte								
Porto Velho	18,87	53,32	78,64	184,36	88,51	170,36	316,71	12,55
Rio Branco	16,46	59,96	30,78	91,65	47,88	119,36	86,95	55,59
Manaus	76,84	50,31	169,97	94,30	201,43	93,89	121,19	18,51
Boa Vista	36,16	163,58	45,46	159,92	98,60	262,67	25,73	116,90
Belém	389,11	289,91	494,33	355,11	404,90	272,52	27,04	-18,09
Macapá	18,70	58,67	51,19	128,64	73,68	149,26	173,71	43,94
Palmas	30,07	174,63	52,96	231,96	96,45	330,47	76,13	82,13
Nordeste								
São Luís	294,40	318,78	372,45	368,05	408,61	373,27	26,51	9,71
Teresina	295,48	393,20	463,21	568,75	514,60	597,37	56,77	11,09
Fortaleza	570,28	252,76	882,77	360,69	993,00	375,68	54,79	12,49
Natal	177,48	238,29	255,17	317,45	227,52	259,25	43,78	-10,83
João Pessoa	187,76	298,58	422,90	584,50	402,42	502,83	125,23	-4,84
Recife	236,42	161,79	403,50	262,53	467,84	285,65	70,67	15,95
Maceió	228,13	268,48	310,16	332,57	446,48	441,02	35,95	43,95
Aracaju	175,26	365,30	255,12	446,84	203,95	314,29	45,57	-20,06
Salvador	110,57	43,25	764,56	285,64	731,81	256,12	591,45	-4,28
Sudeste								
Belo Horizonte	880,10	381,69	1.267,07	533,41	1.650,70	659,86	43,97	30,28
Vitória	22,08	72,96	51,79	159,12	63,30	176,69	134,55	22,24
Rio de Janeiro	1.607,01	269,00	1.667,11	263,66	1.596,72	238,71	3,74	-4,22
São Paulo	864,08	80,93	2.059,77	183,18	2.301,98	189,05	138,38	11,76
Sul								
Curitiba	590,14	353,12	827,19	473,52	818,43	426,89	40,17	-1,06
Florianópolis	23,60	63,93	96,66	229,49	100,03	202,91	309,66	3,48
Porto Alegre	637,44	457,24	730,61	518,19	755,52	510,80	14,62	3,41
Centro-Oeste								
Campo Grande	219,27	310,59	346,96	440,75	372,61	420,69	58,24	7,39
Cuiabá	151,62	298,37	226,49	410,80	412,55	679,48	49,38	82,15
Goiânia	460,52	401,81	612,00	470,08	688,57	460,37	32,89	12,51
Brasília	483,53	220,81	856,78	334,29	783,35	263,34	77,19	-8,57
Total	8.801,37	209,03	13.795,58	303,63	14.951,46	300,68	56,74	8,38

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do FNS e do IBGE.

Nota: Todos os valores foram deflacionados para dezembro de 2018 conforme o IPCA.

As capitais da região Sudoeste do país, com exceção de Vitória, desatacaram-se pelo recebimento de um volume maior de repasses federais. Lideraram esse *ranking* em todos os anos selecionados a tríade: Rio de Janeiro, Belo Horizonte e São Paulo. Em 2018, essas capitais chegaram a receber respectivos R\$ 1,60 bilhão, R\$ 1,70 bilhão e R\$ 2,30 bilhões. Por outro lado, estiveram entre as que menos receberam aporte de recursos as capitais da região

Norte, sobretudo Macapá e Rio Branco. Na análise das transferências levando-se em conta o tamanho da população, as capitais da região Norte continuaram com menor aporte. Excetuando-se Palmas, todas as capitais dessa região estiveram abaixo da média nacional de R\$ 300,68 por habitante. Da região Sudeste, Belo Horizonte foi a única capital que permaneceu no ápice do *ranking* de recursos *per capita*. Vitória, Rio de Janeiro e São Paulo ficaram abaixo da média nacional na maior parte do período. Quase 40% dos repasses federais destinados às capitais do Brasil concentraram-se, em 2018, na região Sudeste, enquanto sequer 7% chegaram a ser direcionados para as capitais da região Norte.

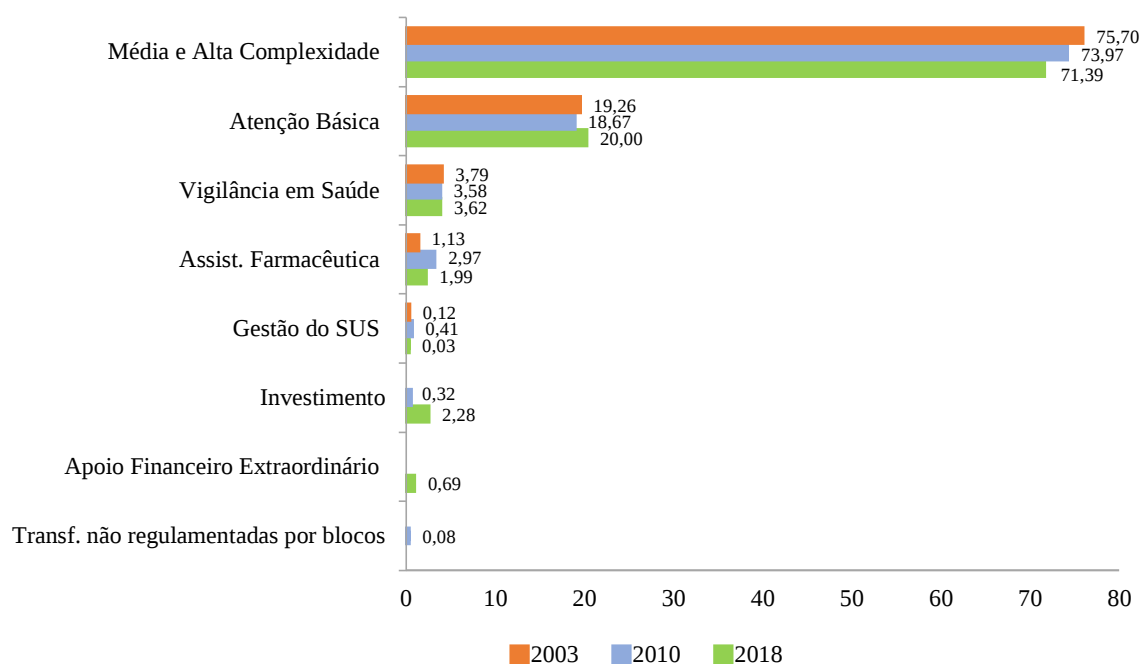
Tomando as capitais como representantes das regiões fisiográficas brasileiras, a situação de desigualdade foi nítida. As capitais da região Norte foram penalizadas na absorção das transferências federais tanto em termos absolutos, quanto *per capita*. Diga-se de passagem, esta região é justamente uma das que apresentou em 2018 os piores números relacionados à concentração de renda no país (IBGE, 2019).

O governo federal transfere aos municípios recursos financeiros para o desenvolvimento das ASPS através dos blocos de financiamento, os quais possuem componentes, em conformidade com o conjunto específico de ações e serviços de saúde pactuados. Assim, os recursos atinentes a cada bloco devem ser utilizados nas atividades de saúde que dizem respeito ao próprio bloco de financiamento (MAZON et al., 2018).

A análise dos repasses federais para as capitais brasileiras segundo blocos e grupos de financiamento demonstrou que a maior parte dos recursos foi destinada à MAC. Todavia, a concentração de recursos nesse tipo de atenção vem diminuindo ao longo dos anos: em 2003, representava 75,70% (R\$ 6,66 bilhões) das transferências, em 2010, passou para 74,97% (R\$ 10,20 bilhões) e, por fim, em 2018, 71,39% (R\$ 10,67 bilhões) (Gráfico 1).

A atenção de MAC recebe verbas federais de acordo com a Programação Pactuada e Integrada (PPI) por meio de dois grandes componentes. O primeiro, denominado de Limite Financeiro da MAC, agrupa recursos que têm como referência o histórico dos valores transferidos, a cobertura e a oferta de serviços de saúde. Possui incentivos para as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), para a conformação das redes de atenção, além de incentivos a programas como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), dentre outros. O segundo componente é o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), responsável por financiar procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), como a terapia renal substitutiva e os transplantes (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016b; PIOLA, 2017).

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos recursos federais transferidos para ASPS das capitais brasileiras, 2003, 2010 e 2018.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do FNS.

O segundo tipo de ação e serviço de saúde que mais recebeu repasses federais foi a AB. Em 2003, a contrapartida de recursos para esse bloco nas capitais significou 19,26% (R\$ 1,70 bilhões) do volume total das transferências e após registro de queda em 2010, foi alcançada uma representatividade de 20,00%, em 2018, com o recebimento de quase R\$ 3 bilhões.

Os recursos da AB são transmitidos através do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável. A parte fixa do PAB é mensurada a partir de um valor anual *per capita*. A partir de 2011, realizaram-se alterações na forma do cálculo. O valor *per capita* a ser repassado para as municipalidades foi diferenciado por portes populacionais e, além disso, passou a ser corrigido por uma série de variáveis, tais como o PIB *per capita*; população em situação de pobreza extrema; população com plano de saúde; densidade demográfica do município, dentre outros (PIOLA, 2017). O PAB variável, por sua vez, é condicionado pela adesão municipal a determinados programas, como a Estratégia Saúde da Família (ESF). Logo, para perceber o benefício, os municípios desenvolvem os programas segundo as normas federais. No caso da ESF, o valor mensal transferido para o custeamento das equipes de saúde da família varia de acordo com a localidade e com os seus indicadores socioeconômicos, bem como com o quantitativo de profissionais nas equipes. Ao incorporar esses mecanismos redistributivos, ampliam-se as chances do financiamento da AB evoluir no sentido de atender especificidades

regionais e as peculiaridades de grupos populacionais em situações de vulnerabilidade (ANDRADE et al., 2018).

O Gráfico 1 indica ainda que a importância dada às atividades relacionadas à VS, à AF e à Gestão do SUS por meio do financiamento federal tem decrescido. A participação relativa dos recursos da VS reduziu de 3,79%, em 2003, para 3,62%, em 2018; da Gestão do SUS caiu de 0,12% para 0,03%, nesse mesmo período; e da AF houve registro de diminuição de um ponto percentual, dessa vez, do ano de 2010 (3%) em relação à 2018 (2%).

As capitais brasileiras fizeram jus também às chamadas “transferências não regulamentadas por blocos de financiamento”, entre 2004 e 2011, mas nem todas as capitais receberam, necessariamente, todos os anos. Como a própria expressão indica, esses recursos foram enviados para a cobertura de estratégias, ações e serviços de saúde que ainda não haviam sido regularizadas em bloco de financiamento específico. Essa transferência representou um importante incentivo para a implantação da Farmácia Popular do Brasil. A partir de 2011, esse programa passou a integrar os componentes do bloco da AF (OLIVEIRA, 2012).

A Portaria nº 748, de 27 de março de 2018, criou o AFE com intuito de ajudar os entes federativos na superação das dificuldades emergenciais em termos de recursos financeiros. Tal incentivo provido pelo MS foi transmitido aos municípios que recebem o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) na modalidade fundo a fundo, em uma só parcela, para compor os recursos do Bloco de Custeio das ASPS (BRASIL, 2018). Nas capitais, esse incentivo chegou a aproximadamente a 104 milhões, isto é, 0,69% da totalidade de recursos federais transferidos. Na Tabela 2, tem-se o detalhamento das transferências federais por grupos relacionados à área de atuação para as capitais brasileiras, no ano de 2018, destacando-se Fortaleza, Salvador e Manaus como as capitais que mais contaram com esse apoio financeiro.

Importante assinalar que a alocação de recursos para o bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde ampliou-se de forma extraordinária. Os recursos passaram de cerca de 44 milhões, em 2010, para 341 milhões, em 2018. A importância relativa desse bloco mantem-se baixa de forma geral, mas cresceu de forma acentuada, saindo de 0,32% para 2,28%, nesse intervalo (Gráfico 1).

Inseridos em 2009, exclusivamente para as despesas de capital, os recursos do bloco de investimentos eram transferidos aos municípios mediante encaminhamentos de projetos ao MS, os quais ainda eram submetidos à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para que fosse averiguada a consonância desses projetos com o Plano Estadual de Saúde (PES), o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimento (PDI) (BRASIL, 2011). A partir de 2018, com a redução do número de blocos para apenas dois, com o suposto intuito de

garantir mais autonomia aos entes federados no uso dos recursos financeiros e de amenizar as implicações do grave subfinanciamento do SUS, o bloco de investimento passou a receber recursos de forma direta e automática em uma conta corrente única (SANTOS, 2018; PEREIRA; OLIVEIRA JUNIOR; FALEIROS, 2019).

Tabela 2 – Repasses federais (em milhões) para ASPS das capitais brasileiras segundo os grupos dos blocos de financiamento, em 2018.

Regiões/ Capitais	Bloco de Custeio						Bloco de Investimento				
	MAC	AB	VS	AF	Gestão	AFE	AE	AB	VS	AF	Gestão
Norte											
Porto Velho	42,48	29,94	7,83	2,96	0,08	2,50	2,01	0,72	-	-	-
Rio Branco	1,83	32,41	5,49	2,21	0,06	3,22	0,18	2,42	-	0,07	-
Manaus	41,68	98,38	31,63	12,12	0,26	5,63	0,30	11,43	-	-	-
Boa Vista	43,79	29,28	5,83	1,89	0,06	4,47	12,84	0,44	-	-	-
Belém	308,77	58,96	22,23	8,37	0,12	4,83	1,59	0,03	-	-	-
Macapá	7,23	47,80	6,60	2,69	0,06	2,86	2,84	3,58	-	-	-
Palmas	49,03	36,96	4,81	1,62	0,06	2,86	0,62	0,27	-	0,20	-
Nordeste											
São Luís	300,41	57,76	17,60	6,27	0,12	5,59	20,75	0,11	-	-	-
Teresina	396,07	90,20	11,84	4,91	0,13	5,59	1,87	3,96	-	0,03	-
Fortaleza	776,49	144,72	34,69	15,11	0,20	8,94	8,33	4,54	-	-	-
Natal	161,85	42,38	12,54	5,14	0,30	3,22	1,24	0,84	-	-	-
João Pessoa	293,26	86,25	8,90	4,64	0,11	3,58	2,48	2,40	0,80	-	-
Recife	281,95	136,56	28,45	9,41	0,16	5,63	2,51	3,16	-	-	-
Maceió	326,32	91,07	16,68	5,91	0,11	4,47	0,42	1,50	-	-	-
Aracaju	136,20	51,23	7,95	3,71	0,10	3,22	0,36	1,17	-	-	-
Salvador	540,00	118,53	40,12	17,47	0,16	8,05	0,17	7,31	-	-	-
Sudeste											
Belo Horizonte	1.352,27	216,31	38,21	14,55	0,21	5,36	17,47	6,32	-	-	-
Vitória	23,12	29,96	4,23	2,08	0,06	1,79	1,50	0,58	-	-	-
Rio de Janeiro	999,46	423,41	69,11	37,62	0,10	3,13	56,08	7,79	-	-	-
São Paulo	1.483,46	631,81	75,55	69,69	0,38	3,13	33,13	4,82	-	-	-
Sul											
Curitiba	697,12	94,13	11,45	10,96	0,15	3,22	0,42	0,98	-	-	-
Florianópolis	48,02	42,78	4,05	2,77	0,08	1,43	0,67	0,23	-	-	-
Porto Alegre	655,27	78,41	9,49	8,68	0,14	2,82	0,21	0,51	-	-	-
Centro-Oeste											
Campo Grande	284,61	68,51	11,44	5,12	0,09	1,61	0,67	0,56	-	-	-
Cuiabá	284,99	36,80	8,63	3,39	0,08	1,61	74,63	2,43	-	-	-
Goiânia	578,73	77,23	19,60	8,39	0,13	3,22	1,08	0,20	-	-	-
Brasília	560,03	138,31	25,64	29,71	0,64	1,79	25,94	1,15	-	-	0,15
Total	10.674,44	2.990,11	540,60	297,41	4,16	103,75	270,29	69,45	0,80	0,30	0,15

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do FNS.

Nota: Todos os valores foram deflacionados para dezembro de 2015 conforme o IPCA.

Ao analisar as transferências federais do bloco de custeio das ASPS, em 2018, nota-se que a maior parte dos repasses do grupo da MAC concentraram-se nas capitais da região Sudeste (36,15%), sobretudo, São Paulo (R\$ 1,48 bilhão), Belo Horizonte (R\$ 1,35 bilhão) e Rio de Janeiro (R\$ 1,00 bilhão). As capitais que menos receberam recursos para esse grupo de ações e serviços foram da região Norte – Macapá (R\$ 7,23 milhões) e Rio Branco (R\$ 1,83 milhão). Quanto aos repasses para os grupos da AB, da VS e da AF, São Paulo e Rio de Janeiro lideraram o *ranking* de transferências, enquanto Boa Vista, Rio Branco e Vitória destacaram-se pelos menores valores. De todos os grupos do bloco de custeio, a menor proporção de recursos foi transferida para a Gestão do SUS (4,16 milhões foram distribuídos entre as capitais brasileiras), sendo Brasília, a unidade que recebeu mais recursos (R\$ 640 mil). As capitais nordestinas – Fortaleza (R\$ 8,94 milhões), Salvador (R\$ 8,05 milhões) e Recife (R\$ 5,63 milhões) – foram as que contaram com os maiores valores referentes ao apoio financeiro dado pelo FNS para a cobertura de ações emergenciais.

No que concerne aos repasses para o bloco de investimentos, 79,27% (R\$ 270,29 bilhões) foram despendidos para a estruturação das unidades de AE em saúde, que envolvem um conjunto de procedimentos de alta tecnologia e de alto custo no âmbito do SUS. As capitais mais beneficiadas com esse aporte de recursos foram Cuiabá (R\$ 74,63 milhões) e Rio de Janeiro (R\$ 56,08 milhões), em contraposição, as menos favorecidas foram Rio Branco (R\$ 176,38 mil) e Salvador (R\$ 166,00 mil). A participação relativa dos recursos federais para a construção e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e estruturação da rede de serviços da AB chegou a representar 20,37%, com a destinação de mais de R\$ 69 milhões para as capitais, contudo apenas três absorveram 38,20% desse valor, a saber: Manaus (R\$ 11,43 milhões), Rio de Janeiro (R\$ 7,79) e Salvador (R\$ 7,31). Aos demais grupos do bloco (VS, AF e Gestão do SUS) as transferências federais deram-se de forma excêntrica, e, não chegaram a representar 0,4% dos repasses, uma vez que poucas capitais conseguiram angariar essas verbas.

De acordo com a Portaria nº 3.992/2017, as transferências de recursos para os novos blocos estão condicionadas à existência de conselho, plano e fundo de saúde, programação anual, relatório de gestão e alimentação regular dos sistemas da base nacional de informações do SUS. Isso porque os recursos de cada bloco deverão ser aplicados na saúde pelos gestores observando: a vinculação com os programas de trabalho do Orçamento Geral da União (OGU) os quais originaram os repasses; o cumprimento de compromissos e objetos compactuados de acordo com o plano de saúde; e a programação anual do ente federado. A comprovação de aplicação dos recursos deve ser realizada através do Relatório Anual de Gestão (RAG) e submetido ao respectivo Conselho de Saúde (BRASIL, 2017). Em adição, a Portaria nº 1, de 17

de janeiro de 2019, ficou responsável pela divulgação da relação das programações orçamentárias para os repasses de recursos federais e dos programas de trabalho que integram os novos blocos de financiamento (BRASIL, 2019).

Para Pereira, Júnior e Faleiros (2019), até 2017, havia mais de 800 tipos de repasses para o atendimento de incentivos, estratégias e programas criados pelo MS. A forma que os recursos financeiros destinados à ASPS eram transferidos, por meio de “rotulações” ou “caixinhas específicas de financiamento”, segregavam os recursos em subcontas exclusivas. Desse modo, milhares de contas foram abertas para recepcionar as verbas federais e calcula-se que os municípios brasileiros chegaram a gerir mais de 34 mil contas. A partir da promulgação da nova portaria, esse número caiu para um pouco mais de 11 mil, pois cada município passou a possuir duas contas: uma para os recursos do bloco de custeio e a outra para o de investimento. Ademais, muitos municípios acumulavam saldos financeiros de um ano para o outro e a tendência é isso diminuir. Por não conseguir fazer uso dos recursos recebidos o resultado foi a concentração de bilhões de reais em milhares de contas. Em 2017, o volume de recursos não utilizados pelos gestores chegou a R\$ 8,6 bilhões.

Na perspectiva de Duarte, Mendes e Louvison (2018), um possível retrocesso no que concerne a essa nova norma é que, com a ausência de critérios de rateio bem determinados, poderão ocorrer desvios no tocante aos aportes financeiros de setores como AB e VS para áreas de maior visibilidade política como a MAC. Além disso, aumentam as chances de interferência do setor privado, que poderá pressionar ainda mais os gestores de saúde de modo a angariar mais verbas.

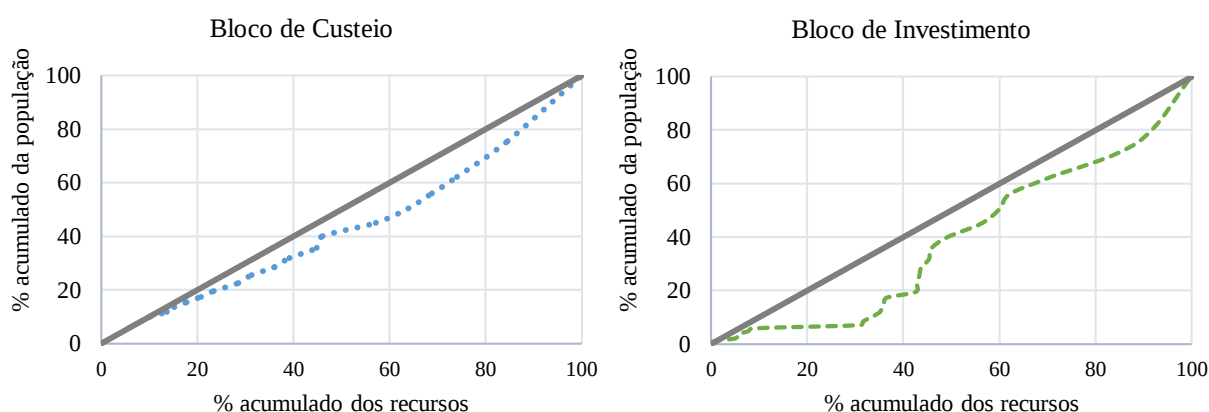
Em linhas gerais, sabe-se que os modelos de financiamento são capazes de alterar o sistema de saúde. À vista disso, a condução de um maior financiamento para a MAC e para o setor privado, em detrimento de se avançar no sentido da mudança do modelo de atenção à saúde e da ampliação dos gastos no setor público, pode levar a uma completa desconfiguração do SUS.

Importante esclarecer que a nova portaria não realizou uma desvinculação orçamentária. Ou seja, as municipalidades devem continuar orçando as suas despesas mantendo correspondência com programas, ações e estratégias do MS. Contudo, esse modelo requer dos municípios mais cautela com a contabilidade dos seus recursos, os quais dispostos de modo mais livre ao longo do ano, exigirão ao fim do exercício financeiro a comprovação dos gastos de acordo com as subfunções programáticas. Automaticamente demandará do MS grande ênfase no controle e na avaliação do sistema de saúde nos âmbitos nacional, regional e local. Quanto aos critérios de rateio dos recursos segundo as necessidades de saúde das populações

nada foi modificado, a Portaria do MS nº 3.992/2017 alterou tão-somente as modalidades de repasses federais para dois blocos (custeio e investimento), permanecendo, dessa forma, a lógica fragmentada de destinação dos recursos federais (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; SANTOS, 2018).

O Gráfico 2 evidencia as curvas de distribuição dos recursos federais destinados aos novos blocos de financiamento estando as capitais agrupadas em ordem crescente de população. No que se refere ao bloco de custeio, 31% dos recursos foram direcionados para 25,51% da população, que se distribuía por 17 capitais (as que possuíam as menores populações). Em relação às transferências para o bloco de investimentos na rede de serviços de saúde, a curva se apresentou de modo bastante irregular, ora apresentando tendência para aproximação à reta de equidistribuição de 45°, ora de afastamento. No comparativo, o mesmo percentual de recursos federais (31%) foi repartido para 7,12% da população que residia em apenas oito capitais também com os menores quantitativos populacionais (Palmas, Vitória, Boa Vista, Rio Branco, Florianópolis, Macapá, Porto Velho e Cuiabá).

Gráfico 2 – Comparativo da distribuição dos recursos federais para blocos de custeio e de investimento nas capitais brasileiras por ordem crescente de população, em 2018.



Fontes: Elaboração própria a partir de dados do FNS e do IBGE.

Quando se observou a destinação de recursos nos três últimos décimos, que concentraram as capitais mais populosas do país, tem-se que enquanto 30% dos recursos do bloco de custeio foram repassados para 43% da população dividida em três municípios (Brasília, Rio de Janeiro e São Paulo), 30% dos recursos do bloco de investimentos foram transferidos para 38% da população, abrangendo duas capitais (Rio de Janeiro e São Paulo).

Assim sendo, tanto para as capitais com as menores populações, quanto para as que possuem os maiores número de habitantes, a distribuição dos recursos do bloco de custeio teve um alcance maior, espanlhando-se mais. Ao se dividir menos, a distribuição dos recursos para o bloco de investimento revelou-se mais desigual. Ora, se no Brasil os recursos tendem a ser repassados com base na capacidade instalada de serviços de saúde, logo, com uma distribuição desproporcional e desigual dos recursos do bloco de investimento, que servem justamente para construção, ampliação e equipagem das unidades de atendimento de saúde, a tendência é aumentar ainda mais a concentração dos recursos financeiros da saúde em determinadas localidades em detrimento de outras. A despeito dos critérios para a destinação dos recursos aos novos blocos de financiamento, faz-se imprescindível incorporar cada vez mais mecanismos de redistribuição de recursos nos mais variados programas, estratégias, incentivos e ações do MS.

É válido sinalizar ainda que internamente nos estados brasileiros essa distribuição pode ser muito mais desequilibrada. Na Bahia, por exemplo, a desigualdade na distribuição dos recursos gera curvas muito acentuadas, sendo mais favorável ao conjunto de municípios com um maior porte populacional. Nesse estado, 30% dos recursos para a cobertura de ASPS foram destinados a 40% da população residente em 348 municípios, enquanto metade dos recursos foram repassados para 40% da população residente de somente 17 municípios (TELES; COELHO; FERREIRA, 2016a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das primeiras constatações que podem ser feitas é que na segunda metade do período estudado (2010 a 2018) o financiamento federal passou por um processo de instabilidade que acabou refletindo em quedas sucessivas nas transferências financeiras para as capitais brasileiras. Notou-se também que as capitais do Sudeste do país receberam uma quantidade maior de recursos, em termos absolutos (em 2018, concentraram 40% dos valores transmitidos para todas as capitais), enquanto as capitais do Norte aclararam situações de desigualdade nos repasses, sendo desfavorecidas tanto no recebimento de recursos absolutos quanto *per capita*.

Na decomposição dos repasses federais para as capitais segundo blocos e grupos de financiamento, verificou-se que cerca de 91% dos repasses foram direcionados para a MAC e para a AB, sendo 71% para a primeira e 20% para a segunda, em 2018. Vale frisar que componentes como VS, AF e Gestão do SUS parecem estar gradualmente cedendo espaço para as transferências ao bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde que aumentaram em

mais de 675%, de 2010 para 2018. Dentro deste bloco, também é reproduzido o *modus operandi* clássico do financiamento brasileiro: priorização da atenção especializada em detrimento de quaisquer outros componentes que integram o rol de serviços no âmbito do SUS. Além disso, a priorização desse tipo de atenção não foi canalizada para capitais com redes historicamente deficientes, pelo contrário, contribuiu para a reprodução de mais desigualdades no campo da saúde.

No comparativo das curvas de distribuição dos recursos, enquanto no bloco de custeio 31% dos recursos foram distribuídos entre 17 capitais, ordenadas de forma crescente em termo de população, no bloco de investimento esse mesmo percentual foi partilhado entre somente oito capitais. Em última análise, evidenciou-se maior desigualdade na distribuição dos recursos para o bloco de investimento, que ganhou forte destaque em 2018, após a edição da Portaria 3.992/2017.

Como desdobramento dessa redução no número dos blocos, tem-se o desafio de se aperfeiçoar a gestão em saúde pública no país. A maior autonomia dada aos entes subnacionais em relação ao uso dos recursos federais dentro de cada bloco deve ser acompanhada do soerguimento dos instrumentos de planejamento e do aprimoramento das funções do gestor financeiro, o que deve incluir capacitação técnica constante, uma vez que se trata de um cargo político. Ademais, se por um lado há maior flexibilização, de outro, deve haver maior rigor nos mecanismos de controle, é preciso acompanhar se os recursos repassados, de fato, estão sendo aplicados segundo as finalidades pactuadas. Diante dos debates existentes acerca da defesa ou não da mudança nos blocos de financiamento, o conjunto dos achados deste estudo alerta para a necessidade de realização de novas pesquisas para a análise do comportamento desses repasses ao longo dos anos.

A dificuldade de financiar o SUS, de exercer controle sobre ele e de fazer isso no sentido de mudar o modelo de atenção e diminuir a iniquidade distributiva de recursos são desafios já naturalmente grandes. Mas, acredita-se que está justamente nos critérios de financiamento por necessidades de saúde a base para sustentação dos sistemas universais. Nesse sentido, é preciso avançar na definição de métodos para a devida aplicação dos critérios de rateio nos repasses financeiros de modo a proporcionar meios de otimização dos recursos mediante o atendimento das necessidades locais e regionais de saúde da população. Afinal, se há desigualdade entre as capitais, que são os maiores conglomerados urbanos e concentram os serviços de saúde do país, quiçá no interior dos estados, entre macrorregiões, regiões de saúde e municípios desse imenso Brasil.

REFERÊNCIAS

- ABIIRO, G. A.; ALLEGRI, M. Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debates. **BMC Int Health Hum Rights**, v. 15, n. 17, p. 01-07, 2015.
- ANDRADE, M. V. et al. Desafios do sistema de saúde brasileiro. In: NEGRI, J. A. D.; ARAÚJO, B. C. P. O.; BACELETTE, R. G. (Org.). **Desafios da Nação**: artigos de apoio. 1ª ed. Brasília: Ipea, 2018. p. 357-414.
- BORGES, F. T. FERNÁNDEZ, L. A. L.; CAMPOS, G. W. S. Políticas de austeridade fiscal: tentativa de desmantelamento do Sistema Nacional de Salud da Espanha e resistência cidadã. **Saúde Soc.**, v.27, n.3, p.715-728, 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 124 p.
- BRASIL. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 ago. 1994.
- 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012, Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. 133 p.
- BRASIL. Portaria nº 1, de 17 de janeiro de 2019. Divulga a relação das programações orçamentárias oneradas por transferências de recursos, na modalidade fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, bem como a vinculação desses programas de trabalho com os blocos de financiamento de que trata a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 jan. 2019, Seção 1, Página 39.
- 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 2017, Seção 1, Página 14.
- BRASIL. Portaria nº 748, de 27 de março de 2018. Dispõe sobre a prestação de apoio financeiro pelo Ministério da Saúde aos entes federativos que recebem o Fundo de Participação dos Municípios - FPM, no exercício de 2018, nos termos da Medida Provisória nº 815, de 29 de dezembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 mar. 2018, Seção 1, Página 61.

DIELEMAN, J. L. Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016–40. **Lancet**, v. 391, n. 10132, p. 1783-1798, 2018.

DUARTE; L. S.; MENDES, A. N.; LOUVISON, M. C. P. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 25-37, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sala de Imprensa**: PNAD Contínua 2018, 10% da população concentram 43,1% da massa de rendimentos do país. Brasília: IBGE, 2019. Disponível em: < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25700-pnad-continua-2018-10-da-populacao-concentram-43-1-da-massa-de-rendimentos-do-pais>>. Acesso em: 18 out. 2019.

FUNCIA, F. R. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, revisitada: preocupações retomadas para o financiamento do SUS. **Domingueira da Saúde**, n.7, p. 01-10, 2017. Disponível em:< http://idisa.org.br/site/documento_13343_0_2017-%C3%82%E2%80%93domingueira-da-saude-007-2017.html>. Acesso em: 10 out. 2018.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. Futuros do Brasil: Textos para debate, Rio de Janeiro, n. 6, p. 1-12, jul. 2017. **Ciênc. Saúde Colet.**, 2019. Disponível em:< <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/subfinanciamento-e-orcamento-federal-do-sus-referencias-preliminares-para-a-alocacao-adicional-de-recursos/17339>>. Acesso em: 10 set. 2019.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. **Institucional**: sobre o FNS: Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: < <http://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns>>. Acesso em: 15 set. 2019.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. **Modalidades de transferências**: fundo a fundo. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <<http://portalfns.saude.gov.br/fundo-a-fundo>>. Acesso em: 15 set. 2019.

GIOVANELLA, L et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 01-06, 2019.

GIOVANELLA, L et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018.

MATOS, J. D. **Distribuição de renda: fatores condicionantes e comparação entre as regiões metropolitanas pesquisadas pela PED**. Porto Alegre: FEE, 2005.

MAZON, L. M. et al. Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 38-51, 2018.

MEDEIROS, M. **Uma introdução às representações gráficas da desigualdade de renda**. Texto Para Discussão Nº 1202. Brasília: IPEA, 2006.

MENDES, A. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do sus em disputa. In: **Futuros do Brasil: ideias para ação**. Rio de Janeiro: Centro de estudos estratégicos da Fiocruz, 2017.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S., Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 224-243, 2018.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS, 2016. p. 139-168.

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

OLIVEIRA, C. P. **Efetivação das transferências do fundo nacional de saúde ao município de fortaleza no ano de 2011**. 2012. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) - Faculdade Cearense, Fortaleza, 2012.

PEREIRA, B. L. S.; OLIVEIRA JUNIOR, A. C. R.; FALEIROS, D. Portaria 3992/2017: desafios e avanços para gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Públ.**, v.53, n. 58, p. 01-07, 2019.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento Público da Saúde: uma história à procura de rumo**. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

PIOLA, S. F. **Transferências de recursos federais do Sistema Único De Saúde para estados, Distrito Federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar n. 141/2012**. Brasília: IPEA, 2017.

SANTOS, A. O.; DELDUQUE, M. C.; ALVES, S. M. C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 1, jan. 2016.

SANTOS, L. Da transferência dos recursos da união, fundo nacional de saúde, para estados e municípios: portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. **Domingueira da Saúde**, n.3, p. 01-11, 2017. Disponível em:< <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-03-janeiro-2018#a0>>. Acesso em: 06 set. 2019.

TELES, A. S. **Financiamento do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia**. 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Blocos de Financiamento: transferências federais para o estado da Bahia. **Revista Saúde.com**, v 12, n. 2, p. 542-550, 2016b.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. **Saúde Soc.**, v.25, n.3, p.786-799, 2016a.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Rev. Estud. Pesqui. Sobre Am.**, v. 10, n. 3, p. 01-28, 2016a.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** Brasília: IPEA, 2016b.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de financiamento da saúde no caso brasileiro reflete as articulações das dimensões políticas, econômicas e sociais empreendidas em um processo dinâmico repleto de contradições e historicidade. Este estudo cumpre um importante papel na divulgação de conhecimentos de um campo tão sombrio e obscuro que é o financiamento de ações e serviços de saúde no Brasil. Não se tem a pretensão aqui de generalizar o conjunto de achados desta pesquisa, mas vale sublinhar que o comportamento do gasto em saúde pode se apresentar de forma análoga em outras localidades dentro das variadas unidades federativas desse país, uma vez que estão abalizadas sob o mesmo modelo de financiamento.

Ao considerar os parâmetros internacionais, o gasto em saúde no Brasil é baixo. E quando se observou sua distribuição nas capitais e no estado da Bahia, por entre as macrorregiões, regiões de saúde e municípios, a desigualdade e o subfinanciamento estrutural foram notados com facilidade. A região Nordeste, tanto da Bahia, quanto do Brasil, esteve entre as mais prejudicadas. A maior parte dos recursos é destinado aos serviços de MAC e dois fatores apresentaram-se de forma determinante nas transferências federais: o quantitativo populacional e a capacidade instalada de serviços. Ou seja, é preciso evoluir muito ainda no sentido de um gasto racional pautado na equidade, a partir da priorização das necessidades de saúde das distintas populações. De fato, em aspecto amplo, para assegurar a equidade é preciso estruturar adequadamente os serviços de saúde, de forma a oportunizar acesso e limitar os vazios assistenciais existentes e, indubitavelmente, o processo de regionalização e a criação e desenvolvimento das redes de atenção à saúde são cruciais nesse sentido.

Nos últimos anos, o Congresso Nacional brasileiro, representante dos interesses políticos na condução das políticas de financiamento da saúde, pareceu ter pressa na aprovação de medidas tão sérias e capazes de alterar as bases constitucionais da seguridade social e de mudar profundamente os rumos do financiamento público das políticas sociais no país: em 2015, foi aprovada a Lei 13.097 e a EC 86, em 2016, a EC 93 e a EC 95 e, em 2017, a Portaria 3.992. Apesar da saúde se despontar com grande destaque enquanto necessidade humana básica e direito social, o seu financiamento está sendo perdido, pouco a pouco, e sua trajetória deixa claro a não priorização do setor, tampouco o reconhecimento de sua importância em um país em desenvolvimento.

A rigor, tendo em vista as medidas de austeridade fiscal adotadas, as quais podem comprometer seriamente o sistema de proteção social brasileiro, existe grande imprescindibilidade de otimização dos recursos, de aperfeiçoamento da distribuição dos

recursos, de capacitação dos gestores financeiros, de evoluir a base regional do sistema de saúde, além do fortalecimento do controle social. Por fim, almeja-se que este estudo possa contribuir nesse processo, podendo os atores envolvidos nessa árdua tarefa contar com uma metodologia de contas capaz de mensurar a evolução detalhada dos gastos em saúde no país.

REFERÊNCIAS

- ABIRO, G. A.; ALLEGRI, M. Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debates. **BMC Int Health Hum Rights**, v. 15, n. 17, p. 01-07, 2015.
- AGUIAR, Z. N. A descentralização do SUS: o financiamento e as normas operacionais básicas de saúde. In: AGUIAR, Z. N. (Org.). **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 71-94.
- ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. S.; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde Soc.**, v. 26, n. 1, p. 115-128, 2017.
- ALBUQUERQUE, M. V. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017.
- ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2010. p. 13-36.
- ANDRADE, L. O. M. Atenção primária à saúde e a estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**, São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p.783-836.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados e Indicadores do Setor: beneficiários de planos privados de saúde**. Rio de Janeiro: ANS, 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 10 set. 2018.
- ARISTOTELES. **Ética a Nicômaco**. Livro V, 10. Os Pensadores, Vol 2. São Paulo: Nova Cultural, 2007. p. 159-160.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Estado**. Salvador: SESAB, 2015. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp>. Acesso em: 21 dez. 2018.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 40, supl. 3, p. 1-124, 2016.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 36, supl. 1, p. 1- 166, dez., 2012.
- BELTRAMMI, D. G. M. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. **Rev. Adm. Saúde**, v. 10, n. 41, p. 159-163, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. 124 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009. 282 p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.

BRASIL. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 ago. 1994.

BRASIL. Departamento da Atenção Básica. **Histórico de cobertura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 mar. 2015c, Página 1.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 2016b, Seção 1, Página 2.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 93, de 8 de setembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 set. 2016a, Seção 1, Página 1.

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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012a, Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 13.097 de 19 de janeiro de 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 jan. 2015b.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Receitas públicas**: manual de procedimentos aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015a. 133 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006a. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional**: Brasil, 2010-2014. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. 2018a. 118 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. **Base de cálculo e aplicação mínima pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, 2013. 124 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 149, de 26 de junho de 2017. Aprova a transferência do município de Feira da Mata, da Região de Saúde de Santa Maria da Vitória, para Região de Saúde de Guanambi. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2017c. Seção 1, p. 41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientação para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Portaria n 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. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 2017b, Seção 1, Página 14.

BRASIL. Portaria nº 1, de 17 de janeiro de 2019. Divulga a relação das programações orçamentárias oneradas por transferências de recursos, na modalidade fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, bem como a vinculação desses programas de trabalho com os blocos de financiamento de que trata a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 jan. 2019, Seção 1, Página 39.

BRASIL. **Últimas Notícias**: Ministério da Saúde inclui 10 novas práticas integrativas no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42737-ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

BREILH, J. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2010. p. 87-125.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Tipos de Estabelecimento**: Bahia. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=29&VMun=&VComp=201512>. Acesso em: 23 dez. 2018.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Leitos**: Bahia. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=29&VMun=&VComp=201512>. Acesso em: 22 dez. 2018.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Equipamentos**: Bahia. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=29&VMun=&VComp=201512>. Acesso em: 22 dez. 2018.

CISLAG, J. F.; TEIXEIRA, S. O.; SOUZA, T. O Financiamento do SUS: principais dilemas. In: II Conferência do desenvolvimento circuito de debates acadêmicos das ciências humanas. **Anais...** Brasília: IPEA, 2011.

COELHO, T. C. B. Construção de sistemas de contas em saúde: desbravando o sertão. In: COELHO, T. C. B.; TELES, A. S.; FERREIRA, M. P. S. (Orgs.). **Financiamento do SUS: abrindo a caixa-preta**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016. p. 59-96.

COELHO, T. C. B. et al. **Contas em Saúde**: uma proposta metodológica para o Estado da Bahia. Relatório de Pesquisa. Salvador: UFBA/ISC/DFID/SESAB, 2005. Mimeo.

COELHO, T. C. B.; CHAGAS, F. L. O fluxo dos recursos públicos de saúde em 2002 no município de Feira de Santana-BA: das fontes de financiamento até as atividades. **Bahia Análise e Dados**, Salvador, v. 16, n. 2, p. 303-313, 2006.

COELHO, T. C. B.; SCATENA, J. H. G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 271-286.

COSTA, T. C. M.; FERREIRA, M. D. M. Os sistemas de proteção social e suas influências na configuração da seguridade social e da assistência social no Brasil. **Revista FSA**, Teresina, v. 10, n. 3, p. 228-253, 2013.

CUNHA, J. R. A. A Auditoria Constitucional da Dívida e o Financiamento do Direito à Saúde no Brasil nos 25 anos da Constituição Brasileira. **Rev. Crítica Direito**, v. 42, n. 2, 2014.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **E-Gestor Atenção Básica**: cobertura da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 23 dez. 2018.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. Informações de Saúde: **estabelecimentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabba.def>>. Acesso em: 23 dez. 2018.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Informações de Saúde**: tipo de atendimento prestado – internação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabba.def>>. Acesso em: 22 dez. 2018.

DIELEMAN, J. L. Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016–40. **Lancet**, v. 391, n. 10132, p. 1783-1798, 2018.

DI GIOVANNI, G. **Sistema de Proteção Social**. 2008. Disponível em: <<http://geradigiovanni.blogspot.com.br/2008/08/sistema-de-proteo-social.html>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

DI GIOVANNI, G. **Sistema de proteção social**: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, M. A. de (org.). Reforma do Estado e política de emprego. Campinas-SP: IE/UNICAMP, 1998. p. 9-29.

DOYAL, L.; GOUGH, I. **Teoria de las Necesidades Humanas**. Madrid: Icaria, 2010.

ESCOREL, S. **Equidade em saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

ESPING-ANDERSON, G. As três economias políticas do welfare state. **Lua nova**, n. 24, p. 85 a 116, set. 1991.

FERREIRA, M. P. S.; TELES, A. S.; COELHO, T. C. B. Equilíbrio entre eficiência e equidade na distribuição de recursos financeiros da saúde. In: COELHO, T. C. B.; TELES, A. S.; FERREIRA, M. P. S. (Orgs.). **Financiamento do SUS**: abrindo a caixa-preta. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016. p. 43-58.

FIORENTINO, G. et al. Tendências do setor de saúde no Brasil. **Rev. Bain Company**, v. 37, n. 2, p. 254-259, 2016.

FLEURY, S.; OUVÉRY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 25-57.

FUNCIA, F. R. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, revisitada: preocupações retomadas para o financiamento do SUS. **Domingueira da Saúde**, n.7, p. 1 – 10, 2017. Disponível em: < http://idisa.org.br/site/documento_13343_0__2017-%C3%82%E2%80%93domingueira-da-saude-007-2017.html>. Acesso em: 10 out. 2018.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. **Institucional**: sobre o FNS: FNS, 2019. Disponível em: < <http://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns>>. Acesso em: 15 set. 2019.

GIOVANELLA, L et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 01-06, 2019.

GIOVANELLA, L et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciêñ Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018.

GOMES, F. G. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, v. 40, n. 2, p. 201-36, 2006.

GOMES, F.B. C. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da Emenda 29/00. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 6-17, 2014.

HOFFMANN, R. **Estatísticas para economistas**. 3. ed. São Paulo: Thomson Pioneira, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sala de Imprensa**: IBGE divulga as estimativas de população dos municípios para 2018. Brasília: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-salapart-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/22374-ibge-divulga-as-estimativas-de-populacao-dos-municipios-para-2018>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sala de Imprensa**: PNAD Contínua 2018, 10% da população concentram 43,1% da massa de rendimentos do país. Brasília: IBGE, 2019. Disponível em: < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25700-pnad-continua-2018-10-da-populacao-concentram-43-1-da-massa-de-rendimentos-do-pais>>. Acesso em: 18 out. 2019.

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

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D’A.; MACHADO, C. V. A regionalização da saúde no Brasil: condicionantes e desafios. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. S.

(Orgs.). **Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. São Paulo: Hucitec Editora, 2014. p. 21-46.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 25-57.

MAGNOLI, A. **National health accounts in Latin American and Caribbean: concept, results and policy uses**. Cambridge: Harvard University, 2001. 47 p.

MARQUES, R. M. O direito à saúde no mundo. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS, 2016. p. 11-36.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; OCKÉ-REIS, C. O. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS, 2016. p. 139-168.

MATOS, J. D. **Distribuição de renda: fatores condicionantes e comparação entre as regiões metropolitanas pesquisadas pela PED**. Porto Alegre: FEE, 2005.

MAYNARD, A. Cuidado com o Lobo Neoliberal na pele do Cordeiro igualitário: ensaio sobre a necessidade de esclarecer seus objetivos e estratégias de ação. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs.). **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 105-136.

MCLNTYRE, D. Pague o músico e escolha a dança: modificando os mecanismos de financiamento para lidar com as iniquidades do *mix* público-privado no setor saúde. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs.). **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 223-252.

MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. Que rumo tomar agora em relação à equidade? In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs.). **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 313-338.

MÉDICI, A. C. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: PIOLA, S. F., VIANNA, S. M. (Orgs.). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da Saúde Brasília: IPEA**, 1995. p. 23-68.

MENDES, A. N. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do sus em disputa. In: **Futuros do Brasil: ideias para ação**. Rio de Janeiro: Centro de estudos estratégicos da Fiocruz, 2017.

MENDES, A. N.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S., Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 224-243, 2018.

MENDES, A. N.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS, 2016. p. 139-168.

MENDES, A. N.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009.

MENDES, A. N. Em tempos de discussão de muitas propostas, reafirmemos as nossas para o financiamento do SUS. **Domingueira da Saúde**, n.27, p. 01–05, 2018. Disponível em:< <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-27-setembro-2018?lang=pt>>. Acesso em: 10 out. 2018.

MENDES, A. N.; WEILLER, J. A. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, abril-jun. 2015.

MENDONÇA, A. F. et al. Financiamento do SUS e regionalização: panorama, potencialidades e dificuldades na análise com despesas em saúde nas regiões de Mato Grosso. In: SCATENA, J. H. G.; KEHRIG, R. T.; SPINELLI, M. A. S. (Orgs.). **Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. São Paulo: Hucitec Editora, 2014. p. 215-235.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MONNEY, G. A equidade no contexto da diversidade cultural e da diversidade de sistemas econômicos. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs.). **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 83-104.

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

NOGUEIRA, K. W. A. S.; MEDEIROS JUNIOR, G.; SILVA, A. M. V. Subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde: a persistência de uma velha agenda para o sistema. In: 7º seminário da frente nacional contra a privatização da saúde, 7, 2017. **Anais...** Maceió: FNCPS, 2017.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 365-393.

NUNES, A. **A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora**, Relatório de Consultoria. Consolidação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OCKÉ-REIS, C. O. Gasto privado em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p.1351-1353, 2015.

OMS. **Relatório mundial de saúde 2013**: pesquisa para a cobertura universal de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, OMS, 2013. Disponível em: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85761/9789248564598_por.pdf;jsessionid=E8103C10B303C827C5FC0920DBFD8B34?sequence=26>. Acesso em: 10 set. 2018.

OMS. **Relatório mundial de saúde**: financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a cobertura universal de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, OMS, 2010. Disponível em: < <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

OUVERNEY, A. M. Relações Estado, sociedade e mercado subjacentes aos padrões de organização estatal e o futuro da reforma administrativa. **Cad. EBAPE.BR**, v. 3, n. 2, 2005.

PAIM, J. S et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, p. 11-31, 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Análise da Situação de Saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 29-38.

PAIVA, L. **Equidade na Alocação de Recursos do Sistema Único de Saúde entre os Estados brasileiros**: uma avaliação do uso de uma cesta de indicadores de desigualdade social. 2002. 66 f. Dissertação (mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

PARTNERS FOR HEALTH REFORMPLUS – PHRplus. **Understanding national health accounts**: the methodology and implementation process. Primer for Policymakers. Bethesda, 2003.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento Público da Saúde**: uma história à procura de rumo. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS, 2016. p. 101- 138.

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M.; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 2, p.411-421, 2016.

PIOLA, S. F. **Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, Distrito Federal e municípios**: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar n. 141/2012. Brasília: IPEA, 2017.

PORTO, S. et al. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1393-1404, 2007.

PORTO, S. M. et al. Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Saúde Debate**, v.27, n.65, p.376-388, 2003.

PORTO, S. M. Justiça Social, Equidade e Necessidade em Saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). **Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde**. Brasília: IPEA, 2002.

PORTO, S. M.; TRAVASSOS, C.; UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Equidade no financiamento da saúde, alocação de recursos e utilização dos serviços de saúde no Brasil. In: MCLINTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs.). **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 253-280.

REIS, A. A. C. et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde Debate**, v. 40, n. especial, p. 122-135, 2016.

REIS, C. S.; NORONHA, K.; WAJNMAN, S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. **R. bras. Est. Pop.**, v. 33, n. 3, p. 591-612, 2016.

ROA, A. C. Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES/Ministério da Saúde/OPAS/OMS, 2016. p. 75-100.

RODRIGUES, R. et al. Federalismo, relação público-privado e gasto em saúde no Brasil. **Rev. Política, Planejamento e Gestão em Saúde**, v. 1, n. 1, p. 141-156, 2010.

RODRIGUEZ, A. Políticas sociais e política de saúde. **Rev. Discente do Programa de Pós-graduação em História UFJF**, v. 2, n. 3, p. 225-242, 2016.

ROSA, M. R. R.; COELHO, T. C. B. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 16, n. 3, p. 1863-1873, 2011.

SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA. **Saúde Mais Perto de Você: atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 23 dez. 2018.

SANTANA, J. S. S. Percurso Metodológico. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Orgs.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2010. p. 87-120.

SANTOS NETO et al. Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 4, p.1269-1280, 2017.

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

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde Soc.**, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

SCHNEIDER, A. et al. **Pacto pela gestão: possibilidade ou realidade?** Passo Fundo: IFIBE, 2009.

SCHNEIDER, M. C. et al. Métodos de mensuração das desigualdades em saúde. **Rev. Panam. Salud Públ.**, v. 12, n. 3, p. 1-16, 2002.

SEN, A. Por qué la equidade en salud. **Rev. Panam. Salud Públ.**, v. 11, n. 5/6, 2002.

SERVO, L. M. S. et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (orgs.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011.

SOCHACZEWSKI, J.; LOBATO, L. Desenvolvimento da proteção social e transformações no Welfare State pós-industrial. **Revista UNIABEU**, v. 7, n. 15, p. 289-304, 2014.

SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 49-66.

SOUZA, T. O.; SOUZA, E. R.; PINTO, L. W. Evolução da mortalidade por homicídio no Estado da Bahia, Brasil, no período de 1996 a 2010. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 6, p. 1889-1900, 2014.

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. **Int. j. health serv.**, v. 31, n. 3, p. 545-566, 2001.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

TEIXEIRA, S. M. F. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 400-417, 1985.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Blocos de Financiamento: transferências federais para o estado da Bahia. **Rev. Saúde.com**, v 12, n. 2, p. 542-550, 2016b.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Gasto Público em Saúde na Bahia: explorando indícios de desigualdades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 457-470, 2017.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.25, n.3, p.786-799, 2016a.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B. Retratos do financiamento do SUS no estado da Bahia. In: COELHO, T. C. B.; TELES, A. S.; FERREIRA, M. P. S. (Orgs.). **Financiamento do SUS: abrindo a caixa-preta**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016. p. 239-234.

TELES, A. S. et al. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. **Cad. Saúde Colet.**, v. 25, n. 1, p. 51-57, 2017.

TELES, A. S. **Financiamento do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia**. 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015.

THE COMMONWEALTH FUND. **Mirror, Mirror On The Wall: how the performance of the U.S. health care system compares internationally**. Nova York: The Commonwealth Fund, 2014. Disponível em: <http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fundreport/2014/jun/1755_davis_mirror_mirror_2014_exec_summ.pdf>. Acesso em 27 dez 2017.

THIEDE, M.; AKWEONGO, P.; MCLNTYRE, D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Orgs.). **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 137-162.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 193-232.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M.; PIOLA, S. F. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. o sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 531-559.

VAZQUEZ, D. A. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1201-1212, 2011.

VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis**, v. 18, n. 4, p. 645-684, 2008.

VIANNA, S. M. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224p.

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

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 40, n. 109, p. 187-199, 2016.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Rev. Estud. Pesqui. Sobre Am.**, v. 10, n. 3, 2016a.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: IPEA, 2016b.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA-FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, Sup 2, p. 217-226, 2009.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2000.

WHO. **A System of Health Accounts**. Paris: OECD, Eurostat, 2011.

WHO. **Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal**. Geneva: OMS, 2010.

WHO. **Global Health Observatory: países**. Geneva: WHO, 2017a. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/usa/es/>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

WHO. **Guide to producing national health accounts: with special applications for low income e middle-income countries**. Geneva: WHO, 2003.

WHO. **Health expenditure series**. Global Health Expenditure Database. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <<http://apps.who.int/nha/database>>. Acesso em: 3 nov. 2018.

WHO. **World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals**. Geneva: WHO, 2017b.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E
REGIÕES DE SAÚDE DA BAHIA**

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	Nº MUN.
CENTRO-LESTE			73
	Feira de Santana		28
		AMÉLIA RODRIGUES	
		ANGUERA	
		ANTÔNIO CARDOSO	
		BAIXA GRANDE	
		CANDEAL	
		CAPELA DO ALTO ALEGRE	
		CONCEIÇÃO DO JACUÍPE	
		CORAÇÃO DE MARIA	
		FEIRA DE SANTANA	
		GAVIÃO	
		ICHU	
		IPECAETÁ	
		IPIRÁ	
		IRARÁ	
		MUNDO NOVO	
		NOVA FÁTIMA	
		PÉ DE SERRA	
		PINTADAS	
		RAFAEL JAMBEIRO	
		RIACHÃO DO JACUÍPE	
		SANTA BÁRBARA	
		SANTANÓPOLIS	
		SANTO ESTÊVÃO	
		SÃO GONÇALO DOS CAMPOS	
		SERRA PRETA	
		TANQUINHO	
		TEODORO SAMPAIO	
		TERRA NOVA	
	Itaberaba		14
		ANDARAÍ	
		BOA VISTA DO TUPIM	
		BONITO	
		IAÇU	
		IBIQUERA	
		ITABERABA	
		ITAETÉ	
		LAJEDINHO	
		MACAJUBA	
		MARCIONÍLIO SOUZA	

	NOVA REDENÇÃO	
	RUY BARBOSA	
	UTINGA	
	WAGNER	
Seabra		11
	ABAÍRA	
	BONINAL	
	IBITIARA	
	IRAQUARA	
	LENÇÓIS	
	MUCUGÊ	
	NOVO HORIZONTE	
	PALMEIRAS	
	PIATÃ	
	SEABRA	
	SOUTO SOARES	
Serrinha		20
	ÁGUA FRIA	
	ARACI	
	BARROCAS	
	BIRITINGA	
	CANSANÇÃO	
	CONCEIÇÃO DO COITÉ	
	EUCLIDES DA CUNHA	
	LAMARÃO	
	MONTE SANTO	
	NORDESTINA	
	QUEIMADAS	
	QUIJINGUE	
	RETIROLÂNDIA	
	SANTALUZ	
	SÃO DOMINGOS	
	SERRINHA	
	TEOFILÂNDIA	
	TUCANO	
	VALENTE	
CENTRO-NORTE		38
Irecê		19
	AMÉRICA DOURADA	
	BARRA DO MENDES	
	BARRO ALTO	
	CAFARNAUM	
	CANARANA	
	CENTRAL	
	GENTIO DO OURO	

	IBIPEBA	
	IBITITÁ	
	IRECÊ	
	ITAGUAÇU DA BAHIA	
	JOÃO DOURADO	
	JUSSARA	
	LAPÃO	
	MULUNGU DO MORRO	
	PRESIDENTE DUTRA	
	SÃO GABRIEL	
	UIBAÍ	
	XIQUE-XIQUE	
	Jacobina	19
	CAÉM	
	CALDEIRÃO GRANDE	
	CAPIM GROSSO	
	JACOBINA	
	MAIRI	
	MIGUEL CALMON	
	MIRANGABA	
	MORRO DO CHAPÉU	
	OUROLÂNDIA	
	PIRITIBA	
	QUIXABEIRA	
	SÃO JOSÉ DO JACUÍPE	
	SAÚDE	
	SERROLÂNDIA	
	TAPIRAMUTÁ	
	UMBURANAS	
	VÁRZEA DA ROÇA	
	VÁRZEA DO POÇO	
	VÁRZEA NOVA	
EXTREMO SUL		21
	Porto Seguro	8
	BELMONTE	
	EUNÁPOLIS	
	GUARATINGA	
	ITABELA	
	ITAGIMIRIM	
	ITAPEBI	
	PORTO SEGURO	
	SANTA CRUZ CABRÁLIA	
	Teixeira de Freitas	13
	ALCOBAÇA	
	CARAVELAS	

	IBIRAPUÃ	
	ITAMARAJU	
	ITANHÉM	
	JUCURUÇU	
	LAJEDÃO	
	MEDEIROS NETO	
	MUCURI	
	NOVA VIÇOSA	
	PRADO	
	TEIXEIRA DE FREITAS	
	VEREDA	
LESTE		47
	Camaçari	7
	CAMAÇARI	
	CONDE	
	DIAS D'ÁVILA	
	MATA DE SÃO JOÃO	
	POJUCA	
	SIMÕES FILHO	
	Cruz das Almas	9
	CABACEIRAS DO PARAGUAÇU	
	CACHOEIRA	
	CONCEIÇÃO DA FEIRA	
	CRUZ DAS ALMAS	
	GOVERNADOR MANGABEIRA	
	MARAGOGIPE	
	MURITIBA	
	SÃO FÉLIX	
	SAPEAÇU	
	Salvador	9
	CANDEIAS	
	ITAPARICA	
	LAURO DE FREITAS	
	MADRE DE DEUS	
	SALVADOR	
	SANTO AMARO	
	SÃO FRANCISCO DO CONDE	
	SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ	
	SAUBARA	
	VERA CRUZ	
	Santo Antônio de Jesus	22
	AMARGOSA	
	ARATUÍPE	
	CASTRO ALVES	
	CONCEIÇÃO DO ALMEIDA	

		DOM MACEDO COSTA	
		ELÍSIO MEDRADO	
		ITATIM	
		JAGUARIPE	
		JIQUIRIÇÁ	
		LAJE	
		MILAGRES	
		MUNIZ FERREIRA	
		MUTUÍPE	
		NAZARÉ	
		PRESIDENTE TANCREDO NEVES	
		SALINAS DA MARGARIDA	
		SANTA TERESINHA	
		SANTO ANTÔNIO DE JESUS	
		SÃO FELIPE	
		SÃO MIGUEL DAS MATAS	
		UBAÍRA	
		VARZEDO	
NORDESTE			33
	Alagoinhas		18
		ACAJUTIBA	
		ALAGOINHAS	
		APORÁ	
		ARAÇÁS	
		ARAMARI	
		CARDEALDASILVA	
		CATU	
		CRISÓPOLIS	
		ENTRERIOS	
		ESPLANADA	
		INHAMBUPE	
		ITANAGRA	
		ITAPICURU	
		JANDAÍRA	
		OURIÇANGAS	
		PEDRÃO	
		RIOREAL	
		SÁTIRODIAS	
	Ribeirado Pombal		15
		ADUSTINA	
		ANTAS	
		BANZAÊ	
		CÍCERO DANTAS	
		CIPÓ	
		CORONEL JOÃO SÁ	
		FÁTIMA	

		HELIÓPOLIS	
		NOVA SOURE	
		NOVO TRIUNFO	
		OLINDINA	
		PARIPIRANGA	
		RIBEIRA DO AMPARO	
		RIBEIRA DO POMBAL	
		SÍTIO DO QUINTO	
NORTE			27
	Juazeiro		9
		CAMPO ALEGRE DE LOURDES	
		CANUDOS	
		CASA NOVA	
		CURAÇÁ	
		JUAZEIRO	
		PILÃO ARCADE	
		REMANSO	
		SENTO SÉ	
		SOBRADINHO	
		UAUÁ	
	Paulo Afonso		9
		ABARÉ	
		CHORROCHÓ	
		GLÓRIA	
		JEREMOABO	
		MACURURÉ	
		PAULO AFONSO	
		PEDRO ALEXANDRE	
		RODELAS	
		SANTA BRÍGIDA	
	Senhor do Bonfim		9
		ANDORINHA	
		ANTÔNIO GONÇALVES	
		CAMPO FORMOSO	
		FILADÉLFIA	
		ITIÚBA	
		JAGUARARI	
		PINDOBAÇU	
		PONTO NOVO	
		SENHOR DO BONFIM	
OESTE			36
	Barreiras		15
		ANGICAL	
		BAIANÓPOLIS	
		BARREIRAS	

	BREJOLÂNDIA	
	CATOLÂNDIA	
	COTEGIPE	
	CRISTÓPOLIS	
	FORMOSA DO RIO PRETO	
	LUÍS EDUARDO MAGALHÃES	
	MANSIDÃO	
	RIACHÃO DAS NEVES	
	SANTA RITA DE CÁSSIA	
	SÃO DESIDÉRIO	
	TABOCAS DO BREJO VELHO	
	WANDERLEY	
	Ibotirama	9
	BARRA	
	BROTAS DE MACAÚBAS	
	BURITIRAMA	
	IBOTIRAMA	
	IPUPIARA	
	MORPARÁ	
	MUQUÉM DE SÃO FRANCISCO	
	OLIVEIRA DOS BREJINHOS	
	PARATINGA	
	Santa Maria da Vitória	12
	BOM JESUS DA LAPA	
	CANÁPOLIS	
	COCOS	
	CORIBE	
	CORRENTINA	
	JABORANDI	
	SANTA MARIA DA VITÓRIA	
	SANTANA	
	SÃO FÉLIX DO CORIBE	
	SERRA DO RAMALHO	
	SERRA DOURADA	
	SÍTIO DO MATO	
SUDOESTE		74
	Brumado	21
	ARACATU	
	BARRA DA ESTIVA	
	BOQUIRA	
	BOTUPORÃ	
	BRUMADO	
	CATURAMA	
	CONTENDAS DO SINCORÁ	
	DOM BASÍLIO	

ÉRICO CARDOSO
 GUAJERU
 IBICOARA
 IBIPITANGA
 ITUAÇU
 JUSSIAPE
 LIVRAMENTO DE NOSSA
 SENHORA
 MACAÚBAS
 MALHADA DE PEDRAS
 PARAMIRIM (GM)
 RIO DE CONTAS
 RIO DO PIRES
 TANHAÇU

Guanambi

22

CACULÉ
 CAETITÉ
 CANDIBA
 CARINHANHA
 FEIRA DA MATA
 GUANAMBI
 IBIASSUCÊ
 IGAPORÃ
 IUIÚ
 JACARACI
 LAGOA REAL
 LICÍNIO DE ALMEIDA
 MALHADA
 MATINA
 MORTUGABA
 PALMAS DE MONTE ALTO
 PINDAÍ
 RIACHO DE SANTANA
 RIO DO ANTÔNIO
 SEBASTIÃO LARANJEIRAS
 TANQUE NOVO
 URANDI

Itapetinga

12

CAATIBA
 FIRMINO ALVES
 IBICUI
 IGUAÍ
 ITAMBÉ
 ITAPETINGA
 ITARANTIM
 ITORORÓ

	MACARANI	
	MAIQUINIQUE	
	NOVA CANAÃ	
	POTIRAGUÁ	
	Vitória da Conquista	19
	ANAGÉ	
	BARRA DO CHOÇA	
	BELO CAMPO	
	BOM JESUS DA SERRA	
	CAETANOS	
	CÂNDIDO SALES	
	CARAÍBAS	
	CONDEÚBA	
	CORDEIROS	
	ENCRUZILHADA	
	MAETINGA	
	MIRANTE	
	PIRIPÁ	
	PLANALTO	
	POÇÕES	
	PRESIDENTE JÂNIO QUADROS (GM)	
	RIBEIRÃO DO LARGO	
	TREMEDAL	
	VITÓRIA DA CONQUISTA (D) (GM)	
SUL		68
	Ilhéus	8
	ARATACA	
	CANAVIEIRAS	
	ILHÉUS	
	ITACARÉ	
	MASCOTE	
	SANTA LUZIA	
	UNA	
	URUÇUCA	
	Itabuna	21
	ALMADINA	
	AURELINO LEAL	
	BARRO PRETO	
	BUERAREMA	
	CAMACAN	
	COARACI	
	FLORESTA AZUL	
	GONGOGI	
	IBICARAÍ	
	IBIRAPITANGA	

ITABUNA
 ITAJU DO COLÔNIA
 ITAJUÍPE
 ITAPÉ
 ITAPITANGA
 JUSSARI
 MARAÚ
 PAU BRASIL
 SANTA CRUZ DA VITÓRIA
 SÃO JOSÉ DA VITÓRIA
 UBAITABA
 UBATÃ

Jequié
26

AIQUARA
 APUAREMA
 BARRA DO ROCHA
 BOA NOVA
 BREJÕES
 CRAVOLÂNDIA
 DÁRIO MEIRA
 IBIRATAIA
 IPIAÚ
 IRAJUBA
 IRAMAIA
 ITAGI
 ITAGIBÁ
 ITAMARI
 ITAQUARA
 ITIRUÇU
 JAGUAQUARA
 JEQUIÉ
 JITAÚNA
 LAFAIETE COUTINHO
 LAJEDO DO TABOCAL
 MANOEL VITORINO
 MARACÁS
 NOVA ITARANA
 PLANALTINO
 SANTA INÊS

Valença
13

CAIRU
 CAMAMU
 GANDU
 IGRAPIÚNA
 ITUBERÁ
 NILO PEÇANHA

	NOVA IBIÁ	
	PIRAÍ DO NORTE	
	TAPEROÁ	
	TEOLÂNDIA	
	VALENÇA	
	WENCESLAU GUIMARÃES	
TOTAL		417

Fonte: Elaboração própria a partir da Resolução CIB nº 149/2017.

APÊNDICE B – TABELA 1: FONTES POR AGENTES DE FINANCIAMENTO

AGENTES DE FINANCIAMENTO	FONTES DE FINANCIAMENTO										
	FS.1 Fundos Públicos									FS.2 Outros Fundos	Total
	FS.1.1 Fundos Federais			FS.1.2 Fundos Estaduais			FS.1.3 Fundos Municipais				
	FS.1.1.1 Receitas Federais de Saúde		FS. 1.1.2 Outras Receitas	F.S.1.2.1 Receitas Estaduais de Saúde		FS. 1.2.2 Outras Receitas	FS.1.3.1 Receitas Municipais de Saúde		FS. 1.3.2 Outras Receitas		
	FS.1.1.1.1 Receitas Correntes	FS.1.1.1.2 Receitas de Capital		FS.1.2.1.1 Receitas Correntes	FS.1.2.1.2 Receitas de Capital		FS.1.3.1.1 Receitas Correntes	FS.1.3.1.2 Receitas de Capital			
Total Estado (GS 1 + GS 2 +... + GS 9)											
GS 1 Macrorregião											
GS 1.1 Regiões de Saúde											
GS 1.1.1 Municípios											
GS 2 Macrorregião											
GS 2.1 Regiões de Saúde											
GS 2.1.1 Municípios											
GS 9 Macrorregião											
GS 9.1 Regiões de Saúde											
GS 9.1.1 Municípios											

Fonte: Elaboração própria.