



Texto 28

Unidade de Aprendizagem V

As transferências intergovernamentais de recursos financeiros no SUS

Luciana Dias de Lima¹

A implantação dos princípios e diretrizes do SUS depende das condições institucionais apresentadas pelas esferas municipais e estaduais no desempenho de responsabilidades e funções sobre a política de saúde, previstas na Constituição Federal de 1988 e da regulamentação da saúde (leis e instrumentos normativos). Entre outras, a capacidade de financiamento desses governos é peça fundamental para a garantia do acesso universal às ações e serviços de saúde, do cuidado integral compatível com as necessidades da população, realizado de acordo com padrões de qualidade reconhecidos.

No entanto, existe uma contradição intrínseca entre as imensas desigualdades que configuram a federação brasileira e o modelo pretendido na saúde. As desigualdades socioeconômicas e territoriais trazem enormes desafios para a divisão de encargos e competências tributárias e para a adoção de mecanismos de partilha fiscal que compensem as diferenças nas condições materiais e financeiras das esferas subnacionais e permitam uma ação articulada entre os governos na provisão de ações e serviços de saúde.

Os mecanismos de transferência de recursos federais são instrumentos importantes de regulação e coordenação intergovernamental. Em contextos federativos como o brasileiro, eles permitem ao governo federal, interessado em descentralizar funções e responsabilidades sanitárias, ordenar esse processo de forma negociada e articulada com

¹ Texto extraído e adaptado de: LIMA, L. D. As transferências intergovernamentais de recursos financeiros no SUS. In: KUSCHNIR, R. (Org.). *Gestão de redes de atenção à saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2015.

os demais gestores do SUS, a fim de atingir os objetivos almejados pela política de saúde.

Neste texto, você poderá compreender um pouco melhor as especificidades da organização de sistemas tributários em países federativos e a importância que possuem os mecanismos de transferência intergovernamental de recursos nas federações, estando eles associados ou não ao financiamento de políticas setoriais. Verá também como foram instituídos os mecanismos de partilha de recursos financeiros no âmbito do SUS, particularmente no que se refere às transferências do governo federal para estados e municípios no período de 1990 a 2005. Por fim, terá acesso a um balanço crítico das principais mudanças no financiamento operadas pelo Pacto pela Saúde e a alguns desafios existentes.

A especificidade dos sistemas tributários em países federativos e a importância dos mecanismos de partilha fiscal

As formas como se distribuem os poderes e se estabelecem as relações intergovernamentais, fiscais e orçamentárias, no âmbito das federações, configuram o federalismo fiscal. A importância da dimensão fiscal é ressaltada por diversos autores. Affonso e Silva (1995) consideram que o principal mecanismo que garante a articulação dos interesses na federação são os fundos públicos. Eles possibilitam soldar o pacto federativo, contribuindo para a manutenção da unidade do Estado e do equilíbrio entre seus entes.

Como arranjo institucional concreto, o federalismo fiscal é moldado por fatores econômicos, sociais, culturais e históricos, sendo, antes de tudo, resultado de escolhas políticas. Ele expressa o modo como os princípios de autonomia e interdependência são incorporados na gestão dos tributos, revela os valores federais que caracterizam uma dada sociedade e as formas como determinados conflitos são acomodados em um contexto histórico específico. Além disso, dada a sua relevância para a administração pública, influencia decisões importantes dos atores políticos, com impacto significativo para as políticas públicas e as políticas de saúde em particular.

Não há um modelo teórico ideal, nem um padrão uniforme ditado pela prática para a configuração de sistemas tributários em países federativos. Para a sua diferenciação, Watts (1996) recorre a dois elementos principais que viabilizam o cumprimento das atribuições de governo:

o poder de tributar ou de arrecadar tributos e o poder de gastar. Geralmente decorrente da divisão de responsabilidades e funções, a repartição desses dois “poderes” entre o governo nacional e os subnacionais caracteriza o modelo de federalismo fiscal implantado.

Há pelo menos duas décadas, observa-se, nos países de organização federativa, uma tendência ao deslocamento de encargos e do poder de gasto sobre as políticas sociais da esfera central para as esferas subnacionais. A justificativa técnica, comumente utilizada, refere-se à necessidade de ampliar a eficiência administrativa no uso dos recursos. Argumenta-se que, quanto mais próximos das necessidades e demandas da população, maiores serão os benefícios atingidos e mais efetivos os mecanismos de controle sobre os gastos.

Por outro lado, nota-se que as transformações nas relações de poder sobre o gasto não foram acompanhadas na mesma intensidade pelas transferências das competências sobre a arrecadação de tributos.

Dois tipos de desequilíbrios podem ser verificados em função dos processos de descentralização (WATTS, 2006):

1. os verticais, gerados pela elevada concentração de poder de tributação no ente federal, em contraposição às necessidades de gastos das esferas subnacionais pelos maiores encargos assumidos;
2. os horizontais, em razão de desigualdades socioeconômicas existentes entre os governos, que determinam, por um lado, capacidades diferenciadas de provisão de serviços em sistemas de tributação comparáveis e, por outro, exigências distintas de gastos públicos decorrentes de variações das necessidades e demandas da população.

Os sistemas de transferência intergovernamental de recursos tributários (sistemas de partilha fiscal), destinados ou não ao financiamento de atividades específicas (incluindo a saúde), atuam na correção dos desequilíbrios existentes. Eles incluem os mecanismos de distribuição de recursos e envolvem relações orçamentárias entre unidades de governo de diferente ou igual esfera federativa, respectivamente, partilha vertical e horizontal de recursos. Enquanto no primeiro caso o objetivo é dotar os governos de recursos compatíveis com suas atribuições legais, no segundo caso o propósito é gerar maior homogeneidade das receitas disponíveis e do poder de gasto entre as esferas subnacionais com diferentes condições socioeconômicas.

Além disso, esses sistemas são inerentes aos países federativos e estão presentes, em maior ou menor grau, em qualquer federação. Em geral,

desequilíbrios verticais a favor da União são justificados por razões de ordem econômica e tributária, mas também de ordem política (DAIN, 1995). Por outro lado, certas assimetrias entre as unidades subnacionais são constitutivas às federações e justificam a própria origem e manutenção dos arranjos federativos (BURGESS, 1993).

No caso da saúde, a literatura indica a importância do governo federal na condução do processo de implantação de sistemas de saúde nacionais e universais em países federativos (BANTING; CORBETT, 2002; FRANCE, 2002). Entre os instrumentos utilizados, destacam-se a normatização, traduzida pela definição de princípios e diretrizes válidos para todo o território, e as transferências financeiras federais, que, juntos, tendem a acomodar dois valores presentes nas sociedades federais:

- a “diversidade regional”, que se expressa pela tomada de decisão descentralizada a “cidadania social”, que se reflete no compromisso da oferta de um conjunto de bens e serviços para todos os cidadãos do país;
- quanto ao destino final dos recursos, respeitando-se as formas de adequação e organização da atenção à saúde nos espaços locais/regionais.

As transferências intergovernamentais, portanto, cumprem papel fundamental e reforçam, em grande número de países, o poder central na correção dos desequilíbrios e na promoção da equalização fiscal, assim como na geração de patamares de receita e gasto compatíveis com as responsabilidades e os serviços de saúde requeridos pelas políticas públicas vigentes.

Receita disponível é um conceito que inclui a arrecadação própria de tributos (impostos, taxas e contribuições), com acréscimo e/ou subtração das transferências intergovernamentais previstas nos sistemas de partilha fiscal. Refere-se, portanto, ao resultado final da receita orçamentária após as transferências intergovernamentais.

Vários são os fatores que interferem na adoção de determinados esquemas de repartição financeira, nos critérios e condicionantes utilizados, assim como nos governos envolvidos nos mecanismos de transferência implantados. Em geral, quanto mais descentralizados os encargos e mais significativas as desigualdades inter-regionais, maiores são as necessidades de implantação de mecanismos de equalização fiscal para promover o equilíbrio horizontal da **receita disponível**.

Ainda assim, as diferenças nos arranjos adotados refletem o grau de tolerância das sociedades em relação às desigualdades dos territórios político-administrativos e, por outro lado, o quanto os governos “abrem mão” de sua autonomia para dispor livremente da maior parcela possível de seu orçamento em função da equidade nacional e da garantia de determinados padrões nacionais e regionalizados de políticas públicas.

Você sabia?

Para países como Alemanha, Canadá, Austrália e, em menor proporção, Suíça, as denominadas “transferências solidárias” são fundamentais para garantir uma diminuição das diferenças orçamentárias entre as esferas subnacionais, embora nem sempre considerem as necessidades efetivas de gasto dos governos. No Canadá, por exemplo, o principal programa de transferências intergovernamentais é o Canadian Health and Social Transfer (CHST), cujo objetivo é transferir recursos da União para o custeio dos programas de saúde, educação de nível superior e assistência social.

Embora o governo federal relacione de forma conceitual as transferências a certos objetivos, o programa impõe, na realidade, poucas condições às províncias e é, com frequência, considerado um programa de transferências incondicionais (BOOTHE, 2004).

Os Estados Unidos, se comparados aos países europeus e ao Canadá, apresentam desigualdades interestaduais mais expressivas, mas não adotam nenhum esquema regular de equalização fiscal.

Em síntese, a formação de sistemas tributários em países federativos é uma tarefa complexa. Além dos requisitos clássicos – tributar com equidade e eficiência, adequar a distribuição de recursos via orçamento e executar o dispêndio visando a melhoria dos resultados alcançados – os sistemas tributários devem contemplar:

- a distribuição equilibrada de encargos (responsabilidades e funções) entre as esferas de governo de forma coerente com os princípios e diretrizes das políticas públicas;
- a divisão eficiente de competências tributárias, definidas pelas funções de arrecadação e administração dos recursos;
- a formação de um sistema adequado de partilha, que envolve o conjunto de regras por meio das quais a receita tributária é distribuída entre os diferentes governos.

Essas três variáveis são igualmente importantes para o entendimento dos diversos arranjos do federalismo fiscal, existindo estreitas relações de dependência entre elas. Também são fundamentais para a compreensão do modo como se instituem as relações entre os governos, os dispositivos e os resultados de mecanismos de partilha de recursos setoriais no financiamento de uma política específica, como é o caso da saúde (LIMA, 2009).

O modelo de transferência intergovernamental de recursos financeiros consolidado no SUS

A legislação nacional da saúde estabelece que as transferências de recursos federais para estados, Distrito Federal e municípios devam ser realizadas de forma regular e automática por meio de fundos de saúde.

A Lei n. 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990a), em seu art. 35, define as variáveis a considerar no cálculo dos montantes a serem repassados: perfil demográfico da região e epidemiológico da população; características da rede de serviços de saúde; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação da saúde nos orçamentos municipais e estaduais; previsão de investimentos; ressarcimento do atendimento prestado a outras esferas de governo. Além disso, metade dos recursos destinados às esferas subnacionais deve ser distribuída segundo parâmetro *per capita*.

Ela também aponta a necessidade de abertura de conta especial para o recebimento das transferências, cuja movimentação deve ser objeto de fiscalização pelo respectivo conselho de saúde. Ao Ministério da Saúde cabe acompanhar, por intermédio de seu sistema de auditoria, a aplicação dos recursos, bem como adotar as medidas previstas em caso de desvios e não utilização dos recursos.

Essa lei foi desconfigurada por 25 vetos efetuados pelo Presidente Collor, logo após a sua aprovação pelo Congresso Nacional, prejudicando, entre outros, os itens relativos aos mecanismos de transferência de recursos federais para as instâncias subnacionais de governo. Assim, as transferências intergovernamentais são objeto de nova regulamentação – a Lei n. 8.142 (BRASIL, 1990b) – que resgata e enfatiza seu caráter regular e automático.

A Lei n. 8.142 estipula como único critério a ser seguido, na falta de regulamentação do art. 35 da Lei n. 8.080, “o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio” (BRASIL, 1990a). Os recursos transferidos podem ser utilizados de forma ampla pelos gestores subnacionais – em investimentos na rede de serviços, na cobertura assistencial e hospitalar e nas demais ações e serviços de saúde, em seus diversos níveis de complexidade. Os condicionantes para as transferências também foram dispostos na lei: estabelecimento dos fundos estaduais e municipais e conselhos de saúde; elaboração de plano de saúde; existência de contrapartida de

recursos no orçamento dos estados e municípios; constituição de uma comissão para elaborar um plano de carreira, cargos e salários (PCCS). Além disso, há previsão de que pelo menos 70% dos recursos transferidos sejam destinados aos municípios.

Fica claro pelos dispositivos legais que havia a intenção de propiciar à União formas para uma distribuição mais equitativa de recursos que garantissem maior equilíbrio horizontal do poder de gasto em saúde entre as esferas subnacionais, sem comprometer o funcionamento da rede de serviços e a especialização de alguns municípios como centros de referência. Em respeito à autonomia dos demais entes federativos, a utilização final dos recursos federais poderia atender a finalidades diversas da política de saúde definida no âmbito locorregional, estando submetida ao poder fiscalizador dos conselhos de saúde.

No entanto, cabe ressaltar que tanto a Lei n. 8.080 quanto a Lei n. 8.142, que a complementa, não explicitam os montantes a serem transferidos, nem traduzem operacionalmente a composição dos critérios para as transferências federais. A cooperação financeira dos estados aos municípios é estabelecida de modo vago, como também não ficam claros os dispositivos a serem utilizados no caso de estabelecimento de consórcios ou outros instrumentos para formalização de acordos intergovernamentais envolvendo instâncias da mesma esfera de governo.

O contexto de restrição e insuficiência de recursos financeiros, bem como o modelo de federalismo fiscal adotado fizeram crescer, nos anos subsequentes à promulgação dessas leis, as expectativas dos gestores do SUS quanto ao financiamento público da saúde no Brasil. Entre outras questões, destacam-se (LIMA, 2007a, 2007b): a garantia de fontes estáveis e de condições de financiamento e gasto adequadas nas três esferas de governo; as possibilidades de condução federal dos rumos da política mediante incentivos financeiros e conformação de regras nacionais; a suplementação e redistribuição de recursos fiscais para estados e municípios que pudessem compensar suas dificuldades próprias de financiamento, sem maiores restrições quanto a sua gestão orçamentária; o desenvolvimento de uma política de investimentos para o SUS.

Não por acaso, desde o início da década de 1990, observam-se sucessivas mudanças nas regras que informam as transferências de recursos federais para os entes subnacionais. Tais mudanças foram promovidas pela edição de portarias ministeriais, entre elas, as Normas Operacionais (NO) do SUS, que definem as formas de repasse de recursos financeiros, assim como os critérios utilizados no cálculo das transferências e os condicionantes para a sua apropriação.



Vários trabalhos analisam o financiamento da saúde no Brasil.

Você pode complementar os seus estudos sobre esse tema lendo o volume 3 da *Coleção Para entender a gestão do SUS*, desenvolvida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) em parceria com o Ministério da Saúde, que versa sobre o financiamento da saúde. Acesse o texto na íntegra na página do Conass na internet: <http://www.conass.org.br/biblioteca/atencao-primaria-e-promocao-da-saude-2/>

Dentre o conjunto de mudanças implantadas, verificam-se (LIMA, 2007b):

- a contenção e o retardamento dos mecanismos de caráter automático, por meio de transferências “fundo a fundo”, associados a um tipo de descentralização fortemente tutelada pelo Ministério da Saúde;
- a transformação da ideia original de repasses globais não fragmentados (tipo *block grants*) para mecanismos distintos de transferências, segundo o nível da atenção à saúde e o tipo de serviço ou programa, que exigem a adesão voluntária dos entes subnacionais (tipo *project grants*);
- a inclusão de novos critérios e condicionantes para o recebimento e a aplicação dos recursos;
- a manutenção das formas de remuneração direta do Ministério da Saúde por serviços prestados em unidades privadas credenciadas ao SUS ou administradas pelos governos municipais e estaduais.

O Quadro 1 procura sistematizar as inflexões relativas aos mecanismos de financiamento federal das ações e serviços do SUS empregados no período de 1990 a 2005 (período anterior à publicação do Pacto pela Saúde). Estão explicitadas somente as formas efetivamente implantadas, tendo em vista que muitos dos dispositivos previstos nas portarias nunca chegaram a vigorar. Em 2005, na vigência simultânea da Norma Operacional Básica (NOB) n. 01/96 e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) n. 01/2002, configura-se no Brasil um modelo diversificado de transferências federais voltadas para o SUS. Nesse ano, verifica-se a transferência de montantes fixos e regulares de recursos, que são depositados em contas específicas dos fundos de saúde das esferas subnacionais, independentemente do quantitativo de ações e serviços produzidos (mecanismos de transferência pré-produção) e recursos que variam mensalmente de acordo com a informação da produção (mecanismos de transferência pós-produção).

Quadro 1 – Formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, adotadas no período de 1990 a 2005

Período	Principais portarias vigentes	Mecanismos utilizados para o repasse de recursos às esferas subnacionais		Critérios para definição dos montantes a serem repassados	Condicionantes para o recebimento dos recursos
		Remuneração por serviços prestados	Transferências intergovernamentais		
1990 a 1994	NOB 01/91 e 01/92	Única forma utilizada.	Não implementado.	Limites máximos definidos em tetos financeiros para a área ambulatorial (Unidade de Cobertura Ambulatorial estratificada por estado e multiplicada pela população) e hospitalar (quota máxima em número de AIH).	Capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestados por intermédio de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS).
1994 a 1998	NOB 01/93	Forma preponderante.	Transferências em bloco (<i>block grants</i>).	Tetos financeiros e montantes globais baseados na série histórica de produção informada pelos sistemas SIA e SIH-SUS.	Serviços prestados: capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestados por intermédio de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS). Transferências globais: adesão voluntária e habilitação nas condições de gestão do SUS.
1998 a 2005	NOB 01/1996 e NOAS (2001 e 2002)	Forma residual.	Transferências segmentadas em várias parcelas (<i>project grants</i>) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas. Criação de incentivos financeiros para áreas estratégicas (Faec).	Parcelamentos dos tetos financeiros por níveis de atenção, tipos de serviços e áreas (assistência, vigilância epidemiológica e sanitária) e dos montantes transferidos segundo critérios diversos (série histórica de produção informada pelos sistemas SIA e SIH-SUS e sistema Apac, população, cobertura de programas, entre outros). Repasse de recurso para áreas estratégicas sem critérios explícitos (geralmente, “sobras de tetos”).	Serviços prestados: capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestados por meio de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS e Apac). Transferências: adesão voluntária às normas e critérios estabelecidos pelo MS em portarias específicas, habilitação nas condições de gestão do SUS, certificação/habilitação em programas específicos, capacidade de informação da produção e faturamento (Faec).

Fonte: Adaptado de Lima (2007b).

Podemos diferenciar as transferências federais do SUS adotadas em 2005 a partir de quatro formas

básicas:

1. transferências efetuadas principalmente para os municípios habilitados, em condições de gestão específicas nas NO vigentes (plena da atenção básica ou plena da atenção básica ampliada), associadas ao financiamento de um conjunto de ações e serviços de atenção básica, cujos montantes fixos são calculados segundo critério *per capita*. Nessa modalidade, incluem-se o Piso da Atenção Básica Fixo (PAB fixo) e o Piso da Atenção Básica Ampliado (PAB ampliado). Esses recursos são transferidos independentemente da informação da produção e podem ser utilizados para fins de custeio e investimentos na rede básica;
2. transferências efetuadas para municípios e estados habilitados nas condições de gestão mais avançadas nas NO vigentes (plena do sistema municipal e plena do sistema estadual), cujos montantes fixos, definidos nos respectivos tetos financeiros, estão associados ao financiamento de um conjunto de ações e serviços de alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar, sendo transferidos independentemente da variação dos serviços prestados. Os valores das transferências para os municípios são estabelecidos por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI), que “reparte” o teto de cada estado e permite a explicitação da parcela de recursos destinada ao ressarcimento de atendimentos prestados a outros municípios. A PPI define os parâmetros utilizados a partir da série histórica de produção ambulatorial e hospitalar, sendo que os montantes de recursos para cada um dos municípios devem ser negociados e aprovados nas Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Os montantes estaduais referem-se aos saldos apurados entre os tetos dos estados e as transferências para os municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal. Por sua vez, os tetos estaduais obedecem a critérios diversos, adotados pelo próprio Ministério da Saúde. Os recursos transferidos nessa modalidade devem ser alocados para custeio da rede própria e credenciada ao SUS;
3. transferências de recursos cujos montantes obedecem a critérios variados e estão atrelados à implantação e expansão de políticas prioritárias para o MS:
 - a) ações e serviços voltados para a atenção básica, financiados pelo PAB variável, como o Programa Saúde da Família (PSF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), a Farmácia Básica, as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD), as ações básicas de Vigilância Sanitária (Visa), as ações de Combate à Carência Nutricional, o Programa de Saúde Bucal, o Programa de Interiorização do Trabalho em

Saúde e de Atenção aos Povos Indígenas;

- b) atividades especializadas, financiadas como “outros programas”, tais como as ações de alta e média complexidade de Visa, aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais, fator de incentivo ao desenvolvimento e pesquisa universitária (Fideps).

Os recursos do PAB variável são, em geral, transferidos para os municípios na forma de montantes fixos, após certificação/habilitação no referido programa e segundo as regras estabelecidas em portarias ministeriais específicas. Já os recursos atrelados a “outros programas” são repassados de forma importante também para os estados, exigindo certificação e, na sua maioria, condicionados à informação da prestação de serviços. Todos os recursos aqui relacionados vinculam-se às ações previstas nos programas;

- 4. transferências do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (Faec), voltadas para grupos prioritários, ações e serviços considerados estratégicos e realização de campanhas.

O Faec também possui regras específicas para cada um de seus subcomponentes, podendo ser transferido tanto para os municípios como para os estados. Em geral, não se constitui como um montante fixo e é repassado “fundo a fundo”, após certificação do serviço e informação da produção.

A ampliação dos mecanismos de transferência intergovernamental no âmbito do SUS consolida o Ministério da Saúde como o principal responsável pela redistribuição de recursos financeiros voltados para a saúde. Mas, à medida que as transferências intergovernamentais tornam-se preponderantes como formas de financiamento e regulares para um número maior de municípios e estados, os recursos transferidos são parcelados (por níveis de atenção, áreas e tipos de serviços) e novos critérios e condicionantes para sua distribuição e apropriação são incorporados. O maior número de mecanismos de transferência pode ser observado nos programas voltados para a atenção básica, financiados pelo PAB variável, e nas ações estratégicas apoiadas pelo Faec, justamente os grupos que sofrem um incremento mais expressivo de receitas, na segunda metade da década de 1990 e início dos anos 2000.

Por um lado, a existência de várias modalidades para transferência de recursos, com objetivos e lógicas distintas, expressa o esforço federal de induzir e ampliar a implantação de programas em âmbito nacional. Por outro, fere a soberania federativa dos estados e municípios e causa elevada instabilidade nos processos orçamentários dos governos subnacio-

nais, que ficam sem parâmetros para estimar o volume de suas receitas disponíveis, sem garantir maior eficiência e efetividade no gasto.

Além disso, Machado (2007) sugere que a intensa fragmentação torna complexa a gestão do conjunto das transferências pelo próprio MS. Ainda que algumas modalidades tenham um sentido claro, a agregação de todas elas gera resultados antagônicos e dificulta a compreensão da direcionalidade da ação federal.

Se a prática de vinculação de recursos federais a políticas definidas nacionalmente é reconhecida como necessária na maioria das federações (PRADO, 2003), o caso da saúde no Brasil suscita polêmica pelo elevado condicionamento sobre os gastos (ARRETCHE, 2005). Questionamentos são feitos em relação à amplitude do poder do Ministério da Saúde para distribuir recursos segundo suas prioridades *versus* o grau de autonomia requerida para que os gestores estaduais e municipais planejem políticas e aloquem recursos voltados para suas realidades locais regionais.

Mudanças e desafios do Pacto pela Saúde

Muitas das questões descritas anteriormente foram utilizadas como justificativas para as alterações nas regras de financiamento do SUS propostas nas portarias que regem o Pacto pela Saúde. O pacto estipula que os recursos do Ministério da Saúde destinados às ações e serviços descentralizados do SUS sejam organizados na forma de cinco blocos de financiamento (Brasil, 2007):

1. Atenção Básica;
2. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
3. Vigilância em Saúde;
4. Assistência Farmacêutica;
5. Gestão do SUS.

Essa medida reduz o parcelamento das transferências federais e aumenta a autonomia dos entes subnacionais na gestão dos recursos, já que devem ser depositados em conta única e específica para cada bloco de financiamento, com exceção dos recursos relativos à assistência farmacêutica e daqueles provenientes de acordos de empréstimos internacionais.

Em que pese os avanços das mudanças a serem operadas por meio do Pacto pela Saúde, é preciso considerar que os dispositivos que regem a distribuição de grande parte dos recursos previstos em cada bloco permanecem inalterados. Cada bloco é constituído por componentes que

agregam antigos incentivos financeiros do Ministério da Saúde, que seguem critérios e condicionantes para sua transferência e uso definidos em portarias específicas. Assim, mesmo ganhando em termos de gestão orçamentária (os recursos depositados em conta única podem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco), a autonomia decisória dos entes subnacionais sobre o destino final de recursos permanece restrita, pois o repasse só poderá ser efetivado mediante a adesão do município ou estado ao referido programa e o compromisso da implementação das ações a que se destinam.

Cabe discutir ainda se a diversidade de critérios consolidados em cada bloco garante à União as condições necessárias para promover a redistribuição dos recursos do SUS, diminuindo as diferenças e ampliando a capacidade de gasto em saúde das esferas subnacionais, função primordial de qualquer sistema de partilha fiscal. Embora muitos estudos chamem a atenção para as potencialidades das modalidades de transferência do SUS mantidas no Pacto pela Saúde (tais como o PAB fixo e o PAB variável e as transferências de média e alta complexidade), alguns são mais cuidadosos ao exaltarem os resultados alcançados em termos de redução das desigualdades nas condições de financiamento em saúde.

Nesse sentido, o estudo de Lima (2007b) indica que, mesmo representando uma parcela expressiva de recursos nos orçamentos municipais e apesar de uma tendência mais equitativa das transferências federais do SUS, a redistribuição desses recursos não foi suficiente para romper as desigualdades intra e inter-regionais das receitas públicas municipais, nem com a situação desfavorável dos municípios médios, ambas decorrentes das diferenças no volume de recursos próprios, atualmente vinculados constitucionalmente à saúde pelos dispositivos da Emenda Constitucional n. 29, de 2000.



Saiba um pouco mais sobre o debate que envolve a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 na página do Conselho Nacional de Saúde na internet.

Você sabia?

As transferências federais do SUS constituem atualmente uma importante fonte de receita para os municípios brasileiros. Dados consolidados a partir do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) permitem aferir que, em 2005, essas transferências representavam:

- a quarta principal fonte de receita tributária, abaixo do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), da cota-parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb);

- a segunda principal transferência regular da União (abaixo do FPM);
- uma fonte de receita mais importante do que a arrecadação tributária própria em cerca de 53% dos municípios.

Como resultado dos mecanismos de transferência federal de recursos do SUS, os municípios do Norte, do Nordeste e os com população de 20 mil a 100 mil habitantes, se comparados a outros grupos:

- possuem menos chances de ampliação de recursos próprios para a saúde como efeito da vinculação constitucional, já que a disponibilidade dessas fontes é relativamente mais baixa;
- precisam empreender maior esforço fiscal e comprometer uma parcela mais elevada de seus orçamentos para garantir a adequação dos recursos às suas necessidades de gasto em saúde;
- são os que mais dependem das transferências federais da saúde para ampliar suas receitas destinadas ao SUS e, por isso, estão mais sujeitos aos mecanismos de indução do MS.

No âmbito estadual, percebem-se importantes diferenças entre as regiões, devido à capacidade de arrecadação do ICMS e de apropriação do Fundo de Participação dos Estados (FPE), sendo particularmente crítica a situação dos estados do Nordeste (LIMA, 2007b). Em grande parte, os repasses federais regulares do SUS para os estados estão atrelados ao modelo de descentralização e partilha de funções, induzindo a frequentes disputas entre municípios e estados, especialmente no que se refere à apropriação das transferências voltadas para o custeio das ações e serviços de alta e média complexidade.

Ressalta-se que não existem recursos da União voltados para o desempenho das funções de coordenação e regulação dos processos de regionalização, reservadas para essas instâncias na legislação e normatização do SUS. Também ainda não foram desenvolvidos mecanismos que favoreçam o financiamento articulado das ações e serviços de saúde nos espaços regionais pelas diferentes esferas de governo.

A autora também sugere a fragilidade dos mecanismos de descentralização do financiamento da política de saúde adotados. Se houve avanços, esses foram temporalmente limitados e não alteraram as condições institucionais subjacentes dos municípios e estados beneficiados pelas transferências de recursos, por quatro razões principais:

1. o aumento das transferências federais não foi acompanhado de investimentos mais substantivos na rede pública de serviços. Isso é fundamental quando se quer diminuir o grau de desigualdade nas condições de oferta e de acesso à saúde, associados aos vazios assistenciais ainda existentes em muitas regiões do país;
2. os critérios que regem a distribuição dos principais mecanismos de transferência federal no SUS – o PAB variável e os recursos voltados para a alta e média complexidade – estão fortemente atrelados à implantação de programas e à série histórica de produção e faturamento. No primeiro caso, os efeitos redistributivos para as regiões Norte e Nordeste se esgotam na medida em que elas aderem aos programas (como é o caso do Pacs/PSF). No segundo, somente municípios com capacidade instalada prévia (própria ou privada credenciada) e de informação possuem mais chances de obtenção de receitas. O repasse desses recursos, portanto, se não acompanhado por investimentos na rede pública, reproduz as distorções no perfil da oferta e distribuição espacial da rede de serviços;
3. as transferências federais desconsideram as possibilidades reais de aporte de recursos e ampliação de gastos a partir das receitas próprias das esferas subnacionais, e o volume de recursos transferido é insuficiente para superar as limitações orçamentárias das jurisdições menos desenvolvidas;
4. embora haja esforços recentes empreendidos pelos governos estaduais, ainda é pouca a participação dos estados no financiamento setorial, seja pelo aporte de receitas próprias, seja pelo incremento das transferências automáticas aos municípios. Também não foram suficientemente explorados os mecanismos de transferências horizontais de recursos no SUS – intermunicipais e interestaduais. A falta desses mecanismos compromete as relações entre os entes subnacionais e dificulta a integração e regionalização dos serviços.

Aqui, cabe tecer uma consideração mais geral acerca das regras relativas ao financiamento da saúde evocadas pelo pacto: avanços mais significativos só poderão ser obtidos quando as transferências específicas da saúde forem compreendidas e planejadas como parte integrante do sistema de partilha de recursos tributários em nossa federação. Os resultados do subsistema de distribuição dos recursos da saúde, cuja finalidade precípua é o financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS e, como tal, devem atender às necessidades da política setorial, interferem no balanço orçamentário dos governos. Por outro lado, a repartição de receitas tributárias estabelecida pela Constituição interfere na receita final destinada à saúde das instâncias subnacionais.

A compreensão de que os arranjos adotados na política de saúde são afetados e afetam o federalismo fiscal é um dos pressupostos que devem nortear qualquer proposta de mudança nos mecanismos vigentes.

Assim, é possível citar a Lei Complementar n. 141, de janeiro de 2012, que regulamenta os percentuais mínimos destinados à saúde e institucionaliza as relações interfederativas no SUS, como um avanço, visto que tem por objetivo promover a equidade orçamentária entre os entes federativos, reduzindo as desigualdades regionais. Entretanto, conforme assinala Santos (2012), o alcance dessa equidade pode ser dificultado pelo fato de essa lei ter excluído de seus regramentos algumas possibilidades importantes, como a de instituir mecanismos de transferência *per capita*, e pelo fato de preferir a ampliação das transferências federativas em vez de promover algumas mudanças na arrecadação tributária, para dotar os entes de mais recursos próprios para serem aplicados na saúde.

Referências

AFFONSO, Rui de Britto Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros. Notas dos organizadores. In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (Org.). *Reforma tributária e federação*. São Paulo: Fundap, 1995. p. 6-9.

ARRETCHE, Marta T. S. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, v. 4, p. 69-85, 2005.

BANTING, Keith; CORBETT, Stan. Federalismo y políticas de atención a la salud. In: AUCLAIR, C.; CARRASCO, C. H. G. (Ed.). *Federalismo y políticas de salud: descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada*. Ottawa: Foro de Federaciones; Ciudad de México: Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal, 2002. p. 5-41.

BOOTHE, Paul. Tributação, gastos e compartilhamento nas federações: a evidência da Austrália e do Canadá. In: BOOTHE, Paul (Ed.). *Relações fiscais em países federais: quatro artigos*. Ottawa: Foro de Federaciones; Ciudad de México: Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal, 2004. p. 7-20.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 set. 2000.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 set. 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*, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei n. 8142, 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*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 29 de janeiro de 2007. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 dez. 2011.

BURGESS, Michael. Federalism and federation: a reappraisal. In: BURGESS, Michael; GAGNON, Alain-G. (Org.). *Comparative federalism and federation: competing traditions and future directions*. Toronto: University of Toronto, 1993. p. 3-14.

DAIN, Sulamis. Dilemas do Estado diante da nova ordem econômica e social. In: VALLADARES, Licia; COELHO, Magda Prates (Org.). *Governabilidade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995. p. 65-104.

FRANCE, George. Federalismo fiscal: experiências internacionais e modelo para a Itália. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza D'Ávila (Org.). *O SUS em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime: Cealag, 2002. p. 65-83.

LIMA, Luciana Dias. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 511-522, 2007a.

LIMA, Luciana Dias. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 573-597, 2009.

LIMA, Luciana Dias. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007b.

MACHADO, Cristiani Vieira. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, 2007.

PRADO, Sérgio. Partilha de recursos e desigualdade nas federações: um enfoque metodológico. In: REZENDE, Fernando; OLIVEIRA, Fabrício Augusto (Org.). *Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária*. Rio de Janeiro: FGV: Konrad Adenauer, 2003. p. 273-331.