Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública (FACE)
Departamento de Gestão de Políticas Públicas (GPP)
Especialização em Orçamento e Políticas Públicas (OPP)

Caio de Carvalho Mousinho

AVALIAÇÃO DO NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO E ALOCAÇÃO DE RECURSOS NO SUS: FLEXIBILIZAÇÃO OU SUCATEAMENTO?

Brasília, DF
2020

CAIO DE CARVALHO MOUSINHO

AVALIAÇÃO DO NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO E ALOCAÇÃO DE RECURSOS NO SUS: FLEXIBILIZAÇÃO OU SUCATEAMENTO?

Trabalho de Conclusão de Curso (Avaliação) apresentado ao Departamento de Gestão de Políticas Públicas (GPP) da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública da Universidade de Brasília como requisito à conclusão da Especialização de Orçamento e Políticas Públicas (OPP).

Orientador:
Prof. Franco de Matos

Brasília, DF
2020

SUMÁRIO

SUMÁRIO 2
1. INTRODUÇÃO 3
2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM BREVE CONTEXTO 3
3. MODELO DE GESTÃO DE RECURSO NO SUS – MODALIDADE FUNDO A FUNDO 4
4. MODERNIZAÇÃO NA DESCENTRALIZAÇÃO DOS RECURSOS NA SAÚDE 7
4.1. Modelo com 6 Blocos 7
4.2. Modelo com 2 Blocos 8
5. EVIDÊNCIAS DO IMPACTO NA APLICAÇÃO DOS RECURSOS DA SAÚDE A PARTIR DAS MUDANÇAS NOS BLOCOS DE FINANCIAMENTO 10
6. CONCLUSÃO 15
7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA 17

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem o intuito de apresentar os aspectos relevantes do financiamento da saúde pública no Brasil e seus modelos de transferência de recurso entre os entes. Nesse sentido, o foco foi avaliar os impactos da mudança nos blocos de financiamento, ocorrida no final de 2017, que mudou a metodologia estabelecida pelo Pacto da Saúde.

Desse modo, o trabalho justifica-se pelo papel e pelos impactos das ações de saúde na sociedade brasileira, sendo um desafio a concretização dos serviços em saúde de uma forma apropriada e legítima.

Para tanto, foi realizada uma avaliação de cunho descritiva analítica com abordagem quantitativa-qualitativa. Utilizou-se das técnicas: de pesquisa de referência bibliográfica, de análise do ordenamento jurídico e de levantamento de dados nos sistemas de informação do SUS como da Administração Financeira Federal.

Na direção de atingir o objetivo proposto, o ensaio avaliativo terá quatro capítulos. O primeiro abordará o contexto histórico que surgiu o sistema público de saúde brasileiro. O segundo trará o ordenamento jurídico estruturante do sistema. O terceiro buscará descrever a modalidade de descentralização de recursos com foco nas mudanças recentes. E o quarto irá apresentar as evidências e demonstrar se houve ou não impactos pela mudança metodologica.

Este estudo apenas realizou uma apreciação de aspectos comparáveis entre os dois modelos, sem a pretensão de esgotar o tema.

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM BREVE CONTEXTO

Durante a redemocratização brasileira, ocorrida em meados da década de 1980, nasceu a Constituição Federal de 1988, a Constituição Cidadã, que lutavou pelo resgate do bem-estar social e da cidadania. Nesse contexto histórico, a garantia de saúde pública manifestou-se como pilar desse pleito. Assim, nasceu no Brasil o Sistema Único de Saúde – SUS, criado pela Constituição Federal e regulamentado pela Lei nº 8.080 de 1990.

A partir de então, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado e seu acesso passou a ser universal e igualitário. Para tanto seu papel significou um conceito amplo, conforme (Polignano, 2001):

"A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes entre outros, a

> *alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o aceso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país."*

Dessa maneira, rompeu o paradigma vigente, já que o foco deixou de ser na parcela da população trabalhadora com condições de financiar seus próprios atendimentos, e passou a priorizar os problemas de saúde coletiva e os males da população mais necessitada, ou seja, buscou uma presença mais cidadã e humana.

Na construção do SUS, optou-se por um sistema estruturante amparado por três princípios básicos: a Universalidade, a Equidade e a Integridade. A universalidade se baseia no direito do Estado de assegurar saúde a todos independente de sexo, raça, ocupação, ou qualquer característica social. A equidade busca a diminuição das desigualdades no atendimento, isto é, busca-se um acolhimento de acordo com a condição social e econômica do paciente. Por fim, tem-se a integralidade que busca atender os quesitos de saúde primária até terciaria, bem como a integração das políticas de saúde com outras políticas sociais, e assim atender o cidadão como um todo; logo, todas suas necessidades.

Ao analisar de forma minuciosa, percebe-se, também, um cuidado do ordenamento jurídico do SUS por um planejamento uno, associando a operacionalização regional e hierarquizada, conforme se destaca no art. 198 da CF/88:

> *"Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*
> *I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
> *II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
> *III - Participação da comunidade. "*

Toda essa gama de normas tem por objetivo a integração dos entes federativos no planejamento e execução dos serviços em saúde pública, bem como a garantia de um direito ao povo brasileiro.

3. MODELO DE GESTÃO DE RECURSO NO SUS – MODALIDADE FUNDO A FUNDO

Entre as políticas sociais financiadas e mantidas pelo Estado brasileiro, a que talvez

tenha uma composição mais madura e organizada é a da saúde. Muito se deve ao arcabouço organizativo apresentado na Constituição Federal de 1988, como pela a organização regionalizada e hierarquizada disposta na Lei nº 8.080 de 1990. Esses normativos estabeleceram que as ações de saúde sejam realizadas em níveis de complexidade crescente entre o Ministério da Saúde no âmbito federal e as Secretarias de Saúde nos âmbitos estadual e municipal.

Dessa maneira, o órgão nacional tem a incumbência de formulação, avaliação e implementação das políticas de saúde. Por sua vez, o órgão estadual é responsável pela promoção, coordenação e fomentação dessas políticas, bem como pela execução supletiva das ações e serviços de saúde. E, por fim, competiu aos órgãos municipais a execução propriamente dita dos serviços públicos de saúde.

Logicamente, além de suas delegações principais todos os entes contribuem no planejamento, acompanhamento e controle dos recursos e políticas, e para tal, recebem apoio dos Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, que são as entidades representativas dos gestores estaduais e municipais, respectivamente, e consolidam uma função social ímpar no processo de aperfeiçoamento do SUS.

Assim, a descentralização dos recursos da saúde busca consonância com os princípios da Hierarquização e da Descentralização e traz consigo o desafio de realizar um financiamento sustentável e eficiente.

Destarte, o Governo Federal optou pela modalidade denominada “repasse fundo a fundo” para realizar as transferências da saúde com eficácia, de modo que os recursos do Fundo Nacional de Saúde – FNS sejam repassados, de forma regular e automática, para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. Destaca-se que esses repasses ocorrem independentemente de convênios ou instrumentos congêneres, posto que tais instrumentos não dotam de agilidade necessária para atender de forma ampla as especificidades de alguns setores da saúde. Deve-se, obviamente, respeitar no processo de transferência do recurso a programação financeira do Tesouro Nacional (FAVERO, 2009).

Assim sendo, tornou-se primordial a criação de fundos personalizados em cada ente federativo com a função de centralização dos recursos das ações e serviços de saúde das três esferas de governo de maneira transversal e coordenada. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, se atentou, também, em exigir ferramentas de gestão necessárias para os repasses

fundo a fundo, como se segue:

> *"Art. 4° Para receberem os recursos, de que trata o art. 3° desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:*
> *I - Fundo de Saúde;*
> *II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n° 99.438, de 7 de agosto de 1990;*
> *III - Plano de saúde;*
> *IV - Relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4° do art. 33 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990;*
> *V - Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;*
> *VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.*
> *Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União. "*

Cabe salientar que o modelo Fundo a Fundo foi impulsionado primordialmente pelo Pacto pela Saúde[1], e contribuiu consideravelmente na consolidação do SUS na medida que a metodologia distributiva proporcionou aumento no financiamento bem como uma responsabilização nos três níveis de governo. Além, é claro, de promover equidade regional (TELES, 2016)

Justificou-se a criação da modalidade Fundo a Fundo especificamente para os recursos da saúde, muito pela facilidade de acompanhamento dentro das normas regulares de administração financeira pública, já que proporciona melhores condições de controle institucional e social, e impossibilita que esse recurso seja utilizado em outra área temática.

Não custa lembrar que para o completo financiamento da saúde pública a Lei Complementar nº 141 assegurou, ainda, os repasses obrigatórios para o financiamento das ações em saúde pública pela União e estados, bem como os respectivos percentuais mínimos das próprias receitas que todos os entes federativos devem aplicar, de maneira que possibilitem:

a) Subsidiar serviços universais, igualitários e gratuitos;
b) Estejam em consonância com objetivos e metas evidenciados nos Planos de Saúde de cada ente; e
c) Tenham como prioridade a esfera da saúde.

---

[1] O Pacto pela Saúde é o documento no qual estabeleceu os eixos temáticos, prioridades, obejtivos e metas da agenda do SUS, divulgado por meio da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

As transferências de recursos devem ser tratadas como instrumento estratégico para perenidade das ações de saúde pública no Brasil. Muito devido à Constituição Federal apresentar uma excessiva centralização do poder de tributar na União, em comparação com os outros entes federativos. Justifica-se a relevância do tema, já que cerca de 2/3 das receitas dos municípios são oriundas de transferências intergovernamentais advindas dos estados e da União (FUNCIA, 2017).

4. MODERNIZAÇÃO NA DESCENTRALIZAÇÃO DOS RECURSOS NA SAÚDE

O aperfeiçoamento de qualquer processo governamental deve ocorrer de maneira constante, e no caso das políticas públicas de saúde não seria diferente. Nesse contexto, a flexibilização dos critérios de transferências de recursos que financiam o SUS entrou em voga. Desse modo, a desburocratização passou a figurar entre os temas mais cruciais para a manutenção das ações de saúde pública.

4.1. Modelo com 6 Blocos

O modelo anteriormente adotado, incitado pelo Pacto pela Saúde e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007, segregava em 6 (seis) blocos de financiamento, assim dispostos:

> *'Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:*
> *I - Atenção Básica*
> *II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;*
> *III - Vigilância em Saúde;*
> *IV - Assistência Farmacêutica; e*
> *V - Gestão do SUS.*
> *VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde."*

O normativo supracitado atentou para o monitoramento e controle da execução dos blocos de maneira a impedir o gestor municipal utilizar discricionariedade na condução das políticas. Dessa forma, os recursos específicos disponibilizados por bloco apenas poderiam ser utilizados dentro do próprio bloco sem comunicação entre eles, ou seja, como se o recurso estivesse carimbado.

Não se pode negar que o modelo significou um avanço, já que diminuiu, mesmo que parcialmente, a lógica das "caixinhas", que eram repasses financeiros 'carimbados' conforme

políticas definidas pelo Ministério da Saúde. Isso constituiu uma diminuição no excesso de repasses, que anteriormente poderia chegar a 320, para apenas seis (MENDES, 2018).

De um lado, desprende-se os benefícios do modelo em questão, quais sejam a previsibilidade dos destaques dos recursos repassados, uma segregação por área temática, uma fiscalização simplificada e a autonomia na realocação dos recursos. Ademais, uma divisão transparente do que a União e os estados repassavam aos municípios referentes a cada bloco.

De outro lado, tem-se como limitações do modelo a manutenção de uma estrutura tecnoburocrática que busca mais segurança ao se apegar a um processo com demasiadas regras e à perda de recursos ao final do exercício financeiro. Esta última, principalmente, já que o gestor não tinha liberdade para utilizar o saldo financeiro de um bloco para pagar despesas de outro bloco; ou seja, os blocos não se comunicavam.

Destaca-se, também como limitação, a reflexão que ganha força na Administração Pública atual na qual a rigidez de regras deveria, em tese, dificultar os procedimentos de corrupção e desvios que, no entanto, atua de maneira oposta, já que as regras rígidas tendem a ser mais facilmente burladas enquanto regras com caráter mais flexível acabam por dificultar as justificativas de procedimentos lesivos ao erário (FUNCIA, 2017).

4.2. Modelo com 2 Blocos

No debate sobre a descentralização das verbas da saúde, o governo federal despontou para a criação da Portaria GM/MS nº 3.992, de dezembro de 2017, na qual dispunha a desburocratização e consequentemente flexibilização das transferências dos recursos federais para as ações e serviços públicos em saúde. Posto isso, expressivas mudanças foram levadas à tona, e a principal delas foi a extinção dos antigos 6 blocos de financiamento, dando lugar a apenas dois blocos, como dispõe seu artigo 3º:

> *"Art. 3º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:*
> *I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e*
> *II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde."*

Cabe advertir que a unificação dos antigos blocos de financiamento de custeio acende uma luta histórica dos gestores municipais do SUS, de forma que permitiu um maior manuseio do recurso e estabeleceu uma desvinculação financeira (MENDES, 2018).

Nesse modelo, mais flexível, percebe-se que os gestores podem gastar em suas reais necessidades e ter uma posição mais atuante na saúde local, isto é, conhecendo as reais carências e qual tipo de atuação é mais efetiva; isso tudo sem o enfraquecimento na prestação de contas aos órgãos de controle e o acompanhamento do Ministério da Saúde. O modelo simplificado ainda apresenta total compatibilidade jurídica e legal, dado que havia previsão legal desde 2012 na Lei Complementar nº 141.

Por sua vez, as vinculações orçamentárias, como não poderia deixar de ser, permanecem com a mesma programação da Administração Pública, de forma a refletir as ações pactuadas pelo governo. Assim, fica claro a separação dos fluxos orçamentário e financeiro, conforme esclarecimento de (FUNCIA 2017):

> *"Portanto, não há que se confundir as dimensões orçamentárias e financeiras – o 'caixa único do SUS' expressa a dimensão financeira, enquanto que, nos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, as despesas deverão ser fixadas segundo as funções (Saúde), subfunções (Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático Terapêutico, Vigilância Epidemiológico, Vigilância Sanitária, Alimentação e Nutrição e outras), programas e ações que permitem o monitoramento e avaliação do planejamento, bem como o registro das informações de forma a permitir a consolidação dos gastos público."*

Aspecto relevante a ressaltar, é que a aprovação da Portaria GM/MS nº 3.992/2017 levantou questionamentos sobre uma possível realocação de recursos dos blocos de Atenção Básica, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde para o bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade, já que são recursos destinados à manutenção e ao fortalecimento de hospitais e tendem a ser mais perceptíveis pela população.

Por isso, caso tal mobilidade se comprove, a flexibilização poderia enfraquecer a atenção primária e preventiva em contraponto fortalecer a saúde secundaria e terciaria, que, por conseguinte, tem participação também de hospitais privados e filantrópicas que celebram acordos com os entes federativos (FUNCIA 2017).

Por outro lado, o receio pelo enfraquecimento em ações da Atenção Básica e Vigilância em Saúde não procederia, pois, aos secretários de saúde responsáveis caberia seguir os Planos Municipais de Saúde – PMS, com o planejamento ascendente de nível local para federal, acordado com todas as esferas. Além disso, ainda teriam que comprovar suas ações nos respectivos relatórios de gestão (DONIZETE, 2017).

5. EVIDÊNCIAS DO IMPACTO NA APLICAÇÃO DOS RECURSOS DA SAÚDE A PARTIR DAS MUDANÇAS NOS BLOCOS DE FINANCIAMENTO

Esta avaliação busca avaliar, após dois exercícios financeiros da implementação, o impacto da execução orçamentária-financeira pela Portaria GM/MS nº 3.992. Para tanto, foram utilizado primordialmente os dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS[2], que é uma ferramenta gerencial de grande valia para a comprovação da aplicação do mínimo em serviços de saúde pública e de preenchimento obrigatório pelos gestores de saúde municipais e estaduais, bem como dados do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI, que acompanha toda execução financeira, patrimonial e contábil do governo federal.

Por se tratar de um estudo com abordagem quantitativa, e principalmente de mudança de metodologia, viu-se necessário a criação de um paralelo das informações do que era pago nos antigos blocos de financiamento para o que é pago pelas subfunções de despesa da saúde. A seguir, apresenta-se como é disposto na Portaria MOG nº 42, de 14 de abril de 1999, as Subfunções da Função Saúde:

FUNÇÃO	SUBFUNÇÃO
10 – Saúde	301 – Atenção Básica 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial 303 – Suporte Profilático e Terapêutico 304 – Vigilância Sanitária 305 – Vigilância Epidemiológica 306 – Alimentação e Nutrição

Fonte: Anexo da Portaria MOG nº 42 de 14/04/1999.

Na concretização da proposta de comparação, evidencia-se então uma equivalência dos antigos blocos com as subfunções de saúde, e para tal utiliza-se a característica da "Primazia da Essência sobre a Forma" para estabelecer um "de-para" fidedigno. Assim, se demonstra tal materialização:

ANTIGOS BLOCOS DE FINANCIAMENTO	CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL (SUBFUNÇÃO)
I - Atenção Básica	301 – Atenção Básica (categoria

[2] O SIOPS é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde, instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. É no SIOPS que gestores da União, estados e municípios declaram todos os anos os dados sobre gastos públicos em saúde. São essas declarações que garantem as transferências constitucionais de recursos para a oferta de ASPS.

	econômica 3)
II - Atenção de Média e Alta Complexidade	302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial (categoria econômica 3)
III - Vigilância em Saúde	304 – Vigilância Sanitária (categoria econômica 3)
	305 – Vigilância Epidemiológica (categoria econômica 3)
IV - Assistência Farmacêutica	303 – Suporte Profilático e Terapêutico (categoria econômica 3)
V - Gestão SUS	"Administrativas" (categoria econômica 3)
VI - Investimento na Rede de Serviços de Saúde	Todas as subfunções anteriores na categoria econômica 4

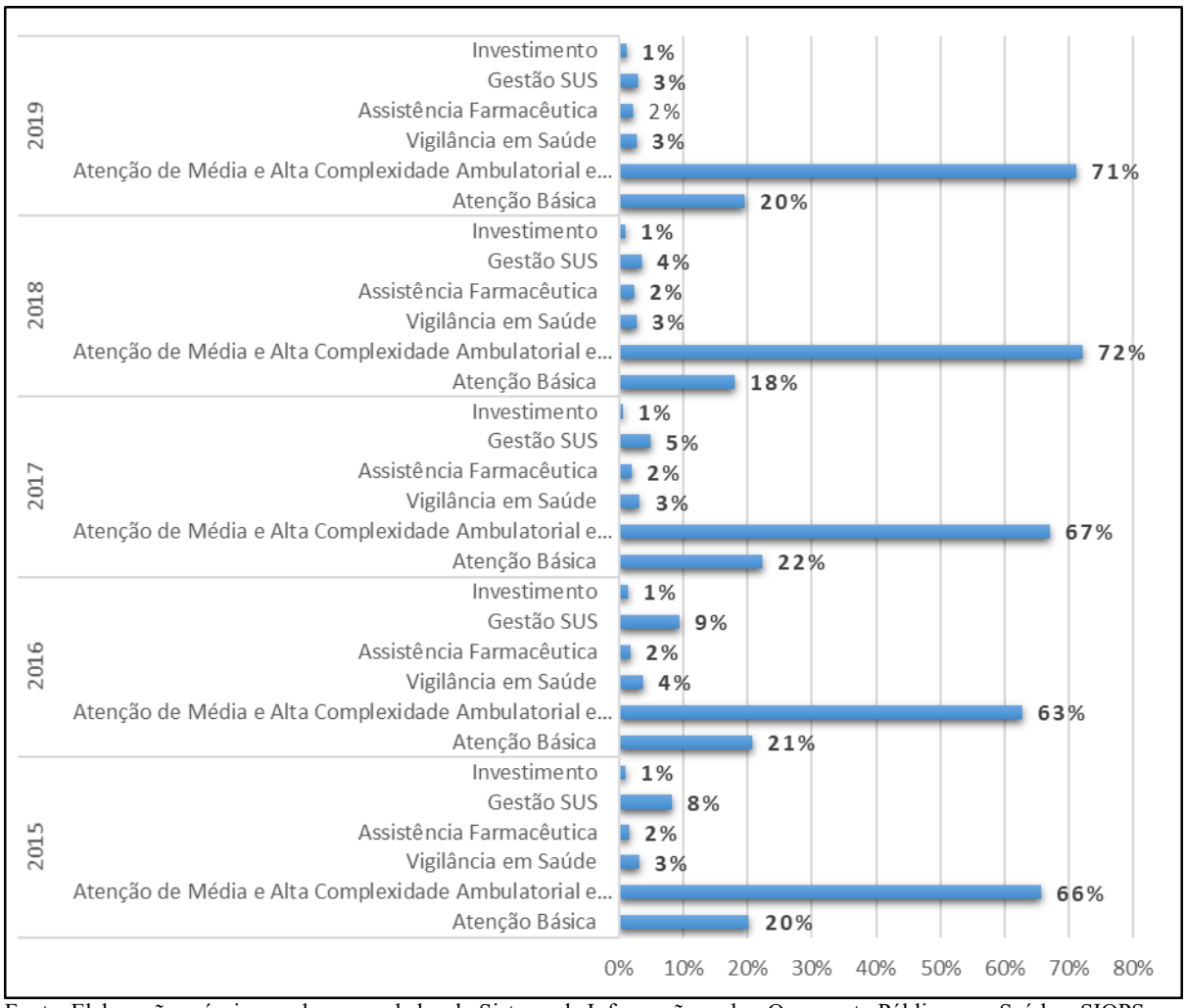
No que tange à amostra mais adequada, levou-se em consideração a lógica de rateio dos recursos federais, que se baseia no critério das dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e da capacidade de ofertar serviços em saúde. Por esses motivos o estudo se restringiu às capitais dos 26 estados brasileiros. Enfatiza-se a exclusão dos dados do Distrito Federal em razão do ente informar suas aplicações em serviços de saúde apenas na modalidade estadual.

A escolha pelas capitais justificou-se por se tratar dos grandes centros urbanos de cada estado e apresentar uma estrutura tanto física quanto humana passível de avaliação. Ademais, os grandes centros, além de apresentarem os principais programas de residência médica e gestores de saúde com vasta experiência, apresentam um maior número de hospitais responsáveis pela saúde secundaria e terciaria, os quais poderiam ser os principais beneficiados pela mudança.

Justifica-se, também, a escolha pelas capitais por entender que o cerne da prestação dos serviços de saúde é realizado nos municípios, e como já foi enaltecido neste estudo, é onde está a força motriz da prestação dos serviços de saúde. De tal modo, portanto, buscou-se avaliar os gastos pelos municípios, e para tanto, utilizando os recursos repassados na modalidade Fundo a Fundo por outros entes e os recursos próprios.

Assim, baseado nas críticas sofridas pelo novo modelo desde sua elaboração, procurou-se analisar se realmente as ações referentes aos antigos blocos de Atenção Básica, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde, ou seja, a políticas de saúde primárias podem realmente sofrer um sucateamento de imediato, e em compensação um favorecimento de políticas de saúde secundária e terciaria.

Gráfico 1 – Percentual dos pagamentos por Bloco de Financiamento pelas capitais entre 2015 a 2019.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Sistema de Informações sobre Orçamento Públicos em Saúde – SIOPS.

Como se vê no Gráfico 1, percebe-se um pequeno aumento na aplicação no bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade. Porém diferentemente das previsões mais pessimistas, os blocos de Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Atenção Básica não sofreram subfianciamento – na realidade, tiveram seus níveis de gastos mantidos.

Percebeu-se, todavia, uma queda considerável no antigo bloco Gestão SUS.

Ao buscar compreender esse fenômeno, deve-se primeiramente entender quais são as atividades que compõe o antigo bloco Gestão SUS para concluir se elas realmente foram suprimidas. Desse modo, ao recorrer à Portaria GM/MS nº 204, a seção V da indica que o bloco Gestão SUS tem o objetivo de custear ações relacionadas à organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde e proporcionar uma melhor eficiência de todo o sistema

(MIRANDA, 2015). Para isso, desmembrou-se o bloco nos seguintes componentes: "Qualificação da Gestão do SUS" e "Implantação de Ações e Serviços de Saúde".

No que tange o componente Qualificação da Gestão do SUS, encontra-se o fomento às atividades citadas no artigo 30º da Portaria GM/MS nº 204:

> *"Art. 30. O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:*
> *I - Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento;*
> *II - Planejamento e Orçamento;*
> *III - Programação;*
> *IV - Regionalização;*
> *V - Gestão do Trabalho;*
> *VI - Educação em Saúde;*
> *VII - Incentivo à Participação e Controle Social;*
> *VIII – Informação e Informática em Saúde;*
> *IX - Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e*
> *X - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico."*

Já sobre o componente Implantação de Ações e Serviços de Saúde, a mesma norma categoriza da seguinte maneira:

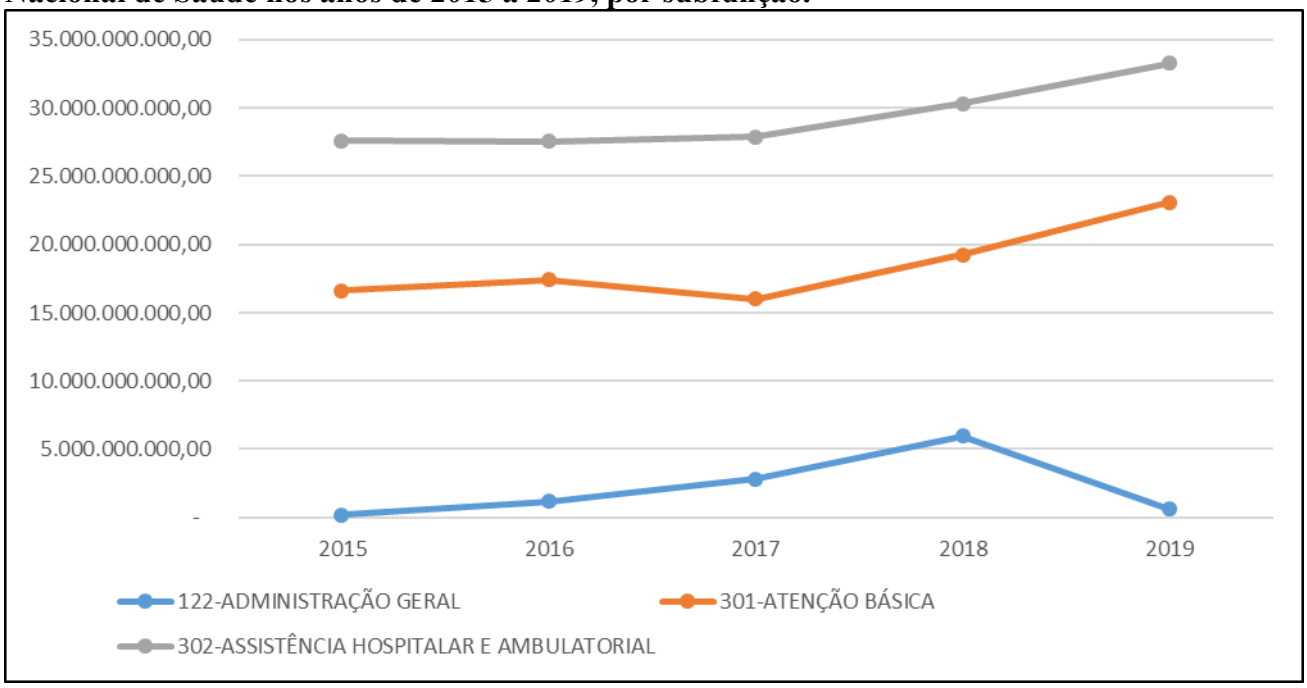
> *Art. 31. O Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde inclui os incentivos atualmente designados:*
> *I - Implantação de Centros de Atenção Psicossocial;*
> *II - Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;*
> *III - Implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;*
> *IV - Fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;*
> *V - Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;*
> *VI - Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;*
> *VII - Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;*
> *VIII - Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;*
> *IX - Implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;*
> *X - Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e*
> *XI - Outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.*

Logo, fica evidente a diferenciação na essência dos dois componentes. O primeiro se caracteriza pelo estímulo aos trabalhos de planejamento e controle social (SOLLA, 2006), ao passo que o segundo elemento se comporta como uma ferramenta de incentivo e iniciação de serviços de saúde associados a políticas públicas de áreas adversas à saúde, porém de cunho social. Seria a concretização do princípio básico da integralidade do SUS.

Complementarmente, no que diz respeito aos repasses federais realizados pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS pela modalidade de aplicação "Transferência a Municípios – Fundo a Fundo" no mesmo período, fica claro um subfinanciamento da Gestão SUS por parte do governo federal, e, consequentemente, um enfraquecimento em seu desenvolvimento.

Conforme gráfico que segue:

Gráfico 2 – Transferências a Municípios pela modalidade Fundo a Fundo pelo Fundo Nacional de Saúde nos anos de 2015 a 2019, por subfunção.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Tesouro Gerencial – TG.

Em 2018, a parcela da subfunção Administração Geral, correspondente ao subsidio da gestão no SUS, apresentou um salto similar às outras subfunções o que pode ser atribuído à flexibilização proporcionada pela nova metodologia. No exercício seguinte, por sua vez, os repasses referentes às despesas que subsidiam a organização do SUS recuaram de maneira drástica.

Inegavelmente, a aplicação dentro das capitais não seguiu a tendência dos repasses federais. O incentivo às políticas de Atenção Básica e Média e Alta Complexidade seguiram o movimento de alta, porém sem tanta veemência quanto as transferências federais. Todavia, os gastos na gestão e no planejamento tiveram uma disposição de queda antes mesmo da mudança dos blocos e, apesar do alto volume de transferências em 2018, continuou seguindo a propensão de queda na execução.

Fica evidente que a nova metodologia de dois blocos de financiamento fornece alternativas ao planejamento da saúde, e, como demonstrado, os gestores de saúde ao priorizar o Plano Municipal de Saúde – PMS local não ficam reféns dos recursos federais.

6. CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde pode ser considerado um dos projetos políticos mais ambiciosos na história recente do Brasil, bem como um dos mais humanos. Dado que o SUS é o único sistema de saúde que disponibiliza o direito à saúde universal para uma população com mais de 100 milhões de habitantes e em um território com especificidades bem distintas entre si.

A modalidade de transferência de recurso Fundo a Fundo se mostrou um instrumento eficiente e de características estratégicas ao fortalece a descentralização e a garantia da saúde. O próprio processo de construção do SUS, ao buscar a descentralização e regionalização, se fortaleceu pela modalidade.

Assim, salienta-se que o presente estudo corroborou na confirmação de que a flexibilização dos Blocos de Financiamento, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 3.992, não enfraqueceu a saúde primaria, como temia parte dos especialistas em saúde. Na realidade os gastos se mantiveram em percentuais constantes. Todavia, a flexibilização da modalidade possibilitou cada gestor a viabilidade de aplicar os recursos de maneira própria, e dessa forma gerou uma diminuição no fomento das políticas de qualificação da gestão e implantação de novas ações de saúde. Essa fragilidade se atenuou em parte também pelo governo federal que, na mesma tendência, reduzir os repasses referentes a gestão do SUS municipal. Por fim, percebeu-se que ao menos nas capitais, onde a estrutura de saúde pública é mais consolidada, a flexibilização dos blocos não enfraqueceu as ações de saúde, muito devido à valorização do Plano Municipal de Saúde – PMS.

Posto isso, é prudente alertar que o estímulo na gestão, planejamento, regulação e estruturação não vem sido valorizado, o que ao longo prazo pode se demonstrar incerto na garantia do direito à saúde. Por isso, é essencial enaltecer o planejamento e a gestão do sistema, que apesar de não ser percebido pelo cidadão de maneira clara, proporcionam o alcance do patamar almejado na eficiência em saúde.

Ademais, é fundamental salientar que o planejamento da saúde, ao ser obrigatório para os entes públicos, se torna indispensável e não passível de subfinanciamento pelos gestores. Dessa maneira, os secretários de saúde devem ponderar os problemas específicos de cada região, bem como conduzir políticas para a iniciativa privada, ao atuar em parceria com a saúde pública, possa agir nos hiatos do SUS (SALDIVA, 2018).

De todo modo, o fortalecimento da gestão no SUS parece ser o caminho mais indicado na garantia de uma saúde pública universal e, para cumprir missão de tal envergadura, é primordial o cuidado em seu financiamento em todas suas esferas.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 8 out. 2020.

_____. Lei Complementar, no. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de janeiro de 2012. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm >. Aceso em: 08 out. 2018.

_____. 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, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Aceso em: 08 out. 2018.

_____. 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, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Aceso em: 08 out. 2018.

_____. Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do § 1º do art. 2o e § 2o do art. 8o, ambos da Lei no 4.320, de 17 de março de 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 de abril de 1999. Disponível em: < http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-1999/Portaria_Ministerial_42_de_140499.pdf/ > .Acesso em 08 out. 2020.

_____. Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 de fevereiro de 2016. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em 08 out. 2020.

_____. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de fevereiro de 2006. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em 08 out. 2020.

_____. Portaria GM/MS 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, Brasília, DF, 29 de dezembro de 2017. Disponível em: < http://www.conass.org.br/conass-informa-n-281-publicada-portaria-gm-n-3992-que-altera-portaria-de-consolidacao-no-6gmms-de-28-de-setembro-de-2017-para-dispor-sobre-o-financiamento-e-transferencia-dos-recursos-fe/>. Acesso em 08 out. 2020.

CANCIAN, Natália. **Governo federal quer afrouxar regra para uso de verba destinada ao SUS**. Folha de São Paulo, Brasília, 07 fev. 2017. Disponível em: Acesso em 09 nov. 2017. <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/02/1856438-governo-federal-quer-afrouxar-regra-para-uso-de-verba-destinada-ao-sus.shtml>. Acesso em: 02 abr. 2018.

DONIZETE, Jonas; SOUZA, Carmino Antonio. **A simplificação da gestão municipal de saúde: Urgente e Necessária**. Revista CONASEMS edição nº 70, Brasília. 2017. Disponível em:

<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/12/revista_conasems_edicao70_Tela.pdf> Acesso em 09 out. 2020.

FAVERO, Eduardo et al. **Análise dos controles dos repasses fundo a fundo na saúde**. 2009.

FUNCIA, Francisco R.. **Flexibilização dos critérios de transferências de recursos fundo a fundo no âmbito do SUS: notas para debate**. Instituto de Direito Sanitário Aplicado, Campinas, 16 jul. 2017. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_13356_0__2017-%C3%82%E2%80%93-domingueira-da-saude-013-2017.html> Acesso em 08 out. 2020.

Fundo Nacional de Saúde. **Fundo a Fundo**. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/fundo-a-fundo>. Acesso em 08 de out.2020.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 224-243, 2018.

Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde.** Disponível em: < https://antigo.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite/pacto-pela-saude >. Acesso em 05 de nov.2020.

Ministério da Saúde. **Repasses Financeiros**. Disponível em: < https://antigo.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops?view=default>. Acesso em 05 de nov.2020.

MIRANDA, Marta. O financiamento do SUS nos municípios de pequeno porte da Região 25: Vinhedos e Basalt-RS. 2015.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Avanços e limites da descentralização no SUS e o" Pacto de Gestão". **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 332-332, 2006.

TELES, Andrei Souza; COELHO, Thereza Christina Bahia; DA SILVA FERREIRA, Milla Pauline. Blocos de financiamento: transferências federais para o estado da Bahia. **Saúde Com [Internet]**, v. 12, n. 2, 2016.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; GRANJA, Gabriela Ferreira. Equidade no SUS: em construção uma concepção política de justiça em saúde. **Revista Bioethikos-Centro Universitário São Camilo**, v. 4, n. 2, p. 180-188, 2010.