

## ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO TOCANTINS DE 2008 A 2014 ATRAVÉS DO GOVERNO FEDERAL

**Thais Conceição Silva Campos**  
PROIC/ITOP. Email: d.thais-nh@hotmail.com

**Doriane Braga Nunes Bilac**  
Faculdade ITOP. Email: doribilac@gmail.com.br

**Carlos Alexandre Cunha**  
Faculdade ITOP

### **RESUMO**

*No Brasil, o sub-financiamento do setor público de saúde é um fator impeditivo para o cumprimento dos preceitos constitucionais de acesso universal e atendimento integral e de qualidade na prestação de serviços de assistência à saúde da população. Assim, esse estudo **questionou**: a evolução dos recursos disponíveis hoje através das transferências de recursos do governo federal é suficiente para a organização e realização das ações de serviços de saúde de modo que atenda as expectativas da população? Para alcançar a resposta a essa pergunta foi estabelecido como **objetivo geral** Analisar a evolução e distribuição do gasto público dos recursos financeiros destinados a cobertura da assistência à saúde no Tocantins no período de 2008 a 2014, inseridos na Programação Pactuada e Integrada da Assistência – PPI e como **objetivos específicos**: identificar o modo de financiamento da assistência em saúde por bloco de financiamento; identificar a forma de transferência dos recursos a estados e municípios; demonstrar a evolução dos recursos disponíveis por bloco de financiamento; identificar a necessidade de novos recursos para aplicação na atenção à Saúde. A **metodologia** desenvolvida classificou o estudo em exploratório, quantitativo e documental; os dados foram coletados nos bancos de dados do DATASUS (Tabwin e Tabnet) e de Teto Financeiro da Programação da Assistência do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC do Ministério da Saúde; os dados foram tratados estatisticamente e analisados em confronto com a literatura estudada. Os **resultados** indicam que o repasse é maior para a gestão municipal; o bloco de média e alta complexidade é o que mais consumiu recursos; no período de 2008 a 2014 o repasse total privilegiou o bloco de investimento tanto na esfera municipal como também na estadual.*

**PALAVRAS CHAVE:** Saúde, Financiamento, Estado do Tocantins.

### **INTRODUÇÃO**

Toda organização que produz serviços em saúde, seja ela pública ou privada, utiliza recursos físicos, humanos e tecnológicos para produzir serviços de saúde que, por sua vez, são entregues à população, seja gratuitamente ou contra pagamento. Esse tipo de serviço só se realiza, no momento em que é entregue ao usuário ou cliente, haja vista, que não pode ser estocado para venda ou consumo posterior. Portanto, no processo de produção de serviços de saúde há a entrada e utilização de insumos (ou recursos ou “matérias-primas”) para a geração e

saída de um produto final (o serviço de saúde propriamente dito) que será entregue a um destinatário individual (o paciente) ou coletivo (a comunidade).

Todos os insumos (recursos humanos, materiais médicos ou hospitalares, equipamentos, instalações e tecnologia) têm um custo que pode ser financiado de três maneiras: pagamento direto ao prestador de serviço, prêmio de seguro ou mensalidade ou via impostos e contribuições arrecadados pelo poder público (assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS). Assim, o fluxo desses recursos financeiros é que financiam os serviços produzidos como também determinam o acesso da população e a demanda efetiva por esses serviços.

Na prestação de serviços de saúde há quatro elementos que estão diretamente vinculados com a dimensão financeira: a origem dos recursos financeiros necessários à produção dos serviços; a utilização dos insumos no que diz respeito à distribuição, eficiência e custo; o acesso econômico da população e o custo/efetividade desses serviços.

No entanto, a forma como o sistema de saúde é financiado, isto é, o processo de arrecadação de recursos monetários destinados à execução de um gasto, à realização de um investimento ou à obtenção de um objetivo específico, determina se as pessoas podem ou não obter atenção à saúde. Assim, chamar a atenção para o lado do financiamento da prestação de serviços de saúde representa a principal contribuição desse estudo.

De forma mais detalhada, o financiamento das políticas de saúde tem sido estudada de forma mais intensiva a partir da II Guerra Mundial, quando a necessidade do provimento dos cuidados e serviços de saúde torna-se atribuição de Estado em muitos países, e a saúde passa a ser entendida como um direito universal, isto é, estendida a todos (MÉDICI, 2002).

A partir desse período há um crescimento dos gastos públicos na área da saúde devido ao aumento de cobertura dos serviços, evolução e incorporação de novas tecnologias, aumento da esperança de vida da população. Neste contexto, a discussão sobre o financiamento do setor ocupa a pauta de governantes e economistas com o fim de desenvolver mecanismos de alocação que venham garantir a eficiência e a equidade no financiamento das políticas e ações de saúde.

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi oficializado com a promulgação da Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição, além de afirmar a saúde como direito de todos e dever do Estado, assegura a sua universalidade e integralidade com o financiamento tripartite (União, Estados e Municípios) e com diversidade de fontes. Estes preceitos constitucionais encontram-se reafirmados na Lei Orgânica da Saúde de 1990 (BRASIL, 1990).

No Brasil, a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) dispõe sobre princípios e diretrizes para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, registra alguns conceitos que no território nacional

compuseram o escopo de um amplo movimento social na construção do que se convencionou denominar de processo de Reforma Sanitária brasileira: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, na alocação de recursos e a orientação programática, conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população.

Também prevê, em seu artigo 35, os critérios de financiamento do Sistema Único de Saúde, no qual a distribuição de recursos deva ser feita a partir da combinação de critérios que contemplem: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenhos técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL, 1990).

A partir do disposto na legislação, o desafio tem sido a operacionalização do financiamento nas políticas de saúde implantadas, através das Normas Operacionais Básicas (NOB 91, NOB 93, NOB 96). O Ministério da Saúde tem apresentado políticas que representam retrocessos, como o predomínio da lógica de financiamento por produção, e também políticas que são avanços como a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), apesar dos baixos valores pagos aos municípios pelo PAB fixo, bem como o condicionamento do pagamento do PAB variável à adoção de programas específicos. Os demais integrantes do custeio em saúde – média e alta complexidade – continuam sendo financiados pelo pagamento de produção e sujeitos a oferta de serviços existentes, o que dificulta em muito a efetiva descentralização de serviços de saúde (BARROS, 2003).

Diante desse cenário foi realizada a seguinte pergunta: a evolução dos recursos disponíveis através das transferências de recursos do governo federal é suficiente para a organização e realização das ações de serviços de saúde de modo que atenda as expectativas da população?

Com o fim de alcançar respostas a esse questionamento foi definido como objetivo geral: analisar a evolução e distribuição do gasto público dos recursos financeiros destinados a cobertura da assistência à saúde no Tocantins no período de 2008 a 2014, inseridos na Programação Pactuada e Integrada da Assistência – PPI e como objetivos específicos: identificar o modo de financiamento da assistência em saúde por bloco de financiamento; identificar a forma de transferência dos recursos a

estados e municípios; demonstrar a evolução dos recursos disponíveis por bloco de financiamento; identificar a necessidade de novos recursos para aplicação na atenção à Saúde

O tema é relevante porque existe uma preocupação dos atores envolvidos com os critérios para que a operacionalização da distribuição de recursos seja realizada de forma mais equitativa.

Para apresentar os resultados da pesquisa realizada o presente artigo foi estruturado em quatro partes. A primeira destaca os objetivos, justificativa e problema de pesquisa. A segunda evidencia estudos já realizados em relação a política de saúde no Brasil e o financiamento da saúde pública. A terceira parte trata dos aspectos metodológicos executados. A quarta apresenta os resultados da pesquisa. Por fim, é destacada a conclusão sobre o estudo realizado.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **A política de saúde no Brasil**

Durante o período pré-industrial brasileiro, isto é, antes de 1930, os problemas de saúde estavam relacionados a endemias e problemas gerais de saneamento nos núcleos urbanos; a forma de atendimento estava vinculada a assistência médica individual oferecida pelas Santas Casas e instituições de caridade a quem não podia pagar ou por médicos liberais, mediante remuneração direta e os assuntos relacionados à saúde eram atribuição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

Em 1923, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) atribuindo ao Governo Federal as seguintes atribuições: o saneamento rural e urbano; a propaganda sanitária; a higiene infantil, industrial e profissional; as atividades de supervisão e fiscalização; a saúde dos portos e do Distrito Federal, e o combate às endemias rurais.

Nesse mesmo ano, 1923, a Lei Eloy Chaves criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) com o fim de proporcionar assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensões para os dependentes dos empregados; auxílio pecuniário para funeral. Todos esses benefícios eram proporcionais às contribuições realizadas pelos trabalhadores. As CAPs eram organizadas por empresas e financiadas pela União, empresas empregadoras (1% da receita bruta) e empregados (3% da remuneração mensal). Outros trabalhadores se organizaram em associações de auxílio mútuo para atender doenças, invalidez no trabalho e morte.

Apesar das CAPs motivar a constituição de um seguro social no Brasil e marcar o início de uma política estatal de saúde no campo da medicina assistencial pode-se

dizer que a medicina previdenciária no Brasil surgiu somente na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Na década de 30 os assuntos vinculados à saúde eram atribuição do Ministério do Ministério da Educação e Saúde. Em 1937 o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico Social assumiu a coordenação dos Departamentos Estaduais de Saúde. O financiamento da assistência e saúde pública nos municípios era realizado através da Caixa de Fundos. Cada município tinha que contribuir com 5% de toda receita arrecadada, a partir do momento em que fossem iniciadas as instalações dos serviços de higiene pelo Departamento de Saúde Pública Estadual. Até 1938, com exceção de São Paulo e Minas Gerais, este sistema de organização e financiamento foi aplicado em todos os Estados.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde desmembrando-o do Ministério da Educação. Sua estrutura era similar a do extinto Departamento Nacional de Saúde. Três anos depois (1956), criou-se o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu).

Em 1960, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi incorporado, como fundação, ao Ministério da Saúde. A partir dessa década, a saúde pública começa a perder espaço para a assistência médica previdenciária, devido a insatisfatória estrutura tributária e a ausência de pressões políticas para que o Governo expandisse seus serviços. Também foi aprovada a Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), procurando uniformizar os regimes previdenciários de modo a igualar os benefícios auferidos pelos trabalhadores em regime de CLT, mas jamais chegou a ser regulamentada.

Da década de 30 até 60 diversos IAPs foram constituídos, tais como: IAPM- Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (1933); IAPC - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes (1934); IAPB- Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (1934); IAPI- Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (1936); IPASE- Instituto de Previdência e Assistência ao Servidor Público (1938); IAPTEC - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transportes e Cargas (1938). A situação financeira e os benefícios ofertados eram diferenciados, tanto em termos quantitativos como qualitativos.

A situação financeira dos IAPs e CAPs, durante esse período, esteve basicamente orientada segundo uma combinação do regime de repartição (despesas são financiadas pelas receitas correntes) com o regime de capitalização (o custeio do sistema advém das receitas de aplicações de excedente financeiro e patrimônio).

Em 1966, a fusão das estruturas dos IAPs fez surgir o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) institucionalizando e impulsionando um novo padrão de política social. Esse novo padrão privilegia: a centralização administrativa e financeira, a nível federal, das políticas de assistência médica previdenciária e assistencial em detrimento da saúde pública; o aspecto médico-hospitalar; a prestação de serviços realizada preferencialmente através do setor privado; a ausência das classes subalternas no processo decisório. Nesse novo padrão, os recursos gerados pelas contribuições sociais previdenciárias passaram a financiar o gasto com saúde no Brasil de forma crescente.

Em 1971, a assistência médica e alguns benefícios assistenciais foram estendidos aos trabalhadores rurais, sem exigência prévia de contribuição à Previdência Social. Essa ação ficou conhecida como Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL), gerido através do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), ligado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. Nesse mesmo ano foi criada a Central de Medicamentos (CEME) com o fim de atuar na área de produção e distribuição de medicamentos.

Em 1972, as medidas adotadas com vistas à universalização foram se ampliando e os benefícios previdenciários foram estendidos aos empregados domésticos e, em 1973, aos trabalhadores autônomos.

Em 1974, houve a separação da área previdenciária da área do trabalho mediante a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social. Tal fato consolidou a hegemonia da medicina previdenciária sobre a saúde pública

Em relação aos mecanismos de financiamento, na segunda metade dos anos 70, foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), como instrumento de apoio financeiro aos programas e projetos de caráter social. Seus recursos eram provenientes principalmente da renda líquida das loterias esportivas e federal, dos recursos destacados dos orçamentos operacionais da Caixa Econômica Federal (CEF), de dotações orçamentárias da União e de outros repasses. Esses recursos deveriam ser utilizados para financiar projetos de interesse do setor público nas áreas de saúde e saneamento, educação, trabalho, previdência e assistência social, assim como projetos de interesse do setor privado ligados a estas áreas e programas sociais para atendimento de pessoas físicas. Entretanto, na área da saúde, os recursos do FAS foram usados para subsidiar a rede privada, isto é financiou, remodelou e ampliou hospitais da rede privada como também serviu para a aquisição de equipamentos médicos de grande complexidade técnica e custo financeiro elevado.

Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), através da Lei 6.299/75. O SNS deveria organizar todos os serviços de saúde, incluindo as ações do

Ministério da Saúde, da medicina previdenciária e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Contudo, dada a complexidade dos interesses em jogo, o SNS demorou muito tempo para ser regulamentado.

Em 1976 foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) com o fim de mobilizar recursos humanos para a implantação de uma ampla rede de unidades de saúde pública em cidades da região Nordeste com menos de 20.000 habitantes e uma rede sanitária composta de equipamentos de saneamento básico. Os recursos do PIASS eram provenientes de quatro fontes básicas: FAS (30%), Ministério da Saúde (25%), Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, criado em 1976 (INAN) (25%) e Programa de Interiorização Nacional, criado em 1972, (PIN) (20%).

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), pela integração de seis instituições: o antigo INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM). Criou-se também o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS) como entidade contábil que integrava as receitas e despesas do SINPAS. No que diz respeito ao financiamento do sistema previdenciário, continuava a ser sustentado pelas contribuições dos beneficiários e dos consumidores em geral.

Em resumo, a política de saúde, a partir da criação do INPS e durante toda a década de 70, privilegiou a compra de serviços do setor privado (filantrópico e lucrativo) e centralizou o processo decisório a nível federal na agência do INAMPS. Em outras palavras, significou o controle financeiro por parte do Estado e o controle da oferta de serviços pelo setor privado porque segundo Barros *et alli* (1996, p. 28)

em 1962, o país dispunha de 236 930 leitos hospitalares, dos quais 40% eram públicos (incluindo-se os do sistema previdenciário) e 60%, privados. Em 1976, dos 432,9 mil leitos existentes, 27% eram públicos e 73%, privados. Em 1986, a participação dos leitos públicos caiu para 22%, enquanto os privados passaram a responder por 78% da capacidade instalada.

Nos anos 80 há uma profunda reforma no sistema de saúde brasileiro caracterizado pela constituição de um sistema único e nacional (Sistema Único de Saúde – SUS) e pela descentralização administrativa. Essas mudanças foram motivadas pelo diagnóstico de que o modelo centrado no hospital não era eficiente e porque a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) defendiam a estratégia de Atenção Primária em Saúde (APS), isto é, a morbidade e a mortalidade poderiam ser reduzidas a partir da simples expansão da

cobertura, de cuidados simplificados, da educação médico-sanitária, da expansão do acesso à água e esgoto, etc. Ainda segundo essa estratégia, o local privilegiado deveria ser o posto de saúde, que integraria a prestação de serviços de saúde com o convívio comunitário (VIANA, 1994, p.23).

No início dos anos 80, a partir da VII Conferência Nacional de Saúde, foi elaborado um plano denominado Programa Nacional de Serviços de Saúde (PREVSAÚDE), prevendo a extensão dos cuidados primários de saúde a toda a população por intermédio de uma rede única, hierarquizada e regionalizada, sob o controle da rede pública. Na realidade, as propostas do PREVSAÚDE priorizavam os serviços básicos de assistência médica, prestados por agentes comunitários. Apesar do avanço dessa proposta o PREVSAÚDE, jamais chegou a ser implementado (MÉDICI, 1994, p. 85).

Em 1981, foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) com o fim de: reduzir o nível do gasto previdenciário; utilizar de forma crescente a rede pública, nos níveis regional e local; e obter uma reformulação na organização dos serviços de atenção à saúde, melhorando os níveis de atendimento. Esse fato evidencia a preocupação federal com a transferência de recursos para Estados e Municípios. A principal realização do CONASP foi o desenvolvimento inicial do Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) onde houve a convivência entre o modelo centralizado privatista com o descentralizado estadista. As AIS contribuíram para o surgimento do SUDS/SUS.

Em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com o fim de: descentralizar as decisões políticas e seus desdobramentos operacionais; superar a dicotomia existente no modelo de saúde anterior, mediante a unificação institucional; regionalizar e hierarquizar as redes de atendimento; obter melhor desempenho do setor público e controle do setor privado; conferir maior resolutividade e integralidade aos serviços; e universalizar o atendimento. Esse sistema define as competências de cada esfera de Governo.

A partir da Constituição de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) com a função de integrar as ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada. O SUS tinha as seguintes atribuições: proporcionar assistência médica integral à população, com predominância dos aspectos preventivos e promocionais através da rede de saúde pública e, de forma complementar, da rede privada; controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; participação na produção de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados, equipamentos e insumos; execução das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e

de saúde do trabalhador; participação na formulação da política e da execução das ações e saneamento básico; formação de recursos humanos na área de saúde; fiscalização e inspeção de alimentos, bebidas e água; colaboração na proteção do meio-ambiente e do trabalho; participação no controle e na fiscalização dos produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, e incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação.

Com relação ao financiamento, os recursos do SUS passaram a estar vinculados ao Orçamento da Seguridade Social (OSS) e aos recursos fiscais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. O Orçamento da Seguridade Social, por sua vez, passou a contar com as seguintes fontes de custeio: Contribuição Sobre a Folha de Salários dos empregados, empregadores e trabalhadores autônomos, que representa as antigas bases de financiamento do FP AS; Contribuição Social sobre o Faturamento das Empresas (COFINS), antigo FINSOCIAL; Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas; Contribuição sobre o Programa de Integração Social (PIS) e sobre o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), cujos recursos passaram a formar o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Apesar da diversificação das fontes de custeio, não foi estabelecido qualquer critério de partilha entre as diversas áreas que devem ser contempladas pelo Orçamento da Seguridade Social.

Em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (LOS). Sua primeira versão gerou a Lei nº 8080/90 e sua versão definitiva está na Lei nº 8142/90. A LOS estabeleceu que, a cada ano, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei do Orçamento serão responsáveis por definir o percentual de recursos destinado à saúde. Também definiu as atribuições comuns e específicas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Mas segundo Médici (1994, p. 146) a LOS deixou "urna série de lacunas e pontos obscuros", podendo levar a indefinições quanto à repartição dos recursos para a saúde nas três esferas de Governo tais como: falta de definição de como as esferas irão participar do financiamento dos serviços de saúde; como será feita a oferta dos serviços; quem serão os clientes etc. A Lei 8.080 foi alterada pelas seguintes Leis: 9.836, de 23/09/99; 10.424, de 15/04/02; e 11.108, de 07/04/05

De forma sintética pode-se dizer que as mudanças realizadas pela reforma do sistema de saúde na década de 80 foram: universalização da cobertura e do atendimento como direito do cidadão e dever do Estado; fim da dicotomia entre saúde pública (assistência preventiva) e medicina previdenciária (assistência curativa); descentralização administrativa, com atribuições comuns e específicas para União, Estados e Municípios; ênfase sobre a rede pública, passando o setor privado a ter um papel complementar na atenção curativa ambulatorial; financiamento vinculado ao

Orçamento da Seguridade Social; a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, a irredutibilidade do valor dos benefícios, a equidade na forma de participação no custeio, e a diversidade da base de financiamento.

Na década de 90 há a normatização do financiamento e controle do orçamento no SUS através da Lei nº 8.142/90. Nesse mesmo período foi realizado o processo de implementação da política de saúde com ênfase na época no Programa de Saúde da Família que hoje é denominado de Estratégia Saúde da Família.

Da mesma forma, a Lei n. 8.080/1990 define que União, estados, Distrito Federal e municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: i) elaboração e atualização periódica do plano de saúde; ii) elaboração da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde; e, além disso, devem promover a articulação da política e dos planos de saúde. A lei estabelece, ainda, que o processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União. Os planos de saúde serão a base das atividades e das programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Após a aprovação da Emenda Constitucional n. 29, em 2000, e a sua regulamentação em 2012, por meio da LC n. 141/2012 e do Decreto n. 7.827/2012, foram definidos os percentuais de aplicação de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo no SUS e o que são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde para efeito de apuração desses recursos mínimos.

A publicação do Decreto n. 7.508/2011 no fim do mês de junho de 2011 impôs uma nova pauta de discussão para a CIT, que na reunião ordinária de 28 de julho de 2011 já discutiu uma agenda estratégica para implantação dos seus dispositivos, conforme consta no Anexo 1. A L.C. n. 141/2012 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 foi regulamentada pelo Decreto n. 7.827, de 16 de outubro de 2012, que estabelece os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das

receitas de que trata o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição<sup>24</sup>, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a LC n. 141/2012.

A Lei Complementar (LC) n. 141/2012 acrescenta que aos Conselhos de Saúde cabe deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades, isto é, a todos os conselhos: nacional, estaduais, municipais e do Distrito Federal, e não apenas ao Conselho Nacional de Saúde como está no art. 37 da Lei n. 8.080/1990 e no §3º do art. 15 do Decreto n. 7.508/2011. Dessa forma, entende-se que o Conselho Nacional definirá diretrizes nacionais e os demais conselhos definirão as diretrizes locais, em razão das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa. Essa mudança na legislação a partir de 2012 reforça o conceito do planejamento ascendente e indica a importância da participação da sociedade na formulação das políticas para a saúde.

O financiamento tem se constituído preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do SUS, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras, tendo em vista que esse sistema desde a sua concepção está inserido no Sistema de Seguridade Social, inspirado em padrões conceituais do estado de bem-estar social. O seu financiamento é competência dos três Entes federados – União, estados e municípios –, assegurado por recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e do orçamento fiscal e contribuições, tendo neste o grande aporte de recursos.

Alguns estudos prospectivos dos gastos em saúde para o período de 2002 a 2020, realizados por institutos renomados, demonstram que em países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) estes crescerão de U\$ 2,7 trilhões (8,5% do PIB) para U\$ 10 trilhões (16% do PIB). Nos Estados Unidos da América, as projeções são de gastos superiores a 20% do PIB americano em 2020. Um levantamento sobre a evolução do total dos gastos públicos em saúde no Brasil, por esfera de governo, demonstra que em 1993 a União aplicava 72%, os estados 12% e os municípios 16%; em 2013, em cenário diferente, a União aplicava 42,59%, os estados 26,67% e os municípios 30,74%.

## **O financiamento da saúde pública brasileira**

### **Modelos de financiamento da saúde**

De acordo com a estratégia adotada pela ação estatal é possível identificar quatro modelos de financiamento da saúde: modelo assistencialista, modelo

previdencialista, modelo universalista unificado e modelo universalista diversificado (MÉDICI, 1994)

O modelo assistencialista é financiado com recursos fiscais e é dirigido para o atendimento das camadas de baixa renda. Assim, tanto as classes de renda média quanto os trabalhadores formais e grupos de alta renda devem buscar, no mercado, alternativas para o financiamento de seus programas de saúde.

O modelo previdencialista, por sua vez, é aquele direcionado para os segmentos populacionais que contribuem para a manutenção do sistema, ou seja, o acesso aos serviços passa a estar condicionado à condição de contribuinte. Nesse caso, o financiamento passa a estar vinculado a contribuições sociais das empresas e dos trabalhadores, notadamente sobre a folha salarial. Pode-se dizer que esse modelo previdencialista vigorou no Brasil desde a criação das CAPs, nos anos 20, passando pelos IAPs ao longo das décadas de 30, 40 e 50, até a constituição do INPS, em 1966, porque o acesso aos serviços de saúde esteve condicionado aos trabalhadores formais, isto é, àqueles que efetivamente contribuíam para a manutenção do sistema. O deslocamento de recursos provenientes das contribuições sociais para o atendimento de populações abertas (não-contribuintes) teve início, no Brasil, a partir de 1974, com o surgimento do Plano de Pronta Ação (PPA), responsável por universalizar a cobertura nos casos de urgência.

Os modelos universalistas, como o próprio nome diz, são aqueles voltados para cobrir a totalidade da população, devendo ser, em tese, financiados com recursos fiscais, ou seja, oriundos de impostos gerais, pois não dizem respeito ao cumprimento de funções destinadas a grupos específicos, mas à população como um todo. Os modelos universalistas de saúde podem ser unificados ou diversificados, dependendo das estratégias de cobertura e financiamento dos serviços.

- O modelo universalista *unificado* é aquele que se baseia numa estratégia única de financiamento, calcado num modelo definido centralmente, mesmo que sua execução seja descentralizada ou regionalizada. Na verdade, a maioria dos sistemas universais existentes passou a incorporar, como fonte de financiamento, recursos fiscais globais associados a contribuições sociais, como é o caso do atual sistema de saúde brasileiro.
- O modelo universalista *diversificado* é aquele que se baseia em estratégias mistas ou diversificadas de cobertura. Dessa forma, para a população de baixa renda, destinam-se ações de saúde gratuitas, as quais podem ser prestadas pelo setor público, pelo privado ou por ambos, e financiadas com recursos fiscais. Aos trabalhadores formais e classes médias, sistemas baseados em contribuições sobre a folha de salários, requerendo algum grau de compulsoriedade para garantir a cobertura de todos

os níveis de renda. Para os grupos de alta renda, por fim, sistemas baseados em desembolso direto de recursos, tais como planos voluntários de saúde.

### **Gastos com a saúde**

O volume de recursos financeiros aplicados na saúde deriva de alguns fatores tais como: o comportamento dos médicos, o comportamento dos consumidores, conjunto de fatores econômicos, do mercado, da inovação, ciência e tecnologia e também de interesses econômicos adversos. Em relação ao comportamento dos médicos o gasto é realizado para remunerar o médico. Essa remuneração, pode ser efetuada de três maneiras, isto é, pagamento por ato médico (procedimentos ou diagnóstico), assalariamento e pagamento por capitação (valor mensal per capita fixo). Em relação ao comportamento do consumidor o gasto deriva dos hábitos de consumo excessivos dos serviços de saúde.

Para diminuir o volume gasto com a área da saúde, alternativas foram propostas no seguinte sentido: aplicação de taxas moderadas, o co-pagamento, adoção de tetos máximos, sistema de franquias, uso do pré-pagamento, eliminação da liberdade que o usuário tem para escolher o médico que deseja, adotar procedimentos administrativos mais rígidos e cobrar taxas diferenciadas por grupos de risco.

### **Níveis de descentralização e desconcentração do sistema da saúde**

A análise do financiamento da política de saúde está diretamente relacionada com os níveis de descentralização e desconcentração do sistema de saúde. A descentralização no âmbito da saúde é verificada quando a regionalização do poder institucional é acompanhado de autonomia política, financeira e institucional serviços. No caso da desconcentração há a transferência do poder institucional para outros níveis regionais sem uma autonomia correspondente.

Na esfera financeira a desconcentração ocorre quando a responsabilidade sobre o gasto é mantida pelas esferas centrais do Governo, embora sua execução seja feita por uma agência do governo central a nível local. Da mesma forma, a descentralização financeira pode ser entendida quando a responsabilidade é transferida da esfera central para as esferas regionais. Contudo, esta transferência de responsabilidade pode acontecer de duas formas distintas:

- Descentralização autônoma: os recursos utilizados provêm da arrecadação da própria esfera local, portanto não depende de recursos transferidos de outras esferas.
- Descentralização dependente: os recursos utilizados são provenientes de repasses da esfera central e devem ser aplicados de acordo com as regras fixadas pela gestão central. Os repasses podem ser realizados de duas maneiras: tutelada e

vinculada. A descentralização dependente tutelada ocorre quando as transferências são feitas mediante negociação política, técnica ou institucional. A descentralização dependente vinculada ocorre quando as transferências são feitas de forma automática devido a previsão constitucional, legislação complementar ou ordinária.

No Brasil, a descentralização do SUS foi incorporada no art. 198 da Constituição Federal de 1988. Contudo o sistema de saúde dentro de um modelo de gestão financeira descentralizada só poderia se tornar sustentável na medida em que houvesse meios econômicos (recursos financeiros destinados à manutenção da esfera local), meios gerenciais (recursos físicos e tecnológicos) e meios políticos (legitimidade e representatividade) para sua manutenção.

Para legitimar a descentralização do SUS, o Ministério da Saúde, em 1993, elaborou a Norma Operacional Básica – SUS nº 01/93, objetivando descentralizar o processo de gestão das ações e serviços de saúde. Na esfera financeira a responsabilidade pelo financiamento das ações de saúde deveria ser compartilhada pelas três esferas de governo, assegurando, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde. O controle financeiro realizado pelos Municípios dos recursos destinados à saúde pode ser efetuado de três formas: controle incipiente, parcial e semiplena.

### **Os recursos que financiam a saúde no Brasil**

A Seguridade Social compreende 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.

O financiamento da Seguridade Social e, por conseqüência, do Sistema Único de Saúde, de acordo com o Art. 195 da Constituição Federal de 1988, será realizado por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes:

- dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (receitas fiscais),
- das contribuições sociais proporcionadas pelos empregadores (faturamento, lucro e folha de salários),
- das contribuições sociais proporcionadas pelos trabalhadores
- da receita de concursos de prognósticos.

Essas fontes de recursos compõem o Orçamento da Seguridade Social (OSS) e são diversificadas com o fim de conferir maior estabilidade aos fluxos de receita face

aos ciclos econômicos, além de conferir ao conjunto da sociedade a responsabilidade pela manutenção do sistema.

Com relação à divisão do Orçamento da Seguridade Social (OSS) entre as três áreas que compõem a Seguridade Social (saúde, previdência e assistência), estabeleceu-se que a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) seria o instrumento responsável por definir os percentuais das três áreas. Assim, somente depois da LDO ter sido editada, com suas metas e prioridades, é que se saberá o montante do Orçamento da Seguridade Social que será destinado para o setor saúde. Enquanto não fosse aprovada a LDO, o Art. 55 do Ato das Disposições Transitórias da Constituição Federal determinou que um percentual mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social se destinasse à área da saúde.

Na esfera estadual e municipal os critérios de financiamento das ações de saúde estão previsto na constituição.

Em relação às transferências de recursos para os Estados, Municípios e o Distrito Federal, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), aprovada em 1990, estabelece que a transferência poderá ser feita pela combinação dos seguintes critérios:

- perfil demográfico da região;
- perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior
- níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e
- previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

Além disso, também estabelece que metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio e de forma automática. No entanto, para o recebimento destes recursos, é preciso que cada uma destas esferas conte com os seguintes dispositivos: a existência de um fundo de saúde; a criação de um conselho de saúde; o desenvolvimento de um plano plurianual de saúde; a elaboração de relatórios de gestão; a contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento local; e a criação de uma comissão encarregada de elaborar um plano de carreira, cargos e salários, previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Em 1991, novos critérios no sistema de pagamento e transferência de recursos foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde e o INAMPS. No sistema de pagamento houve a uniformização gradativa da tabela de pagamento para remunerar os atos

médicos. A transferência de recursos para Estados e Municípios passou a ser realizada pelos seguintes critérios: Autorização para Internação Hospitalar (AIH); Fator de Incentivo do Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS); Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA); Unidade de Capacitação da Rede (UCR) e Programa de Investimento em Saúde (PRÓ-SAÚDE); e Fator de Estímulo à Municipalização (FEM).

### **A evolução do financiamento**

Até 1990 os gastos federais com ações na área da saúde foram financiados com recursos provenientes do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). A partir de 1991, a principal fonte de financiamento do setor saúde tem sido o Orçamento da Seguridade Social (OSS).

O Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), criado em 1976, tinha como principal fonte de recursos as contribuições compulsórias provenientes de da contribuição dos empregadores sobre a folha salarial; da contribuição dos empregados sobre o salário; da contribuição dos chamados contribuintes em dobro, que variava de 13,5% a 20% do salário de contribuição, cuja categoria abrangia os trabalhadores autônomos, os empregadores enquanto contribuintes individuais, empregados domésticos, etc; outras contribuições especiais incidentes sobre espetáculos desportivos, venda de combustíveis e lubrificantes no varejo, dentre outros. O FPAS também era composto por recursos do Tesouro mediante receitas de capital, receitas patrimoniais e outras receitas, as quais, somadas, não ultrapassavam 12% dos recursos do Fundo.

Com relação ao gasto federal em saúde, Médici (1994) relata que houve uma queda relativa no início da década de 80, recuperação no período de maior crescimento econômico, retração durante o período do Governo Collor e novo crescimento a partir de 1993.

O comportamento da evolução dos gastos estaduais totais foi diferente do verificado com os gastos federais porque de 1980 a 1984 o comportamento foi constante; entre 1985 e 1988 há um crescimento proporcionado principalmente pela transferência de recursos federais; a partir de 1989, porém, houve retração dos gastos estaduais.

Os gastos municipais totais com saúde teve comportamento tendencialmente crescente, na década de 80, apesar do declínio dos gastos líquidos em 1981, 1983, 1987 e 1989.

Apesar do avanço do processo de descentralização ao longo dos anos 80 (AIS, SUDS, SUS), deve-se ressaltar que a participação da União continuou sendo majoritária no financiamento da saúde, apesar dessa participação vir declinando.

Assim, a participação relativa da União no financiamento do SUS vem decrescendo, sistematicamente, passando de 72% em 1993 para 42,93% em 2013 (CONASS, 2015). Portanto, as contradições verificadas no financiamento da saúde no Brasil vinculam-se, em última instância, às injustiças produzidas pela estrutura tributária e por uma dívida pública nunca auditada. Entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Brasileira de Economia em Saúde (Abres) e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) indicam as raízes do subfinanciamento da saúde e têm apostado em algumas alternativas. Portanto, enfrentar a questão do financiamento do SUS implica pensar e agir para além do setor saúde. A sociedade continua tentando garantir mais recursos para a saúde e o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública entregou, no início de agosto de 2013, à Câmara dos Deputados 2,2 milhões de assinaturas de eleitores que exigem a aplicação do equivalente a 10% da receita corrente bruta da União em ações de saúde. O projeto foi aprovado pela Comissão de Legislação Participativa, apresentado como Projeto de LC n. 321/2013 e tramita na Câmara apensado ao PLP n. 123/2012. O agravamento da crise econômica, a ameaça de uma crise social e as dificuldades políticas desde o processo eleitoral de 2014 reforçam um cenário pessimista, sobretudo diante do ajuste fiscal, do aumento da taxa de juros e das restrições do apoio da base parlamentar do governo, conduzindo a economia à recessão.

Todavia, nesse momento é prejudicial para o SUS a promulgação da Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015, pois se revogou a reavaliação das normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União; os recursos pela exploração de petróleo e gás natural destinados para a área de saúde não serão acrescidos ao montante mínimo obrigatório como definia a Lei n. 12.858 de 9 de setembro de 2013; 0,6% da Receita Corrente Líquida (RCL) destinada às emendas individuais será alocado para a saúde e computados para fins do cumprimento mínimo, tendo obrigatoriedade de execução; e o percentual definido para aplicação da União de 15% da RCL evoluirá de modo gradual em cinco anos de, no mínimo, 13,2%, 13,7%, 14,1%, 14,5% ,15%.

### **Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)**

A saúde, de acordo com o art. 194 da Constituição Federal de 1988, integra a seguridade social, juntamente com a previdência e assistência social e, por isso, é organizada pelo poder público. Constitucionalmente, é dever do Estado promovê-la e direito do cidadão receber esse serviço.

O Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com o art. 198 da Constituição de 1988, é considerado como sendo toda a rede de ações e serviços regionalizada e

hierarquizada, garantindo o acesso à saúde de forma universal e igualitária, com ações e serviços voltados à promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A direção do SUS é exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- no âmbito dos Estados e Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e
- no âmbito dos municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

Os recursos para o financiamento das ações de saúde em todos os graus de complexidade são compostos por recursos federais, estaduais, municipais e outros, como por exemplo doações. Esses recursos, retirados de variados impostos, vão compor o Fundo de Saúde, existente nos três níveis de governo: Fundo Municipal de Saúde – FMS, Fundo Estadual de Saúde – FES e Fundo Nacional de Saúde – FNS. Essa composição é realizada a partir de verba pré determinada pela *Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)* e pela *Lei Orçamentária Anual (LOA)*, de acordo com os critérios definidos pelas leis federais Lei nº 8080 e Lei nº 8142 e a Emenda Constitucional (EC) 29/2000.

A contribuição financeira das esferas estadual e municipal são as contrapartidas e vinculação de recursos regulados pela EC nº 29/2000, condição indispensável para que haja os repasses federais.

No âmbito municipal a soma dos recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde constitui o Teto Financeiro Global do Município (TFGM), assim como na esfera estadual o Teto Financeiro Global do Estado (TFGE). Esse Teto Financeiro Global (TFG) municipal ou estadual é dividido em três partes, sendo elas:

- Teto de Financiamento da Assistência (TFA);
- Teto Financeiro para Vigilância Sanitária (TFVS), que é composto por ações de média e alta complexidade e o Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS).
- Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O Teto de Financiamento da Assistência (TFA) que se subdivide em duas partes:

- Piso da Atenção Básica (PAB) parte fixa (atenção básica ambulatorial) e parte variável que são incentivos para programas de atenção básica específicos (inclusive de vigilância sanitária e epidemiologia);
- Assistência Ambulatorial de Médio e Alto Custo/complexidade e Atenção Hospitalar.

O PAB foi implantado em 1997 e representa os recursos destinados exclusivamente para o financiamento das ações de atenção básica. O PAB só pode ser utilizado para as ações básicas e procedimentos constantes do Plano de Saúde, contidas na PT/GM-MS nº 1.882 de 18/12/97 e suas alterações. Ele é repassado previamente sem a celebração de convênio, fundo a fundo, desde que conste da programação anual o valor mensal de 1/12 do montante anual do seu orçamento.

O PAB é repassado ao município de acordo com o cálculo PAB anual = População (IBGE) x valor “*per capita nacional*”, sendo que o valor “*per capita*” atual Mínimo é de R\$ 10,00 e o Máximo é de R\$ 18,00 por habitante. Esse valor *per capita* é repassado aos municípios pelo governo federal.

O PAB foi ampliado em 2001, pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, instituindo o PISO DE ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADO – GPABA que financia um elenco maior de procedimentos integrados, destinados à cobertura das ações básicas, de prevenção de doenças, assistência ambulatorial, e das ações correlacionadas aos programas descentralizados pelo Ministério da Saúde.

As demais ações ambulatoriais de média e alta complexidade e as hospitalares continuam sendo pagas mediante apresentação de produção, através do SIA/SIH/SUS e Autorização de Procedimentos de Alto Custo–APAC em contas especiais do Fundo Municipal e/ou Estadual, conforme o nível de gestão do município.

Para financiamento de equipamentos, obras, combate a endemias, são celebrados convênios.

De forma sintética pode-se dizer que a Secretaria do Tesouro Nacional repassa ao Ministério da Saúde recursos provenientes:

- do Tesouro, isto é, de valores arrecadados, da Contribuição Social sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas, Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social, Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF-66,67%).
- de contratos firmados com organizações internacionais de crédito, tais como o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento-BIRD e o Banco Interamericano para o Desenvolvimento-BID
- da arrecadação direta do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores- DPVAT, o repasse do prêmio de seguro deve ser feito diretamente ao Fundo Nacional de Saúde-FNS, obedecendo à seguinte distribuição: para crédito no FNS – 45% do valor bruto recolhido; para o DETRAN – 5% para aplicação exclusiva em programa de prevenção de acidentes de trânsito, e para as companhias seguradoras - 50%.

Da mesma forma pode-se dizer de forma resumida que a origem dos recursos do SUS provém de Transferências do Ministério da Saúde; Emenda Constitucional nº

29/00; Contrapartida do Tesouro Municipal/Estadual (convênios e Lei nº 8.142/90, art. 4º, inciso V); Outras fontes como doações, alienações patrimoniais, rendimentos de capital, etc. (Art. 32 da Lei nº 8.080/90).

### **Blocos de financiamento**

A programação físico-financeira dos recursos da assistência é considerada como um instrumento fundamental para a reorganização do modelo de atenção e de gestão do SUS. Norteia-se pelo princípio de integralidade das ações e busca garantir o princípio da equidade. Contempla a alocação dos recursos e explicita a distribuição das competências entre as três esferas do governo de forma a garantir o acesso da população a ações e serviços de saúde no estado ou município que ofertam o serviço através de encaminhamento formalizado e pactuado.

No financiamento existem blocos de financiamento que norteiam todo esse processo que são:

- **Atenção Básica:** é assistência de baixa complexidade, que deve ser ofertada por todos os municípios, entre as quais cita-se: controle da tuberculose e eliminação da hanseníase; controle da hipertensão e diabetes; ações de saúde bucal; saúde da criança; saúde da mulher. Essas ações são financiadas com recursos transferidos automaticamente aos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica, com base de cálculo no per capita (R\$ 10,00 habitante/ano). Inclui também ações classificadas como de atenção básica ampliada tais como: atendimento médico de urgência com observação; assistência domiciliar por profissional de nível superior, procedimentos especializados realizados por profissionais médicos; cirurgias ambulatoriais especializadas; ações especializadas em odontologia; teste imunológico de gravidez e eletrocardiograma. Para esses procedimentos, o ministério definiu o per capita de R\$ 10,50 por habitante/ano. Possui dois componentes: o Componente Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo; e o Componente Piso da Atenção Básica Variável PAB Variável.
- **Média e Alta Complexidade:** a relação de procedimentos ambulatoriais e hospitalares é financiada com recursos transferidos automaticamente aos Estados e municípios, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema, e se habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica ou Básica Ampliada, o pagamento aos prestadores de serviços de acordo com o limite financeiro definido em portaria do Ministério da Saúde. . A partir da implantação da NOAS/SUS 01/01, o Ministério da Saúde estabeleceu o valor de R\$ 6,00 habitante/ano como o per capita nacional para o financiamento do conjunto de procedimentos do nível M1.Exemplos: tomografia, o estudo hemodinâmico, a

quimioterapia e a ressonância magnética, consultas médicas, terapia renal, Programa de prevenção do câncer de colo de útero, cirurgia cardíaca, a neurocirurgia, a cirurgia oncológica e alguns procedimentos da ortopedia, transplantes, as gastroplastias etc. Possui dois componentes: Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC); e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec).

- **Vigilância em Saúde:** estuda o processo saúde-doença na comunidade, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades e dos agravos à saúde coletiva, propondo medidas de prevenção, de controle ou de erradicação. Possui dois componentes: Componente da Vigilância em Saúde; e o Componente da Vigilância Sanitária.

- **Assistência Farmacêutica:** são medicamentos destinados ao tratamento de doenças, para atenuar o sofrimento humano causado pelas mesmas. Possui três componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- **Gestão do SUS:** possui dois componentes: Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde

- **Investimentos na rede de serviços de saúde:** Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento.

## **ABORDAGEM METODOLÓGICA**

Esse estudo foi classifica-se como pesquisa exploratória, documental e quantitativa. Segundo Lakatos (2003) a pesquisa quantitativa traduz em números as opiniões e/ou informações para então obter a análise dos dados e, posteriormente, chegar a uma conclusão sobre estas características do evento estudado, a pesquisa exploratória proporciona maiores informações sobre determinado assunto e a pesquisa documental utiliza documentos de entes que serão analisados tais como relatórios, cartas, pareceres, demonstrativos etc.

Os dados coletados no presente estudo foram de dois tipos: primários e secundários. Os dados primários são aqueles coletados em primeira mão, na pesquisa de campo, no testemunho oral, nos depoimentos, nas entrevistas, nos questionários, nos laboratórios. Os secundários por sua vez são aqueles colhidos em relatórios, livros, revistas, jornais e outras fontes impressas, magnéticas ou eletrônicas (CERVO,

BERVIAN; DA SILVA, 2007, p. 80). Os dados secundários foram pesquisados nos sítios da internet voltados para o assunto, bem como resumos de entrevistas e fatos relacionados. Os dados primários foram coletados mediante consulta ao banco de dados do DATASUS (Tabwin e Tabnet), que são tabuladores de dados e o banco de dados de Teto Financeiro da Programação da Assistência do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC do Ministério da Saúde conforme cronograma em anexo.

Os dados foram organizados em planilha do Excel, tratados estatisticamente e analisados em confronto com a literatura estudada.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados coletados possibilitou classificar as conclusões em quatro aspectos: modo de financiamento da assistência em saúde por tipo de gestão; forma de transferência dos recursos a estados e municípios; evolução dos recursos disponíveis por bloco de financiamento; necessidade de novos recursos para aplicação na atenção à Saúde.

### Modo de financiamento da assistência em saúde por tipo de gestão

Para realizar suas ações o governo federal elabora seu orçamento. Uma parcela desse instrumento de planejamento governamental é destinada ao Orçamento da Seguridade Social para que o governo possa realizar ações nas seguintes áreas: Previdência, Assistência e Saúde. A parcela destinada a saúde vai compor o valor do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Os recursos do FNS serão transferidos aos Estados e Municípios conforme a gestão e capacidade física instalada. De posse dos recursos recebidos, os Estados e Municípios farão a aplicação e distribuição dos mesmos de acordo com suas necessidades.

No período de 2008 a 2014 o Governo Federal repassou ao Governo Estadual R\$ 1.401.739.587,01 e ao Governo Municipal R\$ 1.737.999.560,29, totalizando R\$ 3.139.739.147,30 de recursos financeiros vinculados exclusivamente as ações da saúde.

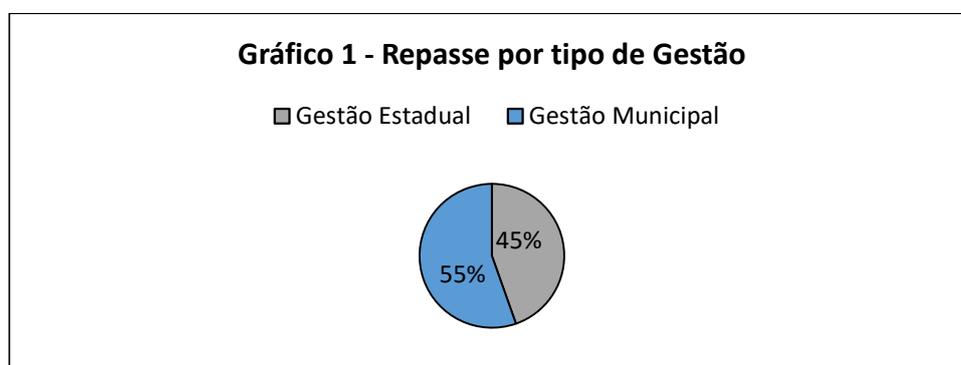
Quadro 1 – Valor recebido do Governo Federal de 2008 a 2014

BLOCOS	VALOR MUNICIPAL RECEBIDO	VALOR ESTADUAL RECEBIDO	TOTAL REPASSADO	%
BLATB	934.402.517,70	1.060.100,56	935.462.618,26	30
BLMAC	572.583.517,01	1.277.743.593,91	1.850.327.110,92	59
BLVIG	99.916.911,89	49.490.649,37	149.407.561,26	5
BLAFT	47.328.029,16	21.385.792,38	68.713.821,54	2
BLGES	6.640.897,74	28.692.429,94	35.333.327,68	1

BLADM				
BLINV	77.127.686,79	23.367.020,85	100.494.707,64	3
OUTROS	1.000.000,00		1.000.000,00	
SUBTOTAL	1.737.999.560,29	1.401.739.587,01	3.139.739.147,30	

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Graficamente podemos afirmar que a gestão que foi mais beneficiada com recursos do Governo Federal no período de 2008 a 2014 foi à gestão municipal porque os municípios tocantinenses ficaram com 55% do repasse federal (Gráfico 1). Isso aconteceu porque houve um aumento nas atividades que o município desenvolveu nos seguintes blocos: atenção básica, vigilância, assistência farmacêutica e investimentos.



Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

### Forma de transferência dos recursos para os blocos de financiamento

É conveniente destacar que a partir de 2006 os recursos passaram a ser classificados em blocos da seguinte maneira:

- BLATB - Bloco de Atenção Básica. Exemplos: ações voltadas a saúde da mulher, família, postinho de saúde;
- BLMAC - Bloco de Média e Alta Complexidade: Exemplo: Raio X, consultas, cirurgias, diagnóstico, exames;
- BLVIG - Bloco de Vigilância - Envolve todas as ações de vigilância (fiscalização e monitoramento) em saúde sendo estas de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária. Exemplo: combate a dengue, zica.
- BLAFT - Bloco de Assistência Farmacêutica e Terapêutica - Responsável pelos medicamentos excepcionais. Exemplo: remédio para diabete;
- BLGES - Bloco de Gestão da Educação na Saúde - Responsável pelo processo de educação permanente em Saúde na perspectiva de qualificar os processos de trabalho. O recurso é aplicado para estruturar fisicamente a gestão das secretarias.
- BLADM - Bloco de Administração.

- BLINV - Bloco de Investimento - Destinado a aplicação de recursos em serviços, construção e equipamentos novos permanentes. Exemplo: construção da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), SAMU.

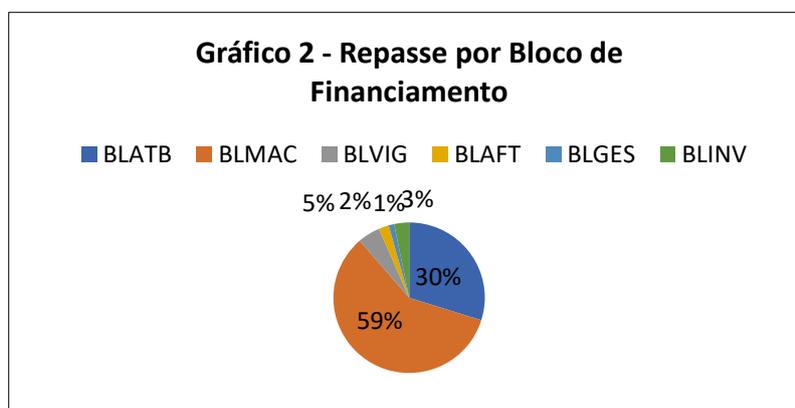
No período analisado, isto é, de 2008 a 2014, os valores que o Governo Federal repassou para cada bloco de financiamento está evidenciado no Quadro 2.

**Quadro 2 – Repasse por bloco em %**

BLOCOS	TOTAL REPASSADO	%
BLATB	935.462.618,26	30%
BLMAC	1.850.327.110,92	59%
BLVIG	149.407.561,26	5%
BLAFT	68.713.821,54	2%
BLGES	35.333.327,68	1%
BLADM		
BLINV	100.494.707,64	3%
OUTROS	1.000.000,00	
SUBTOTAL	3.139.739.147,30	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Graficamente e em termos relativos observa-se através do Gráfico 2 que o bloco de média e alta complexidade foi o mais beneficiado com o repasse da verba federal no período de 2008 a 2014, enquanto o bloco de gestão foi o que menos recebeu recursos no mesmo período.



Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

### **Evolução dos recursos repassados por bloco de financiamento Na esfera Municipal**

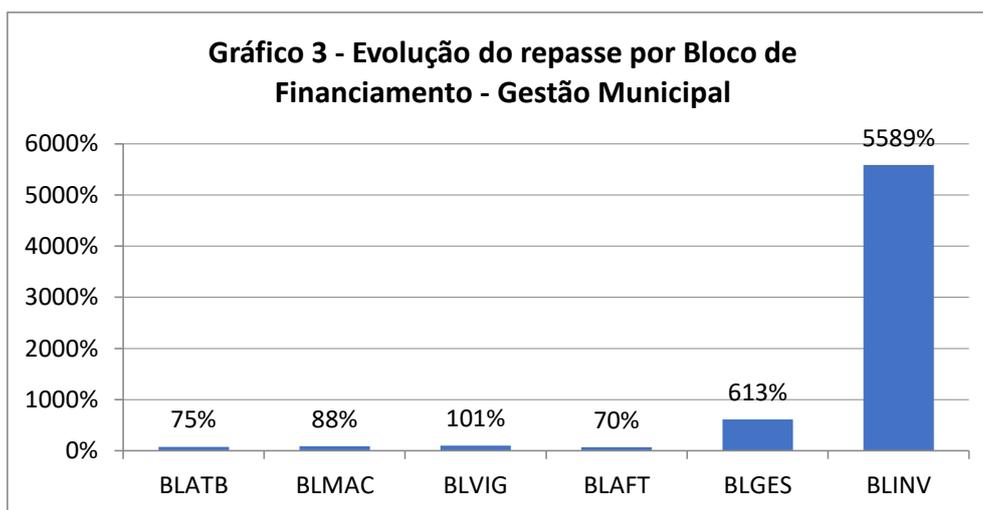
Na esfera municipal, observa-se no Quadro 3 que a evolução dos recursos repassados os municípios tocantinentes foi crescente no período de 2008 a 2014 em todos os blocos.

Quadro 3 – Evolução do repasse para os municípios: 2008-2014

BLOCOS	2008	2014	Diferença de 2014- 2008	Evolução de 2008 a 2014 em %
BLATB	R\$ 96.724.079,26	R\$ 169.079.617,00	72.355.537,74	75%
BLMAC	R\$ 46.395.598,45	R\$ 87.128.192,48	40.732.594,03	88%
BLVIG	R\$ 9.132.575,09	R\$ 18.339.503,06	9.206.927,97	101%
BLAFT	R\$ 4.686.350,94	R\$ 7.959.846,90	3.273.495,96	70%
BLGES	R\$ 153.000,00	R\$ 1.091.499,93	938.499,93	613%
BLADM				
BLINV	R\$ 480.000,00	R\$ 27.305.436,68	26.825.436,68	5589%
OUTROS				
TOTAL	R\$ 157.571.603,74	R\$ 310.906.110,05	153.332.492,31	97%

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Cabe destacar que os blocos municipais que mais receberam recursos foram, respectivamente, o de investimento (5589%) e de gestão (613%).



Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

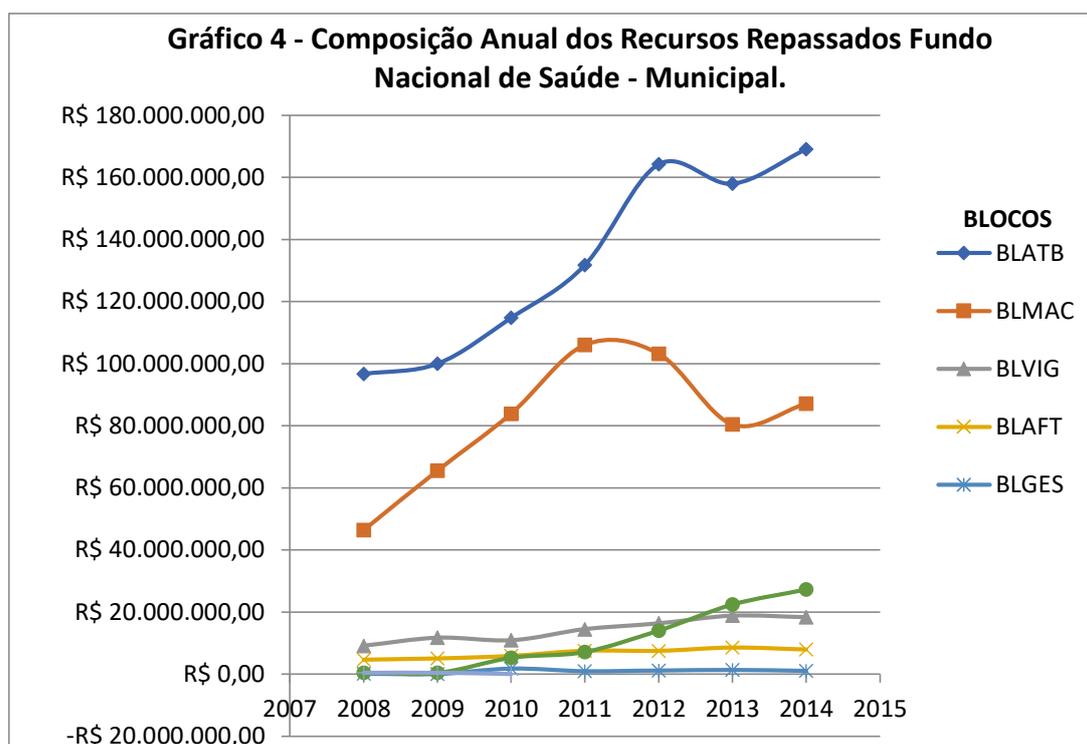
Com o fim de melhor detalhar os recursos recebidos pelos municípios apresenta-se no Quadro 4 e no Gráfico 4 o montante recebido anualmente. Percebe-se que no período de 2011 a 2013 há uma redução nos valores recebidos nos blocos de atenção básica e de média e alta complexidade.

Quadro 4 – Valores anuais recebidos pelos municípios: 2008-2014

BLOCOS	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
BLATB	R\$ 96.724.079,26	R\$ 99.958.691,42	R\$ 114.746.507,34	R\$ 131.722.469,17	R\$ 164.215.897,90	R\$ 157.955.255,61	R\$ 169.079.617,00
BLMAC	R\$ 46.395.598,45	R\$ 65.540.280,15	R\$ 83.890.614,69	R\$ 106.001.814,69	R\$ 103.207.406,55	R\$ 80.419.610,00	R\$ 87.128.192,48
BLVIG	R\$ 9.132.575,09	R\$ 11.769.613,34	R\$ 10.928.994,04	R\$ 14.477.958,49	R\$ 16.406.455,06	R\$ 18.861.812,81	R\$ 18.339.503,06

BLAFT	R\$ 4.686.350,94	R\$ 5.098.872,24	R\$ 5.916.126,32	R\$ 7.578.586,39	R\$ 7.485.464,36	R\$ 8.602.782,01	R\$ 7.959.846,90
BLGES	R\$ 153.000,00	R\$ 57.000,00	R\$ 1.815.189,83	R\$ 938.929,55	R\$ 1.205.558,61	R\$ 1.379.719,82	R\$ 1.091.499,93
BLADM							
BLINV	R\$ 480.000,00	R\$ 400.000,00	R\$ 5.308.333,33	R\$ 7.168.339,02	R\$ 14.064.173,75	R\$ 22.401.404,01	R\$ 27.305.436,68
OUTROS		R\$ 480.000,00	R\$ 480.000,00	R\$ 40.000,00			
TOTAL	R\$ 157.571.603,74	R\$ 183.304.457,15	R\$ 223.085.765,55	R\$ 267.928.097,31	R\$ 306.584.956,23	R\$ 289.620.554,26	R\$ 310.906.110,05

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).



Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

### Na esfera Estadual

Na esfera estadual, observa-se no Quadro 5 que a evolução dos recursos repassados ao Governo Estadual foi diversificada entre os blocos no período de 2008 a 2014 porque há aumento e também decréscimo nos valores recebidos pelo Estado

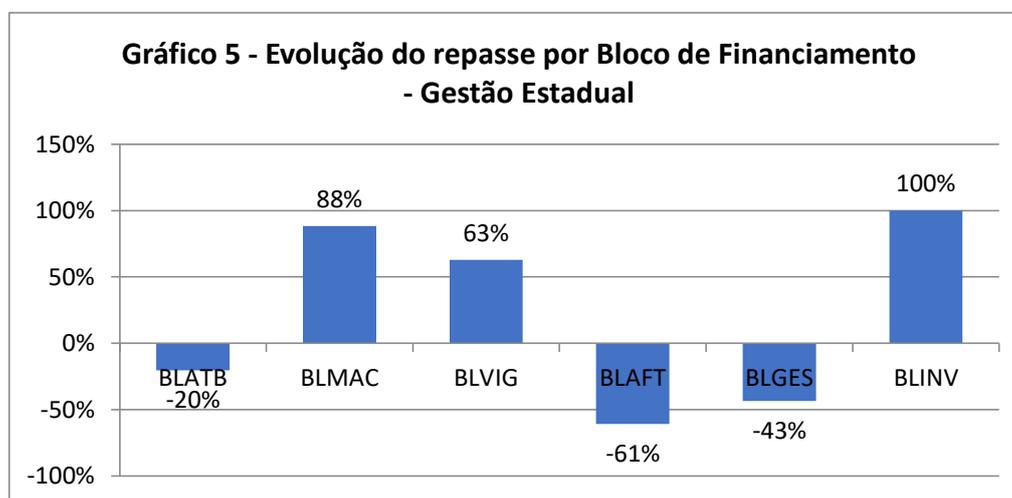
**Quadro 5 – Evolução do repasse para o Estado do Tocantins: 2008-2014**

BLOCOS	2008	2014	Diferença de 2014-2008	Evolução de 2008 a 2014 em %
BLATB	59.400,00	47.250,00	-12.150,00	-20%
BLMAC	127.079.428,41	239.347.907,00	112.268.478,59	88%
BLVIG	4.889.301,97	7.957.070,74	3.067.768,77	63%
BLAFT	3.930.551,45	1.543.098,72	-2.387.452,73	-61%
BLGES	2.236.529,17	1.265.914,30	-970.614,87	-43%
BLADM			0,00	
BLINV		6.681.782,00	6.681.782,00	100%

OUTROS				
TOTAL	138.195.211,00	256.843.022,76	118.647.811,76	86%

Fonte: Dados da pesquisa (2016)

Cabe destacar que dos blocos estaduais o de média e alta complexidade em conjunto com o de vigilância e investimento tiveram crescimento no período analisado. Já os blocos de atenção básica, farmacêutico e de gestão passaram a receber menos recursos do Governo Federal. Justifica-se o decréscimo no bloco da atenção básica pela transferência das ações de saúde sanitárias para o município. A redução do bloco de gestão pode ser justificada pela redução no orçamento geral como também pela política de gestão que cada governo prioriza no início ou no fim de seu mandato. O bloco farmacêutico também diminuiu porque as atividades desse bloco passaram a ser de responsabilidade dos municípios.



Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

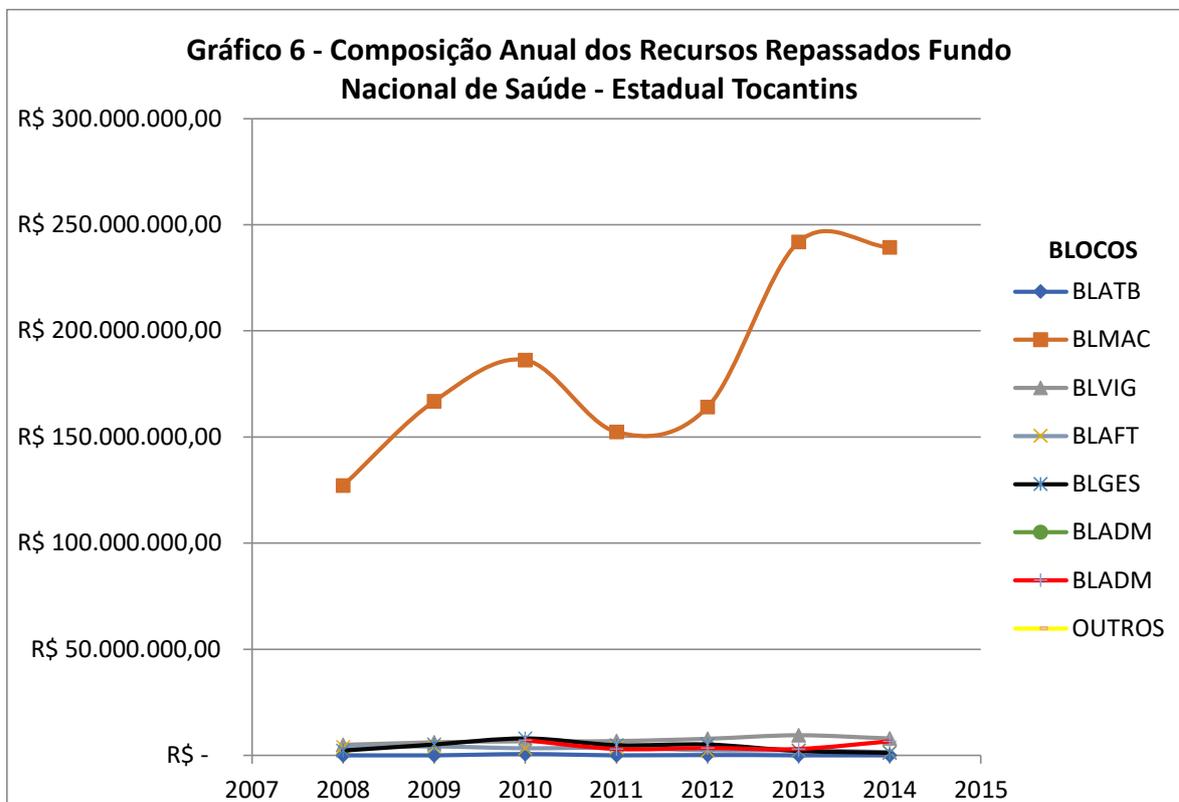
Com o fim de melhor detalhar os recursos recebidos pelo Estado do Tocantins apresenta-se no Quadro 6 e no Gráfico 6 o montante recebido anualmente. Percebe-se que o valor mais significativo recebido foi o do bloco da média e alta complexidade, destacando-se dos demais e com uma pequena diminuição no período de 2010 para 2011. no período de 2011 a 2013 há uma redução nos valores recebidos nos blocos de atenção básica e de média e alta complexidade.

**Quadro 6 – Valores anuais recebidos pelo Estado do Tocantins: 2008-2014**

BLOCOS	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
BLATB	R\$ 59.400,00	R\$ 54.000,00	R\$ 583.807,56	R\$ 57.913,00	R\$ 202.920,00	R\$ 54.810,00	R\$ 47.250,00
BLMAC	R\$ 127.079.428,41	R\$ 166.834.163,44	R\$ 186.219.421,39	R\$ 152.316.058,35	R\$ 164.074.456,61	R\$ 241.872.158,71	R\$ 239.347.907,00
BLVIG	R\$ 4.889.301,97	R\$ 6.134.937,21	R\$ 6.537.739,87	R\$ 6.695.582,10	R\$ 7.818.990,97	R\$ 9.457.026,51	R\$ 7.957.070,74
BLAFT	R\$ 3.930.551,45	R\$ 4.129.408,43	R\$ 3.372.169,51	R\$ 3.621.916,08	R\$ 2.326.091,05	R\$ 2.462.557,14	R\$ 1.543.098,72
BLGES	R\$ 2.236.529,17	R\$ 5.164.247,51	R\$ 7.974.117,19	R\$ 4.821.874,74	R\$ 5.136.180,66	R\$ 2.093.566,37	R\$ 1.265.914,30

BLADM							
BLINV			R\$ 7.233.802,00	R\$ 3.024.342,70	R\$ 3.429.077,10	R\$ 2.998.017,05	R\$ 6.681.782,00
OUTROS							
TOTAL	R\$138.195.211,00	R\$ 182.316.756,59	R\$ 211.921.057,52	R\$ 170.537.686,97	R\$ 182.987.716,39	R\$ 258.938.135,78	R\$ 256.843.022,76

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).



Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

### Consolidando as informações

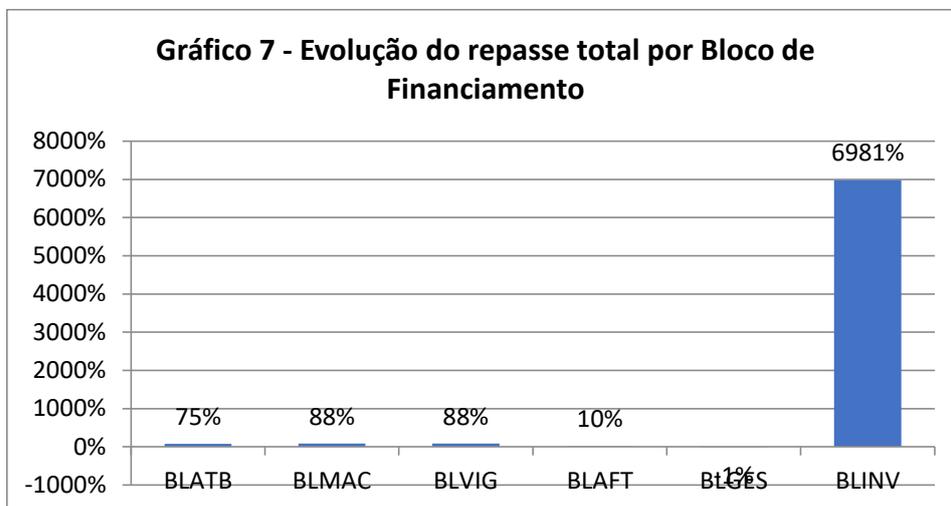
Ao somar os valores repassados aos municípios com os do Estado do Tocantins será obtido o total da transferência consolidada anualmente, conforme demonstrado no Quadro 7 e Gráfico 7. Nesse consolidado, exceto o bloco de gestão que teve impacto negativo no período analisado, todos os demais blocos receberam mais recursos ano pós ano.

Quadro 7 – Consolidação dos valores transferidos pela União

BLOCOS	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
BLATB	96.783.479,26	100.012.691,42	115.330.314,90	131.780.382,17	164.418.817,90	158.010.065,61	169.126.867,00
BLMAC	173.475.026,86	232.374.443,59	270.110.036,08	258.317.873,04	267.281.863,16	322.291.768,71	326.476.099,48
BLVIG	14.021.877,06	17.904.550,55	17.466.733,91	21.173.540,59	24.225.446,03	28.318.839,32	26.296.573,80
BLAFT	8.616.902,39	9.228.280,67	9.288.295,83	11.200.502,47	9.811.555,41	11.065.339,15	9.502.945,62
BLGES	2.389.529,17	5.221.247,51	9.789.307,02	5.760.804,29	6.341.739,27	3.473.286,19	2.357.414,23
BLADM	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

BLINV	480.000,00	400.000,00	12.542.135,33	10.192.681,72	17.493.250,85	25.399.421,06	33.987.218,68
OUTROS							
SUBTOTAL	295.766.814,74	365.141.213,74	434.526.823,07	438.425.784,28	489.572.672,62	548.558.720,04	567.747.118,81

Fonte: dados da pesquisa



Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

### Necessidade de novos recursos para aplicação na atenção à Saúde

A estratégia do Ministério da Saúde de redução das diferenças regionais na alocação de recursos federais implicou uma expansão na oferta de serviços de saúde também diferenciada regionalmente. Há diversos resultados que ilustram essa expansão diferenciada, houve crescimento significativo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Um estudo mais aprofundado poderá revelar a real adequação de tal expansão às realidades locais, com consequentes conclusões sobre a promoção de equidade no sistema de saúde brasileiro

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988 é o marco referencial para as profundas mudanças na área da saúde no Brasil, estabelecendo a universalidade do acesso, a equidade na prestação de serviços e a integralidade das ações, conceituando como princípio norteador que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

A instituição do Sistema Único da Saúde (SUS), pela lei 8.080/90, conhecida, juntamente com a lei 8.142/90, como a Lei Orgânica da Saúde (LOS), contempla os preceitos constitucionais e evidencia a preocupação em reformular os procedimentos na área da saúde com o fim de diminuir desigualdades e garantir acesso.

Contudo, para cumprir o preceito constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, são necessárias instituições públicas fortes e ágeis, com quadro de pessoal adequado e valorizado e financiamento adequado. Mas ficou evidente nesse

estudo que a realidade econômica do País tem trazido sérias limitações ao cumprimento constitucional e gerado conflitos no exercício do dia-a-dia.

Assim, o financiamento não é o suficiente, face às demandas cada vez mais amplas, coerentes inclusive com o amadurecimento do Estado de direito e das reivindicações crescentes.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M. **O SUS pós-NOB II**. Revista do CONASEMS. 2004; v. 1 (4); 14-16.
- ARRETICHE, M.; Rodrigues, V. **Descentralizar e Universalizar a Atenção à Saúde**. In: Arretiche, M; Rodrigues V. **Descentralização das Políticas Sociais no Brasil**. São Paulo/Brasília; 1999; v.3,(3). 16-30.
- BARROS, ME 2003. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. **Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde**, Brasília.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Série B. Textos Básicos de Saúde.– **Diretrizes para Programação Pactuada e integrada da Assistência à Saúde**. Brasília. 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Série A. Normas e Manuais Técnicos – **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília. 2006.
- BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Série A. Normas e Manuais Técnicos - **Pactos pela Saúde**. Brasília. 2006.
- BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. 2. ed. Brasília. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**. Brasília. 2006.
- BRASIL, Presidência da republica. Brasília. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília: Brasília. 2006.
- CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto da. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 4 ed., rev. e ampl. São Paulo, Atlas: 2003.
- Médici AC 2002. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde, pp. 23-68. In S Piola & S Vianna (orgs.). **Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão em saúde**.3. ed. Ipea, Brasília.
- MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Casa de Qualidade. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
- WORLD HEALTH STATISTICS (WHO) Disponível em: <[http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2015.

Recebido em 10 de agosto de 2016.  
Aceito em 16 de setembro de 2017.