



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

Sem URL

DOI: 0

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

CAPÍTULO 2 – POLÍTICA E MODELO ATUAL DE FINANCIAMENTO DO SUS

Autores:

João Alves dos Santos Neto

Cirurgião Dentista, Assessor Técnico – Jandira/ SP

Especialista em Saúde Coletiva e em Gestão Pública em Saúde – Santa Casa de São Paulo

Mestrando MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Sérgio Luiz da Costa

Enfermeiro; Assessor do Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde/MS

Especialista em Gestão Pública em Saúde – FCMSCSP Mestrando Curso PG em Odontologia em Saúde Coletiva FOP UNICAMP

Stephen Kunihiro

Cirurgião Dentista; Diretor Executivo da NK Sistema de Informação em Saúde Ltda; Especialista em Saúde Coletiva e Saúde da Família FOP UNICAMP; Mestrando Curso PG em Odontologia em Saúde Coletiva FOP UNICAMP

Denise de Fátima Barros Cavalcante

Cirurgiã Dentista, Especialista em Saúde Coletiva e Gestão Financeira em Saúde, Ex Secretária de Saúde e Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Condado-PE e ex-coordenadora de saúde bucal de Limoeiro, PE; Mestranda do Curso de PG em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP UNICAMP

GUIA DO CAPÍTULO

OBJETIVOS DO CAPÍTULO:

Este capítulo tem como objetivo, na primeira parte, fazer uma breve análise da política de financiamento do SUS, por meio de um rápido histórico do período pré SUS até a regulamentação do financiamento tripartite pela Lei Complementar nº 141 de 2012 que provocou uma insatisfação geral por conta da manutenção dos mesmos patamares de despesa pública em saúde por parte da União, demonstrando que não é de hoje a dificuldade de se encontrar a forma ideal de se financiar este sistema que se propõe ser universal e integral.

Na segunda parte, o capítulo tem como objetivo mostrar, na prática, como se dá o financiamento do Ministério da Saúde para as ações e serviços públicos de saúde, principalmente na esfera municipal. Por meio da leitura desta segunda parte é possível conhecer todos os seis Blocos de financiamento e todos os seus componentes com os principais incentivos do Ministério da Saúde, com os valores atuais do custeio, critérios e Portarias que os regulam. Sabemos que as Portarias são frequentemente alteradas por novas Portarias ou outros atos normativos, porém, da forma como estas Portarias foram citadas na Referência deste trabalho, informando o link do site da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde – BVMS, é possível verificar se a Portaria citada está em vigor ou se foi revogada. Neste último caso é informado pelo site da BVMS qual a Portaria que a substituiu facilitando a pesquisa das formas de custeio das ações, estratégias e serviços públicos de saúde no Brasil.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

1. BREVE ANÁLISE DA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SUS
2. FINANCIAMENTO E A TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FEDERAIS PARA AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.
3. NORMAS PARA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS REPASSADOS.
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS
5. REFERÊNCIAS

LEITURA OBRIGATÓRIA:

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 em ações e serviços públicos de saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm.

Decreto Federal nº 7.827 de 16 de outubro de 2012 Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm.

LEITURA COMPLEMENTAR:

Santos, Lenir. SUS e a Lei Complementar 141 comentada. Brasil. Lenir Santos, Campinas, SP: Saberes Editora, ISBN 978-85-62844-27-0.

ATIVIDADE

Como atividade, os autores sugerem um exercício para identificar, por meio do site do Fundo Nacional de Saúde, os repasses do Ministério da Saúde a um município qualquer.

1. Acesse o site: <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>
2. No link “consulta de Pagamentos” clique em “Detalhada – Clique aqui”;
3. No tipo de consulta selecione “Fundo a Fundo”
4. Selecione um Estado onde está o Município que vc deseja consultar;
5. Selecione o Município que você deseja consultar;
6. Não selecione o Bloco, para que venha todos os blocos disponíveis;
7. Selecione o ano que você deseja pesquisar;
8. Não selecione o mês, para que venham todos os meses do ano selecionado.
9. Não selecione mais nenhuma das próximas alternativas para que venham todos os repasses realizados;
10. Clique em “Pesquisar”
11. Clique em “FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS”;
12. Com base nos dados apresentados pelo sistema elabore um relatório onde conste o valor total repassado no ano selecionado em cada um dos blocos e indicando também o valor total repassado em cada um dos componentes e em cada uma das ações/serviços/estratégias que constam no sistema.

1. BREVE ANÁLISE DA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SUS

1.1. Histórico

A História da Saúde Pública no Brasil é marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas e institutos. Da instalação da colônia até o início do século XX, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional (Brasil, 2006d).

No início do século XX era de grande interesse controlar as doenças, pois prejudicavam a produção e a exportação do café e prejudicavam as relações comerciais com o exterior e a política de imigração. Foi nesta época que houve a primeira medida sanitária no país. O Rio de Janeiro não tinha nenhum saneamento básico e, assim, várias doenças graves como varíola, malária, febre amarela e até a peste espalhavam-se facilmente. Numa ação policial, o sanitário **Oswaldo Cruz** convocou 1.500 pessoas para ações que invadiam as casas, queimavam roupas e colchões, sem nenhum tipo de ação educativa. A população foi ficando cada vez mais indignada e o auge do conflito foi a instituição de uma vacinação antivariola. A população saiu às ruas e iniciou a **“Revolta da Vacina” que culminou com o afastamento de Oswaldo Cruz** (Brasil, 2006d).

Apesar do fim conflituoso, o sanitário conseguiu resolver parte dos problemas e colher muitas informações que ajudaram seu sucessor, **Carlos Chagas**, a estruturar uma campanha rotineira de ação e educação sanitária (Brasil, 2006d).

Pouco foi feito em relação à saúde depois desse período, apenas com o crescimento industrial e com a chegada dos imigrantes europeus, que formaram a primeira massa de operários do Brasil que começaram a se mobilizar e a exigir um mínimo de direitos e, em 1923 foi criada a Caixa de Aposentadoria e Pensão – CAPs por meio da Lei Eloy Chaves. O primeiro CAPs foi o dos ferroviários e eram fundos monetários, criados e mantidos pelas empresas, por meio da contribuição dos empregados e delas próprias, que visavam financiar a aposentadoria e pensões dos trabalhadores bem como a assistência médica destes trabalhadores e de seus familiares (Brasil, 2006d).

Os CAPs eram uma ótima alternativa para os trabalhadores no entanto, apesar de representar um avanço com relação à assistência médica inaugurou a lógica de que só tem direito à saúde aquele que contribuir financeiramente deixando os desprovidos ainda mais desassistidos (Brasil, 2006d).

Quando Getúlio Vargas toma o poder é criado o Ministério da Educação e Saúde e as caixas são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que, por causa do modelo sindicalista de Vargas, passam a ser dirigidos por entidades sindicais e não mais por empresas como as antigas caixas. O primeiro IAP foi o dos marítimos (Brasil, 2006d).

A criação dos IAPs fez com que todos os CAPs das mesmas categorias se unificassem, trazendo como benefício o aumento dos recursos e também dos benefícios ao trabalhador. A porcentagem dos IAPs, destinados à saúde, variavam de acordo com a categoria de trabalho. Apesar dessa melhoria quanto aos benefícios da classe operária, o direito à saúde continuou restrito aos contribuintes (Brasil, 2006d).

Com início da ditadura militar no Brasil, uma das discussões sobre saúde pública brasileira se baseou na unificação dos IAPs como forma de tornar o sistema mais amplo (Brasil, 2006d).

Em 1966, os IAPs de todas as categorias profissionais se unificaram em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) formando o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e funcionários públicos (Brasil, 2006d).

Saiba Mais:

A disponibilidade para o financiamento da previdência e da saúde passou a estar atrelado ao movimento da economia. Nessa época apenas 7,3% da população estava no mercado formal de trabalho com a carteira assinada e apenas essa parcela tinha direito à saúde, visto que, o Estado não tratava a saúde como um direito do cidadão (Brasil, 2006d).

O INPS passou a centralizar todos os recursos destinados a aposentadoria e a saúde do trabalhador. Surgiu então uma demanda muito maior que a oferta. A solução encontrada pelo governo foi pagar a rede privada pelos serviços prestados à população (Brasil, 2006d).

A estrutura foi se modificando tendo a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978, que ajudou nesse trabalho nos repasses para iniciativa privada. Um pouco antes, em 1974, os militares já haviam criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que ajudou a remodelar e ampliar a rede privada de hospitais, por meio de empréstimos com juros subsidiados (Brasil, 2006d).

A crise na saúde se agravou ainda mais com a democratização na política, no início dos anos 1980, e suscitou o movimento pela reforma sanitária, que levantava algumas bandeiras em prol de melhorias, como:

- Melhoria nas condições de saúde da população;
- Reconhecimento da saúde como direito universal;
- Reorganização da atenção a partir dos princípios: de integralidade e equidade;
- Garantia do direito à saúde como sendo dever do estado (ponto fundamental quanto ao financiamento).
- Efetivação do direito humano à saúde (Brasil, 2006d).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, foi um marco na história do SUS pois promoveu a propagação do movimento da Reforma Sanitária. A 8ª Conferência Nacional de Saúde resultou de imediato na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais.

A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como “direito de todos e dever do Estado”.

Desde o processo da Reforma Sanitária empreendida no Brasil em plena crise econômica e política na década de 70 e 80, os idealizadores desde movimento já se deparavam com o dilema do financiamento (Espírito Santo e Tanaka, 2011; Mendes, 2013a).

O movimento da Reforma Sanitária culminou com a criação do SUS – Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988 e mais de 26 anos depois da criação do SUS, ainda não está claro de que forma se vai financiar este sistema que se propõe, como princípio, ser universal e integral (Benevides, 2010; Gonçalves *et al.*, 2009; Marques e Mendes, 2009; Espírito Santo e Tanaka, 2011; Mendes *et al.*, 2011; Marques e Mendes, 2012; Espírito Santo *et al.*, 2012; Mendes, 2013; Mendes, 2013a).

Até a metade do século XX os gastos nacionais com saúde não passavam de um por cento do PIB – Produto Interno Bruto e grande parte destes recursos destinavam-se ao controle de doenças transmissíveis. O sistema público de saúde do Brasil apresentou um maior crescimento a partir da segunda metade do século XX. Mesmo assim, nos anos 70, este percentual era estimado em 2,5% do PIB. Nos anos 80, os gastos com saúde chegavam a 4,5% do PIB (Marques e Mendes, 2009) e, hoje gira em torno de 8,5% do PIB (Mendes, 2013; Mendes, 2013a).

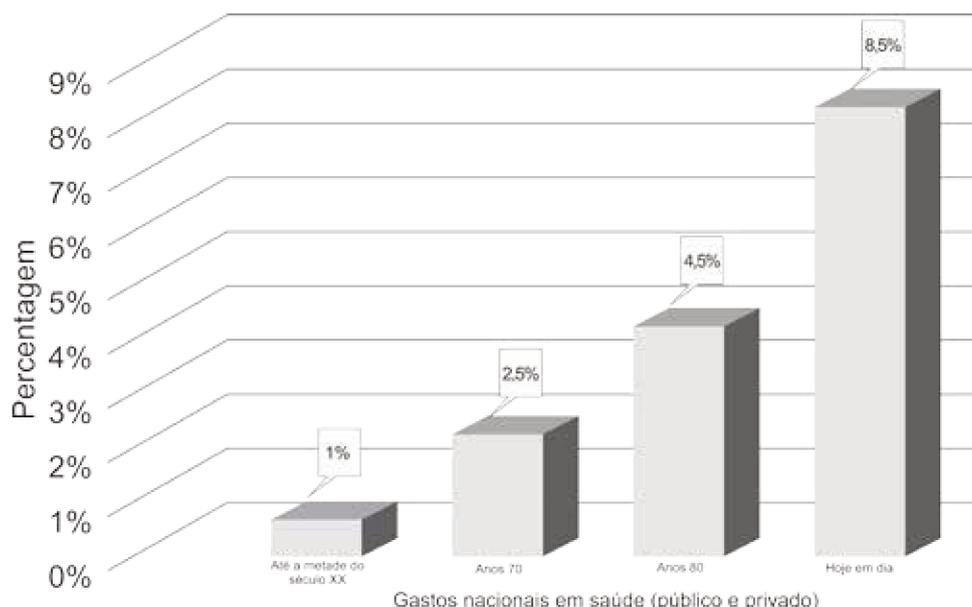


Gráfico 1. Percentagem de gastos nacionais em saúde (público e privado) da metade do século XX até hoje em dia. Fonte: Mendes, 2013 e Mendes, 2013a.

Este percentual de 8,5% do PIB indicaria que o Brasil tem um gasto total em saúde muito bom e até bem próximo a países desenvolvidos, porém, menos da metade deste percentual são gastos públicos em saúde, diferente dos países desenvolvidos, com sistemas universais de saúde em que o percentual de gastos públicos em relação aos gastos privados fica em torno de 70% (Mendes, 2013; Mendes, 2013a).

Pode-se dizer que grande parte dos problemas estruturais que hoje assolam o SUS está, de uma forma ou de outra, ligado à questão do financiamento (Marques e Mendes, 2009; Marques e Mendes, 2012; Espírito Santo *et al.*, 2012). A dificuldade de encontrar a forma ideal de se financiar o sistema de saúde é tão grande que, nos anos 1990 e 2000 este foi um dos temas mais debatidos e problemáticos para a implementação do SUS e, ainda hoje há conflitos e incertezas que cerceiam o financiamento do SUS – Sistema Único de Saúde. Encontram-se diferentes propostas de reordenamento de seu custeio e ainda não foi construído um financiamento compatível com uma política de saúde universal e integral (Benevides, 2010; Marques e Mendes, 2009; Gonçalves *et al.*, 2009; Espírito Santo e Tanaka, 2011; Mendes *et al.*, 2011; Marques e Mendes, 2012; Espírito Santo *et al.*, 2012; Mendes, 2013; Mendes, 2013a).

Vale ressaltar que em 1993, o Ministério da Saúde liderou a luta pela criação de uma fonte específica de financiamento para a Saúde, criando o IPMF (*Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira*), com a alíquota de 0,25% recolhida em todas as transações financeiras, vigorando durante o ano de 1994. Em 1997, esse assunto voltou a ser discutido, onde criou-se outro tributo direcionado para a saúde, a CPMF (*Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira*), iniciando em 1997 com alíquota de 0,20%, valendo por 10 anos até atingir a alíquota de 0,38% em 2007. Entretanto, não significou aumento significativo nos recursos da saúde, visto que, no mesmo período, outras fontes de recursos como a COFINS e a CSLL foram reduzidas e a partir de 1999, a CPMF deixou de ser fonte exclusiva para a Saúde, passando a financiar a previdência Social, e a partir de 2001, o Fundo de Combate à Pobreza (Casarin, 2009).

Há propostas, inclusive, do fim das deduções do imposto de renda das despesas com saúde privada e a transferência destes recursos para o SUS e propostas com objetivo de dobrar o gasto público em saúde de modo a atingir nível condizente com a média dos demais países que têm sistema parecido, elevando assim o SUS à condição de prioridade entre as políticas de governo (Marques e Mendes, 2012).

1.2. A Regulamentação do Financiamento tripartite.

O financiamento do SUS de forma tripartite, isto é, pela União, Estados e Municípios está previsto na Constituição Federal (Brasil, 1988) e nas Leis Federais 8.080 e 8.142 de 1990 (Brasil, 1990; Brasil, 1990a), porém, somente com a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 – EC 29 (Brasil, 2000) por meio da Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012), ficou definido quais tipos de ações e serviços podem realmente ser considerados como sendo de saúde.

No entanto, vale salientar que desde a criação do SUS, havia necessidade de um detalhamento para operacionalizar todo sistema, destarte, o Ministério da Saúde editou a primeira NOB 01/91 (*Norma Operacional Básica*) e outras 3 foram publicadas posteriormente (NOB 92, 93 e 96). Não iremos nos detalhar aqui neste capítulo a respeito destas normas, mas apontamos na sequência abaixo um breve resumo das mesmas (Casarin, 2009):

NOB 01/91	NOB 93	NOB 96	NOAS 2001
<ul style="list-style-type: none"> • Institui o pagamento por produção; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativou as Comissões Intergestores; 	<ul style="list-style-type: none"> • Reeditou as modalidades: Plena da Atenção básica e Plena do sistema de Saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionalização;
<ul style="list-style-type: none"> • Há críticas por considerar o município como mero prestador; 	<ul style="list-style-type: none"> • Criou modalidades de gestão Municipal: incipiente, parcial e semi-plena; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ativação do repasse fundo a fundo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilização dos municípios com ações estratégicas para a Atenção Básica.
<ul style="list-style-type: none"> • Em maio de 1993 houve suspensão de todos repasses do SUS; 	<ul style="list-style-type: none"> • Considerada um salto na Municipalização. 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do PAB fixo e variável. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Houve uma Edição de uma Medida Provisória com empréstimo ao FAT para financiar a saúde 			

Adaptado de Casarin, 2009

Em 2006, a portaria do Pacto de Gestão determinou alguns princípios para o financiamento do SUS e definiu ‘blocos’ gerais de alocação dos recursos federais, sendo eles: Atenção Básica; atenção da Média e Alta Complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; e gestão do SUS. Posteriormente, foi acrescentado outro bloco denominado de ‘investimentos na rede de serviços de saúde’ (Brasil, 2006). Esse fato de distribuição por 6 blocos facilitou a gestão municipal onde houve uma redução do número de contas administradas.

O processo de institucionalização do financiamento do SUS foi prejudicado, inicialmente pelas condições da política macroeconômica desenvolvida ao longo dos anos 1990 e 2000 e, recentemente,, pelos efeitos provocados pela atual fase do capitalismo financeiro (Marques e Mendes, 2012).

A falta de definição de uma fonte de financiamento adequada e sistemática ao SUS impacta diretamente na qualidade de suas ações e serviços e justifica o argumento daqueles que veem a saúde pública como um sistema pobre para atendimento aos pobres (Marques e Mendes, 2012).

Um grande avanço na definição de recursos para a saúde foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 – EC 29 no ano 2000 (Brasil, 2000). A EC 29 fortaleceu o modelo de gestão tripartite do SUS e tentou superar a crise do financiamento no setor, vinculando parte da arrecadação dos municípios (15%) e da arrecadação dos estados (12%) à saúde e fixando que a União deveria gastar em saúde, anualmente, o valor gasto no exercício anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB (Brasil, 2000; Ribeiro e Bezerra, 2013).

Ribeiro e Bezerra (2013) lembram bem que a EC 29 garantiu a aplicação de recursos mínimos e não um teto de investimento na área e que é preciso ter vontade política para colocar a saúde como prioridade. Gonçalves *et al.* (2009) apuraram em sua investigação de cumprimento, pelos municípios do estado de Pernambuco, dos percentuais mínimos fixados na EC 29 que, no conjunto, as médias observadas se mantiveram acima dos percentuais mínimos exigidos indicando que deveria ser ampliada a participação da união no financiamento do SUS.

A EC 29 aguardou por longos doze anos a regulamentação desta emenda que deixaria claro do que seria efetivamente gasto em saúde. Esta demora na regulamentação favoreceu a pluralidade de interpretações deste conceito (Gonçalves *et al.*, 2009).

Em 2011, o Decreto Federal 7.508 cria o COAP (*Contrato Organizativo da Ação Pública*) que definiu as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (Brasil, 2011). Vale salientar que as adesões a esta forma de contrato ainda estão muito incipientes tendo até este momento apenas os Estados do Ceará e Mato grosso do Sul contratualizados no COAP devido principalmente ao compromisso que a gestão assume juridicamente através de um contrato de assistência integral à saúde, sem previsibilidade de um aporte financeiro adicional. Como garantir se as próprias pactuações entre os municípios (PPI) são caixinhas ainda sem delimitações claras de responsabilidades?

No ano de 2012 foi sancionada a Lei Complementar nº 141 (Brasil, 2012), regulamentando a EC 29. Esperava-se que esta Lei, além da definição do que realmente é gasto em saúde, o qual ficou claro, era justamente a ampliação da participação da União no financiamento do SUS. Inicialmente, o projeto que se originou no Senado, previa a destinação de 10% da receita corrente bruta como contribuição da União, porém o texto aprovado continuou vinculando a participação da União à variação do PIB – Produto Interno Bruto (Pinto e Fleury, 2012).

A Lei complementar nº 141 (Brasil, 2012), definiu os seguintes critérios para compor os recursos mínimos que devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde:

União: aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual e no caso de variação negativa do PIB, o valor não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

Estados e o Distrito Federal: aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos e das transferências constitucionais, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Municípios aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos e das transferências constitucionais.

Segundo Pinto e Fleury (2012), a Lei Complementar 141 substituiu a omissão de doze anos de falta de regulamentação da EC 29 pela legalização do subfinanciamento por parte da União. A insatisfação gerada pela decepção da manutenção dos mesmos patamares de despesa pública em saúde, desencadeou

um movimento de coleta de assinaturas em defesa da saúde Pública o “Saúde + dez” que defende uma aplicação por parte da União de, no mínimo, 10% da receita corrente bruta – RCB. Tanto este movimento como outros instrumentos de participação popular demonstram que a situação do financiamento do SUS ainda está longe de ser resolvida (Pinto e Fleury, 2012).

1.3. O (sub) financiamento do SUS nos dias de hoje.

Se tem algo que é unânime nas falas dos gestores do SUS é o subfinanciamento do sistema. Embora se reconheça os problemas de gestão dos gastos, é evidente que o sistema, que pretende ser “universal” e “integral” funciona, com um financiamento muito aquém do necessário. E se há uma esfera de governo que precisa, por justiça, colocar mais recursos é a União. Uma dívida histórica de quem já colocou mais dinheiro em saúde (Mendes, 2012).

Financiamento em saúde pública no Brasil para garantir:



Figura 1: Financiamento em saúde e Diretrizes do SUS. Fonte: Figura elaborada pelos autores

O Projeto de Lei nº 127/2001 que regulamentava a Emenda Constitucional nº 29 – EC 29 que se encontrava no Senado, previa aplicação da União em, no mínimo, 10% da receita corrente bruta – RCB, mas não foi aprovado na versão original. Segundo Mendes (2012), isto poderia ter acrescentado para o orçamento do Ministério da Saúde de 2011 o correspondente a cerca de R\$ 32,5 bilhões e seria um resgate da responsabilidade da União com o SUS. Como podemos observar no Gráfico 1, o percentual vem se reduzindo ao longo do tempo proporcionalmente com o aumento do financiamento dos estados e dos municípios. A União foi deixando a responsabilidade do financiamento para Estados e Municípios, com a carga máxima sobre os Municípios. Na década de 80, a união participava com 75% do financiamento do SUS, em 1991 ainda contava com 73%, dez anos depois sua participação no financiamento do SUS já havia caído para 56%, chegando a 45% em 2010. Neste mesmo período a participação dos municípios dispararam de 7% em 1980 para 28% em 2010 e os Estados participavam com 18% em 1980 caíram para 15% em 1991, e hoje participam em média com 27% no financiamento do SUS.

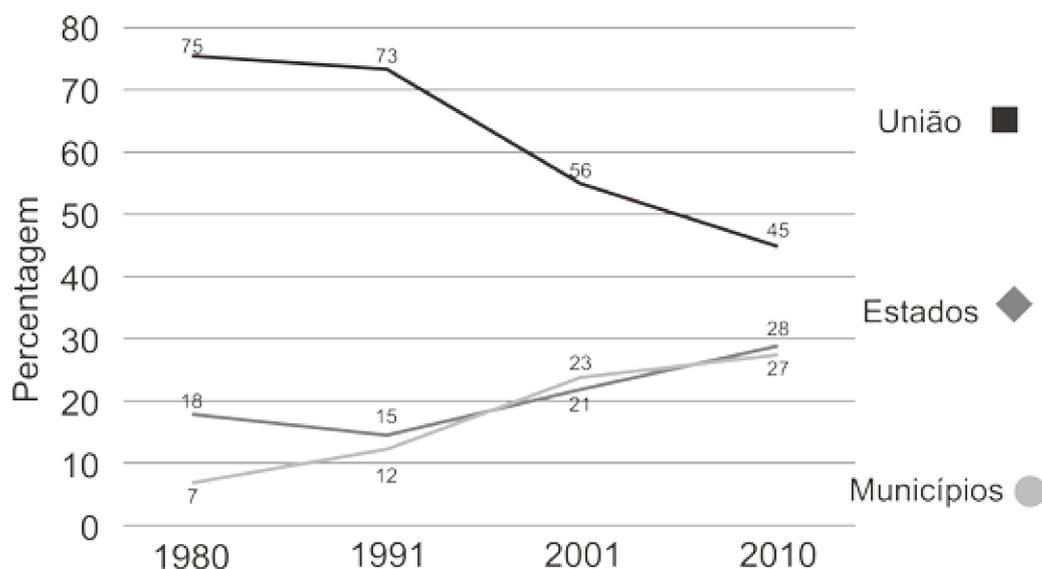


Gráfico 2. Participação da União, Estados e Municípios no financiamento do SUS, 1980, 1991, 2001 e 2010 (Em %).
Fonte: Elaborado pelos próprios autores

Comentário: Os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde (SUS) também diminuíram em relação às receitas correntes brutas da União após 1995. Representaram, em média 8,37% da RCB no período de 1995 a 2001, reduzindo-se, no período de 2002 a 2009, para 7,1% da RCB, na média (Mendes, 2012).

Tabela 1. Gastos federais com ações e serviços públicos de saúde (SUS) nos períodos de 1995 a 2001 e 2002 a 2009.

Período	Percentual médio da Receita Corrente Bruta
1995 a 2001	8,37%
2002 a 2009	7,1%

Fonte: Tabela elaborada pelos autores.

Na tabela 2 apresentamos outras comparações citadas por Carvalho (2012). A primeira comparação é com o gasto per capita dos Planos de Saúde, se o SUS tivesse o mesmo gasto per capita dos planos de saúde precisaríamos de mais 162 bilhões de reais anuais. A segunda comparação é com o percentual mundial do PIB de gasto com saúde pública. Dados de 2007 da Organização Mundial da Saúde – OMS indicam que foram de 5,5% no mundo, 2,2% nos países de baixa renda, de 3,5% nos países de média renda e de 6,7% nos países de alta renda. No Brasil, o PIB 2010 foi de R\$ 3,6 trilhões, o gasto com saúde pública em 2010 foi de R\$138 bilhões ou seja 3,8% do PIB. Se aplicado os 5,5% do gasto médio dos países, o Brasil teria necessidade de mais R\$ 198 bilhões. As demais comparações são com o gasto per capita em saúde que mostra que comparado aos países de maior renda, faltaria ao SUS 604 bilhões, comparado aos países da Europa, faltariam 297 bilhões e comparado aos países da América, faltariam 287 bilhões.

Tabela 2. Análise comparativa do financiamento do SUS, Estimativa de recursos para garantir cobertura à saúde universal e integral – Brasil, 2010

Hipóteses	Total em R\$ Bilhões	O que falta à saúde pública brasileira em R\$ Bilhões
Igualando o SUS ao gasto per capita dos Planos de Saúde (R\$ 1.560 em 2008).	298	160
Atingindo a média de 5,5% PIB mundial com saúde pública.	198	60
Usando-se o gasto público per capita dos países de maior renda (US\$ 2.589 em 2008)	742	604
Usando o gasto público per capita da Europa (US\$ 1.520 em 2008)	435	297
Usando o gasto público per capita das Américas (US\$ 1.484 em 2008)	425	287

Fonte: Tabela elaborada pelos autores.

1.4. A Emenda Constitucional 86 de 2015

Em março de 2015 foi aprovada EC – Emenda Constitucional 86 que tramitou por 15 anos no congresso nacional. Com esta EC o Executivo fica obrigado a liberar até 1,2% da receita corrente líquida (RCL) do ano anterior para as emendas apresentadas por parlamentares e metade destas emendas terão de ser aplicadas na área de saúde, não sendo permitido o pagamento de pessoal ou de encargos sociais.

A EC 86, conhecida como EC do Orçamento Impositivo modificou os artigos 165,166 e 198 da Constituição e dá mais independência para deputados federais e senadores que podem direcionar recursos para municípios e estados, respectivamente, sem depender da boa vontade do Executivo que utilizava este recurso como forma de pressionar os parlamentares para conseguir aprovar os projetos de seu interesse.

A EC 86 originou-se da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 22/2000 aprovada no Senado em novembro de 2013 e da PEC 358/2013, aprovada na Câmara dos Deputados em fevereiro de 2015.

Na realidade este formato de Emendas Parlamentares já vinha sendo praticada na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2015, onde todas as emendas individuais ao atingirem o limite máximo de 1,2% da Receita Corrente Líquida seriam atendidas pelo Executivo.

Esta emenda prevê uma ampliação progressiva dos recursos para a saúde nos cinco anos seguintes ao da sua promulgação. No primeiro ano (2016), a aplicação mínima em saúde será de 13,2% da receita corrente líquida; no segundo ano (2017), 13,7%; no terceiro ano (2018), 14,1%; no quarto ano (2019), 14,5%; e, no quinto ano (2020) em diante, 15% da receita líquida corrente.

Antes desta emenda, somente os estados e municípios tinham percentuais da arrecadação definidos.

A aprovação da EC 86 embora tenha definido um percentual mínimo da arrecadação por parte da união, foi outro duro golpe e gerou grande insatisfação naqueles que defendem mais recursos para a saúde pública por parte da união. A partir de agora todas as ações e serviços públicos de saúde custeados pela

parcela de royalties de petróleo e emendas de deputados e senadores passarem a fazer parte da base de cálculo para o cumprimento do novo mínimo obrigatório para gastos em saúde, o que acabará transformando este piso mínimo em teto máximo pois não permite que mais recursos sejam direcionados para saúde por meio de uma Lei Complementar, pois presentemente a Constituição dita o limite de gasto, o que possivelmente provocará redução de percentual de gastos em saúde por parte do governo federal.

2. FINANCIAMENTO E A TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FEDERAIS PARA AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012) regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal (Brasil, 1988) e definiu os percentuais mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e o mais importante, definiu quais ações e serviços públicos podem ser consideradas gastos com saúde.

São despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam de ACESSO UNIVERSAL, IGUALITÁRIO e GRATUITO; aquelas que estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação (compatibilidade com planos de saúde – planejamento ascendente); aquelas que sejam de responsabilidade específica do setor da saúde (despesas específicas do setor saúde).

Os recursos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios, conforme publicação de atos normativos específicos. A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007 (Brasil 2007), regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de Blocos de Financiamento. São seis os Blocos de Financiamento:

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

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos Estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos.

No gráfico abaixo verificamos a evolução dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios nos anos de 2011 a 2014, sendo evidente o aumento em valores destes repasses, passando de pouco mais de 51 bilhões em 2011 para quase 70 bilhões em 2014. Porém quando fazemos esta comparação em percentuais, tanto do PIB, quanto da Receita Corrente Bruta, verificamos que na realidade não houve crescimento nos repasses e sim uma redução.

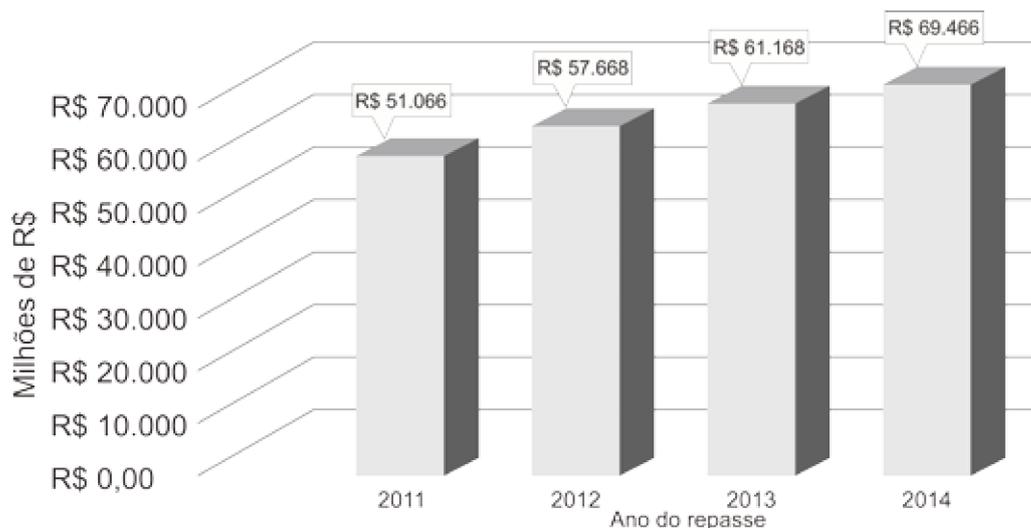


Gráfico 3. Comparativo de recursos repassados pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios nos anos de 2011 a 2014 em milhões de reais.

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (Brasil, 2015).

No gráfico abaixo podemos identificar o montante repassado pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios nos anos de 2011 a 2014 por blocos de financiamento. O Bloco da média e alta complexidade (Bloco MAC) é o que leva a maior parte dos recursos, em média 65% de todos os repasses, depois vem o bloco da atenção básica que absorve em média 21% dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde, em seguida vem o bloco da assistência farmacêutica que consome em média 6% dos repasses. Os Blocos da Vigilância em Saúde e de Investimentos respondem cada um em média por 3% dos repasses e o Bloco de Gestão não chega a um por cento.

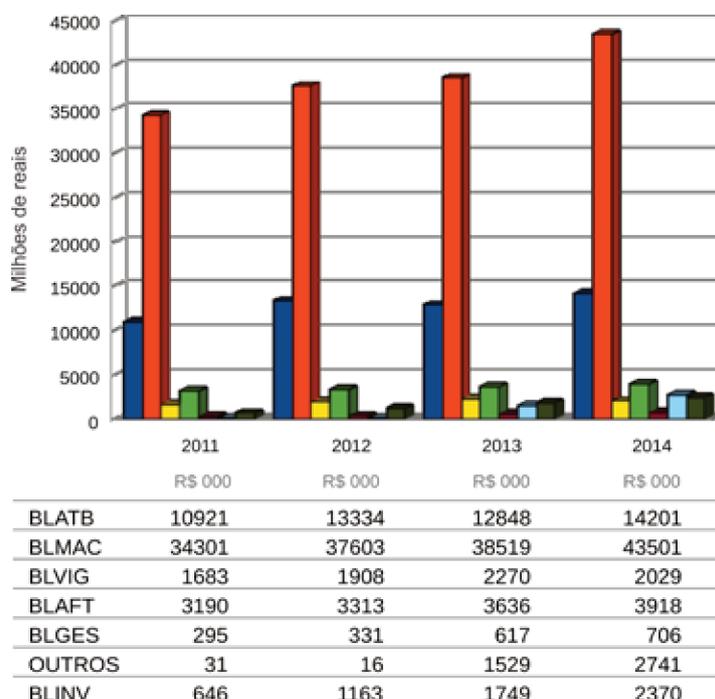


Gráfico 4. Composição anual dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios de 2011 a 2014 em milhões de reais.

Fonte: Fundo Nacional de Saúde (Brasil, 2015).

2.1. Bloco de Atenção Básica

O Bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes: Componente Piso da Atenção Básica e Componente Piso da Atenção Básica – PAB Variável.

2.1.1. Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo

O Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios.

A Portaria GM/MS nº 1.409 de 10 de julho de 2013 (Brasil, 2013f), definiu o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, conforme pontuação calculada segundo critérios definidos no Anexo I da referida portaria.

I – O valor mínimo para os Municípios integrantes do Grupo I passa para R\$ 28,00 (vinte e oito reais) por habitante ao ano.

II – O valor mínimo para os Municípios do Grupo II passa para R\$ 26,00 (vinte e seis reais) por habitante ao ano.

III – O valor mínimo para os Municípios do Grupo III passa para R\$ 24,00 (vinte e quatro reais) por habitante ao ano.

IV – O valor mínimo para o Distrito Federal e os municípios integrantes do Grupo IV passa para R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano.

PAB Estadual (no Estado de São Paulo)

A Resolução SS – 57, de 7 de junho de 2013, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (São Paulo – Estado, 2013), estabeleceu o Piso de Atenção Básica Estadual, bem como, a transferência de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, de forma direta e regular. Estes recursos devem ser aplicados pelos gestores municipais no custeio das ações de atenção básica de saúde e terá como base de cálculo o valor de R\$ 3,00 (três reais) per capita.

2.1.2. Componente Piso da Atenção Básica – PAB Variável.

O Componente Piso da Atenção Básica – PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica em saúde.

Os recursos do Componente PAB Variável são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde. No texto a seguir relacionamos os principais incentivos do Componente PAB Variável para custeio de estratégias que podem ser implementadas pelos municípios e pelo Distrito Federal na atenção básica.

As Portarias e os valores descritos baixo podem sofrer alterações ao longo do tempo, mas o objetivo é apresentar uma visão geral do modelo de financiamento variável da atenção básica pelo Ministério da Saúde.

2.1.2.1. ESF MODALIDADE 1

Equipe composta por, no mínimo um médico generalista, um enfermeiro generalista, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde conforme Portaria GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011e).

Financiamento:

R\$ 10.695,00 por mês e por ESF 1 implantada conforme Portaria GM/MS nº 978 de 16 de maio de 2012 (Brasil, 2012a), caso a ESF possua profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento o custeio cai para R\$ 4.000,00 por ESF de acordo com a Portaria nº 1.834 de 27 de agosto de 2013 (Brasil, 2013j).

Critérios Adicionais:

- a) ESF em Municípios com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal;
- b) ESF em municípios com população até 30 mil habitantes com IDH igual ou inferior a 0,7, nos demais Estados do País ambas conforme Portaria GM/MS nº 822, de 17 de abril de 2006 (Brasil, 2006a).
- c) ESF que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos conforme Portaria GM/MS nº 90, de 17 de janeiro de 2008 (Brasil, 2008).
- d) ESF que atuam em Municípios e áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI) conforme Portaria GM/MS nº 2.920 de 3 de dezembro de 2008 (Brasil 2008a).

2.1.2.2. ESF MODALIDADE 2

Equipe composta por, no mínimo um médico generalista, um enfermeiro generalista, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde de acordo com a Portaria GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011e).

Financiamento:

R\$ 7.130,00 por mês e por ESF 2 implantada conforme Portaria GM/MS nº 978 de 16 de maio de 2012 (Brasil, 2012a), caso a ESF possua profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento o custeio cai para R\$ 4.000,00 por ESF de acordo com a Portaria nº 1.834 de 27 de agosto de 2013 (Brasil, 2013j).

Critérios Adicionais:

Todas ESF não incluídas nas condições de ESF modalidade 1 estão enquadradas como ESF Modalidade 2.

Situação Atual:

No quadro abaixo verificamos a situação das ESF em abril/2015 quando havia 48.191 ESF credenciadas pelo MS, 39.996 cadastradas no sistema e 39.106 efetivamente implantadas e dos 5.570 municípios brasileiros 5.423 haviam aderido ao programa atingindo uma estimativa de 120.878.931 pessoas cobertas que representam uma cobertura de 62,32% da população total do Brasil. Estes números mostram que a estratégia da saúde da família é definitivamente o modelo de atenção para a atenção básica adotado em praticamente todo o país.

Quadro 1. Equipes de Saúde da Família por situação, quantidade de municípios brasileiros que aderiram ao programa e estimativa de população coberta e proporção de cobertura populacional até a competência de abril de 2015.

Equipes de Saúde da Família – ESF ESB (competência de abril/2015)						
Serviço	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Municípios que aderiram ao serviço	Estimativa de População coberta	Cobertura populacional estimada
ESF	48.191	39.996	39.106	5.423	120.878.931	62,32

Fonte: Portal DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a).

2.1.2.3. ESB 1 – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL MODALIDADE 1

Equipe composta por um Cirurgião Dentista generalista ou especialista em saúde da família e um auxiliar em saúde bucal (ASB) Portaria GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011e).

Financiamento:

R\$ 2.230,00 por mês e por ESB 1 implantada conforme Portaria GM/MS nº 978 de 16 de maio de 2012 (Brasil, 2012a).

OBS: Se a ESB for vinculada a ESF modalidade 1 (acima) fará jus a 50% a mais.

2.1.2.4. ESB 2 – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL MODALIDADE 2

Equipe composta por um Cirurgião Dentista generalista ou especialista em saúde da família, um técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) – Portaria GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011e).

Financiamento:

R\$ 2.980,00 por mês e por ESB 2 implantada conforme Portaria GM/MS nº 978 de 16 de maio de 2012 (Brasil, 2012a).

OBS: Se a ESB for vinculada a ESF modalidade 1 (acima) fará jus a 50% a mais.

Situação Atual:

Até o início dos anos 2000 a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde, não havia nenhum tipo de recurso direcionada para esta área, o acesso era extremamente difícil e limitado e o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica.

Em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal por meio do Programa Brasil Sorridente. O principal objetivo do Programa Brasil Sorridente é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

As principais linhas de ação do programa são a reorganização da atenção básica em saúde bucal (principalmente com a implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família

ESF), a ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

Ao final de 2012, a população brasileira contava já com 22.139 equipes de saúde bucal operando em 4.907 municípios. Também nesse exercício registrou-se a doação de 2.596 equipamentos odontológicos para apoio à implantação de novas equipes. A atuação governamental em saúde bucal foi expandida, em 2012, com a intensificação da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Entre 2004 e 2012 foram implantados 943 CEO em 771 municípios brasileiros. No ano de 2012, também foi atingido o número de 1397 Laboratórios de Prótese Dentária em funcionamento, distribuídos em 1.351 municípios brasileiros (Brasil, 2015a).

A inserção da saúde bucal nas equipes de saúde da família, embora tenha acontecido depois da implantação das ESF, passou a ser parte integrante desta estratégia considerando estes números apresentados.

O quadro abaixo mostra a situação atual das Equipes de Saúde Bucal em abril/2015 quando havia 24.175 ESB implantadas, sendo 21.934 na modalidade I e 2.241 na modalidade II distribuídas em 4.978 municípios que aderiram ao programa.

Quadro 2. Equipes de Saúde Bucal – ESB por modalidade e situação e quantidade de municípios brasileiros que aderiram ao programa até a competência de abril de 2015.

Equipes de Saúde Bucal – ESB (competência de abril/2015)				
Modalidade	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Municípios que aderiram ao programa
ESB Mod. I	29.541	23.092	21.934	4.978
ESB Mod. II	3.860	2.325	2.241	
Total ESB	33.401	25.417	24.175	

Fonte: Portal DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a).

2.1.2.5. NASF 1 – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA MODALIDADE 1

Equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior de modo que a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais; nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal. Deve estar vinculado a, no mínimo, 8 (oito) e no máximo 15 (quinze) ESF ou EAB, conforme Portaria GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011e).

Financiamento:

R\$ 20.000,00 por mês e por NASF 1 implantada conforme Portaria GM/MS nº 548 de 4 de abril de 2013 (Brasil, 2013a).

2.1.2.6. NASF 2 – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA MODALIDADE 2

Equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior de modo que a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais; nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal. Deve estar vinculado a, no mínimo, 3 (três) e no máximo 07 (sete) ESF ou EAB conforme Portaria GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011e).

Financiamento:

R\$ 12.000,00 por mês e por NASF 2 implantada conforme Portaria GM/MS nº 548 de 4 de abril de 2013 (Brasil, 2013a).

Situação Atual:

Até o mês de abril de 2015 tínhamos 4.150 NASF implantados, sendo 2.395 tipo 1, 826 tipo 2 e 929 tipo 3. Há possibilidades de ampliação deste número considerando que havia 5.067 NASF credenciados pelo Ministério, isto é com documentação completa e Portaria de Habilitação publicada e 4.254 NASF cadastrados no sistema CNES porém com algum impedimento de implantação, possivelmente equipe incompleta ou falta de registro de produção.

Com a Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, foi instituído o NASF 3, onde cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada, com o financiamento de R\$ 8.000,00 para custeio.

Quadro 3. Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF por tipo e situação e quantidade de municípios brasileiros que aderiram ao programa até a competência de abril de 2015.

Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (competência de abril/2015)			
Tipo	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas
NASF tipo 1	2.962	2.465	2.395
NASF tipo 2	977	842	826
NASF tipo 3	1.128	947	929
Total NASF	5.067	4.254	4.150

Fonte: Portal DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a).

2.1.2.7. ACS – AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Em número suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Portaria GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011 – Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2011e).

Financiamento:

R\$ 1.014,00 por mês e por Agente Comunitário de Saúde conforme Portaria GM/MS nº 314 de 28 de fevereiro de 2014 (Brasil, 2014a).

Situação Atual:

Podemos dizer que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde é um grande sucesso no Brasil, está implantado em 98,61% dos municípios brasileiros, com uma estimativa de 66,37% de cobertura populacional e atinge 265.242 Agentes Comunitários de Saúde efetivamente implantados.

Quadro 4. Agentes Comunitários de Saúde – ACS por situação, quantidade de municípios brasileiros que aderiram ao programa e estimativa de população coberta e proporção de cobertura populacional até a competência de abril de 2015.

Agentes Comunitários de Saúde – ACS (competência de abril/2015)						
Serviço	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Municípios que aderiram ao serviço	Estimativa de População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
ACS	332.289	269.906	265.242	5.493	128.739.214	66,37

Fonte: Portal DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a).

2.1.2.8. PMAQ-AB – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.

Para se habilitar ao recebimento dos recursos as equipes devem ser contratualizadas. Inicialmente, na adesão, é repassado um percentual de vinte por cento do valor do incentivo para cada equipe, a partir da classificação alcançada no processo de certificação pode-se chegar ao valor integral do incentivo financeiro, conforme descrito no art. 16 da Portaria GM/MS nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011 (Brasil, 2011b).

Financiamento:

De acordo com a Portaria GM/MS 562 de 04 de abril de 2013 (Brasil, 2013b).

I – R\$ 8.500,00 por mês e por EAB.

II – R\$ 2.500,00 por mês e por ESB vinculada a uma ou duas EAB.

III – R\$ 5.000,00 por mês e por NASF 1;

IV – R\$ 3.000,00 por mês e por NASF 2.

Situação Atual:

O PMAQ é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Lançado em 2011, o PMAQ da Atenção Básica (PMAQ-AB) contemplou em seu primeiro ciclo a adesão de equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal. Em 2013 aconteceu o segundo ciclo do PMAQ com duas novidades. A primeira é a ampliação da adesão de equipes de Saúde da Família, atenção básica parametrizadas, e saúde bucal e sem limite para a adesão, isto é, todas as equipes do município poderão aderir ao programa. A segunda novidade é a inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ao PMAQ. A partir da adesão, as equipes passam a receber 20% do recurso total designado a cada equipe participante do programa (Equipe de Saúde da Família, Saúde Bucal, NASF e CEO).

O PMAQ funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população. Por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, o programa busca favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil.

Hoje participam do programa 30.522 equipes de atenção básica, e 19.946 equipes de Saúde Bucal e 1.813 NASF, que estão situadas em 5.077 municípios. O processo de certificação das equipes, que determina o volume de recursos a ser transferido aos municípios, é composto por três dimensões: uso de instrumentos autoavaliativos; desempenho em resultados do monitoramento dos 24 indicadores de saúde contratualizados; desempenho nos padrões de qualidade verificados in loco por avaliadores externos.

2.1.2.9. EMAD 1 – EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE ATENÇÃO DOMICILIAR – EMAD TIPO 1.

As equipes devem ser compostas com: Médicos, com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho; Enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho; Fisioterapeuta e/ou assistente social, com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e Auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho conforme Portaria GM/MS nº 963 de 27 de maio de 2013 (Brasil, 2013c).

Financiamento:

R\$ 50.000,00 por mês e por equipe implantada conforme Portaria GM/MS 1.505 de 24 de julho de 2013 (Brasil, 2013g).

2.1.2.10. EMAD 2 – EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE ATENÇÃO DOMICILIAR – EMAD TIPO 2.

As equipes devem ser compostas com: Médico, com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho; Enfermeiro, com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; Fisioterapeuta ou Assistente Social com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e Auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho de acordo com a Portaria GM/MS nº 963 de 27 de maio de 2013 (Brasil 2013c).

Financiamento:

R\$ 34.000,00 por mês e por equipe implantada conforme Portaria GM/MS 1.505 de 24 de julho de 2013 (Brasil, 2013g).

2.1.2.11. EMAP- EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE APOIO.

De acordo com Portaria GM/MS 1.505 de 24 de julho de 2013 a EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior e a soma das CHS dos seus componentes acumularão, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho a nenhum profissional componente da EMAP poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho de acordo com a Portaria GM/MS nº 963 de 27 de maio de 2013 (Brasil 2013c).

Financiamento:

R\$ 6.000,00 por mês e por equipe implantada conforme Portaria GM/MS 1.505 de 24 de julho de 2013 (Brasil, 2013g).

Situação Atual:

Atualmente temos 988 EMAD tipo 1 implantadas e 78 EMAD tipo 2. Quanto às equipes de apoio EMAP, 641 equipes estão em atuação.

Quadro 5. Equipes de Atenção Domiciliar, segundo tipo, implantadas até a competência de abril de 2015.

Equipes de Atenção Domiciliar		
EMAD 1	EMAD 2	EMAP
988	78	641

Fonte: Portal DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a).

2.1.2.12. PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE.

A Equipe deve ser composta por, pelo menos, um profissional com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais ou 2 (dois) profissionais com carga horária de 20 (vinte) horas semanais para desenvolver atividades no Programa Academia da Saúde, conforme Portaria GM/MS 2.684 de 08 de novembro de 2013 (Brasil 2013j).

O Programa Academia da Saúde pode estar vinculado a um NASF e neste caso o Programa deverá ter outro(s) profissional(is), cuja carga horária total seja de 40 (quarenta) horas a mais em relação à carga horária mínima exigida para o respectivo NASF, para cada polo vinculado, limitando-se a vinculação a até 3 polos conforme Portaria GM/MS 2.684 de 08 de novembro de 2013 (Brasil 2013j).

Financiamento:

Vinculado a um Estabelecimento de Atenção Básica. R\$ 3.000,00 por mês e por polo do Programa Academia da Saúde, financiado pelo PAB Variável conforme Portaria GM/MS 183 de 30 de janeiro de 2014 (Brasil 2014).

Vinculado a um NASF. R\$ 3.000,00 por mês e por polo do Programa Academia da Saúde, financiado pelo Piso Variável de Vigilância em Saúde – PVVS conforme Portaria GM/MS 183 de 30 de janeiro de 2014 (Brasil 2014).

Situação Atual:

De acordo com a base de dados do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a), temos atualmente 1.343 polos de Academia da Saúde.

2.1.2.13. CONSULTÓRIO NA RUA MODALIDADE I.

Equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, excetuando-se o médico, sendo: a) dois profissionais de nível superior; e b) dois profissionais de nível médio conforme Portaria GM/MS 122 de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011).

Financiamento:

R\$ 9.500,00 por mês e por consultório na rua modalidade I implantado conforme Portaria GM/MS 122 de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011).

2.4.2.14. CONSULTÓRIO NA RUA MODALIDADE II

Equipe formada, minimamente, por seis profissionais, excetuando-se o médico, sendo: três profissionais de nível superior; e três profissionais de nível médio de acordo com a Portaria GM/MS 122 de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011).

Financiamento:

R\$ 13.000,00 por mês e por consultório na rua modalidade II implantado conforme Portaria GM/MS 122 de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011).

2.1.2.14. CONSULTÓRIO NA RUA MODALIDADE III

Equipe formada pela equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico de acordo com a Portaria GM/MS 122 de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011).

Financiamento:

R\$ 18.000,00 por mês e por consultório na rua modalidade III implantado conforme Portaria GM/MS 122 de 25 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011).

Situação Atual:

Atualmente temos 988 EMAD tipo 1 implantadas e 78 EMAD tipo 2, quanto às equipes de apoio EMAP 641 equipes estão em atuação.

Quadro 6. Equipes de Atenção Domiciliar, segundo tipo, implantadas até a competência de abril de 2015.

Equipes do Consultórios na Rua			
ECR Modalidade I	ECR Modalidade II	ECR Modalidade III	Total de ECR Implantadas
26	57	51	134

Fonte: Portal DAB – Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a).

2.2 Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

O Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade é formado por dois componentes: Componente do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

2.2.1. Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC;

No componente MAC estão os recursos para financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, sendo transferidos mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS aos Estados e municípios para custeio de ações de média e alta complexidade, em conformidade com o publicado

na Programação Pactuada e Integrada (PPI). No texto a seguir relacionamos os principais incentivos do Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

2.2.1.1. CEO I – Centro de Especialidades Odontológicas tipo I.

Além de cumprir requisitos de atividades que devem ser realizadas, equipamentos e materiais que devem ser disponibilizados, bem como mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados, a equipe do CEO tipo I deve possuir três ou mais cirurgiões dentistas e um auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico de acordo com a Portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006 (Brasil, 2006) alterada pela Portaria nº 1.464 de 24 de junho de 2011 (Brasil, 2011a).

Financiamento:

R\$ 8.250 por mês e por CEO Tipo I implantado e adicional de 20% para CEO aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência conforme Portaria GM/MS 1.341 de 13 de junho de 2012 (Brasil, 2012b).

2.2.1.2. CEO II – Centro de Especialidades Odontológicas tipo II.

Além de cumprir requisitos de atividades que devem ser realizadas, equipamentos e materiais que devem ser disponibilizados, bem como mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados, a equipe do CEO tipo II deve possuir quatro ou mais cirurgiões dentistas e um auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico. Portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006 (Brasil, 2006) alterada pela Portaria nº 1.464 de 24 de junho de 2011 (Brasil, 2011a).

Financiamento:

R\$ 11.000 mil por mês e por CEO Tipo II implantado e adicional de 20% para CEO aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência conforme Portaria GM/MS 1.341 de 13 de junho de 2012 (Brasil, 2012b).

2.2.1.3. CEO III – Centro de Especialidades Odontológicas tipo III.

Além de cumprir requisitos de atividades que devem ser realizadas, equipamentos e materiais que devem ser disponibilizados, bem como mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados, a equipe do CEO tipo II deve possuir sete ou mais cirurgiões dentistas e um auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico conforme Portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006 (Brasil, 2006) alterada pela Portaria nº 1.464 de 24 de junho de 2011 (Brasil, 2011b).

Financiamento:

R\$ 19.250 mil por mês e por CEO Tipo III implantado e adicional de 20% para CEO aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência conforme Portaria GM/MS 1341 de 13 de junho de 2012 (Brasil, 2012b).

Situação Atual:

De acordo com a base de dados do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a), temos atualmente 1.036 equipes de CEO Implantados, sendo 402 do tipo I, 508 do tipo II e 126 do tipo III.

Quadro 7. Centros de Especialidades Odontológicas, segundo tipo, implantadas até a competência de abril de 2015.

Centros de Especialidades Odontológicas			
CEO Tipo I	CEO Tipo II	CEO Tipo III	Total de CEO Implantados
402	508	126	1.036

Fonte: CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.do Ministério da Saúde (Brasil, 2015a).

2.2.1.4. PMAQ CEO COMPONENTE DE QUALIDADE DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE BUCAL.

O programa é composto por quatro fases distintas: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização, estas fases se sucedem e compõem um ciclo. Inicialmente é repassado um percentual de vinte por cento do valor do incentivo. Inicialmente, na adesão, é repassado um percentual de vinte por cento do valor do incentivo para cada equipe, a partir da classificação alcançada no processo de certificação pode-se chegar ao valor integral do incentivo financeiro, conforme descrito na Portaria GM/MS nº 261 de fevereiro de 2013 (Brasil, 2013).

Financiamento:

Conforme Portaria GM/MS nº 1.234 de 20 de junho de 2013 (Brasil, 2013d).

R\$ 8.250,00 por CEO do Tipo I;

R\$ 11.000,00 por CEO do Tipo II; e

R\$ 19.250,00 por CEO do Tipo III

2.2.1.5. SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÓVEL ÀS URGÊNCIAS SAMU 192.

Regulamentado pela Portaria GM/MS 2026 de 24 de agosto de 2011 (Brasil, 2011c)

2.2.1.5.1. USB Terrestre – Unidade de Suporte Básico de Vida:

Veículo tripulado por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

Financiamento:

Unidade habilitada – R\$12.500,00 por mês e por veículo com equipe.

Unidade habilitada e qualificada – R\$ 20.875,00 por mês e por veículo com equipe.

2.2.1.5.2. USA Terrestre – Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre.

Veículo tripulado por no mínimo 3 profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;

Financiamento:

Unidade habilitada -R\$27.500,00 por mês e por veículo com equipe.

Unidade habilitada e qualificada – R\$ R\$ 45.925,00 por mês e por veículo com equipe.

2.2.1.5.3. Equipe Aeromédica (HELICÓPTERO)

Aeronave com equipe composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;

Financiamento:

Unidade habilitada – R\$27.500,00 por mês e por aeronave com equipe.

Unidade habilitada e qualificada – R\$ R\$ 45.925,00 por mês e por aeronave com equipe.

2.2.1.5.4. Equipe de Embarcação (AMBULANCHA)

Equipe composta por 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;

Financiamento:

Unidade habilitada – R\$27.500,00 por mês e por embarcação com equipe.

Unidade habilitada e qualificada – R\$ R\$ 45.925,00 por mês e por embarcação com equipe.

2.2.1.5.5. Motolância.

Motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância.

Financiamento:

Motolância habilitada – R\$7.000,00 por mês e por veículo com condutor.

Motolância habilitada e qualificada – R\$ 7.000,00 por mês e por veículo com condutor.

2.2.1.5.6. Veículo de Intervenção Rápida – VIR

Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

Financiamento:

VIR habilitado – R\$27.500,00 por mês e por VIR com equipe

b) VIR habilitado e qualificado – R\$ R\$ 45.925,00 por mês e por VIR com equipe.

2.2.1.5.7. Centrais de Regulação para populações abaixo de 350.000 habitantes.

Central de Regulação Médica das Urgências são estruturas físicas constituídas por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência.

Financiamento:

De acordo com a Portaria GM/MS Nº 2.301 de 29 de setembro de 2011 (Brasil, 2011d).

Habilitada – R\$ 30.000,00 por mês e por Central de Regulação.

Habilitada e Qualificada – R\$ 50.100,00 por mês e por Central de Regulação.

2.2.1.5.8. Centrais de Regulação para populações acima de 350.000 habitantes.

Central de Regulação Médica das Urgências são estruturas físicas constituídas por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência.

Financiamento:

De R\$ 49.000,00 a R\$ 407.480,00 de acordo com o porte populacional previsto na tabela 5 da Portaria GM/MS 2026 de 24 de agosto de 2011 (Brasil, 2011c).

2.2.1.5.9. Centrais de Regulação para populações acima de 350.000 habitantes.

O CEREST tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. Poderão ser implantados CERESTs, de abrangência estadual, regional e municipal. A implantação de CERESTs de abrangência municipal está condicionada a uma população superior a 500 mil habitantes.

Financiamento:

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST são financiados de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.728 de 11 de novembro de 2009 (Brasil, 2009a).

CEREST MUNICIPAIS E REGIONAIS, sob gestão estadual ou municipal – R\$ 30.000,00 por mês e por CEREST implantado.

CEREST ESTADUAIS – R\$ 40.000,00 por mês e por CEREST implantado.

2.2.2. Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

No componente FAEC estão os recursos para custeio dos procedimentos:

- a) regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC);
- b) transplantes e procedimentos vinculados;
- c) ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido;
- d) novos procedimentos não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, sendo que esses últimos serão custeados pelo FAEC por um período de seis meses para permitir a formação da série histórica necessária à sua agregação ao componente MAC.

2.3. Bloco de Vigilância em Saúde

Os recursos federais que compõem o bloco financeiro de Vigilância em Saúde dos municípios, do Distrito Federal e dos Estados representam o agrupamento das ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e de vigilância sanitária. O bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes: Componente da Vigilância e Promoção da Saúde e Componente da Vigilância Sanitária.

A Portaria GM/MS nº 1.378, de 9 de julho de 2013 (Brasil, 2013e), regulamentou as responsabilidades e definiu as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco de Vigilância em Saúde, desde que cumpridas as finalidades previamente pactuadas no âmbito da CIT para execução das ações e observada a legislação pertinente em vigor.

Os recursos do Bloco de Vigilância em Saúde serão repassados mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios para uma conta única e específica.

2.3.1 – Componente da Vigilância em Saúde

O Componente de Vigilância em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de: vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco e promoção.

Os recursos oriundos do Componente de Vigilância em Saúde são constituídos de dois recursos: Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS).

2.3.1.1. Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS)

O PFVS compõe-se de um valor “per capita” estabelecido com base na estratificação das unidades federadas em função da situação epidemiológica e grau de dificuldade operacional para a execução das ações de vigilância em saúde. Os valores do PFVS serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A divisão dos recursos que compõem o PFVS entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde será aprovada no âmbito da CIB, observados os seguintes critérios:

- I – as Secretarias Estaduais de Saúde perceberão valores equivalentes a, no mínimo, 10% (dez por cento) do PFVS atribuído ao Estado correspondente e de acordo com sua base populacional;
- II – cada Município perceberá valores equivalentes a no mínimo 60% (sessenta por cento) do “per capita” do PFVS atribuído ao Estado correspondente e de acordo com sua base populacional;
- III – cada capital e Município que compõe sua região metropolitana perceberá valores equivalentes a no mínimo 80% do “per capita” do PFVS atribuído ao Estado correspondente e de acordo com sua base populacional.

Quadro 8. Divisão dos recursos que compõem o PFVS por ente federativo.

ENTE FEDERADO	MÍNIMO	MÁXIMO
Estado	10%	40%
Municípios	60%	90%
Capitais e Municípios da sua região metropolitana	80%	90%

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal perceberá o montante total relativo ao PFVS atribuído a esta unidade federativa.

2.3.1.2. Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS).

O PVVS é constituído pelos seguintes incentivos financeiros específicos, recebidos mediante adesão pelos entes federativos, regulamentados conforme atos específicos do Ministro de Estado da Saúde:

I – incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde.

O incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, do PVVS, foi composto pela unificação dos seguintes incentivos:

- I – Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE);
- II – Serviço de Verificação de Óbito (SVO);
- III – Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP);
- IV – Apoio de laboratório para o monitoramento da resistência a inseticidas de populações de “*Aedes aegypti*” provenientes de diferentes Estados do País;
- V – Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (FINLACEN);
- VI – Vigilância Epidemiológica da Influenza;
- VII – Ações do Projeto Vida no Trânsito; e
- VIII – Ações de Promoção da Saúde do Programa Academia da Saúde.

As Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios que recebem os incentivos deste componente, garantirão a manutenção do conjunto de ações para os quais se destinam.

Os incentivos para estas ações deste componente estão regulados pela Portaria GM/MS nº 183 de 30 de janeiro de 2014 que regulamentou o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde. Como estas ações não são comuns à maioria dos municípios, não serão citadas neste texto, porém os interessados em conhecê-los devem procurar a referida Portaria.

II – incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais.

O incentivo para as ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais será composto pela unificação dos seguintes incentivos:

- I – Qualificação das Ações de Vigilância e Promoção da Saúde as DST/AIDS e Hepatites Virais;
- II – Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS; e
- III – Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV.

Parágrafo único. As Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios que recebem estes incentivos garantirão a manutenção do conjunto das ações programadas na oportunidade de sua instituição, incluindo o apoio a organizações da sociedade civil para o desenvolvimento de ações de prevenção e/ou de apoio às pessoas vivendo com HIV/AIDS e hepatites virais.

III – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde no âmbito estadual, distrital e municipal.

O detalhamento dos valores referentes ao repasse federal do Componente de Vigilância em Saúde é publicado rotineiramente por ato do Ministro de Estado da Saúde.

2.3.2. Componente da Vigilância Sanitária

O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, constituído de dois recursos; Piso Fixo de Vigilância Sanitária – PFVisa e Piso Variável de Vigilância Sanitária – PVVisa.

2.3.2.1. Piso Fixo de Vigilância Sanitária – PFVisa

Este recurso é destinado a Estados, Distrito Federal e Municípios, visando o fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e para a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária.

Os valores do PFVisa são repassados mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde.

O PFVisa, é destinado ao Distrito Federal e os Estados, para estruturação dos serviços estaduais de vigilância sanitária, para o fortalecimento do processo de descentralização e para a execução das ações de vigilância sanitária e é composto por valor “per capita” estadual e por valores destinados ao FINLACEN-VISA.

A Portaria GM/MS 475 de 31 de março de 2014 (Brasil, 2014b) definiu que o valor per capita, do PFVisa destinado aos Estados deve ser calculado à razão de R\$ 0,30 (trinta centavos) por habitante/ano e prevê um mínimo de R\$ 630.000,00 (seiscentos e trinta mil reais) por ano.

O PFVisa, para os Municípios, é composto por valor “per capita” municipal destinado às ações estruturantes e estratégicas de vigilância sanitária para estruturação dos serviços municipais de vigilância sanitária, para o fortalecimento do processo de descentralização e para a execução das ações de vigilância sanitária.

Para os municípios, a Portaria GM/MS 475 de 31 de março de 2014 (Brasil, 2014b) definiu que o valor per capita, do PFVisa deve ser calculado à razão de R\$ 0,60 (sessenta centavos) por habitante/ano, com um mínimo de R\$ 12.000,00 (doze mil reais) por ano. Para o Distrito Federal este valor é de R\$ 0,90 (noventa centavos) por habitante/ano que representa o somatório do valor estadual e municipal.

Os valores do PFVisa são ajustados anualmente com base na população estimada pelo IBGE.

2.3.2.2. Piso Variável de Vigilância Sanitária – PVVisa.

Este recurso é destinado a Estados, Distrito Federal e Municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária.

O PVVisa é constituído por incentivos financeiros específicos para implementação de estratégias nacionais de interesse da vigilância sanitária, relativas à necessidade de saúde da população, definidas de forma tripartite.

O detalhamento dos valores do PFVisa e PVVisa são definidos em ato específico publicado pelo Ministério da Saúde.

2.4 Bloco de Assistência Farmacêutica

O bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

2.4.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos do elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, ou seja, medicamentos e insumos para a atenção básica em saúde e para as ações relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013 (Brasil, 2013i), o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme normas estabelecidas nesta Portaria, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

I – União: R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;

II – Estados: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino-dependentes estabelecidos na Portaria GM/MS nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007 (Brasil, 2007a), constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS; e

III – Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino-dependentes estabelecidos na Portaria GM/MS nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007 (Brasil, 2007a), constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS.

2.4.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica e programas de saúde estratégicos.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), são considerados estratégicos todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenham protocolo e normas estabelecidas e que possuam impacto socioeconômico. São doenças que atingem ou põem em risco a saúde das coletividades e têm como importante estratégia o controle de endemias focais e tratamento dos portadores de algumas doenças transmissíveis como a malária, leishmaniose, doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional que acometem populações de áreas específicas do país além do controle da tuberculose e da hanseníase. Também são considerados estratégicos os antirretrovirais do Programa DST-Aids; sangue/hemoderivados; e imunobiológicos.

O financiamento do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica é definido da seguinte forma:

Ao Ministério da Saúde compete a elaboração dos protocolos de tratamento, o planejamento, a aquisição centralizada e a distribuição dos medicamentos, produtos e insumos aos Estados. Às Secretarias Estaduais de Saúde compete o armazenamento dos produtos e a distribuição às regionais ou municípios e, aos municípios, compete a dispensação destes medicamentos e insumos nas unidades de saúde definidas pela gestão municipal.

2.4.3. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

As regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) está definido na Portaria GM/MS nº 1.554 de 30 de julho de 2013 (Brasil, 2013).

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste componente estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas:

- I – Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em:
 - a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e
 - b) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
- II – Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e
- III – Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Os grupos acima são definidos de acordo com os seguintes critérios gerais:

- I – complexidade do tratamento da doença;
- II – garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; e
- III – manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS.

O Grupo 1 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos:

- I – maior complexidade do tratamento da doença;
- II – refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento;
- III – medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e
- IV – medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.

O Grupo 2 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos:

- I – menor complexidade do tratamento da doença em relação ao Grupo 1; e
- II – refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento.

O Grupo 3 é definido de acordo com os medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na ver-

são final pelo Ministério da Saúde como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

O elenco dos medicamentos de cada grupo é descrito nos anexos das Portarias que definem as regras deste componente.

2.5. Bloco de Gestão do SUS

O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes: Componente para a Qualificação da Gestão do SUS e Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

2.5.1. Componente para a Qualificação da Gestão do SUS.

A transferência dos recursos do Componente para a Qualificação da Gestão do SUS segue critérios estabelecidos em ato normativo específico e diz respeito ao incentivo de custeio para as ações de auditoria, monitoramento, e avaliação da gestão do SUS, ouvidoria, participação e controle social.

2.5.2. Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

2.6. Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Em 2009, a Portaria GM/MS n. 837, de 23 de abril (Brasil, 2009) alterou e acrescentou dispositivos à Portaria GM/MS n. 204/2007 (Brasil, 2007), para inserir o bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

O bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde é composto por recursos financeiros que são transferidos mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado ao Ministério da Saúde.

Esses projetos deverão ser submetidos à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que avaliará sua conformidade com: o Plano Estadual de Saúde (PES); o Plano Diretor de Regionalização (PDR); e o Plano Diretor de Investimento (PDI).

Os projetos aprovados serão formalizados em portaria do Ministério da Saúde, com o valor, o período de execução e o cronograma de desembolso dos recursos financeiros a serem transferidos.

3. NORMAS PARA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS TRANSFERIDOS

3.1. Utilização dos recursos transferidos

Segundo a Portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007 (Brasil, 2007), os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio

bloco. Um cuidado especial deve ser tomado com a utilização de recursos do Bloco da Atenção Básica que se configura como grande demanda de auditorias pela sua utilização em ações inerentes ao Bloco da Média e Alta Complexidade.

Grosso modo, os recursos do PAB fixo e variável e os recursos do MAC que sozinhos representam a maior parte dos repasses federais para os municípios, devem ser utilizados no custeio das ações inerentes da Atenção Básica e da Média e Alta Complexidade, respectivamente, portanto é possível sim pagar os salários líquidos dos trabalhadores que atuam diretamente nas atividades da atenção básica e da Média Complexidade, respectivamente. O que não é permitido é pagar os encargos sociais destes trabalhadores que deve ser uma atribuição do empregador, no caso o município.

Despesas de capital na aquisição de equipamentos com estes recursos até são aceitas pelos tribunais de contas, porém, há de se tomar o cuidado de se comprovar a utilização destes equipamentos adquiridos exclusivamente na Atenção Básica ou na Média Complexidade, dependendo da origem do recurso. Por outro lado, há um bloco de investimento para financiar a compra destes equipamentos, por este motivo, deve-se evitar esta situação.

Os recursos referentes aos Blocos de Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Assistência Farmacêutica não poderão ser utilizados para o pagamento de:

- I – servidores inativos;
- II – servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- III – gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- IV – pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e
- V – obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

Findo o exercício anual, eventuais saldos financeiros disponíveis no Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica poderão ser remanejados para os outros Blocos de Financiamento, exceto para o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, e desde que sejam cumpridos previamente os seguintes requisitos:

- I – tenham sido executadas todas as ações e serviços previstos no Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica;
- II – elaboração de Plano de Aplicação da destinação dos recursos financeiros que serão remanejados, de acordo com a Programação Anual de Saúde;
- III – dar ciência do Plano de Aplicação, previsto no inciso anterior, ao respectivo Conselho de Saúde;
- IV – aprovação do Plano de Aplicação previsto no inciso II pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e
- V – inclusão da execução do Plano de Aplicação, previsto no inciso II, no Relatório Anual de Gestão (RAG)

É vedada a aplicação dos recursos disponibilizados por meio do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde em investimentos em órgãos e unidades voltados exclusivamente à realização de atividades administrativas.

3.2. Movimentação dos recursos transferidos

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012), além de definir os percentuais mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e descrever quais ações e serviços públicos podem e não podem ser consideradas gastos com saúde, esta Lei instituiu também as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos e em situações específicas, os recursos federais e estaduais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos na Constituição Federal e observadas as normas de financiamento.

Os recursos da União devem ser movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, e as movimentações dos recursos deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

3.3. Suspensão do repasse dos recursos

O Decreto Federal nº 7.827 de 16 de outubro de 2012 (Brasil, 2012c) regulamentou 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, verificados por meio das informações homologadas no SIOPS ou pela falta de informações do ente federado no SIOPS.

O Decreto 7.827 (Brasil, 2012c) prevê inclusive a suspensão das Transferências Constitucionais quando o ente federativo não comprovar no SIOPS, no prazo de doze meses, contado do depósito da primeira parcela direcionada ao Fundo de Saúde, a aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores, ou quando não houver declaração e homologação das informações no SIOPS, transcorrido o prazo de trinta dias da emissão de notificação automática do Sistema para os gestores.

As Transferências Voluntárias da União também poderão ser suspensas quando constatado o descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelos Estados e Municípios e na ausência de declaração e homologação das informações no SIOPS, transcorrido o prazo de trinta dias da emissão de notificação automática do Sistema para os gestores.

3.4. Fiscalização na utilização dos recursos transferidos.

Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição. Esta verificação será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS sem prejuízo de outras formas de verificação.

Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos repassados estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso para a adoção das providên-

cias legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse e a responsabilização nas esferas competentes.

3.5. Prestação de Contas e Transparência na utilização dos recursos.

De acordo com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012) os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade e a transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

3.5.1. SIOPS – Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

Definido pelo Decreto 7.827 (Brasil, 2012c), o SIOPS é o sistema informatizado de acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde, para o registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O gestor do SUS de cada ente da Federação será responsável pelo registro dos dados no SIOPS nos prazos definidos pelo Ministério da Saúde, e pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais será conferida fé pública.

Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e dos Tribunais de Contas, a verificação do cumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelos entes federativos, para fins de condicionamento das transferências constitucionais e suspensão das transferências voluntárias, será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS.

3.5.2. Audiência Pública

O gestor do SUS em cada ente da Federação deve elaborar relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, e apresentar até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação. Este relatório deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

- I – montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- II – auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- III – oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

3.5.3. Relatório Anual de Gestão

Os recursos oriundos de transferências da União e dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde e realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, devem ter sua prestação de contas apresentada no Relatório Anual de Gestão.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem enviar Relatório Anual de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas ao qual será

dada ampla divulgação. Estes Relatórios de Gestão são disponibilizados num sistema de acesso livre ao público, o SARGSUS – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão, neste sistema é possível visualizar todos os Relatórios de Gestão de todos os municípios do país.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da redução, desde o ano 1995, do percentual dos gastos federais com ações e serviços públicos de saúde comparado ao percentual de gastos dos municípios e do estado, o Ministério da Saúde continua sendo, depois do próprio município, o principal financiador do SUS municipal com participação de quase 40% no ano de 2013.

Segundo dados anuais da dotação atualizada de todos os municípios brasileiros, disponível no SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde de 2013, verifica-se que 40,39% das despesas totais em saúde são provenientes de transferências SUS, federal ou estadual, e destas transferências SUS, observamos que 91,92% são oriundas do Ministério da Saúde.

Há de se levar em consideração que os estados realizam ações e serviços por meio de unidade de saúde próprias gerenciadas diretamente ou por meio de parcerias com entidades privadas, que atendem a população dos municípios e o gasto com estas ações e serviços não aparecem nesta conta.

Neste capítulo foi informado, sempre que possível, a Portaria ou o ato normativo que regulamenta o custeio e o recurso atualmente destinado para cada ação e em cada componente, porém sabe-se que estas Portarias e atos normativos são reeditadas frequentemente, mas é possível, a partir deste registro entender como se dá, principalmente o financiamento federal para as ações e serviços de saúde e fica mais fácil inclusive, de se verificar se houve mudança na legislação consultando o endereço eletrônico onde está disponibilizada esta Portaria.

Em cada bloco e componente fizemos uma explicação de como utilizar os recursos transferidos e ao final no capítulo de normas para utilização dos recursos transferidos na parte utilização dos recursos transferidos apresentamos algumas orientações e normas legais, porém recomendamos sempre tomar conhecimento integral da Portaria citada como referência.

5. REFERÊNCIAS

- Benevides RPS. Financiamento do SUS na região metropolitana do Rio de Janeiro nos anos 2000 [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília: Senado Federal; 1988 [acesso 2015 jul 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 [acesso 2015 mar 18]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União; 1990a set 20. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

- Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro 1990 [acesso 2015 mar 18]. 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 [internet]. Diário Oficial da União. 1990b dez 28. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142.htm>
- Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 [acesso 2015 mar 18]. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde [internet]. Diário Oficial da União. 2000 set 14. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 17 de abril de 2006a [acesso 2015 fev 28]. Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0822_17_04_2006.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006b [acesso 2015 maio 15]. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 599, de 23 de março de 2006c [acesso 2015 mar 04]. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento [internet]. Diário Oficial da União; 2006c mar 24. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-599.htm>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Universidade Federal Fluminense. Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde [documentário]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006d [acesso 2015 jul 05]. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=11133&tipo=B>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007a [acesso 2015 fev 28]. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007b [acesso 2015 mar 18]. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 90, de 17 de janeiro de 2008a [acesso 2015 fev 28]. Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0090_17_01_2008.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.920, de 2 de dezembro de 2008b [acesso 2015 fev 28]. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família que atuem em áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2920_02_12_2008.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009a [acesso 2015 mar 18]. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html.

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009b [acesso 2015 mar 05]. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011a [acesso 2015 mar 04]. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1464_24_06_2011.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011b [acesso 2015 mar 04]. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011c [acesso 2015 mar 05]. Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2026_24_08_2011.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.301, de 29 de setembro de 2011d [acesso 2015 mar 05]. Altera os artigos. 35 e 40 da Portaria nº 2.026/GM/MS, de 24 de agosto de 2011, que aprova as Diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2301_29_09_2011_comp.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011e [acesso 2015 fev 28]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
- Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 [acesso 2015 maio 15]. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 2011f jun 29. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef034f00489ab23ba9bebbe2d0c98834/Decreto_7.50_de_28_de_junho_de_2011.pdf?MOD=AJPERES
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011g [acesso 2015 mar 04]. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012a [acesso 2015 fev 28]. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0978_16_05_2012.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012b [acesso 2015 mar 04]. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e dá outras providências [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html.
- Brasil. Decreto Federal nº 7.827, de 16 de outubro de 2012 [acesso 2015 mar 20]. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam 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, 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 Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 2012c out 17. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm.
- Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 [acesso 2015 mar 18]. 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 e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis números 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 2012d jan 16. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013a [acesso 2015 fev 28]. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3 [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548_04_04_2013.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 562, de 4 de abril de 2013b [acesso 2015 fev 28]. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0562_04_04_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013c [acesso 2015 mar 04]. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.234, de 20 de junho de 2013d [acesso 2015 mar 04]. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1234_20_06_2013.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013e [acesso 2015 mar 18]. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.409, de 10 de julho de 2013f [acesso 2015 fev 28]. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1409_10_07_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.505, de 24 de julho de 2013g [acesso 2015 mar 05]. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1505_24_07_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013h [acesso 2015 mar 18]. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013i [acesso 2015 mar 18]. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica

- no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.834, de 27 de agosto de 2013j [acesso 2015 mar 04]. Institui e redefine valores diferenciados de custeio às Equipes de Saúde da Família que possuam profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1834_27_08_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 261, de 21 de fevereiro de 2013k [acesso 2015 mar 04]. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0261_21_02_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.684, de 8 de novembro de 2013L [acesso 2015 mar 04]. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 314, de 28 de fevereiro de 2014a [acesso 2015 fev 28]. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0314_28_02_2014.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 475, de 31 de março de 2014b [acesso 2015 mar 18]. Estabelece os critérios para o repasse e monitoramento dos recursos financeiros federais do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, para Estados, Distrito Federal e Municípios, de que trata o inciso II do art. 13 da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2014 [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0475_31_03_2014.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 183, de 30 de janeiro de 2014c [acesso 2015 mar 31]. Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação [internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0183_30_01_2014.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [internet] Portal da Saúde: histórico de cobertura da saúde da família [acesso 2015a jul 17]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portal-dab/historico_cobertura_sf.php
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde [acesso 2015b jul 17]. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/visao/graficoComparativo.jsf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde [internet]. CNESNet – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [acesso 2015c jul 17]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>
- Carvalho G. A saúde pública brasileira precisa de mais recursos do governo federal. Publicado em: 2012 abr 20 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <http://www.saudemaisdez.org.br/index.php/2012-10-10-19-31-44/opiniao/33-saude-publica>.
- Casarin LC. O financiamento do setor saúde. In: Pereira AC, organizador. Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p.73-95.
- Espírito Santo ACG, Tanaka OU. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). Ciên Saúde Colet. 2011; 16(3): 1875-85.
- Espírito Santo ACG, Fernando VCN, Bezerra AFB. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. Ciên Saúde Colet. 2012; 17(4): 861-71.

- Gonçalves RF, Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Sousa IMC, Duarte-Neto PJ, Brito e Silva KS. Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(12): 2612-20.
- Marques RM, Mendes A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. *Econ Soc*. 2012; 21(2): 345-62.
- Marques RM, Mendes A. O financiamento do SUS sob os ventos da financeirização. *Ciê Saúde Colet*. 2009; 14(3): 841-50.
- Mendes A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde Soc*. 2013a; 22(4): 987-93.
- Mendes A. Análise de conjuntura do financiamento público federal de saúde no Brasil. Publicado em: 2012 abr 14 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <http://www.saudemaisdez.org.br/index.php/2012-10-10-19-31-44/opiniaio/33-saude-publica>.
- Mendes A, Leite MG, Marques RM. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc*. 2011; 20(3): 673-90.
- Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud Av*. 2013b; 27(78): 27-34.
- Pinto EG, Fleury S. Custeio do direito à saúde: em busca da mesma proteção constitucional conquistada pelo direito à educação. *Rev Direito Sanit*. 2012; 13(1): 54-80.
- Ribeiro JDT, Bezerra AFB. O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional nº 29: algumas reflexões. *Saúde Soc*. 2013; 22(4): 1014-23.
- São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS nº 57, de 7 de junho de 2013. Estabelece o Piso de Atenção Básica Estadual, bem como, a transferência de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, de forma direta e regular, nos moldes determinados pelo Decreto Estadual – 53.019, de 20 de maio de 2008, e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*. 2013 jun 08; n. 107, Seção 1, p.54.