



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Capacidades administrativas municipais e
financiamento federal na saúde

Trabalho de Conclusão de Curso para
obtenção de título de Especialista em
Economia da Saúde

Aluno: Luis Claudio Kubota

Orientador: Rodrigo Mendes Leal de Souza

Brasília-DF

2017

Capacidades administrativas municipais e
financiamento federal na saúde

Trabalho de Conclusão de Curso para
obtenção de título de Especialista em
Economia da Saúde

Aluno: Luis Claudio Kubota

Orientador: Rodrigo Mendes Leal de Souza

Brasília-DF

2017

Orlando Afonso Valle do Amaral

Reitor

Manoel Rodrigues Chaves

Vice-Reitor

Maria Clorinda Soares Fioravanti

Pró-Reitora de Pesquisa e Inovação

José Alexandre F. Diniz Filho

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Kubota, Luis Claudio

Capacidades administrativas municipais e financiamento federal na saúde [manuscrito] / Luis Claudio Kubota. - 2017. 83 f.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Mendes Leal de Souza.
Trabalho Final de Curso (Especialização) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública, Goiânia, 2017.

Bibliografia. Apêndice. Anexo.

Inclui siglas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Fundo Nacional de Saúde. 2. gestão. 3. financiamento. 4. SUS. 5. federalismo. I. Souza, Rodrigo Mendes Leal de, orient. II. Título

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Este documento pode ser reproduzido na íntegra, desde que citada a fonte.

FOLHA DE APROVAÇÃO

O conteúdo dessa página será enviado já formatado e com os nomes da banca de cada aluno para inclusão nesse local.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Rodrigo Mendes Leal de Souza, por seus retornos tempestivos.

Agradeço à minha família pela paciência.

Agradeço aos membros da banca por suas valiosas contribuições para a melhoria do estudo.

Agradeço a meus colegas da Coordenação de Saúde e do Núcleo de Informações Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) pelos comentários e colaborações.

Agradeço à minha instituição, Ipea, e todos envolvidos na autorização para participar do curso.

Agradeço ao Ministério da Saúde pelo suporte e financiamento a essa especialização.

RESUMO

O presente estudo procurou investigar: i) como os municípios que obtêm recursos do bloco de gestão do Fundo Nacional de Saúde (FNS) se distribuem espacialmente, e ii) como as capacidades administrativas impactam no acesso dos municípios a transferências federais por meio do bloco de gestão do FNS e do FNS como um todo.

Quanto ao primeiro objetivo específico, foi feita uma avaliação – inclusive espacial - dos municípios que obtiveram ou não transferências federais por meio do bloco de gestão do FNS. Para operacionalizar a segunda pergunta foram desenvolvidos três modelos de regressão, tendo como variáveis dependentes, respectivamente: (i) a obtenção ou não de transferências federais por meio do bloco de gestão do FNS (modelo logit), (ii) o número de Ações pelos quais o município obteve repasses federais por meio do bloco de gestão (modelo de Poisson), (iii) o número de Ações pelas quais o município obteve repasses federais por meio de todos os blocos (modelo de Poisson). As variáveis independentes se referem às capacidades administrativas, mensuradas a partir de variáveis selecionadas do ciclo orçamentário-financeiro, bem como se referem às variáveis de controle, conforme será mais detalhado na seção de metodologia.

A análise do bloco de gestão do FNS em seus sub-níveis indica que, dentre as ações previstas, há grande número daquelas referentes a atenção psicossocial, e a que se mostrou mais espalhada geograficamente foi o Programa de financiamento das ações de alimentação e nutrição. Quanto às outras ações apoiadas, para muitas delas há reduzido contingente de municípios beneficiados e/ou valores pouco expressivos.

Os resultados do estudo mostram que existe uma grande disparidade em alguns dos indicadores relacionados ao ciclo orçamentário-financeiro. Cabe aqui ressaltar o percentual relativamente reduzido de municípios – menos de

60% - que, ao fim de 2014 (segundo ano de mandato), haviam elaborado e enviado o Plano Municipal de Saúde para o Conselho Municipal de Saúde. Esta variável (PMS para CMS) se mostrou positiva e significativa no primeiro e terceiro modelos, ou seja, tem poder explicativo para diferenciar municípios que receberam transferências federais por meio do bloco de gestão do FNS, bem como o número de Ações por meio das quais o município recebeu repasses pelo FNS.

Ambos objetivos específicos do estudo têm como pano de fundo uma análise sobre o acesso às transferências federais pelo FNS, de municípios mais vulneráveis e com piores capacidades administrativas. A primeira análise – espacial – indicou que, no caso dos repasses por meio do bloco de gestão, não há uma concentração de municípios em regiões mais ricas. Pelo contrário, vários municípios da região Norte e de um dos estados mais pobres do Brasil, o Maranhão, obtiveram repasses por meio do bloco.

Os resultados do primeiro modelo confirmam que os municípios mais vulneráveis (medido pelo Índice de Vulnerabilidade Social) apresentam mais chances de obterem transferências federais por meio do bloco de gestão do FNS. No que diz respeito às variáveis selecionadas do ciclo orçamentário-financeiro, apenas o PMS ao CMS se mostrou positivo e estatisticamente significativo. Com relação ao segundo modelo, o IVS não foi significativo, ou seja, não há diferença em termos de vulnerabilidade entre municípios com maior ou menor número repasses federais por meio deste bloco.

Já os resultados do terceiro modelo indicam que municípios com menor vulnerabilidade social e com melhores indicadores nas variáveis do ciclo orçamentário-financeiro conseguem acesso a um número maior de transferências federais (medido pelo número de Ações de todos os blocos do FNS).

Decisão do Conselho de Gestores Tripartite prevê mudar a mecânica de

transferências federais aos municípios e estados. Está proposta prevê que os repasses em apenas duas modalidades, custeio e investimento, e procura valorizar um processo de “planejamento ascendente”. Este planejamento vai de encontro ao percentual relativamente reduzido de municípios que enviaram o PMS ao CMS ao fim do segundo ano de mandato dos prefeitos.

Palavras Chave: Fundo Nacional de Saúde, gestão, financiamento, SUS, federalismo, atenção básica.

ABSTRACT

The present study aimed to investigate: i) how municipalities that obtain federal funds through the management block of the National Health Fund (FNS) are spatially distributed, and ii) how the municipalities' administrative capabilities (measured by municipal financial management cycle indicators) impact in the access of federal funds from this block and all the blocks together.

With regards to the first objective, it was conducted an evaluation – including the spatial dimension - of the municipalities that obtained or not federal transfers through the management block of the FNS. In order to answer the second objective three regression models were developed. The dependent variable of first model (logit) was a dichotomous one: if the municipality received or not federal transfers through the management block. The dependent variable of the second model (Poisson) was the number of Actions by which the municipality received federal transfers through the management block. The dependent variable for the third model (Poisson) was the number of Actions by which the municipality received federal transfers through all FNS blocks.

The independent variables regards to the administrative capabilities, measured through selected variables of the budget and financial cycle, as well as control variables, that will be explained in more detail in the methodology section.

The analysis of the sublevels of the management block of the FNS indicates that there is a great number of actions related to psychosocial care, and that the action that is most geographically widespread is the Program for financing actions of feeding and nutrition. Among the other supported actions, there are many that have a small number of benefited municipalities and/or small values involved.

Results show that there is a great disparity in some of the selected indicators

for the municipal financial management cycle. It is interesting to highlight the relatively low percentage – less than 60% - of the municipalities that had elaborated and sent the Municipal Health Plan to the Municipal Health Council (PMS to CMS), by the end of 2014 (second year in office).

This variable was positive and significant in the first and third models, i.e., it has explicative power to distinguish municipalities that receive federal transfers through the management block of the FNS, as well as the number of Actions by which the municipalities received transfers through the FNS.

Both specific objectives of the study have, as a background, an analysis of the access of municipalities with worse indicators of social vulnerability and administrative capabilities to federal health transfers. The first analysis – spatial – indicates that, in the case of the transfers through the management block, there is no concentration in richer regions. On the contrary, many municipalities from the North Region and from Maranhão – one of the poorest states – obtained transfers through the block.

Results for the logit model confirm that more vulnerable municipalities (measured by the Social Vulnerability Index - IVS) have greater odds of obtaining federal transfers through this this block. With regards to the selected variables of the budget financial cycle, only PMS to CMS was positive and statistically significant. With regards to eh second model, IVS was not significant, i.e., there is no difference in terms of vulnerability between municipalities that receive greater or lesser number of federal transfers through this block.

With regards to the Poisson model for all FNS blocks, results indicate that municipalities with lower social vulnerability and better financial management cycle indicators have greater access to federal transfers (measured through the number of Actions).

The Tripartite Managers' Council have recently decided that the transfers to

States and municipalities will be made in only two categories: current expenses and investments. This process should valorize an “ascending planning”. However, this foreseen planning shocks with the figures just presented that less than 60% of the municipalities sent the PMS to CMS by the end of the second year of the mayors’ term.

Keywords: National Health Fund, management, financing, Unified Health System, federalism, basic health care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Funções integradas da gestão orçamentário-financeira.....	45
FIGURA 2. Municípios que receberam transferências federais por meio do Programa de financiamento das ações de nutrição e alimentação.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de municípios que receberam transferências federais pelo FNS, por bloco – 2013 a 2016.....	49
Tabela 2 – Ações/Serviços/Estratégias do bloco de gestão do FNS – R\$ mil e número de municípios que obtiveram repasses federais – consolidado 2013 a 2016.....	51
Tabela 3 – Estatísticas descritivas das variáveis relacionadas ao ciclo orçamentário-financeiro – por número de municípios – 2014.....	54
Tabela 4 – Modelos Logit e Poisson – Recebeu ou não transferências federais por meio do bloco de gestão, N ^o de Ações do bloco de gestão e N ^o Ações de todos os blocos do FNS, por município – 2014	57
Tabela 5 – Repasses federais pelo FNS aos municípios, por UF e bloco de financiamento – 2015 (R\$ Mil).....	70
Tabela 6 – Repasses federais por meio do bloco de Gestão do FNS, por UF – 2013 a 2016 (R\$ de 2016).....	71
Tabela 7 – Percentual de municípios que receberam repasses federais pelo FNS para o bloco de gestão, por UF – 2013 a 2016.....	72
Tabela 8 – Ações/Serviços/Estratégias do bloco de gestão do FNS – R\$ mil (2016) e número de municípios que obtiveram repasses federais – 2013 a 2016.....	73

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CEAB – Cobertura de Equipes de Atenção Básica

CESB – Cobertura de Equipes de Saúde Bucal

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS – Conselho das Secretarias Municipais de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FPE – Fundo de Participação de Estados

FPM – Fundo de Participação de Municípios

FUNDEB - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação

FUNDEF - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICM – Imposto sobre Circulação de Mercadorias

ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPI – Imposto sobre Produto Industrializado

IPTU - Imposto sobre a Propriedade Territorial e Urbana

IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores

IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte

ISS – Imposto sobre Serviços

ITBI - Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis

IVS – Índice de Vulnerabilidade Social

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

MUNIC – Pesquisa de Informações Básicas Municipais

NOB-SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

NV – Nascidos vivos cujas mães realizaram 7 ou mais consultas de pré natal

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PAS – Programação Anual de Saúde

PMS – Plano Municipal de Saúde

PPA – Plano Plurianual

PS – Plano de Saúde

RAG – Relatório Anual de Gestão

SARGSUS - Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão

SIACS – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UF – Unidade da Federação

SUMÁRIO

ELEMENTOS PRÉ-TEXTUAIS

Capa

Folha de rosto	2
Ficha catalográfica	3
Folha de aprovação	4
Agradecimentos	5
Resumo	6
Palavras-chave	8
Abstract	9
Key words	11
Lista de Figuras	12
Lista de Tabelas	13
Abreviações e siglas.....	14

ELEMENTOS TEXTUAIS

Introdução	17
Objetivos	43
Método	44
Resultados	49
Discussão	59
Conclusão	62

ELEMENTOS PÓS-TEXTUAIS

Referências	65
Apêndice.....	70
Anexo	82

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal, em seu Art. 30, inciso VII, prevê que compete aos municípios: “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”¹. Da leitura deste inciso se pode depreender que o pleno entendimento da problemática da saúde envolve a questão federativa e o estudo da prestação do serviço a nível municipal.

Recentemente, representantes da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) pactuaram um novo modelo que exclui os blocos de financiamento – que serão descritos em seguida². Nesse sentido, é importante o entendimento da situação atual, a fim de que futuramente possam ser feitas as devidas comparações com o novo modelo.

Os blocos de financiamento do Fundo Nacional de Saúde (FNS) são os seguintes: i) Atenção Básica; ii) Atenção Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; iii) Vigilância em Saúde; iv) Assistência Farmacêutica v) Gestão do SUS e vi) Investimentos na Rede de Serviços de Saúde³.

Os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) referentes às transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para municípios (entre os anos 2013 a 2016) mostram que um número

¹ Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 16 mai. 2017.

² Alguns autores, como Pinto Junior et al. (2014), defendem que para se avançar nos princípios norteadores do SUS, é necessário criar um fundo único, que simultaneamente melhore o processo de controle e avaliação em cada nível de governo.

³ Os critérios para transferências de recursos são definidos nos artigos 33 a 35 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Anexo II), na Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que instituiu os blocos de financiamento que são analisados ao longo do estudo, e na Portaria GM/MS nº 412, de 15 de março de 2013.

relativamente reduzido de municípios recebe repasses por meio do bloco de financiamento de gestão. Isto, ao contrário do que ocorre nos blocos de Assistência Básica e Vigilância, torna este bloco interessante para análise do diferencial entre os municípios.

A escolha pelo nível municipal se deu pela importância dos municípios na prestação dos serviços de saúde dado o modelo federativo brasileiro e considerando o seu protagonismo e complexidade na dinâmica dos repasses federais. O valor dos repasses para os municípios é quase três vezes maior que para os Estados (dados de 2015). Em segundo lugar, em função do número reduzido de Estados, a análise em nível estadual não seria compatível o uso das técnicas econométricas utilizadas no estudo. Considerando o número de transferências e de observações, a análise em nível municipal pode ser considerada bem mais complexa e trabalhosa.

O presente estudo pretende investigar o seguinte problema geral: ao traçar um perfil das capacidades administrativas municipais em saúde (mensuradas a partir de variáveis selecionadas do ciclo orçamentário-financeiro⁴), analisar as consequências em termos do acesso a repasses federais voltados a ações de gestão em saúde.

Além da importância de se conhecer a situação atual do financiamento à saúde no âmbito do SUS, em um cenário de mudança, o presente TCC traz contribuição inovadora, uma vez que a pesquisa não identificou qualquer estudo sobre o bloco de gestão, e tampouco investigações sobre o FNS com nível tão desagregado de análise: em nível municipal e de Ação/Serviço/Estratégia.

Revisão da Literatura

a) Estratégia de seleção de estudos.

⁴ Indicadores de eficiência técnica de processo conforme tipologia de Draibe (1998), a ser detalhada na seção de metodologia.

A revisão de literatura foi desenvolvida da seguinte forma. Foram pesquisados os termos (inclusive em inglês, dependendo da base): financiamento, federalismo, municípios, gestão municipal, análise espacial e econometria espacial. Considerando as áreas de pesquisa envolvendo os temas objeto do levantamento, a metodologia de busca abrangeu as seguintes bases de dados: Cochrane Library, BVS e PubMed⁵.

Foi realizada uma consulta adicional com o intuito de se investigar a relação entre capacidades administrativas municipais e financiamento. Para tanto, foi feita pesquisa utilizando as várias combinações simultâneas dos termos gestão municipal (ou correlatas como ciclo orçamentário-financeiro ou capacidades administrativas) e financiamento (ou variantes, como financiamento municipal ou financiamento da saúde). Especificamente com relação a esta consulta adicional, como se obteve poucos resultados nas três bases anteriormente citadas, foram feitas consultas adicionais no Google Acadêmico.

Nos seis temas avaliados, optou-se por priorizar estudos voltados à realidade brasileira⁶. Dentre os estudos voltados à realidade brasileira, privilegiaram-se aqueles de cunho mais abrangente, apesar de que alguns estudos de caso foram analisados.

Com relação aos estudos referentes a financiamento, foram selecionados aqueles voltados à realidade municipal e/ou dos blocos de financiamento.

No que diz respeito à análise espacial, foram desconsideradas as centenas de artigos que simplesmente utilizaram a técnica, e selecionados os dois materiais que traziam recomendações metodológicas para a análise espacial

⁵ É interessante notar que a BVS disponibiliza publicações dos principais portais e páginas institucionais de interesse, como os do Ministério da Saúde, do IBGE e dos Conselhos de Saúde.

⁶ Não obstante ser interessante conhecer a realidade federativa de países como o Canadá, a Itália ou os Estados Unidos, não havia tempo hábil para se realizar esta empreitada no âmbito da elaboração do TCC.

na área da saúde.

Do total de 59 textos revisados na busca sistemática, destacaram-se 45 referências como mais relevantes para serem citadas no TCC. No decorrer da elaboração, algumas das referências contabilizadas anteriormente foram desconsideradas, principalmente por questões de redundância. Por outro lado, outras referências que não foram encontradas durante o processo de busca sistemática foram incluídas⁷.

b) Federalismo

Franzese e Abrucio (2013) apontam para dois tipos de federalismo. O primeiro é o competitivo, caracterizado por distribuição de competências entre os níveis de governo, e baseada na divisão de responsabilidades por área de política pública. Trata-se de um modelo descentralizado, no qual o poder de tributação é dividido, possibilitando a fixação de valores diferentes pelas unidades federativas. O caso mais representativo são os Estados Unidos, e o problema deste tipo de modelo é que a possibilidade de competição entre os estados pode levar a um problema de ação coletiva.

O outro tipo de modelo é o cooperativo, no qual as instituições políticas incentivam os atores territoriais a colaborarem, dividindo os poderes entre eles e prevendo tarefas a serem executadas conjuntamente. Tem-se um sistema de taxação conjunta e equalização vertical e horizontal. O caso mais típico é o alemão, e o problema desse modelo é que a constante necessidade de cooperação produz um grande número de vetos, criando a “armadilha da decisão conjunta” (FRANZESE; ABRUCIO, 2013).

No caso brasileiro, a diretriz constitucional instituiu que as principais políticas públicas deveriam ser descentralizadas para o âmbito municipal, senão na

⁷ Capítulos do livro recém-lançado “Sistemas de saúde no Brasil: organização e financiamento” são exemplos.

formulação, pelo menos na implementação. Entretanto, a Constituição raramente especificou claramente a competência de cada esfera de governo em determinada área, prevalecendo então a execução de políticas públicas compartilhada. Por um lado, o texto constitucional não definiu, como no caso alemão, qual função cabe a cada esfera de governo. Por outro lado, também não separou, como no caso norte-americano, as atribuições de cada governo dentro da matriz federativa. O resultado são graves problemas de superposição de ações e de responsabilização (FRANZESE; ABRUCIO, 2013). O federalismo implantado por meio da reforma fiscal de 1967 apresentava dois componentes principais. O primeiro foi o reforço da capacidade tributária dos entes subnacionais, com a criação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICM) e do Imposto sobre Serviços (ISS). O segundo foi a instituição de um duplo mecanismo de repartição de receitas na federação: os fundos de participação, com funções distributivas, e os fundos setoriais de infraestrutura, com funções de cooperação. Além disso, os fundos de investimento voltados para a capitalização de empreendimentos privados no Nordeste e na Amazônia, baseados na renúncia do Imposto de Renda, funcionavam não oficialmente como um terceiro componente do federalismo fiscal (REZENDE, 2003).

A cooperação intergovernamental no que diz respeito à implantação das políticas de modernização da infraestrutura reforçou as condições necessárias para um novo impulso no processo de industrialização no país, ao passo em que as diferenças econômicas entre as regiões diminuíram. O esgotamento do modelo coincidiu com o enfraquecimento do regime militar (REZENDE, 2003). Segundo Lima (2007), as bases do federalismo fiscal remontam à reforma fiscal de 1967. Esta se caracterizava por forte centralização arrecadatória no governo federal, reforço da capacidade tributária própria de estados e municípios com a criação – respectivamente – do Imposto sobre Circulação de

Mercadorias (ICM) e Imposto sobre Serviços (ISS), implantação de repartição regular de receitas federais com fins redistributivos e não-condicionados a gastos específicos – Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM), implantação de mecanismos de alocação de receitas federais para investimentos setoriais e criação de mecanismo de devolução tributária para os municípios.

A perda de autonomia dos governos subnacionais durante o governo militar desencadeou forte reação de estados e municípios durante o processo de abertura política. Havia reivindicação pelo aumento das transferências federais sem qualquer condicionalidade de uso.

Sobre o modelo tributário introduzido com a Constituição de 1988, Rezende (2003) defende que os fundamentos do modelo de 1967 não foram alterados, mas perdeu-se o equilíbrio de partilhas e transferências de recursos. Para o autor, perdeu-se também a cooperação intergovernamental para a implementação das políticas prioritárias para a promoção do desenvolvimento, com a incorporação de combustíveis, energia e comunicações à base de incidência do rebatizado Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). A parcela da receita federal no Imposto de Renda e no Imposto sobre Produto Industrializado (IPI) repassada aos fundos de participação passou a absorver praticamente metade da arrecadação dos principais tributos de competência da União. O componente de desenvolvimento regional ficou atrofiado (REZENDE, 2003).

Segundo Rezende (2003), as mudanças tributárias pós Constituição de 1988 representaram uma deterioração da qualidade do sistema tributário. As novas responsabilidades sociais de competência do governo federal levaram à crescente utilização de contribuições sociais, que são tributos cumulativos danosos à competitividade dos produtos brasileiros. A falta de regras claras de cooperação intergovernamental impediu a articulação das ações federais,

estaduais e municipais, com prejuízos para a eficácia e eficiência das políticas sociais, o que foi parcialmente remediado com a criação do Fundo Nacional de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério (Fundef) e o estabelecimento de regras de co-participação financeira em programas de saúde básica.

“Os recursos destinados ao financiamento das políticas sociais foram se concentrando nas mãos do governo federal, ao passo que as demandas por maior descentralização das responsabilidades nessa área exigiam uma maior resposta de estados e de municípios, cuja capacidade de reagirem a essas demandas ficava na dependência do acesso a recursos administrados pela União” (REZENDE, 2003, p. 29).

Oliveira (2003) acrescenta que os entes subnacionais ganharam mais receitas, mas nem por isso viram ampliar sua responsabilidade fiscal na cobertura dessas políticas, em função da imprecisa e vaga distribuição de competências estabelecidas na Constituição. Não houve, como decorrência das mudanças, a adoção de medidas para melhorar a equidade e a eficiência do gasto social. As regras de 1988 previam que, do valor líquido do FPM, 10% seriam distribuídos entre as capitais, 86,4% entre os demais municípios do interior e o restante de forma adicional para os municípios do interior com mais de 156.216 habitantes. Posteriormente, a distribuição para os municípios do interior passou a se dar por um coeficiente fixo diferenciado por estado.

De acordo com Lima (2007), o sistema tributário brasileiro está entre os mais descentralizados do mundo, tanto no que diz respeito ao poder de tributação como de gasto auferidos às instâncias subnacionais. A capacidade de gasto dos municípios foi ampliada nas últimas décadas, ao passo em que a dos estados permaneceu estável. Entretanto, as disparidades encontradas na receita final per capita entre as capitais e os municípios abaixo de 5.000 habitantes de um lado, e os municípios na faixa de 10.000 a 100.000 habitantes, de outro, é muito elevada. “Como os critérios passam a ser estáticos, o mecanismo de correção dos desequilíbrios horizontais a favor de

patamares mais homogêneos de receitas e capacidades de gasto entre estados e regiões fica comprometido” (LIMA, 2007, p. 514).

O peso do dos repasses estaduais do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) para os municípios é relevante, mas a dependência em relação ao governo federal é maior. Esta dependência “privilegia as articulações entre o governo central e cada um dos governos municipais, o que dificulta a integração de políticas e a formação de redes de serviços” (LIMA, 2007, p. 516).

Dentre as transferências setoriais, o Fundef - posteriormente substituído pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) – representa cerca de 30% dos recursos redistributivos totais transferidos, enquanto o SUS representa cerca de 20% (LIMA, 2007).

Para a autora, “as transferências do SUS não são planejadas como um componente do sistema de partilha tributária brasileiro” (LIMA, 2007, p. 517). Até 2004, coexistiam mecanismos que não estão associados diretamente à prestação de serviços e são realizados independentemente do quantitativo de ações e serviços produzidos, com mecanismos que atrelam as transferências à informação prévia da produção. Segundo Lima (2007), alguns estudiosos criticam o caráter dependente da esfera federal. Ela acrescenta que existe uma tendência crescente do Ministério da Saúde (MS) de vincular os recursos transferidos a determinadas políticas e programas definidos no âmbito nacional, como tentativa do gestor federal de incentivar ou inibir políticas e práticas pelos gestores municipais, estaduais e prestadores de serviços.

Lima (2007) conclui defendendo que as transferências federais do SUS não favorecem a equidade no gasto público, por estarem fortemente associadas com oferta e produção, não permitindo a redistribuição de recursos para estados e municípios com maiores dificuldades orçamentárias.

No início dos anos 1990 foram introduzidas as Normas Operacionais Básicas do SUS: NOB-SUS 1991 e NOB-SUS 1993, posteriormente alterada pela NOB-SUS 2002. Por meio do instrumento da habilitação, se reconhece que a prestação de serviços na área de saúde apresenta graus distintos de complexidade, podendo ser hierarquizados de acordo com a exigência de capacidade técnica e operacional para seu desempenho. Os mecanismos de adesão dos entes subnacionais ao sistema envolveram as transferências condicionadas e a obrigatoriedade de aplicação de recursos na área (CARNEIRO, 2016)

Segundo De Seta e Dain (2010), as relações intergovernamentais no campo da saúde se destacam entre as mais cooperativas da federação. Sano e Abrucio (2013) acrescentam que os sanitaristas têm longa tradição de associativismo no Brasil. A primeira Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1942, e o CONASEMS fundado em 1982.

As instâncias básicas para a viabilização dos propósitos integradores e harmonizadores do SUS são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal – a CIT – e pelos gestores estaduais e municipais – a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde são viabilizados os princípios de unicidade e equidade do SUS. A CIT é composta, paritariamente, por representação do MS, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do CONASEMS. A CIB é composta de forma paritária por representação da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente (BRASIL, 1997).

A montagem de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção pressupõe a articulação entre municípios que exportam e importam serviços, sob a coordenação dos governos estaduais.

Entretanto, a disposição dos entes governamentais para cooperar entre si está longe de ser uma questão trivial, tendo sido objeto de normas ministeriais que determinaram incentivos para ofertar serviços de abrangência supramunicipal (MACHADO, 2013). Em 2001 e 2002 as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS SUS) foram criadas com o intuito de reorganizar as redes de atenção de um modo mais hierarquizado e regionalizado, e representam importantes instrumentos.

Vargas et al. (2015) desenvolveram pesquisa exploratória para avaliar redes de saúde regionalmente integradas. Os resultados indicam dificuldades na implementação das redes devido a deficiências no desenho da política e no desempenho das três esferas de governo. Há falta de especificidade nos critérios e ferramentas para a configuração e financiamento das redes, o que deve ser acordado entre os governos envolvidos. Os formuladores de políticas destacam os desincentivos para a colaboração entre os municípios. A alocação de responsabilidades é muito complexa para a capacidade dos municípios. É mencionado também um abandono das funções de planejamento dos estados.

Segundo o Decreto 7.508 de 2011, e Resolução CIT nº 1 de 2011, a região de saúde é o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016, p. 97).

c) Financiamento

A Constituição Federal de 1988 criou a Seguridade Social como um conjunto integrado de ações a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social, definindo que a mesma seria financiada por toda

sociedade, de maneira direta e indireta. Os recursos são provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e de contribuições sociais específicas da seguridade social (PIOLA; BARROS, 2016).

O sistema de saúde brasileiro é constituído por dois subsistemas: o público e o privado. O subsistema público é constituído por dois segmentos: um de acesso universal, financiado por recursos públicos e gratuitos, o SUS, e outro de acesso restrito a servidores públicos. Para 72% da população, o acesso a serviços médico hospitalares é assegurado exclusivamente pelo SUS, e parte significativa da população coberta pelo sistema supletivo também utiliza a rede pública, para serviços como a imunização (PIOLA; BARROS, 2016).

O SUS é descentralizado e opera sob responsabilidade das três esferas de governo. A definição de responsabilidades de cada nível de governo está estabelecida na legislação infraconstitucional, e sua efetivação vem sendo construída de forma gradual (PIOLA; BARROS, 2016).

O nível municipal é o principal responsável pela provisão das ações e serviços de saúde, especialmente no que diz respeito à atenção básica de saúde. O nível estadual é responsável pela organização de redes regionais resolutivas, pela cooperação técnica e financeira aos municípios, bem como – em caráter complementar – na provisão de serviços, especialmente os serviços de média e alta complexidade (PIOLA; BARROS, 2016).

O Ministério da Saúde coordena o SUS em âmbito nacional, além de formular a política nacional de saúde e cooperar tecnicamente com os níveis subnacionais. Além disso, o nível federal regula os sistemas público e privado; o registro e qualidade de medicamentos; a qualidade sanitária de produtos, procedimentos e substância de interesse para a saúde; a vigilância sanitária aeroportuária; a formulação das políticas nacionais de produção de insumos e equipamentos e de sangue, hemoderivados; a coordenação nacional dos

sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica; de informação, controle, auditoria e avaliação do sistema de saúde (PIOLA; BARROS, 2016).

A participação social é assegurada em foros institucionais, como os Conselhos de Saúde. Os conselhos são vinculados institucionalmente aos órgãos executivos de cada esfera de governo, e têm a função de aprovar as políticas e diretrizes destinadas a assegurar a oferta de ações e serviços de saúde (PIOLA; BARROS, 2016).

No governo federal, os recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) são repartidos entre a Previdência, Assistência Social e Saúde. No caso da saúde, previu-se – até a aprovação da primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) - uma vinculação de 30% dos recursos do OSS, excluídos os recursos do seguro desemprego (PIOLA; BARROS, 2016).

O percentual não foi cumprido em 1990, 1992 e 1993. No último ano, as contribuições previdenciárias, que tradicionalmente tinham parte de sua arrecadação destinada à saúde, deixaram definitivamente de ser transferidas. O MS teve de recorrer a empréstimos ao Fundo do Amparo ao Trabalhador para garantir um mínimo de recursos à saúde. O pagamento dos empréstimos consumiu parte do orçamento da saúde nos anos subsequentes (PIOLA; BARROS, 2016).

De acordo com Mendes e Funcia (2016), a análise das fontes de financiamento do Ministério da Saúde permite identificar que a maior parte dos recursos é proveniente das Contribuições Sociais (66,2%, em 1996, 94,6% em 2013, e 89,8%, em 2015).

Os ideais de um sistema de saúde integral e universal foram detalhados nas leis 8.080/1990 (que regulamentou o SUS) e 8.142/1990, que 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.

Prado et al. (1999) sugerem três cortes básicos para classificar as transferências intergovernamentais: (i) do ponto de vista de sua função como componente do sistema fiscal (instrumento de política fiscal); (ii) do ponto de vista da situação no âmbito do orçamento que cede a transferência; (iii) do ponto de vista da sua conexão com o orçamento que recebe a transferência.

O primeiro corte se justifica a partir de fatores: de ordem técnico-tributária (devolução tributária), equalizadores (transferências redistributivas) e de viabilização de políticas setoriais. O segundo corte apresenta duas subdivisões: transferências legais e transferências discricionárias. No que diz respeito ao terceiro corte, as transferências podem ser classificadas como legais e discricionárias (PRADO et al., 1999). As transferências setoriais do SUS podem ser classificadas como legais e vinculadas (repasse definido para a saúde).

Na ausência de regulamentação do art. 35 da lei 8.080, que trata especificamente dos critérios de repartição dos recursos federais para estados e municípios, e da não operacionalização das regras transitórias da lei 8.142, a alocação de recursos federais passou a ser regulada por instrumentos de menor hierarquia legal, as normas operacionais. O decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 estabeleceu as condições e as formas para viabilizar os repasses regulares e automáticos de recursos do SUS. A Norma Operacional Básica nº1/1993 instituiu os primeiros repasses fundo a fundo a estados e municípios habilitados na forma de gestão semiplena (SANTOS; LUIZ, 2016).

A NOB-SUS 96 introduziu novas condições de gestão para estados e municípios: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema de Saúde, abrindo a possibilidade de descentralização de recursos a outras áreas do governo federal - Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Fundação Nacional da Saúde e Assistência Farmacêutica - (SANTOS; LUIZ, 2016).

As Normas Operacionais de Assistência a Saúde de 2001 e 2002 estabeleceram nova proposta para a regionalização das redes de serviços e mecanismos mais concretos para a regulação do acesso. O Pacto pela Saúde substituiu as normas operacionais, e abrangeu o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (SANTOS; LUIZ, 2016).

Maior estabilidade do financiamento federal em saúde veio com a promulgação da Emenda Constitucional 29 (EC 29), de 2000, que determinou valores mínimos de recursos a serem aplicados pelas três esferas de governo. A União deveria aplicar em 2000 o montante empenhado em 1999 acrescido de no mínimo 5%. A partir daí, o valor mínimo seria o apurado no anterior corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados e Distrito Federal deveria aplicar, no mínimo 12% das receitas próprias, ao passo que os municípios deveriam aplicar 15% (PIOLA; BARROS, 2016).

A EC 29 trouxe mais recursos para a saúde e aumentou a participação de estados, DF e municípios no financiamento para o setor. Entre 2000 e 2011 os estados e municípios mais que triplicaram, a preços constantes, o volume de recursos destinados para a saúde. A EC 29 aumentou as alocações de recursos públicos para a saúde em todas regiões, embora não tenha modificado alteração no perfil inter-regional dos gastos (PIOLA; BARROS, 2016).

A maior parte dos recursos federais aplicados no SUS é transferida para a gestão de estados e municípios, o que faz com que a aplicação direta por parte do MS venha decrescendo ao longo dos anos. Para garantir a descentralização e tendo em vista a participação relevante dos recursos federais no financiamento do SUS, foi criada a modalidade de transferência fundo a fundo, do FNS para Fundos Estaduais e Municipais (PIOLA; BARROS, 2016).

As transferências são feitas de forma regular e automática, o que não conseguiu equacionar de forma mais consistente a problemática dos critérios

de alocação ou da distribuição dos recursos federais para os entes subnacionais (PIOLA; BARROS, 2016).

Aprovado o Orçamento pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República, o MS o executa por meio do FNS. A Receita Federal arrecada impostos e contribuições, e repassa a parte da saúde para o FNS. O repasse da saúde para estados e municípios é feito nas seguintes modalidades: i) transferência fundo a fundo; ii) celebração de convênios ou outros instrumentos jurídicos similares; e iii) remuneração por prestação de serviços a estabelecimentos de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

As diferentes formas de transferências podem custear a execução de diversos tipos de ações, entre as quais o custeio de programas como o Saúde da Família, pagamentos de serviços hospitalares de média e alta complexidade, custeio e manutenção dos estabelecimentos de saúde, aquisição de medicamentos, aquisição de ambulâncias e outros veículos, construções e reformas. As transferências realizadas pelo MS não desobrigam os estados e municípios de aplicarem em saúde, respectivamente, 12% e 15% de suas receitas próprias (MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

A Portaria GM/MS nº 204/2007 – que fez parte do Pacto pela Saúde - regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde por meio dos blocos de financiamento, citados na Introdução (SANTOS; LUIZ, 2016).

A EC 29 de 2000 levou mais de 10 anos até ser promulgada. Até 2012, o SUS deixou de receber integralmente os recursos devidos. A Lei Complementar 141, de 2012, regulamentou a EC 29, voltando a reforçar o caráter prioritariamente redistributivo que devem ter as transferências federais para os entes subnacionais. Entretanto, até o momento o Conselho Nacional de

Saúde ainda não aprovou a proposta para a fórmula alocativa, provavelmente porque haveria necessidade de recursos adicionais para evitar a perda de determinadas unidades federativas (PIOLA; BARROS, 2016).

A Emenda Constitucional 86, de 2015, alterou o método do piso constitucional a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde pela União, mas manteve as regras para os entes subnacionais. Entretanto, em 2016 foi aprovada a Emenda Constitucional 55, de 2016, a chamada “PEC do gasto”. Ela limita o aumento dos gastos públicos à variação da inflação.

Apesar da autonomia constitucional, como a União ainda é responsável por cerca de 68% da divisão federativa da receita tributária (arrecadação direta, dados de 2014), as transferências federais são muito importantes no processo de descentralização do SUS (SANTOS; LUIZ, 2016).

Nos recursos destinados à média e alta complexidade, que correspondem a grande parcela do total disponível, as transferências federais privilegiam as regiões economicamente mais desenvolvidas (CASTRO; MACHADO, 2010). Nos blocos de MAC e de assistência farmacêutica, as regiões Norte e Nordeste recebem transferências em percentual inferior ao de suas respectivas populações (PIOLA; BARROS, 2016).

Segundo Lima e Andrade (2009), a avaliação do financiamento do SUS sob a ótica dos governos municipais é um campo que deve ser mais estudado. Em países federativos, nem sempre se consegue dimensionar o impacto que as transferências governamentais têm sobre o universo dos orçamentos locais que recebem os recursos. As principais fontes de receitas correntes municipais são as transferências intergovernamentais provenientes dos estados e da União, com destaque para o ICMS e o FPM.

O principal componente das transferências federais do SUS está voltado para a média e alta complexidade. No Nordeste, entretanto, destacam-se os recursos voltados para a atenção básica, explicado, em parte, pela menor

capacidade de oferta de serviços de maior complexidade. As transferências federais do SUS, comparando-se com a arrecadação, são mais significativas nos municípios das regiões Norte e Nordeste (LIMA; ANDRADE, 2009).

Segundo Leite et al. (2012), os recursos federais não favorecem uma maior equidade no gasto público em saúde por dois motivos. Em primeiro lugar, não permitem redistribuição de recursos para estados e municípios com maiores dificuldades orçamentárias, devido à forte associação com a oferta e a produção. Em segundo lugar, desconsideram as possibilidades reais de aporte de recursos e ampliação do gasto a partir das receitas próprias dos entes subnacionais.

d) Gestão municipal

Os municípios brasileiros formam um conjunto heterogêneo em vários prismas: porte populacional, capacidade fiscal e administrativa. Os pequenos municípios apresentam dificuldades na gestão e provisão de bens públicos, e muitos só criaram Secretarias e Conselhos de Saúde a partir da NOB-SUS 96. Uma das consequências desta situação seria a realização em caráter precário ou não execução de ações típicas de vigilância sanitária por parte da maioria dos municípios (DE SETA; DAIN, 2010).

Aos municípios cabe executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária; de alimentação e nutrição; de saneamento básico e saúde do trabalhador; implementar a política de insumos e equipamentos de saúde; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; planejar, organizar, controlar e avaliar ações e os serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016).

A NOB-SUS 96 define a gestão como a “atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” (BRASIL, 1997, p. 8).

A Lei Complementar 141 de 2012 enfatiza a transparência da gestão de saúde, demandando que os gestores da saúde deem ampla divulgação das prestações de contas periódicas da saúde. A lei sugere que a transparência seja assegurada no processo de elaboração do Plano de Saúde, da Programação Anual de Saúde e do Relatório de Gestão, devendo ser submetidos à apreciação do Conselho de Saúde e realização de audiências públicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016).

O quadro a seguir apresenta os estudos sobre a gestão na saúde identificados na revisão de literatura.

Quadro 1 – Estudos sobre a gestão municipal na saúde⁸

Autores	Descrição
Silveira (2011)	Pesquisa qualitativa junto aos secretários de saúde de Curitiba mais 28 municípios da segunda regional de saúde metropolitana. Os resultados indicam que não existe um uso adequado da informação, devido à inexistência de um fluxo informacional formalizado e ao uso da informação sem um nível adequado de qualidade.
Vidor et al. (2011)	Avaliação o uso de tecnologias da informação junto a gestores de saúde de 127 municípios gaúchos de menos de 10 mil habitantes. Em 59% dos municípios havia análise dos dados e geração de informações utilizadas no planejamento local. Houve dificuldade na compreensão de termos como “indicadores” e “dados estatísticos”. Apenas 4,7% estavam satisfeitos com as informações obtidas dos sistemas de informação em saúde.
Avelino et al. (2014)	Utilizando relatórios de auditoria de 980 municípios aleatoriamente selecionados pela Controladoria Geral da União, os autores identificaram que a experiência dos Conselhos Municipais de

⁸ Foi incluído um estudo sobre gestão na política habitacional, que será referência da parte de metodologia.

	<p>Saúde está relacionada com a redução de casos de corrupção na saúde.</p>
<p>Scaratti e Calvo (2012)</p>	<p>Desenvolvimento de um indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal de atenção básica à saúde, por meio de análise envoltória de dados. Foram utilizados 55 indicadores de desempenho classificados sob os critérios de relevância, efetividade e eficiência. De 36 municípios catarinenses avaliados, cinco foram classificados como eficientes na gestão das ações de acesso, e oito na gestão de ações de provimento. Os demais municípios foram considerados ineficientes.</p>
<p>Albuquerque et al. (2015)</p>	<p>Investigação do processo de descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco, no período de 2001 a 2010. Devido a diferenças políticas regionais, alguns municípios avançaram mais que outros na implantação das ações descentralizadas. O preparo da equipe técnica, bem como o organograma rígido das SMS, não acompanhou o processo de implantação da descentralização da vigilância epidemiológica. Os municípios assumiram a obrigação de notificar, digitar, registrar e investigar os casos, ações que antes eram executadas no nível regional ou central das Secretarias Estaduais de Saúde. Entretanto, devido ao despreparo técnico de suas equipes, os dados muitas vezes não tinham qualidade.</p>
<p>Atkinson e Haran (2004)</p>	<p>Pesquisa junto a 45 municípios cearenses, coletando dados sobre desempenho e organização formal, incluindo descentralização, gerenciamento informal e cultura política local. A descentralização está associada à melhoria de desempenho, mas apenas para cinco dos 22 indicadores avaliados. Indicadores de gerenciamento informal e cultura política apresentaram impactos mais significativos que a descentralização. Os autores concluem que são as boas práticas de gestão que levam à descentralização, e</p>

	não o inverso.
Leite et al. (2012)	Estudo junto a 14 municípios do Rio Grande do Norte. Os autores destacam a importância de identificar as ações no MS como estratégia para fomentar a capacidade dos estados e municípios, desenvolvendo, no nível local, ações de planejamento que permitam melhor monitoramento, controle, avaliação e informe de resultados, a fim de contribuir para um melhor resultado a nível regional.
Berretta et al. (2011)	Pesquisa metodológica, cujo produto final foi um modelo da gestão municipal para o planejamento em saúde. As autoras apontam as dificuldades enfrentadas por gestores nos níveis federal e estadual: grande diversidade dos municípios, com desigualdades e necessidades regionais diferenciadas. Para os gestores municipais, principalmente os de cidades de pequeno porte, a dificuldade reside principalmente na precária organização da área de planejamento, com insuficiência numérica e de qualificação de pessoal. A validação dos indicadores utilizados foi feita por meio de consenso entre especialistas. As dimensões avaliadas compreendem as seguintes garantias: (i) de recursos (materiais, humanos e de informações), e (ii) de relações (intrasetorial, intersetorial e com a população).

<p>Arretche et al., (2012)</p>	<p>Estudo sobre as capacidades administrativas dos municípios brasileiros para a gestão da política habitacional utilizou cinco variáveis da MUNIC 2008, “que permitem analisar a existência e a trajetória de instrumentos de gestão da política habitacional e urbana” (ARRETCHÉ et al., 2012, p. 35). São elas : órgãos destinados à gestão da política habitacional e urbana; cadastros próprios e/ou fontes de informação para a identificação do déficit municipal de moradias; consórcios intermunicipais de habitação; instâncias de participação popular para o planejamento de políticas habitacionais; fundos específicos para a política habitacional e urbana.</p>
------------------------------------	---

e) Financiamento e gestão municipal

Os municípios brasileiros de médio porte são obrigados a aplicar a quase totalidade de seus recursos na manutenção de estruturas de pessoal e outras despesas correntes. Tais estruturas atingem elevada complexidade, exigindo dos gestores municipais enorme capacidade administrativa, operacional e financeira. As melhorias da gestão pública municipal, em seus aspectos financeiros, econômicos, sociais e de gestão, dependem da correta gestão dos recursos financeiros, ou seja, das receitas e despesas (GERIGK et al., 2011).

No âmbito municipal, a gestão financeira diz respeito aos procedimentos empregados na obtenção e administração dos recursos financeiros necessários para a realização dos serviços públicos e dos programas de interesse local. Os municípios necessitam obter meios financeiros para o desempenho de suas atividades, por meio da exploração de seu patrimônio, pelas contribuições representadas pelos tributos municipais e pela participação nas receitas dos governos estaduais e da União (GERIGK et al., 2011).

A prestação de serviços de saúde possui uma dimensão financeira, com a qual

o gestor local precisa atentar. Ele(a) deve descobrir onde obter financiamento, ou seja, os recursos necessários à produção dos serviços, e qual seu custo relativo. O planejamento financeiro consiste em prover o volume e tipos de recursos necessários para atingir os objetivos, bem definir como eles serão utilizados (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998).

O controle consiste em acompanhar as atividades em andamento, assegurar-se de que as mesmas seguem o planejado, bem como identificar e corrigir possíveis problemas durante sua execução. Avaliação é o exame das atividades já executadas para verificar se atingiram ou não as metas fixadas. O planejamento, controle e avaliações financeiros são parte imprescindível do processo de planejamento em saúde (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998).

De acordo com Chioro (2013), dentre as ações técnico-administrativas do gestor de saúde está lidar com as questões relacionadas ao planejamento, administração, organização e o financiamento dos serviços de saúde.

O gestor público da saúde é responsável pela administração de todos os recursos orçamentários e financeiros vinculados à área, sejam os arrecadados pela própria esfera de governo, seja os oriundos das transferências intergovernamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

Segundo Rezende (1999), se a disponibilidade financeira no poder local não guarda uma relação equilibrada com a natureza das demandas e com a existência de recursos humanos e gerenciais, a gestão eficiente do gasto público fica comprometida.

Analogamente, Abrucio (2006 apud Fleury et al., 2014) entende que a descentralização demanda a constituição de boas estruturas administrativas no plano subnacional, tendo em vista que os ganhos de eficiência baseados na descentralização dependem das capacidades institucionais e administrativo-financeiras dos entes locais.

Levcovitz et al. (2001) acrescentam que a descentralização é insuficiente para a concretização dos princípios do SUS. Seus avanços dependem de outros aspectos, tais como: o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo e a permeabilidade das instituições aos valores democráticos.

Na mesma linha, Paiva et al. (2017, p. 78) defendem que:

“quanto mais descentralizada é a política em direção a estados e municípios, mais importante se torna a desigualdade nas capacidades de planejamento, operacionalização e de gasto destes entes e, conseqüentemente, maior a importância de o nível federal equalizar essas capacidades e estabelecer padrões nacionais de provisões e serviços”.

Mendes (2005) considera que a contínua implementação do SUS exige alterações fundamentais no âmbito da gestão local e na sistemática de transferências de recursos do governo federal para contribuir para a eficiência da gestão da política de saúde do SUS. Entre as reflexões do estudo estão: a criação de sistemas de capacitação dos gestores municipais para o exercício da gestão orçamentário-financeira integrada, a necessidade de suporte técnico aos gestores locais no que se refere à montagem de um sistema de informação e produção de indicadores de eficiência técnica e social, e a implantação de sistemas de acompanhamento, controle e avaliação da qualidade das ações e dos serviços de saúde.

Apesar de não possuir clivagens religiosas ou étnicas, o Brasil é historicamente dividido em jurisdições pobres e ricas. Embora os governos subnacionais tenham papel importante no gasto público e provisão de serviços públicos, suas decisões de arrecadação tributária, alocação do gasto e execução de políticas públicas são em grande medida afetadas pela regulação federal (ARRETCHE, 2010).

A autora argumenta que, ao assumir que os municípios são desiguais, é possível avaliar o papel redistributivo dos níveis superiores de governo antes e depois do “tratamento” produzido pela regulação das receitas subnacionais.

Em “estados federativos que centralizem a formulação de políticas executadas pelas unidades constituintes e que contem com um sistema jurisdicional de transferências, é possível encontrar redução das desigualdades territoriais” (ARRETCHE, 2010, p. 593).

Segundo Lima (2013), o descumprimento de uma meta acordada na saúde pode refletir fragilidades das condições político-institucionais das secretarias de saúde, inclusive no que diz respeito às tecnologias e os sistemas de registro e apuração das informações em saúde disponíveis, bem como as estruturas e os processos empregados para o planejamento, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde.

A autora defende que os critérios para a transferência de recursos devem permitir identificar, valorizar e fomentar a adoção de práticas inovadoras na gestão e no cuidado à saúde. Ela recomenda também uma maior diversificação nas estratégias e instrumentos das transferências, de modo a valorizar melhorias de gestão e resultados atingidos.

Na opinião de Castro e Machado (2010), a criação dos blocos de financiamento manteve a lógica da distribuição de recursos inalterada. O repasse só é efetivado mediante adesão do município ou estado ao programa, e o compromisso da implementação das ações a que se destinam, permanecendo limitada a autonomia de decisão dos entes subnacionais.

Analogamente, Arretche (2010, p. 596) acrescenta que as “decisões de arrecadação tributária e de gasto dos governos subnacionais – tanto de estados quanto de municípios – são significativamente limitadas pela legislação nacional. Além disto, a provisão de serviços públicos e a alocação setorial do gasto são fortemente afetadas pela legislação e supervisão federais”.

De acordo com Arretche (2010), examinar desigualdades territoriais de acesso dos cidadãos brasileiros a políticas públicas requer incluir a regulação federal

na análise. Dado que os orçamentos são fixos, os efeitos da regulação federal afetam não apenas os patamares de gasto nas políticas reguladas (como saúde e educação), mas também os recursos disponíveis para as políticas não reguladas.

A modernização da gestão local da política de saúde envolve a formação de capacidades administrativas relacionadas aos aspectos essenciais da gestão: gestão de pessoas, informações, recursos financeiros, estruturas físicas etc., bem como competências de articulação com outras esferas de Estado e com a sociedade civil e o mercado (FLEURY et al., 2014).

Viana et al. (2002) investigam, entre outros pontos, se a gestão do sistema municipal - medido a partir de questões referentes ao modelo de gestão, planejamento, financiamento, recursos humanos e de atenção à saúde - têm relação com a disponibilidade financeira (receita orçamentária per capita e capacidade de gasto) com a dimensão da máquina administrativa (percentual do gasto com pessoal em relação às despesas totais). Os municípios médios e as capitais, ou seja, aqueles com maior capacidade institucional (máquinas administrativas mais consistentes) são os que apresentam maior disponibilidade financeira e gastos com pessoal.

Em 27 de abril de 2017 foi assinada a Portaria nº 1.091, de 27 de abril de 2017. A Portaria institui o Grupo de Trabalho Tripartite para propor normas e procedimentos voltados ao processo de planejamento de transferência dos recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS. A Portaria reafirma as transferências federais nas categorias econômicas de custeio e de capital, bem como a qualificação do processo de planejamento ascendente baseado na legislação e em informações sistematizadas compartilhadas entre os entes federados, e a compatibilização dos instrumentos de programação orçamentária e financeira

ao planejamento ascendente do SUS⁹.

Do ponto de vista normativo, vários requisitos eram necessários para a habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, no contexto da NOAS-SUS nº 01/02, dentre eles: apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS; comprovar a alimentação atualizada do SIOPS; alimentação regular dos sistemas nacionais de informação da saúde existentes e futuros, entre outros. Para a Gestão Plena do Sistema Municipal, era necessário, entre outros requisitos, comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria; comprovar a capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação e avaliação (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2005).

⁹ Disponível em <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2017/05/portaria1091-ok.pdf>. Acesso em 9 de setembro de 2017.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral:

Traçar um perfil das capacidades administrativas municipais em saúde (mensuradas a partir de variáveis selecionadas do ciclo orçamentário-financeiro), analisando, no ano de 2014, sua relação com o acesso a repasses federais voltados para ações de gestão em saúde.

Objetivos específicos:

O presente estudo pretende investigar três objetivos específicos. O primeiro é avaliar a distribuição dos municípios beneficiados por transferências federais do bloco de financiamento de gestão do FNS em termos espaciais. O segundo é investigar como capacidades administrativas municipais em saúde (mensuradas a partir de variáveis selecionadas do ciclo orçamentário-financeiro), impactam no acesso dos municípios a transferências do FNS por meio do bloco de gestão e por meio do FNS como um todo.

Quanto ao primeiro objetivo específico, foi feita uma avaliação – inclusive espacial - dos municípios que obtiveram ou não transferências federais por meio do bloco de gestão do FNS. Para operacionalizar a segunda pergunta se desenvolveu- três modelos de regressão, tendo como variáveis dependentes, respectivamente: (i) a obtenção ou não de transferências federais por meio do bloco de gestão do FNS (modelo logit), (ii) o número de Ações pelos quais o município obteve repasses federais por meio do bloco de gestão (modelo de Poisson), (iii) o número de Ações pelas quais o município obteve repasses federais por meio de todos os blocos (modelo de Poisson). As variáveis independentes são relacionadas com o ciclo orçamentário-financeiro, além de variáveis de controle, conforme será mais detalhado na seção seguinte.

3. MÉTODO

No âmbito da Economia de Saúde, o estudo aborda o financiamento das ações e serviços de saúde. A área de aplicação da produção científica identificada é a de gestão, financiamento, alocação e equidade. Trata-se de um estudo sobre gestão em saúde e/ou políticas públicas.

A unidade de análise são os municípios, sendo desconsiderada Brasília, cujos repasses do FNS são classificados como estaduais, além do Território Estadual de Fernando de Noronha, para o qual nem todas informações estão disponíveis. Serão apresentadas estatísticas descritivas gerais sobre o FNS no período 2013 a 2016, o que corresponde ao período de gestão dos prefeitos eleitos nas penúltimas eleições municipais.

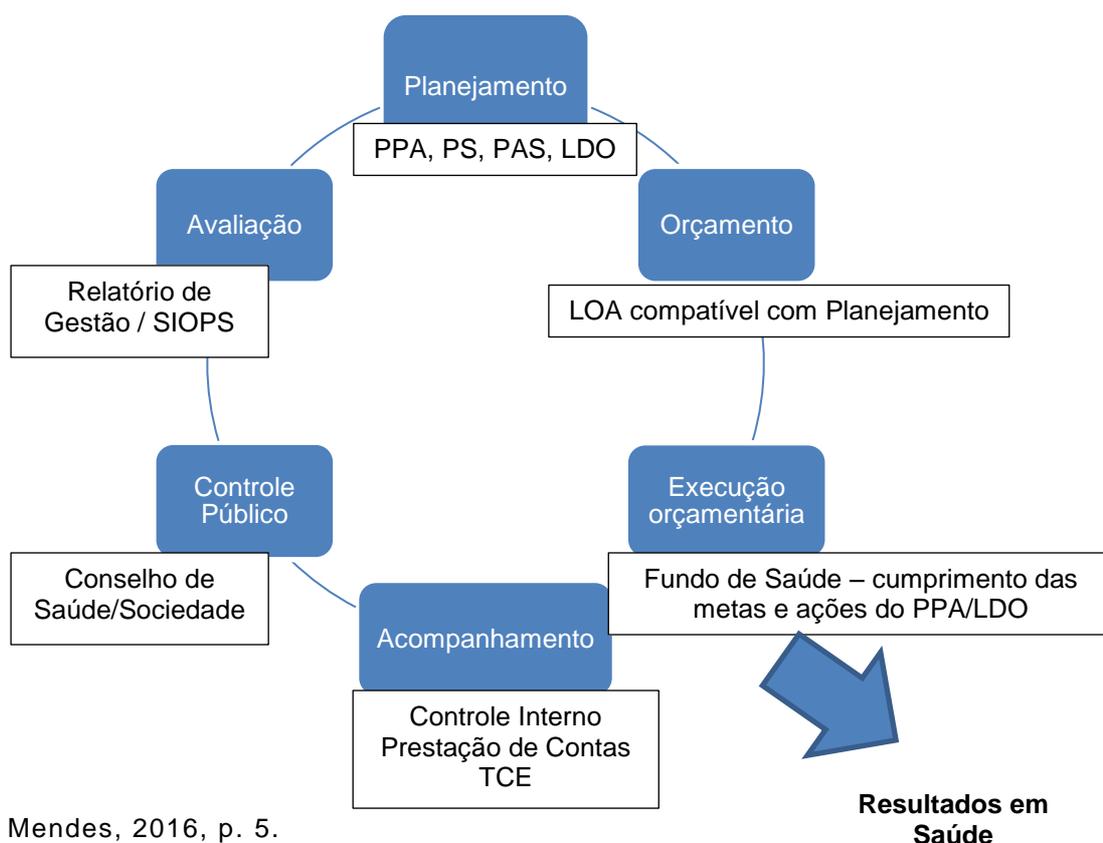
A estratégia escolhida para identificar variáveis de gestão adotou como arcabouço a Gestão Orçamentária-Financeira, conforme preconizado por (Couttolenc e Zucchi (1998), Mendes (2005) e Mendes (2016), de acordo com a figura 1, a seguir.

Considerando os seguintes documentos:

- PPA – Plano Plurianual (a cada 4 anos)
- PS – Plano de Saúde (a cada 4 anos)
- PAS – Programação Anual de Saúde (a cada ano)
- LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias (a cada ano)
- LOA – Lei Orçamentária Anual (a cada ano)
- RAG – Relatório Anual de Gestão (a cada ano)
- SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Assume-se que os municípios com melhores indicadores sobre o ciclo das funções integradas da gestão pública são fundamentais para as etapas de acompanhamento, controle público, avaliação e planejamento.

Figura 1 – Funções Integradas da Gestão Orçamentária-Financeira



Fonte: Mendes, 2016, p. 5.

A modelagem das variáveis do ciclo orçamentário-financeiro é muito semelhante à que Arretche et al. (2012) desenvolveram no contexto da política habitacional. Para os autores, a MUNIC “se constitui no mais amplo censo dos municípios brasileiros. Dada sua regularidade e abrangência, é a fonte mais confiável para estudos das capacidades administrativas municipais” (ARRETCHE et al., 2012, p. 35).

Mendes (2005) utiliza o arcabouço metodológico para indicadores proposto por Draibe (1998). Os indicadores de eficiência contemplam as dimensões social (graus de satisfação dos usuários, formas e eficácia da participação social e graus e mecanismos da autonomia dos gestores locais) e técnica. A dimensão técnica se divide em resultados (ex: taxas de morbimortalidade, esperança de vida e cobertura), estrutura (gasto e capacidade instalada por habitante) e processos (estimativas das capacidades administrativas, dimensões relativas

da organização e graus de burocratização das decisões e da implementação). A partir da discussão anterior, foi realizada análise descritiva (inclusive espacial) dos municípios que receberam ou não transferências federais do FNS. O setor é diferente, mas uma das questões examinadas também é similar ao estudo de Arretche et al. (2012): a associação entre a presença de distintas modalidades de capacidade administrativa municipal e capacidade de captar recursos (no presente trabalho, transferências federais pelo FNS, no estudo de Arretche et al. (2012), do Programa de Aceleração do Crescimento-Habituação).

As variáveis dependentes e independentes, inclusive as selecionadas para se mensurar as capacidades administrativas, bem como as de controle são detalhadas no quadro 2. No que diz respeito às variáveis de interesse, é possível observar que há aquelas referentes à dimensão social (participação social, por meio do CMS), mas principalmente indicadores de eficiência técnica de processo (capacidades administrativas).

Quadro 2 – Descrição das variáveis utilizadas nos modelos

Variável	Modelo	Fonte
Dependente: <i>dummy</i> indicando se o município recebeu ou não transferências federais por meio do bloco de gestão do FNS.	Logit	FNS (MS)
Dependente: número de Ações que o município recebeu transferências federais por meio do bloco de gestão do FNS.	Poisson 1	FNS (MS)
Dependente: número de Ações que o município recebeu transferências federais pelo FNS.	Poisson 2	FNS (MS)
Municípios com envio de Plano Municipal de Saúde (PMS) ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) até 2014 (ou atualização no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão - SARGSUS).	Todos	Tabnet (Datusus)
Municípios com CMS cadastrado no Sistema de	Todos	Tabnet (Datusus)

Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) até 2013.		
Municípios com ouvidoria implantada até 2014.	Todos	Tabnet (Datasus)
Municípios com auditoria estruturada até 2014.	Todos	Tabnet (Datasus)
Municípios com CMS deliberativo.	Todos	MUNIC (IBGE)
Municípios com CMS consultivo.	Todos	MUNIC (IBGE)
Municípios com CMS normativo.	Todos	MUNIC (IBGE)
Municípios com CMS fiscalizador.	Todos	MUNIC (IBGE)
Variável <i>dummy</i> indicando se o município realiza alimentações no Banco de Preços da Saúde (BPS).	Todos	Tabnet (Datasus)
Número anual de entrega de informações no SIOPS.	Todos	SIOPS (MS)
Logaritmo da população.	Todos	MUNIC (IBGE)
Escolaridade do Secretário de Saúde ¹⁰ .	Todos	MUNIC (IBGE)
Unidade da Federação (UF)	Todos	MUNIC (IBGE)
Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) ¹¹ , referente a 2010.	Todos	Ipea
Número de Centros de Atenção Hemoterápica ou Hematológica, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).	Todos	Tabnet (Datasus)
Número de Unidades Básicas de Saúde, cadastrados no CNES.	Todos	Tabnet (Datasus)
Número de clínicas ou ambulatórios especializados, cadastrados no CNES.	Todos	Tabnet (Datasus)
Número de consultórios, cadastrados no CNES.	Todos	Tabnet (Datasus)
Número de farmácias, cadastradas no CNES.	Todos	Tabnet (Datasus)
Número de hospitais, cadastrados no CNES. Os três diferentes tipos de hospitais foram recodificados em uma única categoria.	Todos	Tabnet (Datasus)

¹⁰ As faixas de escolaridade estão codificadas da seguinte forma: 1 - ensino fundamental incompleto e completo; 2 - ensino médio incompleto; 3 – ensino médio completo; 4 – ensino superior incompleto; 5 – ensino superior completo; 6 – pós graduação. Estas faixas são as originais da MUNIC, com exceção da primeira, que foi agrupado em função do número reduzido de observações referentes ao ensino fundamental. As poucas observações não válidas foram codificadas como 1.

¹¹ Cada indicador tem seu valor normalizado numa escala que varia de 0 a 1, sendo que 0 corresponde à situação ideal, e 1 corresponde à pior situação. Para maiores detalhes vide: http://ivs.ipea.gov.br/ivs/pt/o_atlas/ivs/. Acesso em 17 mai. 2017.

Número de laboratórios, cadastrados no CNES. Os dois diferentes tipos de laboratórios foram recodificados em uma única categoria.	Todos	Tabnet (Datusus)
Número de policlínicas, cadastradas no CNES.	Todos	Tabnet (Datusus)
Número de oficinas ortopédicas, cadastradas no CNES.	Todos	Tabnet (Datusus)
Número de postos de saúde, cadastrados no CNES ¹² .	Todos	Tabnet (Datusus)
Número de pronto socorros, cadastrados no CNES. Os três diferentes tipos de pronto socorros foram recodificados em uma única categoria.	Todos	Tabnet (Datusus)

Nota: a referência temporal de todas variáveis é 2014, com exceção de PMS Cadastrado (2013) e IVS (2010). O mês de referência das variáveis de infraestrutura de saúde é dezembro.

As características do CMS não são estritamente representativas das escolhas do gestor municipal, mas são sugestivas de como se dá o controle social em cada município, um dos aspectos apresentados em um conceito mais ampliado de gestão, conforme Figura 1.

Os softwares estatísticos utilizados foram o Stata para as análises estatísticas, e o R para elaboração dos mapas. Os critérios para seleção de referências bibliográficas foram apresentados na seção anterior.

¹² Para maiores detalhes sobre os tipos de estabelecimentos, vide: http://tabnet.datusus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm.

4. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas subseções, respectivamente: análise descritiva das transferências federais pelo bloco de gestão FNS, e capacidades administrativas e transferências federais por meio do bloco de gestão do FNS e por todos blocos do FNS.

4.1. Análise descritiva das transferências federais pelo bloco de gestão do FNS

Na tabela 1 é possível observar que são obtidos por praticamente todos os municípios transferências federais dos blocos de assistência básica e de vigilância. Recursos relativos à assistência farmacêutica e investimentos são obtidos por aproximadamente 80% dos municípios. Já transferências referentes ao bloco de gestão são acessadas por um número reduzido de municípios, decrescente ao longo do período. Os repasses referentes a média e alta complexidade apresentaram oscilação acentuada no período.

Tabela 1 – Número de municípios que receberam transferências federais pelo FNS, por bloco – 2013 a 2016

Blocos de financiamento	2013	2014	2015	2016
Assistência farmacêutica	4.265	4.113	4.520	4.684
Assistência básica*	5.569	5.568	5.568	5.568
Gestão	837	563	523	360
Investimentos	4.268	4.443	4.289	4.375
Média e alta complexidade	4.600	3.838	4.178	4.229
Vigilância*	5.568	5.568	5.568	5.569

Fonte: elaboração própria a partir de dados do Fundo Nacional de Saúde.

Nota*: Em 2013 e 2016, consta valor para o Território Estadual de Fernando de Noronha (PE). Em 2014 e 2015 não consta valor.

O total de transferências é da ordem de R\$ 44 bilhões em 2015 (em valores monetários da época), sendo que – de longe – os dois blocos mais

significativos são o de média e alta complexidade (R\$ 25 bilhões) e o de atenção básica (R\$ 15 bilhões). Para maiores detalhes, vide Tabela 6, no Apêndice.

As definições referentes ao bloco de financiamento de gestão, conforme a Portaria 204 de 29 de janeiro de 2007, estão reproduzidas no Anexo. O bloco tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema. É composto de dois componentes: qualificação da gestão do SUS¹³ e implantação de Ações e Serviços de Saúde¹⁴, que inclui, entre outras ações, incentivos para a implantação e qualificação de Centros de Atenção Psicossocial.

Os recursos referentes ao bloco de gestão – corrigidos pela inflação para valores de 2016 - encolhem consideravelmente na maior parte das unidades da federação (UF) no período. Para maiores detalhes, vide Tabela 6, no Apêndice. Análise semelhante, mas considerando não valores e sim percentual de municípios de cada UF, pode ser consultada na Tabela 7, no Apêndice.

Outra análise realizada foi por Ação/Serviço/Estratégia, doravante denominados Ações. Na Tabela 2, que apresenta o consolidado de 2013 a 2016, é possível identificar vários pontos interessantes. O primeiro é que há grande número de Ações referentes a atenção psicossocial, o que está originalmente previsto no componente de implantação de Ações e Serviços de

¹³ Regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento; planejamento e orçamento; programação; regionalização; gestão do trabalho; educação em saúde; incentivo à participação e controle social; informação e informática em saúde; estruturação dos serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo

¹⁴ Implantação e qualificação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), implantação de residências terapêuticas em saúde mental, fomento para ações de redução de danos CAPS álcool e drogas, inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais, implantação de centros de especialidades odontológicas, implantação do SAMU, reestruturação dos hospitais colônias de hanseníase, implantação de centros de referência em saúde do trabalhador, adesão à contratualização dos hospitais de ensino e outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo.

Saúde do bloco, conforme visto anteriormente. O segundo é que há um grande número de Ações com reduzido número de municípios beneficiados e/ou valores pouco expressivos. O terceiro ponto é que há poucas Ações que o senso comum identificaria como de gestão, que tem como um dos poucos exemplos o Incentivo à implantação ou implementação de complexos reguladores. Os totais ano a ano estão apresentados na Tabela 8, no Apêndice.

Tabela 2 – Ações/Estratégias/Serviços do bloco de gestão do FNS – R\$ mil e número de municípios que obtiveram repasses federais – consolidado 2013 a 2016

Ação/Serviço/Estratégia	2013 a 2016		
	R\$ mil	Nº mun.	R\$/mun.
Agenda de intensificação da atenção nutricional à desnutrição infantil	1.869	26	71,9
Ambiência (Reforma)	2.012	39	51,6
Ambiência dos serviços de parto (Reforma)	2.888	16	180,5
CAPS AD – Incentivo aos Centros de Atenção Psicossocial	3.630	66	55,0
CAPS AD III – Enfrentamento ao crack e outras drogas	15.527	81	191,7
CAPS I - Incentivo aos Centros de Atenção Psicossocial	8.814	379	23,3
CAPS II - Incentivo aos Centros de Atenção Psicossocial	1.115	45	24,8
CAPS III - Incentivo aos Centros de Atenção Psicossocial	1.198	25	47,9
CAPS IN - Incentivo aos Centros de Atenção Psicossocial	1.968	53	37,1
CGPB – Casa de gestante e bebê e puérpera (Reforma)	170	1	170,0
Centro de Parto Normal (Reforma)	997	4	249,3
Concurso Prêmio INOVASUS	4.541	9	504,6
Estruturação e qualificação dos núcleos de acesso e	493	2	246,5

qualidade hospitalar (NAQH)			
Formação profissional dos agentes comunitários de saúde	657	4	164,3
Implantação de leitos de saúde mental	6.316	240	26,3
Incentivo à implantação do programa de qualificação da RAPS	31.678	131	241,8
Incentivo à implantação ou implementação de complexos reguladores	53.225	34	1565,4
Incentivo ao desenvolvimento de soluções de TI Cartão Nacional de Saúde (Custeio)	2.198	4	549,5
Incentivo de reabilitação psicossocial	16.692	341	49,0
Incentivo financeiro aos serviços residenciais terapêuticos	5.135	100	51,4
Programa de financiamento das ações de nutrição e alimentação (FAN)	55.559	411	135,2
Programa nacional de reorientação profissional em saúde - PRO-SAUDE (Custeio)	50.478	127	397,5
Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional	850	13	65,4
UCINCA (Reforma)	65	1	65,0
UCINCO (Reforma)	1041	8	130,1
Unidade de Acolhimento Adulto - UAA (PI)	4.650	49	94,9
Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil – UAI	2.901	31	93,6
UTINEO (Reforma)	902	4	225,5
Total	277.569	2.244	123,7

Fonte: elaboração própria, a partir de dados do FNS.

Nota: valores (líquidos) de 2013, 2014 e 2015 corrigidos pelo IGP-DI.

Nota: Municípios contados sem duplicidade dentro de cada Ação.

Nota: CAPS = Centro de Atendimento Psicossocial; AD = álcool e drogas.

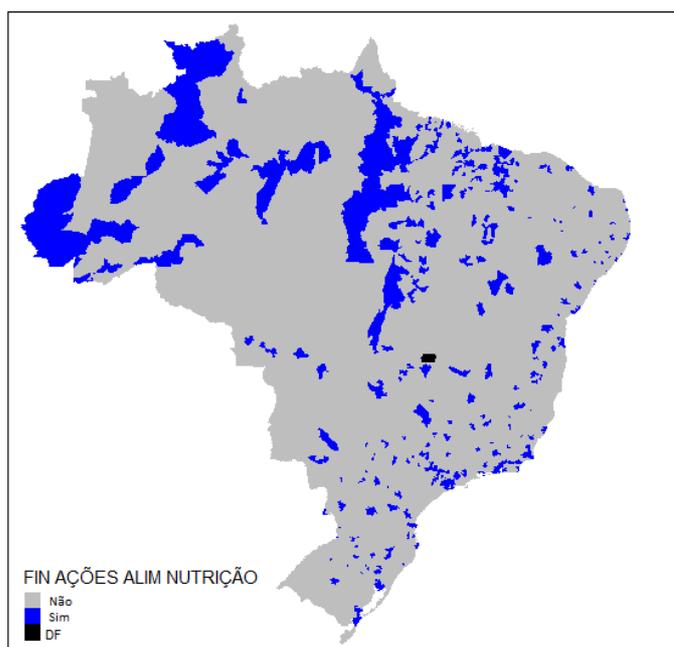
As Ações com maior valor total foram: o Programa de financiamento das ações de alimentação e nutrição (FAN), a implantação de complexos reguladores e o PRO-SAUDE. Já no que diz respeito ao tíquete médio foram: a implantação de

complexos reguladores, o desenvolvimento do Cartão Nacional de Saúde e o prêmio INOVASUS, que beneficiaram um número reduzido de benefícios.

Os CAPS I e II são para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS III são para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS AD é voltado para usuários de álcool e drogas. O CAPS IN é voltado para a infância e adolescência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No período 2013 a 2016, a Ação que é mais espalhada geograficamente foi a FAN, cuja distribuição pode ser observada na Figura 2, e explica em grande parte porque o bloco de gestão atingiu as regiões Norte, o Maranhão e o Estado do Rio. Foram desenvolvidos mapas para todas Ações, de 2013 a 2016, mas apenas os de 2015 serão apresentados no Apêndice por questões de espaço.

Figura 2 – Municípios que receberam transferências federais por meio do Programa de financiamento das ações de nutrição e alimentação (FAN) – 2015



Fonte: elaboração própria, a partir de dados do FNS.

4.2. Capacidades administrativas municipais e obtenção de transferências federais por meio do bloco de gestão do FNS e outros blocos

A tabela 3, a seguir, apresenta as estatísticas descritivas para as variáveis referentes ao ciclo orçamentário-financeiro.

Tabela 3 – Estatísticas descritivas das variáveis relacionadas ao ciclo orçamentário-financeiro – por número de municípios - 2014

Variável	Não	Sim
Auditoria	5.515	49
Ouvidoria	3.908	1.656
PMS ao CMS	2.377	3.187
CMS Cadastrado	1.651	3.913
CMS Deliberativo	563	5.001
CMS Consultivo	2.265	3.299
CMS Normativo	2.980	2.584
CMS Fiscalizador	1.244	4.320
Alimentação BPS	5.411	153
SIOPS ¹	297	5.267

Nota: municípios que enviaram informações nos seis bimestres.

Fonte: elaboração própria, a partir de dados do Tabnet e MUNIC.

Os dados da tabela mostram alguns dados interessantes. Em primeiro lugar, o número de municípios com auditoria implantada, ou que alimentavam o BPS em 2014 era muito reduzido. Apenas 30% dos municípios possuíam ouvidoria implantada no mesmo ano. Ao fim do segundo ano de mandato, menos de 60% dos municípios haviam encaminhado o PMS ao CMS. Este resultado será abordado em mais profundidade na seção de Discussão.

Conforme adiantado na seção de metodologia, os dois primeiros modelos procuram investigar se os municípios com melhores indicadores do ciclo

orçamentário-financeiro têm mais chances de obter transferências federais por meio do bloco de gestão do FNS. O terceiro modelo é semelhante ao segundo, mas diz respeito a repasses federais do FNS como um todo. O modelo logit tem como variável dependente a obtenção ou não de recursos do bloco de gestão em 2014. O primeiro modelo Poisson tem como variável dependente o número de Ações que o município obteve do bloco em 2014, e o segundo o número de Ações que o município obteve do FNS no mesmo ano. Os três modelos têm como variáveis independentes aquelas informadas na seção de metodologia. Há 5.563 observações porque o IVS não contempla os municípios que foram criados após o Censo de 2010.

É possível observar na Tabela 4 (modelo logit) que o envio de PMS ao CMS é significativo a 5%, CMS normativo é significativo a 10% e CMS fiscalizador é significativo a 1% (com sinal negativo). Como se trata de variável *dummy*, o teste de significância indica que é estatisticamente improvável que o valor do coeficiente de CMS fiscalizador = 1 seja igual ao do coeficiente de CMS fiscalizador = 0. Como o sinal do coeficiente é negativo, pode-se afirmar que os municípios com CMS fiscalizador têm menos chances de obter transferências federais por meio do bloco de gestão. O raciocínio é o mesmo para as outras duas variáveis, mas a significância estatística é menor. A variável escolaridade do gestor não se mostrou significativa. O tamanho da população se mostrou significativo (a 1%), ou seja, as cidades maiores – tudo mais constante - têm mais chances de obter transferências federais por meio do bloco de gestão. Nesse caso, como a variável é contínua, o p-valor indica que é estatisticamente improvável que o coeficiente seja igual a zero. O IVS é significativo a 5%. Conforme informado anteriormente, o IVS é normalizado entre zero e um, sendo zero a situação ideal e um a pior situação. Como o sinal do coeficiente é positivo, quanto pior a situação socioeconômica do município, maior a chance do mesmo obter transferências federais por meio

do bloco, tudo mais constante.

Em relação ao bloco de gestão, é possível observar na terceira coluna da Tabela 4 (modelo Poisson) que o número de alimentações do SIOPS (com sinal negativo) e a existência de CMS normativo são significativos a 5%. A existência de CMS fiscalizador é significativo a 10%, com sinal negativo. O tamanho da população é significativo a 1%, enquanto a escolaridade do gestor e IVS não são estatisticamente significativos.

Em relação ao conjunto dos blocos do FNS, é possível observar na quarta coluna da mesma Tabela (modelo Poisson) que as quatro primeiras variáveis do modelo (auditoria, ouvidoria, envio de PMS ao CMS e CMS cadastrado) se mostram significativos a 1%. A alimentação do BPS se mostrou significativa a 5%.

Trata-se de um resultado muito interessante e diz respeito ao segundo objetivo do estudo. Se, por um lado, para o bloco de gestão os resultados não corroboram a hipótese de que melhores indicadores relacionados ao ciclo orçamentário-financeiro contribuem para a obtenção de transferências federais pelo FNS (em número de ações), esta hipótese se mostra robusta para o FNS como um todo. O tamanho da população e o IVS são significativos a 1%. Entretanto, neste modelo o sinal do IVS é negativo, ou seja, quanto melhor a situação socioeconômica do município, maior a chance do mesmo obter repasses federais por meio do FNS, tudo mais constante. A escolaridade do gestor não é estatisticamente significativa.

Testes realizados para verificar super dispersão (*over dispersion*) dos resíduos, conforme recomendado por Cameron e Trivedi (2009), indicaram a ocorrência do problema, que é resolvido com o uso da estimação robusta dos resíduos, já refletida nos resultados da Tabela 4.

Tabela 4 – Modelos Logit e Poisson – Recebeu ou não transferências federais por meio do bloco de gestão, N° de Ações do bloco de gestão e N° Ações de todos os blocos do FNS, por município - 2014

Variável	Logit	Poisson	Poisson
	Coeficiente (Erro padrão)	Bloco gestão Coeficiente (Erro padrão robusto)	Todos blocos Coeficiente (Erro padrão robusto)
Auditoria (1)	0,656 (0,595)	0,092 (0,135)	0,149*** (0,033)
Ouvidoria (1)	-0,462 (0,142)	0,099 (0,116)	0,059*** (0,007)
PMS ao CMS (1)	0,264** (0,124)	0,088 (0,081)	0,020*** (0,006)
CMS cadastrado (1)	-0,076 (0,137)	-0,068 (0,100)	0,040*** (0,006)
CMS deliberativo (1)	-0,101 (0,209)	0,002 (0,162)	0,009 (0,008)
CMS consultivo (1)	-0,082 (0,139)	-0,083 (0,095)	-0,004 (0,007)
CMS normativo (1)	0,271* (0,144)	0,216** (0,095)	0,004 (0,007)
CMS fiscalizador (1)	-0,401*** (0,149)	-0,179* (0,103)	0,011 (0,007)
BPS	0,180 (0,317)	0,042 (0,142)	0,034* (0,021)
SIOPS	-0,013 (0,066)	-0,082** (0,040)	0,004 (0,003)
Escolaridade 2 (2)	0,202	0,136	0,009

	(0,906)	(0,848)	(0,028)
Escolaridade 3 (2)	-0,096 (0,763)	0,045 (0,737)	0,009 (0,024)
Escolaridade 4 (2)	-0,140 (0,786)	0,109 (0,744)	-0,001 (0,026)
Escolaridade 5 (2)	0,303 (0,742)	0,374 (0,717)	0,021 (0,024)
Escolaridade 6 (2)	0,372 (0,743)	0,446 (0,717)	0,037 (0,024)
UF (3)			
Ln. população	1,114*** (0,107)	1,042*** (0,044)	0,164*** (0,006)
IVS	2,030** (0,803)	-0,067 (0,510)	-0,274*** (0,039)
Infraestrutura médico-hospitalar (3)			
Constante	-14,628*** (1,448)	-12,108*** (0,960)	1,276*** (0,064)
	Nº observações = 5.563 Prob > qui-quadrado = 0,0000 Pseudo R ² = 0,3599	Nº observações = 5.563 Wald qui-quadrado (53) = 2586,45 Prob > qui-quadrado = 0,0000 Pseudo R ² = 0,3726	Nº observações = 5.563 Wald qui-quadrado (53) = 9163,45 Prob > qui-quadrado = 0,0000 Pseudo R ² = 0,2170

Nota (1): referência igual a não possui.

Nota (2): referência igual a Escolaridade 1 (ensino fundamental completo ou incompleto).

Nota (3): variáveis de controle omitidas em função de espaço. Resultados completos no Apêndice.

Fonte: elaboração própria, a partir de dados do Tabnet, MUNIC e Ipea.

4. DISCUSSÃO

Os resultados da Tabela 3 mostram que existe uma grande disparidade em alguns dos indicadores relacionados ao ciclo orçamentário-financeiro. Cabe aqui ressaltar o percentual relativamente reduzido de municípios – menos de 60% - que, ao fim de 2014 (segundo ano de mandato), haviam elaborado e enviado o Plano Municipal de Saúde para o Conselho Municipal de Saúde. Esta variável (PMS para CMS) se mostrou positiva e significativa no primeiro e terceiro modelos, ou seja, tem poder explicativo para diferenciar municípios que receberam transferências federais por meio do bloco de gestão do FNS, bem como o número de Ações por meio das quais o município recebeu repasses pelo FNS.

Ambos objetivos específicos do estudo têm como pano de fundo uma análise sobre o acesso às transferências federais pelo FNS, de municípios mais vulneráveis e com piores capacidades administrativas. A primeira análise – espacial – indicou que, no caso dos repasses por meio do bloco de gestão, não há uma concentração de municípios em regiões mais ricas. Pelo contrário, vários municípios da região Norte e de um dos estados mais pobres do Brasil, o Maranhão, obtiveram repasses por meio do bloco.

Os resultados do primeiro modelo confirmam que os municípios mais vulneráveis (medido pelo Índice de Vulnerabilidade Social) apresentam mais chances de obterem transferências federais por meio do bloco de gestão do FNS. No que diz respeito às variáveis selecionadas do ciclo orçamentário-financeiro, apenas o PMS ao CMS se mostrou positivo e estatisticamente significativo. Com relação ao segundo modelo, o IVS não foi significativo, ou seja, não há diferença em termos de vulnerabilidade entre municípios com maior ou menor número repasses federais por meio deste bloco.

Já os resultados do terceiro modelo indicam que municípios com menor

vulnerabilidade social e com melhores indicadores nas variáveis do ciclo orçamentário-financeiro conseguem acesso a um número maior de transferências federais (medido pelo número de Ações de todos os blocos do FNS).

Decisão do Conselho de Gestores Tripartite prevê mudar a mecânica de transferências federais aos municípios e estados. Esta proposta prevê que os repasses em apenas duas modalidades, custeio e investimento, e procura valorizar um processo de “planejamento ascendente”. Este planejamento vai de encontro ao percentual relativamente reduzido de municípios que enviaram o PMS ao CMS ao fim do segundo ano de mandato dos prefeitos.

Os resultados trazem contribuição empírica para uma questão considerada relevante por vários autores, tais como: Abrucio (2006 apud Fleury et al., 2014), Rezende (1999), Levcovitz et al. (2001), Mendes (2005), Arretche (2010), Lima (2013) e Paiva et al. (2017).

Apesar das diferenças de abordagem, os resultados para o modelo com todos os blocos do FNS são consistentes com os obtidos pela pesquisa empírica desenvolvida por Viana et al. (2002), para quem os municípios com maior capacidade institucional (máquinas administrativas mais consistentes) são aqueles que apresentam maior disponibilidade financeira e gastos com pessoal. Entretanto, como há poucos estudos empíricos sobre o assunto, é importante o desenvolvimento de novas investigações.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se o fato de que a mesma se utilizou de dados secundários, o que representa uma óbvia restrição na escolha das variáveis utilizadas. Entretanto, tratava-se da única opção disponível dentro das circunstâncias e objetivos.

Em primeiro lugar, não havia tempo hábil para obtenção de autorização por

Comitê de Ética para elaboração e envio de questionários¹⁵. Em segundo lugar, era inviável identificar e enviar questionários para ex-gestores (os demais dados disponíveis são referentes ao período 2013 a 2016, gestão municipal anterior à atual). Mesmo no caso de prefeitos reeleitos, há grande probabilidade de troca de secretários. Finalmente, sempre esteve entre os objetivos da pesquisa, avançar no sentido de obter resultados para a totalidade dos municípios, e não para poucos municípios selecionados. No caso de uma pesquisa de campo, este objetivo certamente não seria alcançado.

Outra limitação diz respeito ao foco na análise do recebimento de recursos específicos do FNS, sem se aprofundar em outras fontes de recursos como receitas de impostos e outras transferências (e suas proporções), nem no perfil dos gastos. Uma terceira limitação diz respeito ao fato de que foram utilizadas técnicas simples de análise espacial.

¹⁵ A coordenação da pós-graduação instruiu no sentido de se utilizar dados secundários.

5. CONCLUSÃO

Como é de conhecimento geral, existe uma enorme disparidade entre os municípios, no que diz respeito à infraestrutura urbana, condições de vida da população e, também, com relação às capacidades administrativas. O presente estudo procurou investigar: i) como os municípios que obtêm transferências federais por meio do bloco de gestão do FNS se distribuem espacialmente, e ii) como as diferenças em competências administrativas (mensurada a partir de indicadores relacionados ao ciclo orçamentário-financeiro) impactam na chance de se obter repasses federais por meio do bloco de gestão do FNS e do FNS como um todo.

A análise do bloco de gestão do FNS em nível de Ações/Serviços/Estratégia indica, como um primeiro destaque, que há grande número de ações relacionadas à atenção psicossocial, o que está previsto no componente de implantação de Ações e Serviços de Saúde do bloco. O segundo destaque é que há um grande número de Ações com reduzido número de municípios beneficiados e/ou valores pouco expressivos. O terceiro ponto é que há poucas Ações que o senso comum identificaria como de gestão, sendo um desses poucos exemplos o Incentivo à implantação ou implementação de complexos reguladores, que não se destaca dentre as ações com apoio mais expressivo. Finalmente, no período 2013 a 2015, a Ação que é mais espalhada geograficamente é o Programa de financiamento das ações de alimentação e nutrição.

Com relação a este último ponto, além de ser uma Ação que não se identifica intuitivamente com o tema de gestão, é algo que não estava inicialmente designado como incentivo do bloco, que previa a possibilidade de outros

incentivos a ser instituídos por políticas específicas¹⁶.

As Ações com maior valor total foram: o Programa de financiamento das ações de alimentação e nutrição (FAN), a implantação de complexos reguladores e o PRO-SAÚDE. Já no que diz respeito ao tíquete médio (valores médios), as maiores ações foram: a implantação de complexos reguladores, o desenvolvimento do Cartão Nacional de Saúde e o prêmio INOVASUS, que beneficiaram um número reduzido de municípios.

Os resultados dos modelos logit e Poisson indicam que poucos dos indicadores selecionados do ciclo orçamentário-financeiro têm impacto na chance de se obter transferências federais por meio do bloco de gestão, ou, em outras palavras, os recursos conseguem atingir municípios que têm necessidade de melhorar nesse aspecto, de forma não significativamente distinta daqueles com melhores indicadores do ciclo orçamentário-financeiro. Por outro lado, cinco dos dez indicadores (cinco dos seis sob controle do gestor) relacionados ao ciclo orçamentário-financeiro analisados impactam positivamente na chance do município obter transferências federais por meio do FNS como um todo.

Dentre as contribuições do estudo, pode-se destacar: melhor compreensão da situação atual do financiamento à saúde ao nível municipal (em um contexto de mudança da mecânica do FNS), especialmente no que diz respeito à dimensão espacial; identificação de variáveis em registros administrativos e pesquisas públicas capazes de caracterizar o ciclo orçamentário-financeiro e o controle social da saúde no município, que vão além das informações demográficas e dispensam pesquisa de campo.

A principal contribuição foi o desenvolvimento de uma metodologia de análise capaz de gerar uma base de dados a partir do cruzamento de informações de

¹⁶ Art. 31 da Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007.

diferentes fontes, como registros administrativos públicos (FNS e Tabnet), a pesquisa estruturada MUNIC, do IBGE, e o IVS, do Ipea, permitindo a análise no nível mais desagregado possível: ao nível municipal e das Ações/Serviços/Estratégias.

Por fim, foram identificadas algumas sugestões de pesquisas futuras, tais como: expansão da análise para outros blocos de financiamento, notadamente o de investimento; análise da situação financeira dos municípios, por fontes de financiamento; sofisticação da análise espacial; análise qualitativa dos documentos como o Plano Municipal de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, A. C. DE; MOTA, E. L. A.; FELISBERTO, E. Descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 861–873. 2015.
- ARRETCHE, M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? **Dados**, v. 53, n. 3, p. 587–620, 2010.
- ARRETCHE, M.; CORDEIRO, B. DE S.; FUSARO, E.; DIAS, E. C.; BITTAR, M. **Capacidades administrativas dos municípios brasileiros para a política habitacional**. São Paulo: Secretaria Nacional de Habitação e CEBRAP, 2012.
- ATKINSON, S.; HARAN, D. Back to basics: does decentralization improve health system performance? Evidence from Ceará in north-east Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 11, p. 822–827, 2004.
- AVELINO, G.; BARBERIA, L. G.; BIDERMAN, C. Governance in managing public health resources in Brazilian municipalities. **Health Policy and Planning**, v. 29, n. 6, p. 694–702.
- BERRETTA, I. Q.; DE LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde Evaluation model for municipal health planning management. **Cad. saúde pública**, v. 27, n. 11, p. 2143–2154, 2011.
- BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB - SUS 1996). Brasília, Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em 15 set. 2017.
- CAMERON, A. C.; TRIVEDI, P. K. **Microeconometrics using Stata**. College Station: Stata Press, 2009.
- CARNEIRO, R. Descentralização, hibridismo e o desafio da profissionalização da administração pública no Brasil. **Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.
- CASTRO, A. L. B. DE; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil:

regulação e financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 693–705, 2010.

CHIORO, A. Desafios para a gestão municipal do SUS. Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. **Gestão de recursos federais: manual para os agentes municipais**. Brasília: Controladoria Geral da União, 2005.

COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI, P. **Gestão de recursos financeiros**. Fundação Petrópolis, 1998.

DE SETA, M. H.; DAIN, S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl. 3, p. 3307–3317, 2010.

DRAIBE, S. M. Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: saúde e educação fundamental. CEPAL, 1998.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M.; KRONENBERGER, T. S.; ZANI, F. B. Modernização da gestão local do SUS: a dimensão gerencial. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F. L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

GERIGK, W.; CLEMENTE, A.; TAFFAREL, M. Gestão financeira e orçamentária nos municípios brasileiros de porte médio depois da LRF. **Administração de Empresas em Revista**, v. 9, n. 10, p. 173–189, 2011.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; DE VASCONCELOS, C. M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, 2012.

LEVCOVITZ, E.; DE LIMA, L.; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2001.

LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. p.73–139. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

LIMA, L. D. DE. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 511–522, 2007.

LIMA, L. D. DE; ANDRADE, C. L. T. DE. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2237–2248, 2009.

MACHADO, J. Â. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

MENDES, Á. Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001). Tese (Doutorado). Campinas: Universidade de Campinas, 2005.

MENDES, Á. Gestão dos recursos do SUS. Universidade Federal de Goiás, 2016.

MENDES, Á.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES, Ministério da Saúde, OPAS, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros e conselheiras de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Manual de planejamento do SUS**. Brasília, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE.

Financiamento Público de Saúde, Série ECOS Economia da Saúde para a Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

OLIVEIRA, F. A. Fundef e saúde: duas experiências (virtuosas?) de descentralização. **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2003.

PAIVA, A. B.; GONZALEZ, R. H. S.; LEANDRO, J. G. Coordenação federativa e financiamento da política de saúde: mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro, v. 36, n. 108, p. 55–81, 2017.

PINTO JUNIOR, V. L.; CERBINO NETO, J.; PENNA, G. O. The evolution of the federal funding policies for the public health surveillance component of Brazil's Unified Health System (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4841–4849, 2014.

PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES, Ministério da Saúde, OPAS, 2016.

PRADO, S.; CAVALCANTI, C. E.; QUADROS, W. Análise do sistema de partilha de recursos na federação brasileira. São Paulo: FUNDAP, 1999.

REZENDE, F. Federalismo fiscal: novo papel para Estados e Municípios. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima, 1999.

REZENDE, F. Modernização tributária e federalismo fiscal. **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil**. p.336. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2003.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Federalismo e articulação intergovernamental: os conselhos de secretários estaduais. **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. p.388. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

SANTOS, R. J. M. DOS; LUIZ, V. R. Transferências federais no financiamento da descentralização. **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES, Ministério da Saúde, OPAS, 2016.

SCARATTI, D.; CALVO, M. C. M. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 446–55, 2012.

SILVEIRA, E. X. DA. Desvendando a informação e decisão na prática do secretário municipal de saúde. Universidade Federal do Paraná, 2011.

VARGAS, I.; MOGOLLON-PEREZ, A. S.; UNGER, J.-P.; et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy and Planning**, v. 30, n. 6, p. 705–717, 2015.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; HEIMANN, L. S.; LIMA, L. D. DE; et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, Suplemento, p. 139-151, 2002

VIDOR, A. C.; FISHER, P. D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 24–30, 2011.

APÊNDICE

Tabela 5 – Repasses federais pelo FNS aos municípios, por UF e bloco de financiamento – 2015 (R\$ Mil)

UF	Farmácia	Assistência básica	Ges-tão	Investi-mento	Média e alta complexi-dade	Vigilân-cia	Total
RO	8.234	124.952	842	38.797	157.577	19.190	349.593
AC	4.045	76.544	645	18.740	3.934	9.171	113.079
AM	17.048	287.552	961	24.171	78.329	42.574	450.634
RR	2.438	35.531	297	9.480	31.308	7.432	86.486
PA	47.034	585.808	2.534	100.714	789.849	88.207	1.614.146
AP	3.438	57.635	144	9.565	9.263	9.858	89.903
TO	9.126	178.763	1.176	40.633	104.821	16.899	351.418
MA	36.455	698.844	2.697	104.864	665.361	69.970	1.578.191
PI	16.667	443.765	1.471	57.652	439.101	24.388	983.044
CE	21.269	813.964	2.764	94.194	1.400.634	67.630	2.400.455
RN	18.965	379.454	336	51.225	343.271	25.402	818.652
PB	24.686	510.919	2.049	70.062	602.861	27.002	1.237.580
PE	47.700	833.772	1.905	101.583	820.907	65.055	1.870.923
AL	18.401	335.136	385	42.192	542.479	25.159	963.751
SE	11.451	211.750	171	36.815	250.282	16.587	527.055
BA	63.040	1.307.241	1.820	142.244	1.510.137	110.464	3.134.946
MG	58.592	1.846.289	4.991	157.133	3.242.973	159.363	5.469.341
ES	18.280	248.451	341	33.746	225.143	29.871	555.831
RJ	82.233	950.196	788	104.045	2.889.719	126.941	4.153.922
SP	183.642	2.166.033	6.107	329.926	4.949.727	224.261	7.859.696
PR	16.280	805.106	2.175	127.513	1.517.041	58.336	2.526.451
SC	33.073	603.575	1.349	69.352	952.662	36.729	1.696.740
RS	57.372	640.031	1.123	104.645	1.570.515	59.114	2.432.801
MS	12.972	228.447	187	28.942	459.238	20.796	750.583
MT	17.006	261.108	342	62.070	409.066	29.251	778.843
GO	32.989	483.949	4.302	113.079	1.124.550	56.829	1.815.697
Tot al	862.438	15.114.814	41.900	2.073.384	25.090.745	1.426.479	44.609.760

Fonte: elaboração própria, a partir de dados do FNS.

Nota: valores líquidos.

Tabela 6 – Repasses federais por meio do bloco de Gestão do FNS, por UF – 2013 a 2016 (R\$ de 2016)

UF	2013	2014	2015	2016
RO	807.938	855.476	901.956	588.801
AC	698.165	492.390	691.097	162.098
AM	1.437.274	495.950	1.029.785	145.000
RR	166.230	308.485	318.325	60.000
PA	4.329.176	1.811.759	2.715.686	545.000
AP	410.033	160.175	154.339	40.000
TO	1.698.893	1.295.046	1.260.437	250.000
MA	4.564.796	1.744.723	2.890.430	450.000
PI	2.533.636	2.609.691	1.576.127	484.341
CE	7.461.083	6.448.166	2.962.562	2.400.400
RN	1.519.298	582.122	360.125	1.225.610
PB	2.758.359	3.390.493	2.196.547	1.397.800
PE	4.829.394	2.057.361	2.042.236	1.273.236
AL	1.663.918	213.567	412.643	1.966.500
SE	991.931	373.742	182.742	170.000
BA	7.762.462	5.543.628	1.950.890	1.756.294
MG	19.303.448	13.083.937	5.349.675	3.821.800
ES	1.327.959	762.315	365.055	210.000
RJ	3.675.543	3.397.352	844.364	1.544.501
SP	19.306.142	13.740.165	6.545.375	8.024.256
PR	4.957.552	3.116.297	2.331.272	1.930.600
SC	10.340.098	4.129.315	1.445.322	910.600
RS	12.564.487	4.435.003	1.204.060	910.000
MS	1.791.292	1.063.175	200.427	140.000
MT	1.504.590	275.060	366.020	275.311
GO	1.743.147	3.340.051	4.611.366	3.303.092
Total	120.146.846	75.725.439	44.908.864	33.985.238

Fonte: elaboração própria a partir de dados do Fundo Nacional de Saúde.

Nota: valores (líquidos) de 2013,2014 e 2015 inflacionados pelo IGP-DI.

Tabela 7 – Percentual de municípios que receberam repasses federais por meio do bloco de gestão do FNS, por UF – 2013 a 2016

UF	2013	2014	2015	2016
RO	6	12	15	6
AC	36	41	55	5
AM	27	8	24	5
RR	20	40	40	13
PA	33	14	26	8
AP	31	31	25	6
TO	14	11	19	2
MA	24	11	24	6
PI	13	5	10	1
CE	18	14	5	5
RN	7	3	4	3
PB	5	11	9	2
PE	18	9	18	11
AL	17	4	9	8
SE	9	8	5	4
BA	15	12	6	5
MG	13	11	5	5
ES	10	14	8	9
RJ	36	39	26	30
SP	16	12	11	14
PR	13	6	5	6
SC	14	6	5	4
RS	18	9	5	5
MS	10	9	8	3
MT	9	4	6	4
GO	11	9	7	7

Fonte: elaboração própria a partir de dados do Fundo Nacional de Saúde.

Tabela 8 – Ações/Serviços/Estratégias do bloco de gestão do FNS – R\$ mil (2016) e número de municípios que receberam repasses federais* – 2013 a 2016

Ação/Serviço/Estratégia	2013		2014		2015		2016	
	R\$ mil	Nº mun.	R\$ mil	Nº mu n.	R\$ mil	Nº mu n.	R\$ mil	Nº mu n.
Agenda de intensificação da atenção nutricional à desnutrição infantil	-		1.869	26	-		-	
Ambiência (Reforma)	-		2.212	39	-		-	
Ambiência dos serviços de parto (Reforma)	-		-		214	1	2.673	15
CAPS AD – Incentivo aos Centros de Atenção Psicossocial	1.688	31	1.163	20	429	8	350	7
CAPS AD III – Enfrentamento ao crack e outras drogas	6.249	38	5.072	34	831	7	375	3
CAPS I - Incentivo aos Centros de Atenção Psicossocial	3.593	150	3.275	137	1.286	60	660	33
CAPS II - Incentivo aos Centros de Atenção Psicossocial	382	15	546	20	107	6	80	4
CAPS III - Incentivo aos Centros de Atenção Psicossocial	419	9	475	10	214	6	90	3
CAPS Infanto-Juvenil- Incentivo aos Centros de Atenção Psicossocial	517	14	925	23	225	7	300	10
CGPB – Casa de gestante e bebê e puérpera (Reforma)	-		170	1	-		-	
Centro de Parto Normal (Reforma)	-		297	7	365	2	335	2
Concurso Prêmio INOVASUS	935	9	2.002	9	1.334	15	270	2
Estruturação e qualificação dos núcleos de acesso e qualidade hospitalar (NAQH)	493	2	-		-		-	
Formação profissional dos agentes comunitários de saúde	600	3	57	1	-		-	

Implantação de leitos de saúde mental	2.699	100	2.496	96	669	27	452	18
Incentivo à implantação do programa de qualificação da RAPS	2.188	55	29.467	88	23	6	-	
Incentivo à implantação ou implementação de complexos reguladores	9.586	11	10.284	15	17.412	20	15.943	25
Incentivo ao desenvolvimento de soluções de TI Cartão Nacional de Saúde (Custeio)	2.198	4	-		-		-	
Incentivo de reabilitação psicossocial	12.012	239	884	20	391	11	3.405	101
Incentivo financeiro aos serviços residenciais terapêuticos	1.047	23	1.044	19	1.265	24	1.780	37
Programa de financiamento das ações de nutrição e alimentação (FAN)	21.819	375	7.938	179	19.148	395	6.655	179
Programa nacional de reorientação profissional em saúde - PRO-SAUDE (Custeio)	50.201	126	149	1	-		127	1
Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional	850	13	-		-		-	
UCINCA (Reforma)	-		65	1	-		-	
UCINCO (Reforma)	-		945	7	96	1	-	
Unidade de Acolhimento Adulto - UAA	1.465	13	2.159	23	675	9	350	5
Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil - UAI	1.207	13	1.329	13	225	3	140	2
UTINEO (Reforma)	-		902	4	-		-	
Total	120.147	1243	75.725	793	44.909	608	33.985	447

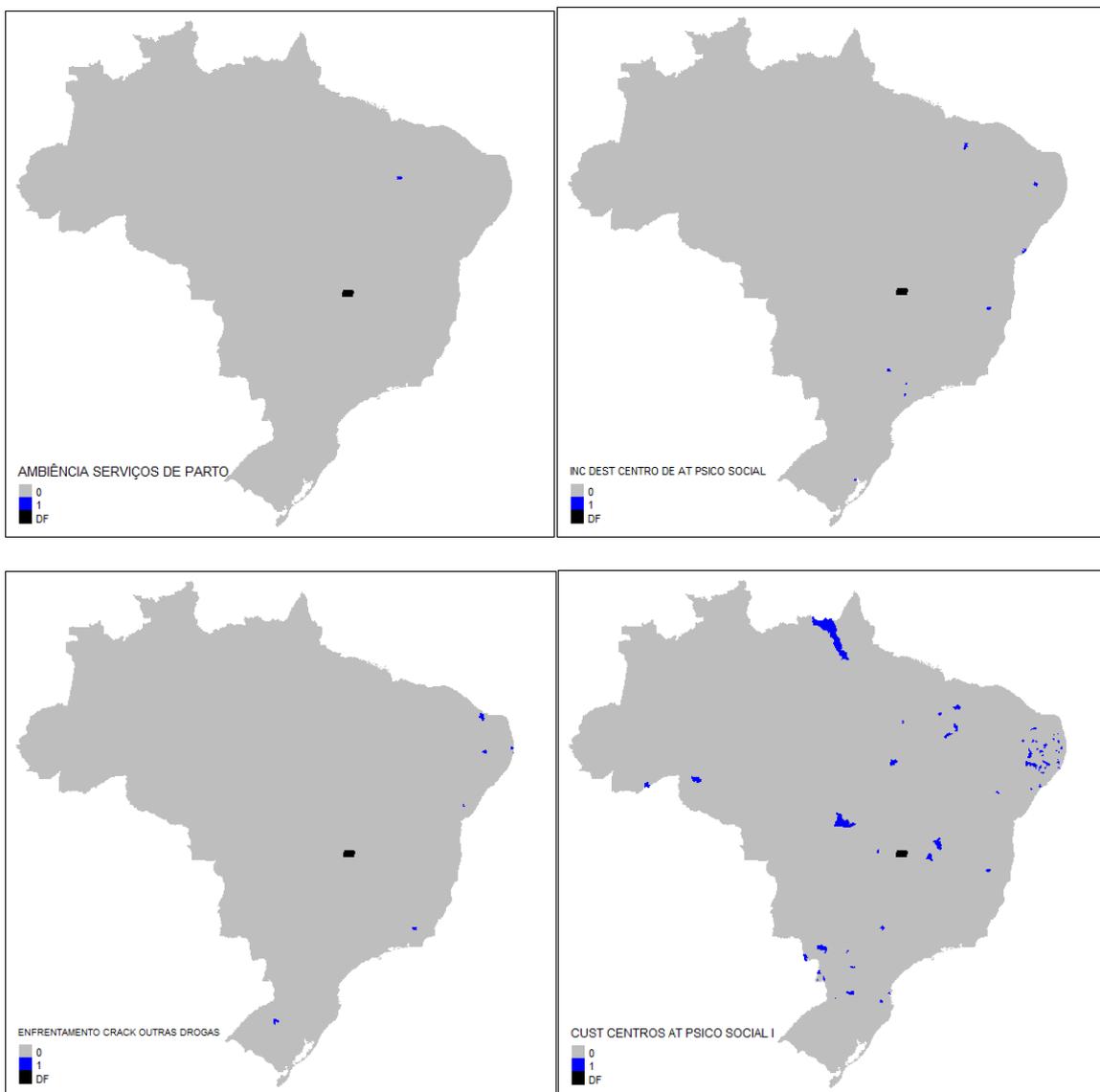
Fonte: elaboração própria, a partir de dados do FNS.

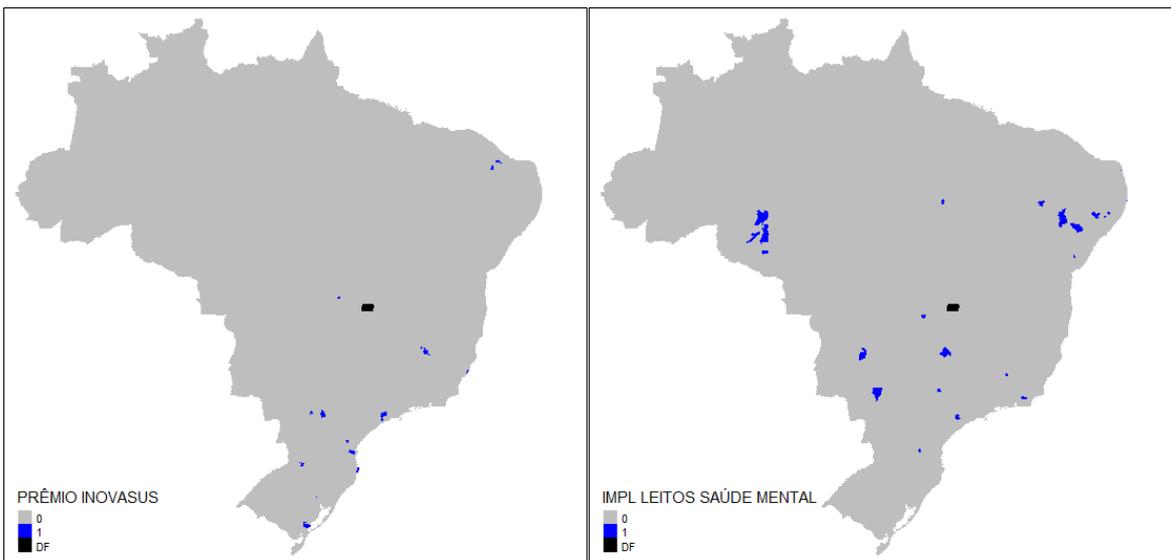
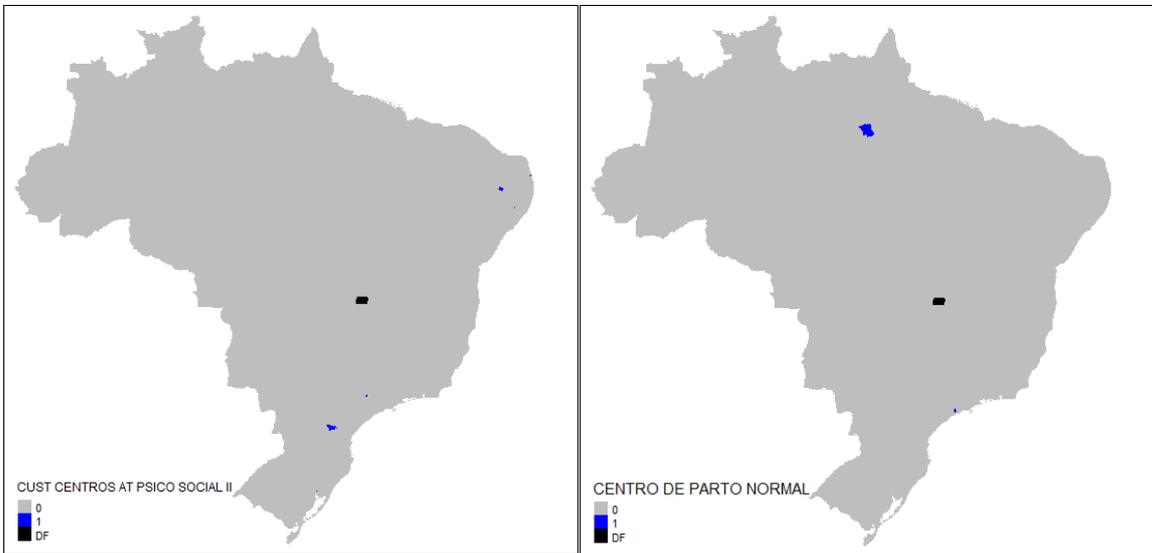
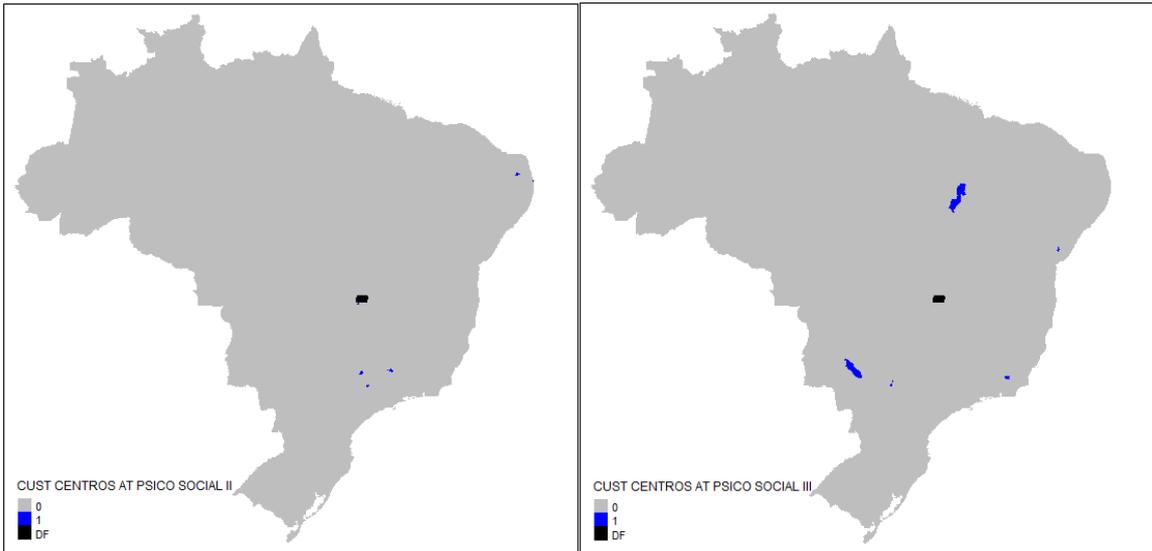
Nota: valores (líquidos) de 2013, 2014 e 2015 corrigidos pelo IGP-DI.

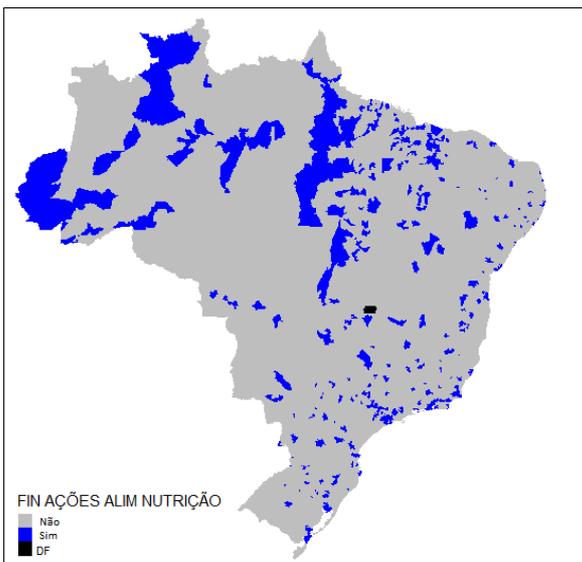
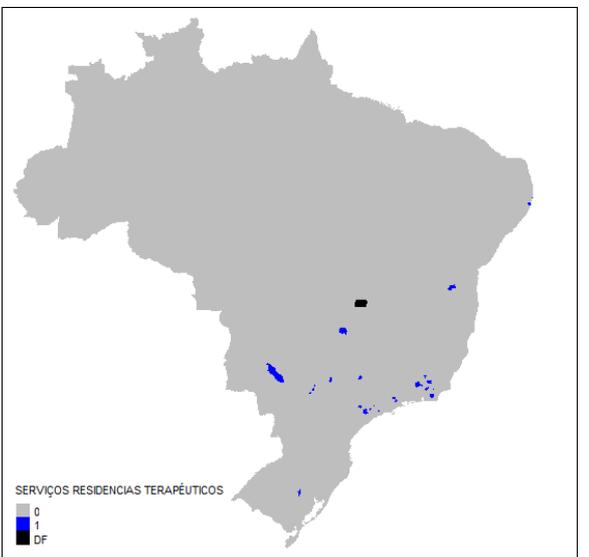
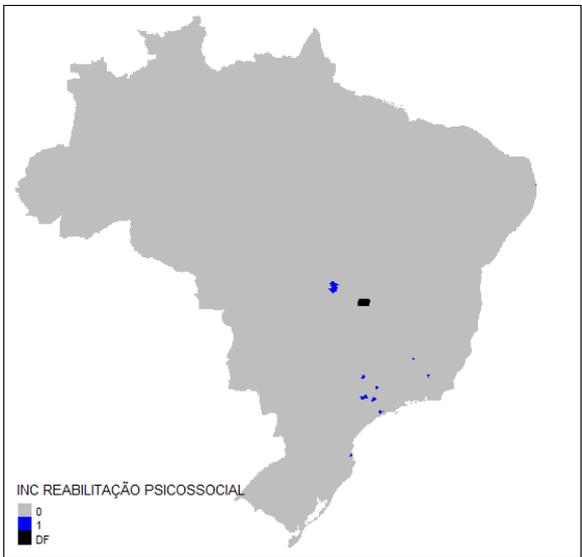
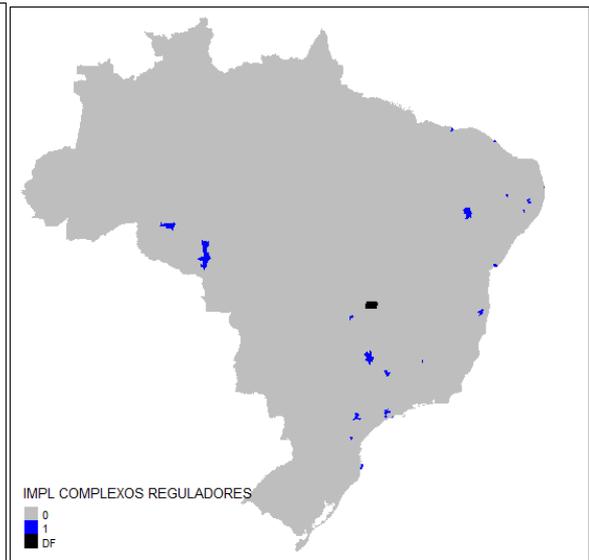
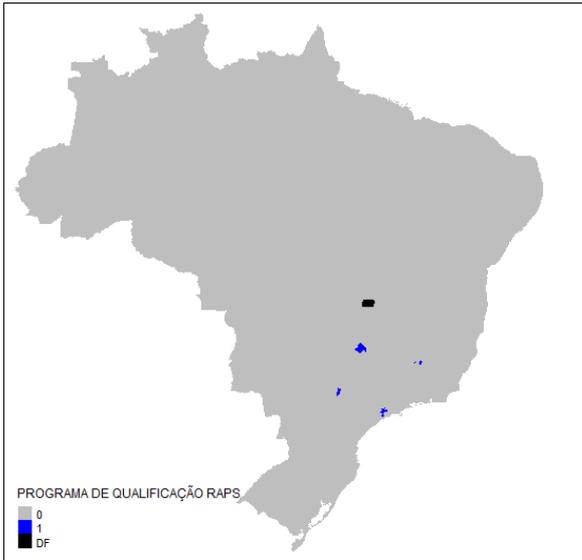
Nota*: Municípios contados em duplicidade caso recebam recursos de mais de uma Ação.

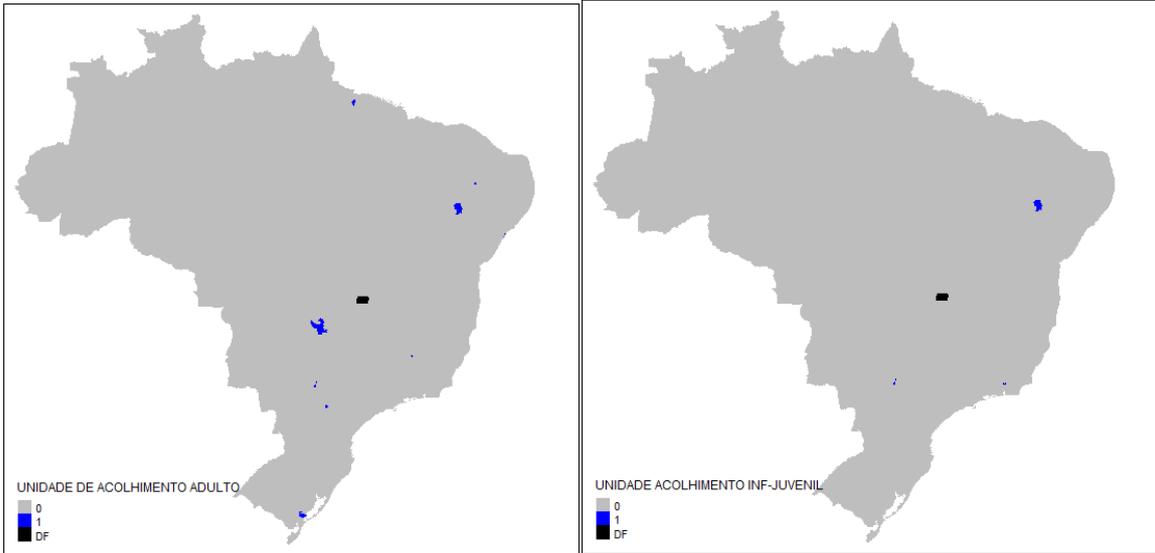
Nota: CAPS = Centro de Atendimento Psicossocial; AD = álcool e drogas; RSM/RSME = Teto Municipal Rede Mental

Mapas dos municípios que receberam repasses federais por meio do bloco de gestão do FNS, por Ações/Serviços/Estratégias – 2015









Outputs Stata das regressões

a) Logit

dGEST14	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
1.audit	.6562666	.5952036	1.10	0.270	-.5103111 1.822844
1.ouvid	-.0461654	.1415675	-0.33	0.744	-.3236326 .2313018
1.pms_cms14	.2638094	.1244123	2.12	0.034	.0199658 .5076529
1.cms_cad	-.0764381	.1368835	-0.56	0.577	-.344725 .1918487
1.cms_del	-.1013715	.2093207	-0.48	0.628	-.5116325 .3088895
1.cms_con	-.0818943	.1393389	-0.59	0.557	-.3549936 .1912049
1.cms_nor	.2709642	.1435773	1.89	0.059	-.0104421 .5523705
1.cms_fis	-.4005335	.1485816	-2.70	0.007	-.691748 -.109319
1.d_BPS	.1802237	.3172499	0.57	0.570	-.4415747 .8020221
SIOPS	-.0126202	.0658082	-0.19	0.848	-.1416019 .1163615
escol2					
2	.2020332	.9055395	0.22	0.823	-1.572792 1.976858
3	-.0955159	.7625362	-0.13	0.900	-1.590059 1.399028
4	-.1399536	.7864047	-0.18	0.859	-1.681278 1.401371
5	.3029797	.7424468	0.41	0.683	-1.152189 1.758149
6	.3723959	.7433516	0.50	0.616	-1.084546 1.829338
A1022					
12	2.216147	.7941276	2.79	0.005	.6596852 3.772608
13	-.9097064	.819755	-1.11	0.267	-2.516397 .6969839
14	2.554819	.860058	2.97	0.003	.8691366 4.240502
15	-.5269526	.671319	-0.78	0.432	-1.842714 .7888085
16	1.802821	.9243906	1.95	0.051	-.0089508 3.614594
17	1.608241	.6764007	2.38	0.017	.2825199 2.933962
21	-.2157045	.6660781	-0.32	0.746	-1.521194 1.089785
22	.2804713	.696523	0.40	0.687	-1.084689 1.645631
23	.0045851	.6520184	0.01	0.994	-1.273348 1.282518
24	-.8730269	.8392892	-1.04	0.298	-2.518003 .7719496
25	1.03159	.6509889	1.58	0.113	-.2443249 2.307505
26	-1.050539	.6967855	-1.51	0.132	-2.416213 .3151358
27	-1.281339	.8700173	-1.47	0.141	-2.986542 .4238633
28	-.1306024	.7966562	-0.16	0.870	-1.69202 1.430815
29	.0448832	.6212877	0.07	0.942	-1.172818 1.262585
31	.7467753	.6091809	1.23	0.220	-.4471974 1.940748
32	-.0965811	.746948	-0.13	0.897	-1.560572 1.36741
33	.9429662	.6710177	1.41	0.160	-.3722043 2.258137
35	-.333398	.6288238	-0.53	0.596	-1.56587 .899074
41	-.4511153	.6622709	-0.68	0.496	-1.749142 .8469119
42	.1376636	.6783958	0.20	0.839	-1.191968 1.467295
43	.8060742	.6364159	1.27	0.205	-.441278 2.053426
50	-.0753311	.7734419	-0.10	0.922	-1.591249 1.440587
51	-.9241235	.8157685	-1.13	0.257	-2.523 .6747534
52	.2743079	.6581001	0.42	0.677	-1.015545 1.56416
pop	1.113505	.1067731	10.43	0.000	.9042341 1.322777
IVS	2.030255	.8027969	2.53	0.011	.4568017 3.603708
hemo	-.0562843	.2479439	-0.23	0.820	-.5422454 .4296768
ubs	-.0004717	.0116204	-0.04	0.968	-.0232474 .0223039
clinica	.0077631	.0061699	1.26	0.208	-.0043297 .0198558
consult	.0002943	.0011895	0.25	0.805	-.0020372 .0026257
farm	-.0032443	.0401107	-0.08	0.936	-.0818598 .0753713
hosp	.1807721	.0538228	3.36	0.001	.0752813 .2862629
lab	.2620464	.2226871	1.18	0.239	-.1744122 .6985051
policlin	.0382801	.017644	2.17	0.030	.0036985 .0728617
of_ortop	-.8342301	.9124261	-0.91	0.361	-2.622552 .9540922
posto	-.0029171	.0155679	-0.19	0.851	-.0334296 .0275955
pronto	-.008743	.0898959	-0.10	0.923	-.1849356 .1674497
_cons	-14.6281	1.44845	-10.10	0.000	-17.46701 -11.78919

b) Poisson bloco de gestão

sum_d	Robust		z	P> z	[95% Conf. Interval]	
	Coef.	Std. Err.				
1.audit	.0924306	.135253	0.68	0.494	-.1726605	.3575217
1.ouvid	.0987816	.1164675	0.85	0.396	-.1294905	.3270537
1.pms_cms14	.0882542	.0814071	1.08	0.278	-.0713007	.2478091
1.cms_cad	-.067751	.1002992	-0.68	0.499	-.2643339	.128832
1.cms_del	.0021333	.1615328	0.01	0.989	-.3144652	.3187319
1.cms_con	-.083155	.0945933	-0.88	0.379	-.2685544	.1022445
1.cms_nor	.215639	.0945886	2.28	0.023	.0302488	.4010292
1.cms_fis	-.1786322	.1026591	-1.74	0.082	-.3798403	.0225759
1.d_BPS	.0424293	.1423775	0.30	0.766	-.2366255	.3214841
SIOPS	-.0821497	.0402963	-2.04	0.041	-.161129	-.0031703
escol2						
2	.1360324	.847889	0.16	0.873	-1.525799	1.797864
3	.0454494	.737009	0.06	0.951	-1.399062	1.48996
4	.1091018	.7443888	0.15	0.883	-1.349873	1.568077
5	.3743392	.7171412	0.52	0.602	-1.031232	1.77991
6	.4458305	.7170808	0.62	0.534	-.959622	1.851283
A1022						
12	.5242456	.6086875	0.86	0.389	-.66876	1.717251
13	-1.325748	.5668488	-2.34	0.019	-2.436751	-.2147444
14	.6399409	.652576	0.98	0.327	-.6390846	1.918966
15	-.8942739	.4406648	-2.03	0.042	-1.757961	-.0305868
16	.0799691	.5568251	0.14	0.886	-1.011388	1.171326
17	.4976923	.4514618	1.10	0.270	-.3871567	1.382541
21	-.4211982	.4508421	-0.93	0.350	-1.304833	.4624362
22	-.0919913	.4508183	-0.20	0.838	-.9755789	.7915962
23	-.2571377	.4276306	-0.60	0.548	-1.095278	.5810029
24	-.8844867	.4907617	-1.80	0.072	-1.846362	.0773885
25	.2372283	.43593	0.54	0.586	-.6171788	1.091635
26	-1.007091	.4615067	-2.18	0.029	-1.911627	-.1025544
27	-1.80116	.5658013	-3.18	0.001	-2.91011	-.6922097
28	-.6770779	.4628127	-1.46	0.143	-1.584174	.2300183
29	-.3337619	.4228575	-0.79	0.430	-1.162547	.4950236
31	-.0831224	.4162101	-0.20	0.842	-.8988792	.7326344
32	-.7216452	.4613142	-1.56	0.118	-1.625804	.1825139
33	-.2941254	.4258714	-0.69	0.490	-1.128818	.5405673
35	-.7677674	.4158691	-1.85	0.065	-1.582856	.047321
41	-1.051776	.4726744	-2.23	0.026	-1.978201	-.1253513
42	-.4746036	.4384684	-1.08	0.279	-1.333986	.3847786
43	-.3462872	.4284859	-0.81	0.419	-1.186104	.4935297
50	-.475657	.4728151	-1.01	0.314	-1.402358	.4510436
51	-1.190067	.5703876	-2.09	0.037	-2.308006	-.0721275
52	-.212919	.4566806	-0.47	0.641	-1.107997	.6821585
pop	1.042219	.0437524	23.82	0.000	.9564656	1.127972
IVS	-.0674822	.5097934	-0.13	0.895	-1.066659	.9316944
hemo	.0605227	.0539113	1.12	0.262	-.0451415	.166187
ubs	-.0022249	.0019085	-1.17	0.244	-.0059655	.0015157
clinica	-.0015503	.0007935	-1.95	0.051	-.0031055	4.98e-06
consult	.0001776	.0001085	1.64	0.102	-.0000351	.0003904
farm	.0061393	.0166594	0.37	0.712	-.0265124	.0387911
hosp	-.0009439	.0052451	-0.18	0.857	-.0112241	.0093363
lab	-.0440609	.0848017	-0.52	0.603	-.2102692	.1221474
policlin	-.0011083	.0018638	-0.59	0.552	-.0047614	.0025447
of_ortop	-.1332876	.3111397	-0.43	0.668	-.7431103	.4765351
posto	-.0051777	.0030024	-1.72	0.085	-.0110623	.000707
pronto	.0054996	.0182608	0.30	0.763	-.0302909	.04129
_cons	-12.10766	.9596693	-12.62	0.000	-13.98858	-10.22675

c) Poisson total dos blocos do FNS

total	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
1.audit	.1485902	.0334893	4.44	0.000	.0829524	.214228
1.ouvid	.0590504	.0071736	8.23	0.000	.0449904	.0731104
1.pms_cms14	.0201401	.0056963	3.54	0.000	.0089755	.0313047
1.cms_cad	.0399362	.0062393	6.40	0.000	.0277073	.052165
1.cms_del	.0094564	.0075778	1.25	0.212	-.0053958	.0243087
1.cms_con	-.0035445	.0068546	-0.52	0.605	-.0169793	.0098904
1.cms_nor	.003765	.0069	0.55	0.585	-.0097588	.0172888
1.cms_fis	.0107222	.0070259	1.53	0.127	-.0030482	.0244927
1.d_BPS	.034314	.0205656	1.67	0.095	-.0059938	.0746217
STOPS	.0037571	.0033081	1.14	0.256	-.0027266	.0102407
escol2						
2	.0092522	.0283697	0.33	0.744	-.0463514	.0648557
3	.0094914	.0244878	0.39	0.698	-.0385037	.0574866
4	-.0009741	.0257737	-0.04	0.970	-.0514897	.0495414
5	.0205631	.0243353	0.84	0.398	-.0271333	.0682595
6	.0375466	.0244809	1.53	0.125	-.010435	.0855282
A1022						
12	.1805932	.0532772	3.39	0.001	.0761717	.2850146
13	.0038929	.0419666	0.09	0.926	-.0783601	.0861459
14	.1160715	.0676386	1.72	0.086	-.0164977	.2486407
15	.119925	.0340771	3.52	0.000	.0531351	.1867149
16	.0247369	.0469291	0.53	0.598	-.0672425	.1167163
17	.2071501	.0339861	6.10	0.000	.1405385	.2737617
21	.0315663	.0345418	0.91	0.361	-.0361345	.0992671
22	.1857194	.0331181	5.61	0.000	.1208091	.2506297
23	.1204544	.0336125	3.58	0.000	.0545751	.1863336
24	.2778323	.0327155	8.49	0.000	.213711	.3419535
25	.325795	.0329497	9.89	0.000	.2612149	.3903751
26	.1073375	.0338157	3.17	0.002	.0410599	.173615
27	.2161491	.0352716	6.13	0.000	.1470181	.2852802
28	.0081269	.0365522	0.22	0.824	-.0635142	.079768
29	-.0004535	.0327302	-0.01	0.989	-.0646035	.0636965
31	-.0333609	.0319257	-1.04	0.296	-.0959341	.0292122
32	-.1111752	.0382202	-2.91	0.004	-.1860855	-.036265
33	.0869139	.0394234	2.20	0.027	.0096454	.1641823
35	.0327308	.0325778	1.00	0.315	-.0311205	.096582
41	-.1016662	.0330947	-3.07	0.002	-.1665307	-.0368017
42	.0671527	.0333788	2.01	0.044	.0017314	.132574
43	-.0447574	.0335026	-1.34	0.182	-.1104212	.0209065
50	.1463349	.0343079	4.27	0.000	.0790926	.2135772
51	.0493266	.0338448	1.46	0.145	-.017008	.1156611
52	.1575583	.0330978	4.76	0.000	.0926878	.2224288
pop	.1635198	.0057325	28.53	0.000	.1522844	.1747552
IVS	-.2738418	.0386949	-7.08	0.000	-.3496824	-.1980012
hemo	.0250553	.0151429	1.65	0.098	-.0046242	.0547348
ubs	.0018037	.000829	2.18	0.030	.0001788	.0034285
clinica	.0001306	.0002744	0.48	0.634	-.0004072	.0006683
consult	-.0000542	.0000486	-1.12	0.265	-.0001495	.0000411
farm	.0085988	.0035085	2.45	0.014	.0017222	.0154754
hosp	-.0023666	.0013984	-1.69	0.091	-.0051074	.0003742
lab	.0240112	.0152272	1.58	0.115	-.0058334	.0538559
policlin	.0016186	.0006386	2.53	0.011	.000367	.0028703
of_ortop	.0938792	.0795303	1.18	0.238	-.0619974	.2497558
posto	.0003311	.001003	0.33	0.741	-.0016348	.002297
pronto	-.0071198	.0067803	-1.05	0.294	-.0204089	.0061693
_cons	1.275848	.0643505	19.83	0.000	1.149723	1.401972

ANEXO

Seção V da Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007.

Do Bloco de Gestão do SUS

Art. 28. O bloco de financiamento de Gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema.

Art. 29. O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes:

I - Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e

II - Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde;

Parágrafo único. O detalhamento do financiamento das ações referentes a esses componentes, para 2007, encontra-se no Anexo II a esta Portaria.

Art. 30. O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:

I - Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento;

II - Planejamento e Orçamento;

III - Programação;

IV - Regionalização;

V - Gestão do Trabalho;

VI - Educação em Saúde;

VII - Incentivo à Participação e Controle Social;

VIII – Informação e Informática em Saúde;

IX - Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e

X - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º A transferência dos recursos no âmbito deste Componente dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico e no Anexo II a esta Portaria, com incentivo específico para cada ação que integra o Componente.

Art. 31. O Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde inclui os incentivos atualmente designados:

- I - implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
- II - qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;
- III - implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
- IV - fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;
- V - inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- VI - implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;
- VII - implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- VIII - reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;
- IX - implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- X - adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e
- XI - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

Parágrafo único. 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.