

## O (novo) paradigma de financiamento do SUS: as incertezas na garantia do financiamento para as ações de atenção primária à saúde e para as ações de prevenção, promoção e proteção à saúde

### *The (new) financing paradigm of SUS: the uncertainties in guaranteeing the financing for the primary health care actions and for the health actions prevention, promotion and protection*

**Adilson Soares\***

Grupo de Apoio às Políticas de Prevenção e Proteção à Saúde e Núcleo Técnico de Projetos, Convênios e Financiamento da Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil

O marco legal e regulatório do Sistema Único de Saúde passa por alterações a partir, principalmente, de definições pactuadas no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIT) em sua reunião realizada em janeiro de 2017. Na referida reunião, arguindo problemas relacionados à antinomia de normas, vazios normativos e dificuldades na gestão do Sistema Único de Saúde, representantes dos estados (Conass) e dos municípios (Conasems), junto com representantes do Ministério da Saúde, pactuaram que alterações no marco legal e regulatório do SUS deveriam ser empreendidas no sentido de dar racionalidade ao sistema no cipoal de normativas editadas (naquele momento o SUS já havia editado mais de 60 mil portarias), o que se alcunhou de “SUS Legal”.

Uma das propostas que já vinha sendo discutida há algum tempo, no âmbito do Ministério da Saúde, e apresentada nessa reunião de janeiro, diz respeito à mudança no modelo de transferência de recursos federais para estados e municípios. Os recursos que até então eram transferidos em seis blocos de financiamento do SUS (Atenção Básica;

Média e Alta Complexidade; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde; Gestão do SUS; Investimentos) passariam a ser transferidos em dois blocos (Custeio e Investimentos).

Coube ao Grupo de Trabalho de Gestão da CIT, órgão técnico de apoio, debruçar-se sobre o assunto e propor alternativas a serem avaliadas pela Câmara Técnica da CIT e submetidas à aprovação do Plenário da CIT.

Resultados concretos deste grupo de trabalho foram sentidos nos meses subsequentes, com as pactuações que se seguiram no âmbito da CIT e a edição de algumas portarias buscando racionalizar, em normativa única, as diversas normativas do SUS que tratavam sobre assuntos semelhantes, porém estavam dispersas, o que se chamou de Portaria de Consolidação (PRC). Em 03 de outubro de 2017 foram editadas as 6 (seis) PRC vigentes até esta data, revogando 585 normas/portarias.

O tema financiamento do SUS, tratado em diversas normativas, foi consolidado na PRC n. 6, como havia sido proposto na reunião de janeiro de 2017. O passo seguinte

\*Economista – Especialista em Finanças, Orçamento, Administração e Saúde Pública. Mestre e Doutor em Saúde Coletiva. Professor do Programa de Pós Graduação em Ciências da CCD/SES-SP. Diretor do Grupo de Apoio às Políticas de Prevenção e Proteção à Saúde e Núcleo Técnico de Projetos, Convênios e Financiamento da Vigilância em Saúde da CCD-SES/SP. Membro da Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRÉS e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)

à consolidação das normativas sobre o financiamento do sistema foi a unificação dos blocos de financiamento, com a justificativa de que esta medida flexibilizaria o fluxo financeiro, facilitando a gestão. Desta forma, as mudanças no financiamento e transferência de recursos federais para as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), definidas na PRC n. 6, foram consubstanciadas na Portaria 3.992, publicada em 28 de dezembro de 2017.

Assim, os recursos do governo federal, antes repassados aos estados e municípios em 6 (seis) blocos, passam a ser transferidos em 2 (dois) blocos de financiamento (Custeio e Investimentos), competindo ao gestor da saúde, no âmbito de cada ente federado, a aplicação dos recursos nos grupos relativos às ASPS e às Ações Orçamentárias previstas em cada bloco de financiamento.

Uma das determinações importantes da Portaria 3.992, definida em seu inciso I do § 2º do artigo 3º, é que a aplicação dos recursos por parte dos gestores estará vinculada ao que foi previsto no bloco, no grupo, e no programa de trabalho do Orçamento Geral da União, que deu origem aos repasses a estados e municípios. Esta vinculação das transferências e a execução dos recursos em 5 (cinco) Grupos de custeio (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS), antes denominados blocos, impõem, a princípio, a obrigatoriedade dos gestores aplicarem, ao longo do período, o montante de recursos financeiros disponíveis especificamente nestes Grupos.

Com esta configuração, não nos parece haver dúvida de que este (novo) paradigma de financiamento atribui maior responsabilidade aos órgãos de controle da gestão pública (exercido pelo poder legislativo e seus tribunais de contas, pela Controladoria Geral da União, pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS), e pelos Conselhos de Saúde (em função da sua condição de órgão deliberativo na aprovação dos planos, programações, relatórios da gestão e execução dos recursos do setor saúde), na medida em que os recursos para execução das ASPS estão todos em uma mesma conta bancária e poderão ser movimentados a critério do gestor, devendo respeitar a vinculação somente nas prestações de contas e conciliações bancárias ao final de cada período.

A intenção manifesta pelo Ministério da Saúde, em vários fóruns, de revisão dos sistemas de informação e informática para abrigar as programações anuais de saúde e a execução dos orçamentos públicos, é vital para o monitoramento e para o controle deste processo.

Esta flexibilização na utilização dos recursos, no curto prazo, atribuída pela referida portaria, é o ponto que preocupa alguns especialistas em saúde e finanças públicas, na medida em que o subfinanciamento do sistema pode induzir os gestores a canalizar os recursos da conta única de custeio para ações com maior poder de pressão e apelo popular e midiático, como as ações assistenciais/curativas, em detrimento das ações de atenção primária à saúde e ações preventivas, promotoras e protetoras da saúde. A conferir.