



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Dias de Lima, Luciana

Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 2, março-abril, 2007, pp. 511-522

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012224>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil

Connections between fiscal federalism
and the funding of the Brazilian health care policy

Luciana Dias de Lima¹

Abstract *In the Brazilian society's context of meager financial resources for health care, associated with structural features of fiscal federalism and with the current model of funding transfers for the Unified Health System's (SUS), important inequities directly impact political negotiations and the deployment of federal financing alternatives which are not directly linked to the supply and production of health care activities and services by states and municipalities. We observed that health policies, since the second half of the nineties, have developed their own mechanisms that, in the above mentioned context, tend to accommodate different interests and federative conflicts generated by structural factors and by institutional rules. However, the absence of an integrated planning program between the criteria to establish resource redistribution for financing the Unified Health System and the Brazilian Federation's fiscal sharing system, end up reinforcing certain asymmetric patterns and generating new imbalances, making the compensation of inequities difficult in public health spending at the sub-national domain.*

Key words *Fiscal federalism, Health financing, Health policy*

Resumo *As expressivas desigualdades da sociedade brasileira e o contexto de escassez de recursos financeiros para o setor da saúde, associados às características estruturais do federalismo fiscal e ao modelo predominante das transferências do SUS, influenciam a negociação política e implantação de alternativas de financiamento federal não atreladas diretamente à oferta e produção de ações e serviços de saúde nos estados e municípios. Observa-se que a política de saúde, a partir da segunda metade da década de 1990, vem desenvolvendo mecanismos próprios que, neste contexto específico, tendem a acomodar interesses diversos e conflitos federativos gerados por fatores estruturais e pelas regras institucionais. Porém, a falta de um planejamento integrado entre os critérios que regem a redistribuição dos recursos para o financiamento do Sistema Único de Saúde e o sistema de partilha tributária da federação brasileira acaba por reforçar determinados padrões de assimetria encontrados e gerar novos desequilíbrios, dificultando a compensação das desigualdades na capacidade de gasto público em saúde das esferas subnacionais.*

Palavras-chave *Federalismo fiscal, Financiamento da saúde, Política de saúde*

¹ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ. luciana@ensp.fiocruz.br

Introdução

O tema federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas vêm se tornando objeto de interesse crescente da produção científica brasileira e internacional. Em que pese a ampliação das publicações sobre o tema, em grande parte, os trabalhos apóiam-se em diferentes enfoques, que tratam de maneira diversa o papel das instituições na vida política e tendem a separar as variáveis econômico-financeiras das variáveis políticas. Não há, ainda, uma produção nacional consistente que busque relacionar determinados arranjos institucionais do Estado com políticas específicas. Reconhecendo as lacunas existentes, este artigo visa contribuir para a discussão das conexões entre o federalismo e a política de saúde no Brasil, a partir do referencial teórico-metodológico proposto por Gagnon¹ e Souza C.².

Gagnon¹ considera que o sucesso dos sistemas federativos deve ser medido por sua capacidade de regular conflitos, já que suas instituições, por serem sensíveis à diversidade, atuam no sentido de amenizar as tensões da sociedade. Para este autor, é necessário refletir sobre as relações entre as regras institucionais e os conflitos intergovernamentais, a forma pela qual as esferas de governo se articulam e negociam suas divergências e quais os resultados deste processo de negociação.

Na mesma linha, Souza C.² adverte que as investigações sobre o comportamento dos atores federativos não podem prescindir da tarefa de desvendar as “regras do jogo”, que intervêm no comportamento político dos atores. Ou seja, descobrir os constrangimentos impostos aos atores em suas escolhas. Os aspectos institucionais são importantes porque determinam a capacidade de atuação dos agentes políticos, condicionam sua percepção acerca das alternativas realistas da política e incidem em suas opções estratégicas e preferências.

Sob este enfoque, propõe-se identificar alguns limites e constrangimentos institucionais impostos ao financiamento público da saúde no Brasil. Uma primeira ordem de fatores diz respeito à forma como se estrutura a divisão das competências tributárias (que nível de governo administra e arrecada cada tributo) e os dispositivos que determinam a partilha intergovernamental de recursos no federalismo fiscal brasileiro. A segunda refere-se ao *modus operandi* das transferências federais para o financiamento das ações e serviços descentralizados do Sistema Único de Saúde (SUS), que respeitam, na sua maioria, a capacidade instalada e a produção de

ações e serviços de saúde nos estados e, principalmente, nos municípios.

Estes dois fatores, em um Estado marcado por acentuadas desigualdades socioeconômicas e um contexto de escassez de recursos para a saúde, têm moldado o posicionamento dos atores federativos e relações de cooperação e conflito, estimulando a criação de novos critérios e mecanismos de redistribuição de recursos federais a partir da segunda metade da década de 1990. Dessa forma, acredita-se que a política de saúde vem desenvolvendo mecanismos próprios que interagem, num contexto específico, com variáveis estruturais e institucionais de difícil modificação pelos atores que atuam no setor da saúde.

Neste trabalho, através do levantamento da produção bibliográfica recente e da análise de dados secundários, discute-se sobre os temas federalismo fiscal e financiamento federal da política de saúde no Brasil, identificando-se suas principais características, as alterações operadas ao longo dos anos 90 e início dos anos 2000, as relações existentes e seus desdobramentos.

Federalismo fiscal à brasileira: características das mudanças implantadas a partir dos anos 80

Para entendemos a realidade brasileira, é preciso refletir sobre as bases do modelo de federalismo fiscal implantado. É consenso entre os estudiosos sobre o tema que o modelo atual repousa nos fundamentos da reforma de 1967 e que os conflitos hoje vividos no terreno tributário se dão pelas modificações incompletas do mesmo, em uma conjuntura política e econômica completamente diversa.

A reforma de 1967 caracterizava-se por: 1) forte centralização da arrecadação tributária no governo federal, principal responsável pelo estímulo ao desenvolvimento da economia; 2) reforço da capacidade tributária própria de estados e municípios, com a criação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICM) na competência dos estados e do Imposto sobre Serviços (ISS) na competência dos municípios; 3) implantação de mecanismo de repartição regular de receitas federais com fins redistributivos e não-condicionados a gastos específicos – os Fundos de Participação dos Estados (FPE) e Municípios (FPM); 4) implantação de mecanismo de alocação de receitas federais para investimentos, caracterizado por forte vinculação setorial e funcional (despesas de

capital) – as devoluções tributárias dos impostos sobre combustíveis, energia elétrica, minerais e comunicação que se destinavam às empresas públicas federais, estaduais e municipais; 5) criação de mecanismo de devolução tributária do ICM para os municípios^{3,4}.

Se concebido com uma orientação descentralizadora, o sistema tributário brasileiro foi gradualmente modificado ao longo dos anos da ditadura, de modo a concentrar o controle sobre a receita e a alocação do gasto no âmbito federal. Novas condicionalidades e vinculações vão sendo atreladas aos Fundos de Participação, reduzindo a liberdade orçamentária das unidades subnacionais e direcionando os recursos para programas ou funções específicas.

A centralização associada à perda de autonomia dos governos subnacionais do período de 1968 até o final dos anos 70 desencadeou uma forte reação contrária no processo de abertura política dos anos 80, onde os municípios e estados ganham gradativamente espaço para atendimento de suas demandas e revisão do sistema tributário brasileiro. Dain⁵ enfatiza que, nesta época, a dimensão federativa se impôs aos demais aspectos relativos à reformulação do sistema tributário brasileiro.

Em relação às competências tributárias, amplia-se o papel das esferas subnacionais na arrecadação tributária e sua autonomia na gestão dos impostos. Esta ampliação se deu por diversos mecanismos na década de 1980. Um, relacionado ao aumento de abrangência do ICM com a criação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). Este passou a incluir os impostos únicos federais (combustíveis, energia elétrica, minerais, comunicação e transporte). Além disso, o controle central observado sobre o imposto é retirado e os governos estaduais passam a ter maior responsabilidade pela sua gestão.

O dispositivo que definia a partilha neutra do antigo ICM também é alterado: 25% da cota-parte do ICM e, posteriormente, do ICMS são objeto de livre disposição por lei estadual. Os 75% restantes da cota-parte permanecem regidos pelo mecanismo de devolução tributária. Isso representou um aumento do poder do estado na alocação municipal deste tributo que passa a incorporar um componente redistributivo à fórmula do repasse.

Por outro lado, a Constituição de 88 estabelece como atribuição dos estados a composição e definição dos valores das alíquotas do ICMS. Os governos estaduais passam a utilizá-lo como instrumento de política econômica para atração de

novos investimentos em prejuízo do objetivo arrecadatório, fenômeno esse denominado de “guerra fiscal” dos estados nos anos 90.

No plano municipal, o reforço das receitas diretamente arrecadadas também se verifica. Mesmo tendo sido frustradas as tentativas de incorporação do ISS ao ICMS, são mantidas na Constituição os mecanismos de compensação para os municípios⁵. Entre eles, a criação do Imposto sobre Vendas a Varejo de Combustíveis (IVVC), que foi extinto posteriormente, o aumento de 20% para 25% do percentual de partilha do ICMS para as esferas locais e o compartilhamento com o estado da arrecadação do antigo imposto sobre a transmissão de bens imóveis. O governo estadual passa a arrecadar o imposto de heranças e doações e os governos municipais o imposto de transmissão “inter vivos” de bens imóveis.

Dain⁵ também aponta para outros mecanismos de compensação implementados em função de reformas não levadas à cabo pelos constituintes em 1988. Havia na época uma proposta de adoção de um princípio único de destino na aplicação do ICMS, com desoneração das exportações internas e externas. Com esta proposta, perderiam os estados exportadores líquidos. Mesmo mantendo-se a tributação do imposto na origem e destino, foi inevitável estabelecer compensações visando reduzir os impactos perversos do sistema tributário sobre a competitividade do setor produtivo brasileiro e a falta de investimento. Daí resultam o Fundo de Compensação pela Exportação de Produtos Industrializados (FPEx) – que redistribui 10% da arrecadação do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) da União em função do volume de exportações das UFs – e, posteriormente, a Lei Complementar (LC) 87/96 (Lei Kandir) que complementa a desoneração das exportações para outros produtos. Estas medidas acabaram por incidir também nas receitas dos municípios, pois a legislação prevê que 25% dos recursos das transferências compensatórias dos estados sejam repassados aos seus municípios⁴.

Um segundo componente importante das mudanças operadas a partir dos anos 80 diz respeito ao sistema de partilha tributária. Como afirma Rezende³, a “bandeira da descentralização” estampava a reivindicação do aumento das transferências federais sem qualquer condicionalidade quanto ao seu uso. No modelo de partilha da reforma de 1967, estas transferências se constituíam através do FPE e do FPM que possuíam capacidade livre de gasto pelas instâncias subnacionais. A segunda perna do sistema – os mecanis-

mos de devolução dos impostos únicos arrecadados pela União –, que cuidava da cooperação intergovernamental no tocante à implementação das políticas prioritárias para o desenvolvimento, não atendia ao preceito de maior autonomia, pois direcionava os recursos para determinados setores da economia e restringia-se a despesas de capital.

Em decorrência, cresce a parcela da receita federal do Imposto de Renda (IR) e do IPI que compõem os Fundos de Participação. O crescimento é de tal monta que passa a absorver, a partir de 1993, quase a metade da arrecadação dos principais tributos de competência da União: 21,5% da receita líquida do IR e do IPI constituem o FPE e 22,5% o FPM⁶. A “amputação da perna” da cooperação, atrelada à hipertrofia das transferências redistributivas e à atrofia de outros incentivos fiscais ao desenvolvimento regional, comprometeram o equilíbrio do modelo de partilhas previsto em 1967³.

Por outro lado, os critérios utilizados como base para redistribuição dos recursos do FPE e FPM permanecem basicamente os mesmos de 1967. Em relação ao FPE, vigoram o tamanho da população e o inverso da renda *per capita*. Para o FPM, o mecanismo de repartição dá direito a 10% dos recursos às capitais e, para os demais municípios, leva em consideração o porte populacional, privilegiando os menores com dotações que se reduzem à medida que cresce o tamanho da população.

Em 1981, os critérios de distribuição do FPM são parcialmente remodelados. Do valor líquido do FPM, 10% são 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. Segundo Prado⁴, esta mudança representa uma tímida tentativa de lidar com o viés criado pelas regras originais que favoreciam os pequenos municípios e colocavam em desvantagem localidades com problemas metropolitanos.

Outras modificações são estabelecidas pela Lei Complementar (LC) 62/89 que define que 85% dos recursos do FPE devem ir para os estados das regiões Norte (25,37%), Nordeste (52,46%) e Centro-Oeste (7,17%) e 15% para os demais estados das regiões Sul (6,52%) e Sudeste (8,48%). No que se refere ao FPM, este passa a ser distribuído para os municípios do interior por um coeficiente fixo diferenciado por estado. Para as capitais, um coeficiente individual orienta a distribuição dos 10% do FPM independente de sua localização.

O efeito esperado com a medida, de restrição à multiplicação municipal devido às regras de rateio do FPM, se contrapõe à importante atuação destes fundos enquanto mecanismo para redistribuição de recursos que reflita a evolução no tempo das necessidades sociais e demandas por políticas e serviços públicos. 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. Apenas no que se refere à distribuição de recursos nos municípios do interior do estado o sistema mantém alguma dinamicidade.

Efeitos do modelo de federalismo fiscal sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde na década de 1990

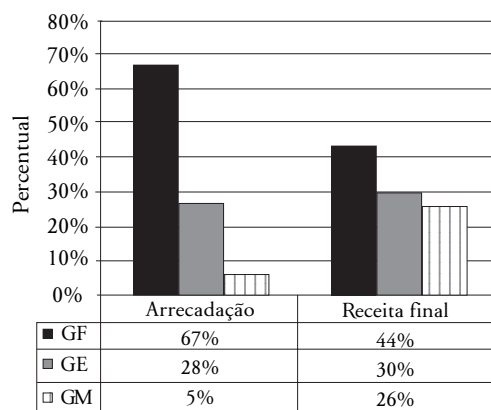
Muitas são as críticas formuladas pelos especialistas do federalismo fiscal sobre o sistema tributário vigente no Brasil. Enfatizaremos aqui as que julgamos fundamentais para compreensão das repercussões sobre o financiamento da política de saúde até o início dos anos 2000.

A primeira delas diz respeito aos conflitos gerados entre o poder central e as instâncias subnacionais de governo pela forma como se conduziu o processo de descentralização do sistema tributário. Podemos afirmar que o sistema tributário brasileiro, pelas regras atuais, está entre um dos mais descentralizados do mundo, tanto no que se refere ao poder de tributação como de gasto auferidos às instâncias subnacionais. Segundo dados produzidos em estudo sobre a partilha de recursos tributários no Brasil, o governo federal arrecadava em 2000 cerca de 67% do total das receitas tributárias (Gráfico 1), transferindo cerca de 35% de suas receitas para estados e, principalmente para os municípios, na forma de transferências redistributivas livres ou setorialmente orientadas⁷.

Embora a função de redistribuição de recursos seja um importante mecanismo para correção dos desequilíbrios fiscais pelo poder central em países heterogêneos como o Brasil, ressalta-se que o processo de descentralização operado a partir dos anos 80 não contou com uma descentralização planejada de encargos. Por sua vez, o modelo de Seguridade Social preconizado para o Brasil exige a coordenação do nível federal na implementação de políticas que promovam o desenvolvimento econômico e compensem as carências e dificuldades institucionais próprias das esferas subnacionais.

Gráfico 1

Distribuição da receita total arrecadada e da receita final entre as diferentes esferas de governo, Brasil – 2000.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados obtidos de Prado⁴.

Nota: GF – governo federal; GE – governos estaduais; GM – governos municipais.

A perda de recursos da União provocou uma reação duplamente prejudicial para a política social. Por um lado, fez com que o governo federal se desinteressasse pelas modificações do IR, já que grande parte dos recursos provenientes do imposto são transferidos a estados e municípios. Isto faz com que uma fonte importante de receita para a implantação de políticas no âmbito local permaneça com sérios problemas em relação à estreiteza de sua base de arrecadação, aos benefícios que diminuem o seu valor nominal e sua progressividade. Por outro ângulo, a esfera nacional acabou por investir na ampliação das contribuições sociais para o financiamento da Seguridade Social.

Dain *et al.*⁸ demonstram que, na atual estrutura tributária brasileira, o alto peso das contribuições sociais em relação aos impostos sobre o valor adicionado e aos impostos diretos sobre renda e propriedade causam um desequilíbrio na composição da carga tributária. Em 1998, as contribuições sociais para o financiamento da Seguridade Social representavam cerca de 10% do PIB, sendo responsáveis pelo maior montante de recursos arrecadados e atuando como principal fonte de receita disponível para cobrir os gastos da União.

Ante ao decréscimo da receita de impostos e à não apropriação dos recursos das contribuições sobre os salários vinculados à Previdência Social

em 1993, o governo acabou lançando mão de outros dispositivos para ampliar sua receita disponível. Entre eles, o aumento das alíquotas e a imposição de impostos cumulativos e superpostos, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), a Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL) e o Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), além da implantação de novos tributos, como é o caso da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) em 1997. Apesar de não sofrerem perda inflacionária significativa, as contribuições sociais geram danos à competitividade sistêmica, onerando desigualmente produtos, setores e empresas e causando grandes questionamentos jurídicos e evasão da arrecadação esperada.

A importância das contribuições sociais também cresceu na medida em que estes recursos foram contingenciados pela União visando a manutenção do plano de estabilização econômica pelo governo e o pagamento da folha de inativos. Lessa *et al.*⁹ ressaltam que, entre 1993 e 1995, foram contingenciados 20% dos recursos da Seguridade Social para o Fundo Social de Emergência. Outro aspecto destacado pelos autores refere-se à superação dos recursos destinados ao pagamento dos Encargos Previdenciários da União (EPU) frente aos recursos destinados ao Ministério da Saúde (MS). Entre 1994 e 1995, a rubrica EPU recebeu, respectivamente, 16,5% e 23,3% do total das fontes da Seguridade, enquanto que a saúde, nos mesmos anos, levou 18,6% e 19,6% das fontes. Segundo os dispositivos constitucionais, as despesas relativas às aposentadorias dos servidores federais não dizem respeito à previdência social da Seguridade Social, pois o regime desses trabalhadores foi mantido à parte.

A base de financiamento da Seguridade Social ficou comprometida, assim como o processo de descentralização das políticas sociais previsto na Constituição de 1988, pois, mesmo aportando recursos próprios para o setor, os governos subnacionais dependem dos recursos oriundos do orçamento do MS para suprir suas necessidades de gasto. Silva¹⁰ destaca que a proposta de descentralização foi revertida na década de 90 devido à: 1) diminuição da participação das instâncias subnacionais na receita tributária da União (21% para 15% de 1988 a 1996), porque os tributos partilhados (IR e IPI) não acompanharam a evolução da receita da União; 2) perda da autonomia dos estados pela subordinação do FPE ao pagamento das dívidas retroativas com a União,

submetidas às elevadas taxas de juros da política econômica do governo; 3) contingenciamento dos recursos da Seguridade Social e recentralização dos recursos disponíveis para as instâncias subnacionais, através dos atrasos na liberação e criação dos Fundos Social de Emergência e de Estabilização Fiscal e da Desvinculação de Recursos da União (DRU).

Em que pese as considerações acima, os municípios foram beneficiados pelas mudanças operadas. Sua capacidade de gasto foi ampliada nas duas últimas décadas, enquanto os estados permanecem hoje com a mesma disponibilidade líquida de recursos que tinham há 20 anos.

Prado⁴ relata que os estados desempenham uma importante função na arrecadação tributária nacional. A importância da arrecadação na receita final dos estados também é significativa (cerca de 90% de sua receita final). No entanto, os estados, assim como a União, arrecadam mais do que ao fim do processo lhes resta como receita fiscal, já que transferem aos municípios uma grande parte da receita do ICMS. Das transferências totais cedidas pela União, a maior parte vai para os municípios na forma do FPM. Neste cenário, não é de se surpreender que os estados tenham lançado mão de seu poder de gestão sobre as principais variáveis do ICMS para atrair novos investimentos na tentativa malfadada de aumentar suas receitas.

Apesar da importância do ICMS, a dependência dos municípios em relação ao governo federal é maior. De sua receita final, 80% dos recursos são derivados de transferências e, dessas, 50% se originam da União⁴. Isso leva a uma grande fragilidade das conexões administrativas e orçamentárias existentes entre os municípios e os estados. O padrão que predomina 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.

Por último, cabe refletir sobre os resultados atrelados às transferências redistributivas. Estes fluxos não guardam relação com a base econômica local e permitem reduzir desigualdades na capacidade de gasto através da realocação de recursos entre as esferas subnacionais. Segundo Prado⁴, cerca de 68% do volume total de transferências intergovernamentais verificados no sistema brasileiro se encaixam nesta categoria. Entre eles, temos aqueles considerados fluxos redistributivos clássicos, que podem ser utilizados na forma livre de gasto pelas esferas subnacionais: os Fundos de Participação, que representam cerca de 41% do total de recursos redistributivos do

sistema; o sistema cota-parte estadual que inclui os 25% do ICMS distribuídos segundo critérios definidos em lei estadual e os 25% do FPEX e da LC 87/96. Este subsistema corresponde à 9,4% do total das transferências redistributivas.

Podemos ainda agregar as transferências redistributivas setoriais da União, ou seja, aquelas que se restringem a funções específicas e não atuam diretamente sobre a capacidade geral de gasto do orçamento receptor, pois interferem apenas na alocação de recursos públicos destinados a dois dos principais setores de atuação do setor público: a educação (as transferências do Fundo Nacional de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério - Fundef) e a saúde (as transferências SUS). Enquanto o Fundef representa cerca de 30% dos recursos redistributivos totais transferidos, o SUS representa cerca de 20%.

O sistema de partilha redistributivo no Brasil reforça a função da União em detrimento dos estados na realocação dos recursos que tenham potencial para equalização fiscal. Mas a pergunta fundamental a ser feita é se ele, tal como está estruturado, possibilita a equalização horizontal da capacidade orçamentária de gasto entre as esferas subnacionais.

A primeira conclusão que tiramos do estudo conduzido por Prado⁴ é que existem determinadas regras que limitam a transferência de recursos redistributivos aos estados. É o que o autor denomina de “redistribuições internas”. Neste subtipo, enquadram-se o sistema cota-parte estadual e uma parte dos recursos do Fundef (Fundef estadual interno). Estes recursos têm possibilidades de cumprir funções realocativas apenas entre os municípios que compõem um dado estado, não podendo atuar na redução das desigualdades interestaduais ou interregionais.

As evidências indicam que o FPE tende a ser mais redistributivo que o FPM no plano interregional, proporcionando ganhos substantivos de receita nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste em detrimento das regiões Sudeste e Sul do país. Entretanto, a redistribuição do FPE não é suficiente para homogeneizar a capacidade de gasto relativa entre estados situados na mesma região do país. Observam-se importantes disparidades na receita final *per capita* (resultado da arrecadação e do sistema de partilha como um todo) que não se justifica facilmente por variações na renda ou no nível de desenvolvimento entre os estados.

No plano dos municípios, a referida pesquisa também demonstra que as disparidades encontradas na receita final *per capita* entre as capitais

e municípios de porte populacional diferenciado são gritantes. De tal monta que: 1) o sistema privilegia claramente as capitais (23% da população) e os municípios abaixo de 5.000 habitantes (2,7% da população) em relação aos municípios na faixa de 10.000 a 100.000 habitantes (41% da população); 2) a receita *per capita* das capitais é 80% mais alta que a enorme parcela da população que reside em municípios intermediários; 3) os municípios com população abaixo de 5.000 habitantes têm uma receita *per capita* superior às capitais; 4) o crescimento da receita nos municípios com mais de 75.000 habitantes não está associado à arrecadação ou ao FPM mas, fundamentalmente, pela devolução tributária e pelos demais fluxos redistributivos fora o FPM.

De fato, a falta de um planejamento integrado do sistema de partilha dos recursos redistributivos no Brasil, assim como as mudanças que aconteceram pela fixação dos coeficientes dos Fundos de Participação e a variedade das regras que orientam cada um destes fluxos dificultam a correção de assimetrias.

Este último aspecto traz à tona a importância dos fluxos redistributivos setoriais e, particularmente, as transferências SUS. Estas transferências são orientadas para a provisão de ações e serviços específicos e possuem uma lógica interna própria que não parece se integrar com o restante do sistema de partilha, pois as transferências SUS não são planejadas como um componente do sistema de partilha tributária brasileiro. Pelo contrário, o maior ou menor poder de redução das desigualdades das transferências SUS depende da forma como vem se institucionalizando o subsistema na política de saúde. A pesquisa de Prado⁴ mostra que o efeito redistributivo dos recursos transferidos via SUS são também restritos. Eles beneficiam as regiões Sudeste e Sul e não se diferenciam significativamente nos municípios de porte intermediário e as capitais, apresentando um potencial limitado para redução das desigualdades na capacidade de gasto das esferas subnacionais.

O modelo de transferência federal do SUS

A legislação que instituiu o SUS definiu as bases do modelo de transferência de recursos federais para os governos subnacionais, tendo em vista o financiamento das ações e serviços descentralizados de saúde. Ela estabelece que os recursos sejam transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais

de Saúde (FES) e Municipais (FMS), observando-se critérios diversos – perfil demográfico e epidemiológico da população, características da rede de serviços de saúde, desempenho no período anterior, níveis de participação da saúde nos orçamentos municipais e estaduais, previsão de investimentos, ressarcimento do atendimento prestado a outras esferas de governo –, com ênfase na definição de montantes *per capita* (não menos que a metade dos recursos transferidos). Além disso, preconiza que os recursos transferidos sejam destinados a investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial e hospitalar e demais ações e serviços de saúde.

As transferências do SUS têm início somente em 1994, após quatro anos da publicação das Leis. Na prática, a publicação de centenas de portarias federais, entre elas as Normas Operacionais (NO) do SUS, acabaram por alterar o padrão de transferência federal originalmente proposto. Ugá *et al.*¹¹ enfatizam que as mudanças operadas privilegiaram mecanismos e critérios distintos de transferências, segundo o tipo de serviço ou programa, ao invés da idéia original de repasses globais não fragmentados.

Até meados de 2004, observa-se a consolidação de um modelo diversificado de transferências “fundo a fundo”. Nele coexistem mecanismos que não estão associados diretamente à prestação de serviços e são realizados independente do quantitativo de ações e serviços produzidos (mecanismos de transferência pré-produção) e mecanismos que atrelam as transferências à informação prévia da produção (mecanismos de transferência pós-produção).

Quanto aos critérios que definem os recursos federais transferidos mensalmente para municípios e estados, estes se diferenciam em:

1. critérios *per capita* utilizados para o financiamento de um conjunto ações de atenção básica. Nesta modalidade incluem-se o Piso da Atenção Básica fixo (PAB fixo), implantado em 1998 e variando entre R\$ 10,00 a R\$ 18,00 reais *per capita*/ano e, a partir de 2002, o Piso da Atenção Básica Ampliado (PAB-A), definido em R\$ 12,00 reais *per capita*/ano.

2. critérios relacionados à série histórica da produção ambulatorial e hospitalar do SUS, voltados para o financiamento do conjunto de ações e serviços de especializados e de alta complexidade nos municípios habilitados na condição de gestão mais avançada na NO vigente. Este mecanismo foi implantado em 1994 com as primeiras habilitações na condição de gestão simplificada municipal da NO básica 01/1993. Nos anos 2000,

3. critérios diversos: a) relativos ao financiamento do conjunto de ações e serviços de especializados e de alta complexidade nos estados habilitados na condição de gestão mais avançada na NO vigente; b) destinados ao financiamento dos programas específicos da atenção básica (Piso de Atenção Básica variável - PAB variável) como, por exemplo, o programa de saúde da família, o programa de agentes comunitários de saúde, a farmácia básica e os incentivos para implantação de ações de epidemiologia e controle de doenças e combate à carência nutricional; c) destinados ao financiamento de ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária (associação de critérios *per capita*, conjugados a incentivos proporcionais ao volume de arrecadação de taxas de fiscalização); d) relacionados ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e voltados para grupos prioritários e ampliação do acesso a determinadas ações e serviços; e) associados a formas de remuneração específica de determinados tipos de prestadores (entre eles o mecanismo de remuneração diferenciada de hospitais universitários - o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa (FIDEPS) - que serve como um instrumento de compensação financeira a unidades que atuam com custos hospitalares diferenciados); f) relacionados a outros programas específicos, entre eles, o programa para aquisição de medicamentos excepcionais e medicamentos para saúde mental.

de Saúde e Fundo de Saúde – e nas portarias ministeriais específicas – habilitação nas condições de gestão previstas nas NO, certificação nos programas de atenção básica, cumprimento dos requisitos para o recebimento dos recursos, informação da produção. Apesar dos dispositivos legais e normativos do SUS darem uma certa garantia aos fluxos financeiros, admite-se que todas as formas descritas podem ser interrompidas e seus montantes substantivamente alterados, na medida que estão sujeitas a uma série de variáveis tais como as revisões periódicas dos tetos financeiros e as alterações frequentes das portarias ministeriais.

É por isso que alguns estudiosos do financiamento da política de saúde no Brasil, mesmo reconhecendo avanços na automaticidade do sistema com os mecanismos de transferência “fundo a fundo” não sujeitos à informação prévia da produção, denunciam seu caráter voluntário, dependente e “tutelado” à esfera federal^{12,13}. Pesquisas conduzidas sobre as finanças públicas municipais também classificam as transferências SUS como “transferências negociadas”, em consequência da especificidade do processo decisório e da regulamentação que informa o repasse desses recursos¹⁴.

Ressalta-se que o repasse de recursos da União por contra-prestação de serviços na rede pública e privada credenciada ao SUS até o limite fixado nos tetos financeiros municipais e estaduais vigorou como forma predominante até o final de 1998. Somente em 1999, a remuneração direta ao prestador passa a representar menos de 50% do total de recursos da União direcionados para o custeio da assistência, passando a 3,9% no primeiro semestre de 2004, devido à habilitação progressiva de municípios e estados nas condições de gestão previstas nas NO e aos mecanismos de transferência “fundo a fundo” a elas atrelados (Tabela 1).

Participação percentual dos recursos federais do SUS para as ações e serviços de saúde segundo grupos de despesa, Brasil – 1998 a junho de 2004.

[illegible]

As transferências SUS também se diferenciam daquelas que ocorrem por meio de mecanismos convencionais estabelecidos com a União para fins de custeio e investimentos na rede de ações e serviços de saúde. Estes mecanismos permanecem como importantes formas de repasse utilizadas pela União na área da saúde, constituindo-se como transferências tipicamente discricionárias, na medida em que não são regulados através de dispositivos legais ou pela edição de portarias ministeriais, mas sim pelos dispositivos contidos em cada convênio.

Independente do progressivo aumento das transferências federais, uma questão importante a ser aprofundada diz respeito às condicionantes estabelecidas para a aplicação desses recursos. Observa-se uma tendência crescente do MS vincular os recursos transferidos a determinadas políticas e programas definidos no âmbito nacional na tentativa de aumentar seu poder indutor e regulador sobre o sistema. Estes instrumentos representam formas utilizadas pelo gestor federal para incentivar ou inibir políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços¹⁵. A prática de vinculação de recursos federais suscita polêmica no que diz respeito à delimitação do poder da União *versus* o grau de autonomia necessário para que os gestores estaduais e municipais implementem políticas voltadas para a sua realidade local e compromete a gestão orçamentária destas esferas sem garantir uma maior eficiência e efetividade no gasto.

As potencialidades redistributivas das transferências federais do SUS

Os diversos mecanismos e critérios que informam as transferências SUS determinam capacidades diferenciadas para redistribuição de recursos entre estados e municípios. Cada mecanismo de transferência SUS está atrelado em maior ou menor grau à capacidade instalada e de produção de serviços públicos e privados credenciados ao SUS existente em uma dada jurisdição.

O PAB fixo e o PAB-A são aqueles que mais “fogem” à oferta e produção, pois estão submetidos à lógica *per capita*. Seus montantes variam segundo a estimativa populacional fornecida pelo IBGE sendo distribuídos, até meados de 2004, na forma duodécimos mensais para os FMS e FES. Por sua vez, os recursos para o financiamento das ações e serviços especializados e de alta complexidade nos municípios são expressão direta do perfil da capacidade instalada e de produção dos

serviços existente em seus territórios político-administrativos. Isto porque são os sistemas de informação de produção e faturamento do SUS que através da série histórica de gastos fornecem os parâmetros utilizados para a programação das referências intermunicipais na PPI e definição dos montantes financeiros globais repassados mensalmente para os FMS.

No caso dos estados, outros critérios entram nas redefinições sucessivas que se deram ao longo da segunda metade dos anos 90 e início dos anos 2000. Estudo produzido por Souza C.² aponta para a importância das negociações que se dão em torno das emendas parlamentares para alteração das transferências da União para os governos estaduais na área da saúde. Em 2000, por exemplo, uma emenda ao orçamento da União, puxada pela bancada da Bahia, alocou recursos adicionais aos tetos estaduais inversamente ao *per capita* existente, privilegiando os estados do Nordeste.

Os recursos associados ao custeio da assistência ambulatorial e hospitalar no SUS têm representado o principal montante transferido pela União desde 2001 e, se agregado aos recursos do FAEC, foram responsáveis por cerca de 70% das despesas federais com ações e serviços de saúde até junho de 2004 (Tabela 1). Este último, implantado em 1999, é um mecanismo de repasse para efeitos de complementação financeira. Ao longo dos anos, ocorreu uma ampliação de seu escopo com inclusão de incentivos não necessariamente atrelados à oferta e produção. Entretanto, na sua maioria, para ser transferido, o FAEC exige a disponibilidade de um profissional qualificado ou um equipamento sofisticado, o que só é possível em determinados centros de referência, localizados em poucos municípios e estados do país.

Não podemos ignorar que o esforço para superação das desigualdades regionais e locais possa prescindir de formas de redistribuição de recursos financeiros pela esfera federal voltado para a maior homogeneidade no financiamento da saúde. Essa é uma importante função a ser desempenhada pelas esferas com elevado poder de arrecadação para correção dos desequilíbrios verticais (entre as esferas de distintos níveis) e horizontais (entre esferas do mesmo nível de governo) no sentido da implantação do caráter nacional e universal da política de saúde.

Entretanto, a diversidade de critérios utilizados não garante à União as condições necessárias para redistribuição de recursos tendo em vista uma maior igualdade na capacidade final de gasto público em saúde das esferas subnacionais de governo. Enquanto alguns estudos ressaltam a

importância dos mecanismos de transferências específicos criados nos anos 90 (principalmente o PAB fixo) para a redução das desigualdades na alocação *per capita* de recursos federais entre regiões, estados e municípios^{16,17,18,19,20}, outros são mais cautelosos ao exaltar os resultados alcançados.

Particularmente, os estudos de Porto²¹ e Ugá *et al.*¹¹ demonstram que o peso da oferta e da produção de serviços restringe o processo de alocação equitativa de recursos federais para o custeio do SUS. Os autores apontam como necessários para se alcançar mudanças mais consistentes recursos de investimentos para equilibrar a oferta de serviços existentes; a alocação de recursos adicionais de custeio que contemplem diferentes perfis demográficos, epidemiológicos e condições sociosanitárias e estejam orientadas para as maiores “necessidades de saúde” e a maior participação dos estados na correção dos desequilíbrios nos tetos vigentes.

Mattos e Costa²² destacam o fato de que, independente dos mecanismos e critérios utilizados para o repasse de recursos financeiros, estes devem ser orientados para a busca da igualdade no total de gastos públicos *per capita* em saúde, como somatório dos gastos da União, estados e municípios. Desta forma, poderiam ser compensadas as diferenças na capacidade de financiamento em saúde dos estados e municípios e respeitados os diversos perfis de morbi-mortalidade existentes no país.

Neste artigo, postula-se que as transferências federais do SUS não favorecem uma maior igualdade no gasto público em saúde porque: 1) não permitem, na sua maioria, a redistribuição de recursos para estados e municípios com maiores dificuldades orçamentárias, pois sua forte associação com a oferta e produção impede ampliar as receitas disponíveis em estados e municípios com menor capacidade de arrecadação. Estados e municípios mais ricos são os que apresentam maior capacidade de oferta e produção, constituindo o “círculo vicioso” a que se refere Banting & Corbett²³; 2) desconsideram as possibilidades reais de aporte de recursos e ampliação de gasto a partir das receitas próprias das esferas subnacionais fruto das regras que informam o federalismo fiscal no Brasil.

Considerações finais

Estudos recentes sobre o federalismo fiscal no Brasil apontam algumas deficiências do nosso sistema tributário que, apesar de prover uma redis-

tribuição interregional de recursos, não atende aos requisitos da equalização fiscal e criação de níveis mais homogêneos na capacidade final de gasto das esferas subnacionais de governo. Pelo contrário, os resultados das pesquisas apontam que as transferências redistributivas, que não guardam relação com as bases tributárias dos governos subnacionais - FPE e FPM, o sistema de cota-parte estadual, o SUS e o Fundef - embora promovam a realocação de recursos tributários do núcleo mais desenvolvido do país para estados mais atrasados, o fazem de maneira “*essencialmente aleatória, criando e reproduzindo desigualdades entre unidades da federação tão grandes ou maiores do que aquelas que são observadas na arrecadação inicial*”⁴.

Além disso, a importante descentralização fiscal, ocorrida a partir da década de 1980, tornou o Brasil uma das federações com maior autonomia orçamentária dos entes subnacionais. Esta mudança não foi acoplada a um projeto nacional, impôs constrangimentos à esfera federal, privilegiou fortemente a esfera municipal em detrimento da esfera estadual e se caracteriza por forte dependência dos municípios aos recursos transferidos da União.

Os desequilíbrios criados e os imperativos da política de estabilização econômica na década de 1990 geraram reações e tentativas de recentralização de receitas pela União, com impacto significativo no financiamento federal e no processo de descentralização da política de saúde. Por outro lado, as diferentes capacidades de arrecadação e dependência tributária dos estados e municípios apontam para possibilidades distintas de gastos vinculadas às suas receitas próprias disponíveis. As características estruturais do federalismo fiscal, somados à política de ajuste fiscal do governo federal e às desigualdades econômicas e sociais subjacentes, configuram um cenário bastante complexo, onde a disputa por recursos para as ações de saúde se desenrola.

Em relação às regras que orientam as transferências de recursos federais para o financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS, estas possuem efeito limitado no que tange à redistribuição fiscal e redução das desigualdades nas receitas voltadas para a saúde. Isto porque, na sua maioria, a distribuição de recursos federais guarda uma forte relação com o perfil da capacidade instalada e com a série histórica de gastos informada nas bases de dados de produção e faturamento do SUS. Os equipamentos e profissionais de saúde disponíveis nos ambulatórios, hospitais e serviços de apoio diagnóstico-terapêutico nos

diversos estados e municípios, assim como sua capacidade de produção e faturamento, se expressam de forma bastante heterogênea no território.

O modelo de federalismo fiscal vigente no Brasil e o padrão preponderante das transferências SUS reforçam-se mutuamente e apontam para uma tendência à redistribuição de recursos tributários no Brasil que não favorece uma maior igualdade no gasto público em saúde pelos desequilíbrios orçamentários gerados às unidades subnacionais. Com isso, crescem as expectativas dos atores federativos no financiamento federal da política de saúde: da União, pelas possibilidades de condução dos rumos da política nacional através de incentivos financeiros e conformação de parâmetros nacionais; das esferas subnacionais, pelo aporte de novos recursos da saúde que possam compensar suas dificuldades de financiamento e que possibilitem maior autonomia de gestão.

Não por acaso, novas alternativas para o financiamento da política de saúde estão se tornando fontes adicionais de recursos financeiros cada vez mais reivindicadas pelos gestores subnacionais, assim como um importante mecanismo de indução e de amortecimento de tensões regionais utilizado pela União no sentido da correção dos desequilíbrios federativos. De fato, o período que se estende de 1998 até o início de 2004 é marcado pelo surgimento de alterações nas regras que informam o financiamento federal da política de saúde nos âmbitos municipal e estadual, que não são mais expressão direta da oferta e produção, mas que se subordinam a outras lógicas.

Os critérios, os valores, assim como os requisitos necessários para alocação destes recursos têm sido alvo de discussão das instâncias de representação e gestão intergovernamental do SUS no plano nacional (Conselho Nacional dos Se-

cretários de Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite). Observa-se que a pauta de negociação intergovernamental é cada vez mais dominada por diversas regras de financiamento federal da política de saúde que são permanentemente modificadas.

No interior destas instâncias, as decisões sobre as regras que informam estas transferências refletem as formas como vêm sendo administradas as tensões federativas e as disputas territoriais por recursos federais. Entretanto, o grau de desigualdade subjacente dos municípios e estados brasileiros, a falta de um planejamento integrado dos diversos critérios que regem as transferências SUS, assim como o entendimento das transferências da saúde como um componente do sistema de partilha tributário da federação acabam por reforçar determinados padrões de assimetria e gerar novos desequilíbrios orçamentários, dificultando a compensação das desigualdades na capacidade de gasto público em saúde das esferas subnacionais.

Se a literatura disponível possibilita a discussão sobre os condicionantes institucionais vinculados ao federalismo fiscal e ao padrão de transferências federais hegemônico no SUS, pouco se sabe acerca das negociações que envolvem as transferências federais do SUS e os resultados dos acordos firmados. É preciso a realização de trabalhos empíricos que evidenciem: 1) o padrão de relações intergovernamentais nas negociações políticas específicas sobre os diversos tipos de transferências de recursos federais do SUS atualmente vigentes; 2) as potencialidades redistributivas de cada mecanismo de transferência financeira utilizado pela União para compensação das desigualdades na capacidade de gasto público em saúde das esferas subnacionais.

Referências

1. Gagnon AG. The political uses of federalism. In: Burgess M, Gagnon AG, organizadores. *Comparative federalism and federation. Competing traditions and future directions*. Toronto: University of Toronto Press; 1993. p. 15-44.
2. Souza C. Federalismo e conflitos distributivos: disputa dos estados por recursos orçamentários federais. *Dados* 2003; 46(2):345-384.
3. Rezende F. Modernização tributária e federalismo fiscal. In: Rezende F, Oliveira FA, organizadores. *Descentralização e federalismo fiscal no Brasil. Desafios da reforma tributária*. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer; 2003. p. 25-38.
4. Prado S. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. In: Rezende F, Oliveira FA, organizadores. *Descentralização e federalismo fiscal no Brasil. Desafios da reforma tributária*. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer; 2003. p. 41-125.
5. Dain S. Visões equivocadas de uma reforma prematura. In: Affonso RBA, Silva PLB, organizadores. *Reforma tributária e federação*. São Paulo: FUNDAP; 1995. p. 43-74.
6. Secretaria do Tesouro Nacional. *O que você precisa saber sobre o FPM e FPE*. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, Ministério da Fazenda; 1998.
7. Prado S, Quadros W, Cavalcanti CE. *Partilha de recursos na federação brasileira*. São Paulo/Brasília: FAPES-FUNDAP/IPEA; 2003.
8. Dain S, Faveret ACSC, Cavalcanti CE, Carvalho D, Quadros WL. A avaliação dos impactos de reforma tributária sobre o financiamento da saúde. In: Negri B, Giovanni G, organizadores. *Brasil. Radiografia da saúde*. Campinas: UNICAMP; 2001. p. 233-288.
9. Lessa C, Salm C, Soares LT, Dain S. Pobreza e política social: uma leitura da questão da exclusão nos Anos 90. *Praga - Estudos Marxistas* 1997; 3: 63-87.
10. Silva MMAC. *O processo de endividamento dos estados: problemas e limites à descentralização e à autonomia* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1998.
11. Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianna S. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev C S Col* 2003; 8(2): 417-437.
12. Medice AC, Maciel MS. A dinâmica do gasto social nas três esferas de governo: 1980-92. In: Affonso RBA, Silva PLB, organizadores. *Descentralização e políticas sociais*; 1996. p. 41-105.
13. Carvalho G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Rev C S Col* 2001; 6(2): 435-444.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de informações básicas municipais. Perfil dos municípios brasileiros. Finanças públicas 1998-2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
15. Machado CV. Regulação da política nacional de saúde: estratégias e tendências. In: Negri B, Viana ALD, organizadores. *O SUS em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime/CEALAG; 2002. p. 505-529.
16. Costa NR, Pinto LF. Piso de atenção básica: mudanças na estrutura. In: Negri B, Viana ALD, organizadores. *O SUS em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime/CEALAG; 2002. p. 271-297.
17. Melamed C, Costa NR. Inovações no financiamento federal à atenção básica. *Rev C S Col* 2003; 8(2):393-401.
18. Marques RM, Mendes A. Atenção básica e programa de saúde da família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Rev C S Col* 2003; 8(2): 403-415.
19. Souza RR. Redução das Desigualdades Regionais na Alocação dos Recursos Federais para a Saúde. *Rev C S Col* 2003; 8(2):449-460.
20. Souza RR. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. In: Negri B, Viana ALD, organizadores. *O SUS em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime/CEALAG; 2002. p. 411-437.
21. Porto SM. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(4):939-957.
22. Mattos RA, Costa NR. Financiando o SUS: algumas questões para o debate. *Trabalho, Educação e Saúde* 2003; 1(2):315-333.
23. Banting K, Corbett S. Federalismo y políticas de atención a la salud. In: Foro de Federaciones, Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal, organizadores. *Federalismo y políticas de salud. Descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada*. Ottawa: Foro de Federaciones; 2002. p. 5-41.

Artigo apresentado em 22/06/05

Aprovado em 26/06/2006

Versão final apresentada em 02/10/06