

Futuros do Brasil *Ideias para ação*

Subfinanciamento e Orçamento Federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos *

Francisco R. Funcia**

** Economista e mestre em Economia Política pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), consultor do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Fundação Getúlio Vargas (FGV-Projetos) e professor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).

* Texto apresentado no seminário *Saúde sem dívida e sem mercado*, na mesa *Correlação de forças e o SUS sem dívida e sem mercado*, realizada em 28 de junho de 2017, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), no Rio de Janeiro, coordenada pela dra. Leticia Krauss (Ensp/Fiocruz), do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz.

Introdução

O orçamento federal do Sistema Único de Saúde (SUS) expressa a alocação dos recursos públicos para o atendimento das necessidades de saúde da população: a Lei Orçamentária Anual (LOA) estima a receita e fixa a despesa com base nas diretrizes e prioridades estabelecidas e quantificadas nas metas apresentadas na programação anual de saúde (PAS) que devem integrar a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) desse exercício; estas devem ser compatíveis com os objetivos e metas quadrienais do Plano Nacional de Saúde (PNS), que devem estar em consonância com a lei do Plano Plurianual (PPA).

Como somente serão programadas despesas na LOA correspondentes à capacidade de financiamento (ou receita estimada) para esse fim, o processo de subfinanciamento crônico do SUS é um dos fatores condicionantes das necessidades de saúde da população que serão atendidas a cada ano, na perspectiva de um modelo de atenção à saúde ainda vigente no Brasil em que a atenção básica não é priorizada.

Desse modo, a luta por mais recursos financeiros para o SUS pode e deve ser acompanhada de indicações claras para a sociedade da destinação a ser dada para esses novos recursos, que por sua vez guarda relação direta com “...a mudança do modelo de atenção, para que a atenção primária seja a ordenadora do cuidado, e para a valorização dos servidores públicos da saúde”¹.

O objetivo deste artigo, de caráter introdutório, é evidenciar nesse processo de subfinanciamento e no orçamento federal do SUS as referências preliminares para a alocação adicional de recursos. Para tanto, o artigo está estruturado em três seções, além desta

introdução e das considerações finais: na primeira, há uma contextualização básica do problema; a segunda apresenta o orçamento federal do SUS de 2017, em termos consolidados, e a execução orçamentária do Ministério da Saúde em 2016; e, na terceira seção, alguns parâmetros são levantados para a alocação adicional de recursos para o SUS.

1. Contextualização

As emendas constitucionais (EC) 86/2015 e 95/2016 introduziram dispositivos na Constituição Federal com efeitos negativos para o planejamento e execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, agravando o processo de subfinanciamento do SUS: a primeira estabeleceu a execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais em 0,6% da Receita Corrente Líquida; e a segunda retirará recursos de dotações orçamentárias destinadas às despesas sociais a partir de 2017, incluindo da Seguridade Social, e do SUS, a partir de 2018 (e até 2036), por meio de uma regra que estabelece um *teto* (limite máximo) anual de despesas calculado pela variação anual da inflação (medida pelo IPCA/IBGE) – o que implicará redução dessas despesas em termos per capita como decorrência do crescimento populacional no mesmo período.

A principal motivação para a promulgação da EC 95/2016 – cuja proposta de emenda constitucional (PEC) foi encaminhada pelo governo federal ao Congresso Nacional em meados de junho/2016 e tramitou na Câmara dos Deputados como PEC 241 e no Senado como PEC 55 – foi a necessidade de reduzir o déficit primário (diferença negativa entre as receitas² primárias e as despesas³ primárias) por meio de um ajuste fiscal concentrado na redução das despesas primárias nos próximos 20 anos e sem medidas para

¹ Conforme Documento Final (28/07/2015) do Seminário CNS/Cofin (Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde), realizado no 11º Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), que foi aprovado pelo pleno do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/docs/documento_final_seminario_cns_cofin_abrasco.pdf.

² Receita primária é a receita total excluída a receita financeira (a principal é a venda de títulos da dívida pública), ou seja, composta pelos tributos federais na maior parte, como Imposto de Renda, Imposto sobre Produtos Industrializados, Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social, Contribuição sobre o Lucro Líquido, entre outros.

³ Despesa primária é a despesa total excluída a despesa financeira (a principal é o juro da dívida pública), ou seja, as despesas sociais e de infraestrutura urbana na maior parte, como Previdência e Assistência Social, Saúde, Educação, Mobilidade Urbana, Habitação, Saneamento Básico, entre outras.

aumentar a receita como a revisão tanto da regressividade tributária, como da renúncia fiscal. O objetivo último desta medida é gerar superávit primário para financiar as despesas financeiras que, diferentemente das primárias, não terão nenhuma limitação até 2036 e, também, não serão auditadas⁴.

O ajuste fiscal da forma proposta pelo governo Temer é recessivo e retarda o processo de retomada

do crescimento econômico, com prejuízo para as condições de vida da maioria da população, especialmente como decorrência do desemprego e da queda dos níveis de renda. Este quadro deteriora as condições de saúde da população no contexto do *teto* de despesas federais até 2036, o que tenderá a pressionar ainda mais a alocação de recursos estaduais e municipais para o financiamento do SUS (Tabela 1).

Tabela 1: Composição do Financiamento do SUS

ANO	UNIÃO	ESTADO	MUNICÍPIO
1991	73%	15%	12%
2001	56%	21%	23%
2010	45%	27%	28%
2014	43%	26%	31%

Fonte: Elaboração própria; adaptada de CARVALHO, Gilson (para o período 1991-2010) e Ministério da Saúde/Siops e MENDES, Áquilas (para 2014).

A participação da União no processo de financiamento do SUS apresentou uma grande redução no período 1991-2014 (de 73% para 43%), compensada pelo aumento da alocação de recursos das esferas estadual (de 15% para 26%) e, principalmente, municipal (que cresceu 2,5 vezes nesse período – de 12% para 31%).

Essa dinâmica no processo de financiamento do SUS revela que, de um lado, dois dos objetivos da EC 29/2000 foram atingidos – garantir a alocação de recursos por meio do estabelecimento de *pisos* (limites mínimos) obrigatórios e ampliar os recursos aplicados pelos estados, Distrito Federal e municípios; mas, de outro lado, evidencia que estas esferas de governo, principalmente a esfera municipal, esgotaram as possibilidades de alocação adicional de recursos próprios para o financiamento do SUS diante de outras

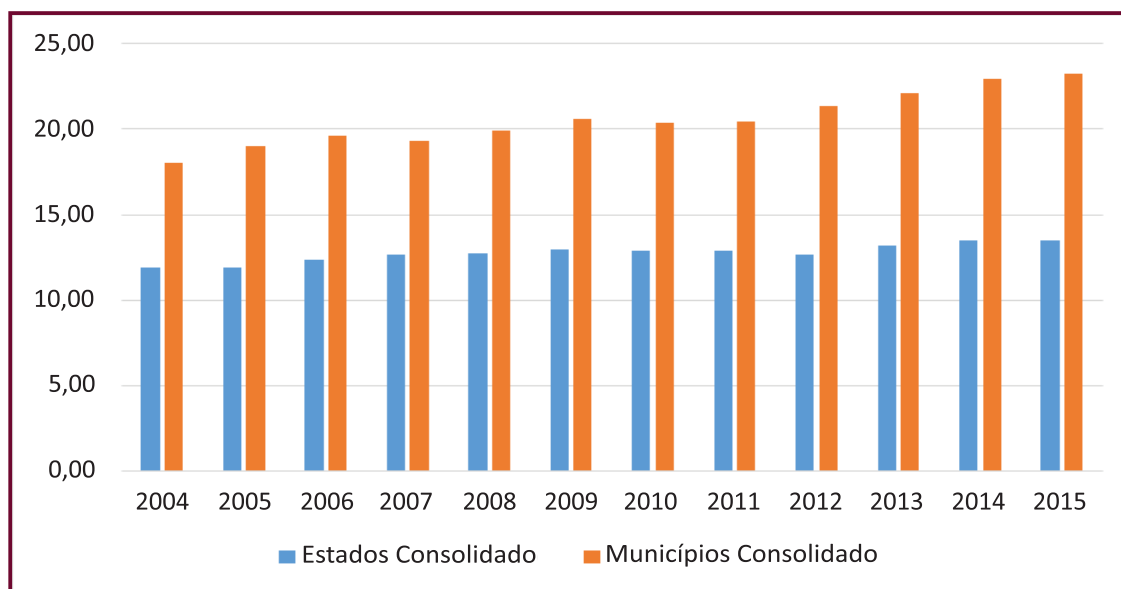
obrigações constitucionais que também devem cumprir – educação, cultura, esportes, lazer, mobilidade urbana, habitação, iluminação pública, coleta de lixo e varrição, manutenção de vias públicas, transferência de recursos financeiros ao Poder Legislativo, entre outras, a maioria das quais interfere nas condições de saúde da população. Na verdade, a União transformou o *piso* em *teto* desde a EC 29/2000 e, com as regras da EC 95 para o período 2018-2036, a lógica *piso igual ao teto* ficará *congelada* aos preços de 2017, mesmo que a receita corrente líquida volte a crescer nesses 20 anos, independentemente das necessidades de saúde da população (que, para serem atendidas em valores acima dessa regra, deverão disputar recursos com outras ações de governo, mas sem poder utilizar recursos dos crescentes superávits primários que serão formados para o pagamento de juros e amortização da dívida pública).

⁴ Conforme proposta da Auditoria Cidadã da Dívida Pública (disponível em www.auditoriacidada.org.br/quem-somos).

O Gráfico 1 evidencia esse crescimento dos percentuais de aplicação em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) com recursos próprios no período 2004-2015 pelas esferas estadual e municipal de

governo, sendo que esta última com cifras muito acima do parâmetro mínimo da EC 29/2000 e da Lei Complementar 141/2012 (que é de 15% da receita base de cálculo para essa apuração).

Gráfico 1: Estados e municípios – aplicação com recursos próprios (em %)



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Ministério da Saúde/Siops (disponível em <http://siops.datasus.gov.br/evolperEC29.php>)

Esse cenário de restrição da capacidade de ampliação dos percentuais de aplicação em ASPS com recursos próprios por essas esferas de governo pode ser constatado quando analisado em conjunto com as competências constitucionais de tributar e com a receita disponível de cada ente da Federação, respectivamente: União – 69% e 57%; estados (25% e 25%); e municípios (6% e 18%). Em outros termos, mesmo após as transferências intergovernamentais (pelo conceito de receita disponível), a União ainda detém a maior parte dos recursos, o que tornou a descentralização constitucional da política de saúde (assim como da maioria das políticas sociais) excessivamente dependente das transferências federais, no caso do SUS, a quase totalidade na modalidade fundo a fundo (regulamentada por um grande número de portarias, cujos dispositivos se assemelham muito mais a convênios) – quase 2/3 do orçamento do Ministério da Saúde são despesas com essas transferências para os fundos estaduais e municipais de saúde.

2. Orçamento Federal do SUS para 2017

O valor do orçamento federal para a realização de despesa com ASPS é de R\$ 115,3 bilhões, que representa 15,21% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União e 1,70% do PIB. Se, no final do exercício, o valor das despesas empenhadas atingirem essa cifra, haverá uma inversão do processo de redução de aplicação federal em ASPS em termos reais observada a partir de 2014, tanto em valores totais, como em valores per capita (Tabela 2).

Contudo, esse crescimento observado para 2017 está fortemente condicionado pela expansão das despesas com emendas parlamentares, que adquiriram a condição de execução orçamentária obrigatória, tanto as individuais (que, conforme a EC 86/2015, correspondem a 0,6% da RCL), quanto as demais (conforme o caráter de despesa obrigatória atribuído para 2017 pela lei orçamentária). A Tabela 3 evidencia esta situação.

Tabela 2: Ministério da Saúde: Execução Orçamentária 2014, 2015 e 2016 e Lei Orçamentária de 2017

Ano	População em milhões ¹	Receita Corrente Líquida (RCL) ² em R\$ milhões (a preços correntes)	PIB ³ em R\$ trilhões (a preços correntes)	Fator de Atualização (a preços de 2017) ⁴	AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ASPS)					
					Empenhado ⁵ em R\$ milhões Correntes	R\$ per capita a preços correntes	Empenhado em R\$ milhões a preços de 2017	R\$ per capita a preços de 2017	Em relação a RCL	Em relação ao PIB
2014	202,8	641.578	5,8	1,23858	91.898	453,15	113.823	561,26	14,32%	1,58%
2015	204,5	674.523	6,0	1,13742	100.055	489,27	113.804	556,50	14,83%	1,67%
2016	206,1	722.474	6,2	1,04500	106.719	517,80	111.521	541,10	14,77%	1,72%
2017	207,7	758.317	6,8	1,00000	115.309	555,04	115.309	555,04	15,21%	1,70%

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Ministério da Saúde/SPO (planilhas de execução orçamentária disponibilizadas ao Conselho Nacional de Saúde), Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão/SOF (parâmetros da Lei Orçamentária da União de 2017 disponíveis em www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais), Ministério da Fazenda/STN (demonstrativos da receita corrente líquida de 2014 a 2016, disponíveis em www.tesouro.fazenda.gov.br), Banco Central (Relatório Focus, disponível em www.bcb.gov.br/pec/GCI/PORT/readout/R20170210.pdf) e IBGE (PIB, IPCA e população, disponíveis em www.ibge.gov.br).

Notas:

- (1) Para 2017, projeção do autor baseada na taxa de crescimento da população dos anos de 2015 e 2016.
- (2) Para 2017, adotado o valor estimado no Projeto de Lei Orçamentária Anual para 2017.
- (3) Para 2017, projeção do autor baseado nos parâmetros orçamentários para 2017
- (4) Calculado com base nos índices do IPCA acumulados 12 meses em junho; para 2017, índice acumulado 12 meses em junho de 2017 projetado pelo autor em 4,5%, baseado no Relatório Focus do Banco Central de 10/02/2017.
- (5) Para 2017, foi considerado o valor aprovado na Lei Orçamentária de 2017.

Tabela 3: Ministério da Saúde – ASPS – Resumo Geral – Lei Orçamentária (LOA) 2017 e Despesas Empenhadas em 2016 (em R\$ a preços correntes)

DESCRIÇÃO	2016	2017	Variação 2017/2016	PARTICIPAÇÃO	
	EXECUTADO	LOA		2016	2017
PROGRAMAÇÃO ASPS MS	102.228.052.140	104.959.139.200	2,67%	95,79%	91,02%
EMENDAS PARLAMENTARES ASPS	4.490.396.664	10.349.879.472	130,49%	4,21%	8,98%
TOTAL - ASPS	106.718.448.804	115.309.018.672	8,05%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Ministério da Saúde/SPO – Planilhas LOA 2017 e Relatório Anual de Gestão de 2016 e Relatório de Prestação de Contas – 3º Quadrimestre/2016.

De um lado, enquanto em 2016 as despesas empenhadas com emendas parlamentares representaram 4,21% do total ASPS, essa participação aumenta para 8,98% em 2017, o que representa um crescimento dessas despesas em 130,49%, comparada ao valor executado em 2016. A gravidade dessa situação é que o orçamento federal do SUS expressa um forte

componente de participação parlamentar nas decisões das escolhas de ações que serão empreendidas, portanto, menos condicionado ao atendimento das necessidades de saúde da população e mais condicionado às necessidades de composição do governo com a base de apoio parlamentar neste ano que está sendo marcado por uma forte instabilidade político-institucional.

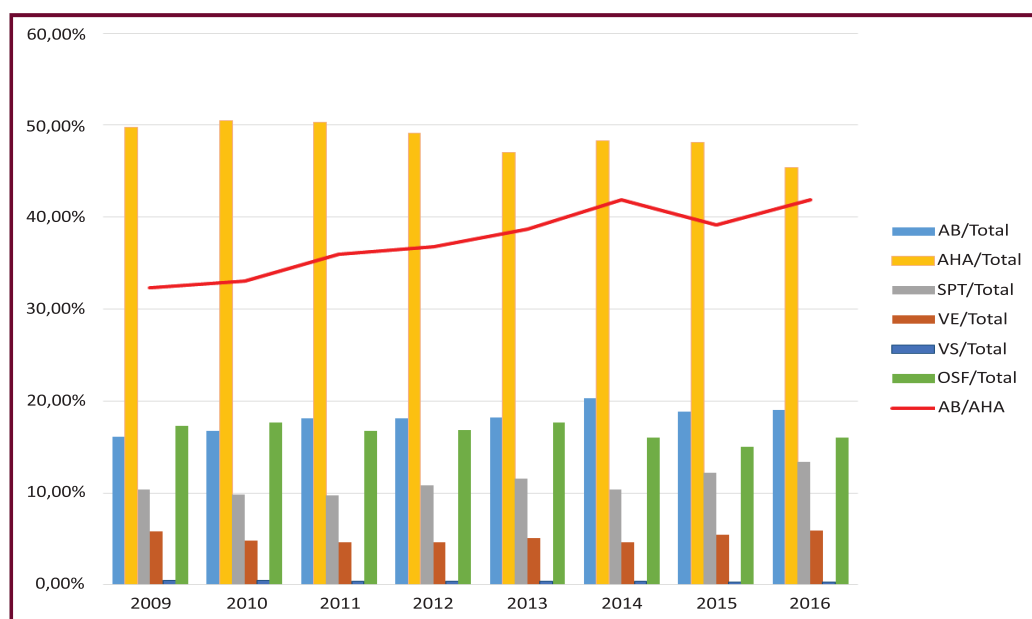
De outro lado, as despesas que correspondem à programação própria do Ministério da Saúde para 2017, que é encaminhada no Projeto de LOA ao Congresso Nacional, cresceram apenas 2,67% (abaixo da inflação) e, com isso, a participação é de 91,02% (menor que a observada na execução de 2016, que foi de 95,79%).

Considerando outros dados analisados referentes à LOA 2017, a programação própria⁵ de despesas do Fundo Nacional de Saúde – unidade orçamentária do Ministério da Saúde que apresenta a maior alocação de recursos – cresceu apenas 2,26% (em termos nominais), em comparação ao valor executado em 2016 (ou seja, abaixo da inflação); e, em termos agregados, os recursos da SAS (Secretaria de Atenção à Saúde, que concentra a maior parte dos recursos do Fundo Nacional de Saúde) tiveram uma queda de 0,40% em 2017, comparativamente a 2016; por exemplo, várias dotações orçamentárias relacionadas à Atenção Básica e à Média e Alta Complexidade, que representam as transferências fundo a fundo para estados, Distrito Federal e municípios, apresentaram queda real em 2017, em relação a 2016.

3. Aspectos da Execução Orçamentária do Ministério da Saúde em 2016

As despesas empenhadas na Função Saúde (ASPS e não ASPS) em 2016 foram analisadas inicialmente à luz das principais subfunções de governo que integram a classificação das dotações orçamentária do Ministério da Saúde, destacadas aqui da seguinte forma: Atenção Básica (AB), Assistência Hospitalar e Ambulatorial (AHA), Suporte Profilático e Terapêutico (SPT), Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância Sanitária (VS) e Outras Subfunções (OSF). O Gráfico 2 revela a participação percentual das despesas por subfunção de governo no período 2009 a 2016, com forte predomínio da alocação de recursos para a AHA. Nesse período, a razão das despesas entre as subfunções “AB/AHA” apresentaram um crescimento lento e gradual no período 2009 a 2014, ou seja, uma alocação de recursos proporcionalmente maior para a AB, mas esse processo foi interrompido em torno deste patamar atingido em 2014, considerando a média do período 2014 a 2016, o que pode

Gráfico 2: Ministério da Saúde – Participação percentual das principais subfunções em termos de valores empenhados e razão entre as subfunções ‘Atenção Básica/Assistência Hospitalar Ambulatorial’, no período 2009-2016



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Ministério da Saúde/SPO – Relatório Anual de Gestão de 2016 e de anos anteriores, Relatório de Prestação de Contas – 3º Quadrimestre de 2013 a 2016 e 4º Trimestre para os anos anteriores.

⁵ Não são considerados os valores das emendas parlamentares incluídas durante a tramitação do Projeto de Lei Orçamentária no Congresso Nacional.

ser resultado de uma mudança de orientação da política de saúde no último biênio.

Outra análise da execução orçamentária do Ministério da Saúde em 2016 é pelo nível de liquidação da despesa, tomando como referência os parâmetros adotados pela Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS)⁶ para analisar a execução da despesa apresentada pelo Ministério da Saúde nos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas

de 2016, nas planilhas de execução orçamentária e financeira do 1º semestre/2016 e no *Relatório Anual de Gestão de 2016*. A Tabela 4 apresenta os itens de despesas selecionados como de baixa execução no 3º quadrimestre/2016 e suas respectivas classificações nos quadrimestres anteriores segundo os níveis de liquidação, evidenciando um comportamento recorrente nos períodos analisados, que ensejaram inclusive a edição de recomendações por parte do Conselho Nacional de Saúde com alertas a respeito dessa situação.

Tabela 4: Ministério da Saúde – Grupos de itens de despesas com baixa execução segundo os níveis de liquidação classificados como inadequados, intoleráveis e inaceitáveis em 2016 (1º, 2º e 3º quadrimestres e 1º semestre).

ITENS DE DESPESA		NÍVEIS DE LIQUIDAÇÃO			
		2016-1ºQ			
		2016-1ºS			
5	FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS	26,83	42,83	57,34	89,43
6	COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS	0,00	5,08	5,08	12,39
45	EMENDAS NOMINATIVAS	27,88	2,72	2,83	28,64
32	ATENÇÃO SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA, ADOL. E JOVEM	2,14	24,39	25,10	39,96
21	FOMENTO A PESQUISA EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA	0,00	7,73	8,32	39,97
41	REAPARELHAMENTO UNIDADES DO SUS / MS	14,88	19,12	23,40	41,89
37	AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	9,49	16,14	23,26	42,02
19	OUTROS PROGRAMAS	10,10	21,86	29,07	50,17
9	MANUTENÇÃO DE UNIDADES OPERACIONAIS	12,59	23,56	34,23	59,41
38	AQUISIÇÃO E DISTRIB. DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS	1,35	30,47	40,48	62,71
18	VACINAS E VACINAÇÃO	12,64	27,92	50,27	73,12
13	PUBLICIDADE DE UTILIDADE PÚBLICA	14,03	29,90	39,04	74,05
20	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DO SUS	21,41	36,59	48,90	74,24
14	SERV. DE PROCESSAMENTO DADOS - DATASUS	23,42	48,34	57,06	75,35
15	PROGRAMA SANGUE E HEMODERIVADOS	21,58	31,98	45,47	77,15
23	PROG. ESTRUTURAÇÃO SAÚDE FAMÍLIA - PROESF	0,00	20,94	34,81	78,27
24	REEST. DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS - REHUF	1,13	22,67	41,35	79,44
26	SAÚDE INDÍGENA	20,30	40,66	58,35	80,49
10	HOSPITAIS PRÓPRIOS	16,81	32,14	48,23	82,04
39	AQUIS. E DISTRIB. MEDICAMENTOS/DST/AIDS	23,67	42,49	59,38	83,28
8	MANUTENÇÃO ADMINISTRATIVA	17,55	30,67	43,29	84,42

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Ministério da Saúde/SPO – Relatórios de Prestação de Contas do 1º, 2º e 3º Quadrimestre de 2016 e Planilhas de execução orçamentária e financeira do 1º semestre/2016 (junho fechado).

4. Alguns parâmetros preliminares para indicação de alocação adicional de recursos

O debate em torno da necessidade de recursos adicionais para o financiamento do SUS tem demonstrado que não há contradição entre aqueles que

defendem tal necessidade e os que querem priorizar a gestão. É possível afirmar, inclusive, que é preciso alocar mais recursos orçamentários e financeiros para o SUS de modo a permitir também o aprimoramento da gestão – afinal, considerando as três esferas de governo, a estimativa preliminar é que o SUS gastou aproximadamente R\$ 3,50 per capita em 2016.

⁶ Os níveis de empenhamento e liquidação da despesa foram classificados como: preocupante, adequado, regular, inadequado, intolerável e inaceitável. As cores – verde escuro, verde, laranja, vermelho, cinza claro e cinza escuro – expressavam respectivamente essas categorias nas tabelas preparadas pela Cofin/CNS para a apresentação aos conselheiros nacionais de Saúde.

Contudo, esse debate tem evidenciado a necessidade de informar à sociedade sobre a destinação desses recursos adicionais. Sobre isso, o Conselho Nacional de Saúde aprovou um documento⁷ em agosto de 2015, no qual consta que as novas fontes de financiamento “sejam exclusivas para o SUS e prioritariamente para as ações e serviços de natureza pública, sem aprofundar o caráter regressivo da tributação vigente no Brasil” e “tenham previamente definidas a destinação destes recursos para a mudança do modelo de atenção, para que a atenção primária seja a ordenadora do cuidado, e para a valorização dos servidores públicos da saúde”.

Considerando essas referências, quais seriam as estimativas desses recursos adicionais e quais despesas poderiam ter os recursos orçamentários e financeiros ampliados?

Em resposta à primeira pergunta, seguem três estimativas:

a) Se o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP 321/2013), conhecido como Saúde+10, tivesse sido aprovado pelo Congresso Nacional, o SUS contaria com a aplicação mínima de 10% das receitas correntes brutas (RCB) da União⁸, o que representaria uma alocação anual adicional de recursos ao orçamento federal do SUS de aproximadamente R\$ 30 bilhões em comparação ao que foi empenhado em ASPS em 2016;

b) Se, como resultado de um processo da auditoria cidadã da dívida pública, fosse possível reduzir a necessidade de superávit primário em decorrência da redução de R\$ 200 bilhões das despesas com

juros e amortização da dívida⁹, sendo que metade desse valor poderia ser alocado anualmente para o SUS; e

c) Se a renúncia de Receita Federal, estimada em R\$ 310,748 bilhões para 2017¹⁰ fosse auditada e revisada, e resultasse numa redução de 30%, haveria aproximadamente R\$ 155 bilhões adicionais de receita ao Tesouro Nacional, sendo que metade desse valor poderia ser alocado anualmente para o SUS.

Em resumo: as estimativas de recursos adicionais para o SUS apresentadas anteriormente variam entre R\$ 30 bilhões e R\$ 100 bilhões por ano, o que aumentaria o gasto consolidado em saúde das três esferas de governo para cifras entre R\$ 280 bilhões e R\$ 350 bilhões (ou entre 4,5% e 5,6% do PIB), mas ainda inferiores ao parâmetro mínimo internacional de 7% do PIB encontrado para os sistemas de acesso universal (como o SUS).

Quanto à resposta da segunda pergunta (“quais despesas poderiam ter os recursos orçamentários e financeiros ampliados”), seguem três estimativas:

I) Se houvesse a decisão de rever o modelo de atenção à saúde para priorizar fortemente a atenção básica, cujo resultado fosse dobrar os recursos alocados nessa subfunção em comparação aos valores empenhados em 2016, seriam necessários R\$ 20,6 bilhões/ano¹¹ de recursos adicionais;

II) Se houvesse a decisão de dobrar os recursos orçamentários para o Piso de Atenção Básica – soma do PAB Fixo com o PAB Variável/Saúde da Família – em comparação aos valores empenhados em

⁷ Conforme Documento Final (28/07/2015) do Seminário CNS/Cofin (Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde) realizado no 11º Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), que foi aprovado pelo pleno do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/docs/documento_final_seminario_cns_Cofin_abrasco.pdf.

⁸ Como a RCB foi de R\$ 1.360.549.861,26 em 2016, 10% corresponderiam a R\$ 136,055 bilhões.

⁹ As despesas com juros e amortização da dívida pública corresponderam a R\$ 962.210.391.323,00 em 2015, conforme nota de 28/10/2016 publicada por Maria Lucia Fatorelli em www.auditoriacidada.org.br/blog/2016/11/09/explicacao-sobre-o-grafico-do-orcamento-elaborado-pela-auditoria-cidada-da-divida/.

¹⁰ Disponível em <https://www12.senado.leg.br/orcamento/documentos/ldo/2016/elaboracao/projeto-de-lei/proposta-do-poder-executivo/anexo-iv-11-2013-renuncia-de-receitas-art.-40-ss-20-inciso-v-da-lei-complementar-no-101-de-4-de-maio-de-2000/renuncias-tributarias-2017/view>

¹¹ Considerando os valores apresentados pelo Ministério da Saúde no *Relatório Anual de Gestão 2016* e no *Relatório de Prestação de Contas do 3º quadrimestre/2016*, encaminhados ao Conselho Nacional de Saúde.

2016, seriam necessários aproximadamente R\$ 18 bilhões/ano de recursos adicionais; e

III) Considerando uma eventual decisão de ampliar as equipes de saúde da família e as equipes de saúde bucal¹², bem como a existência de

- 40.067 equipes de saúde da família (ESF) em 5.382 municípios em 2016, representando 63,6% de cobertura populacional), cujo custo unitário total para o funcionamento dessa equipe (atualizado para 2017) é de R\$ 759 mil/ano; e
- 22.090 equipes de saúde bucal (ESB I) em 4.931 municípios em 2016, cujo custo unitário total para o funcionamento dessa equipe (atualizado para 2017) é de R\$ 246 mil/ano,

se essa ampliação fosse de 30% no número de equipes (ou seja, aproximadamente 12 mil novas ESF e 7 mil novas ESB I), seriam necessários R\$ 10,8 bilhões/ano de recursos adicionais.

Em resumo, as estimativas de recursos adicionais apresentadas, destinadas exclusivamente à priorização da atenção básica, variam aproximadamente de R\$ 10,8 bilhões a R\$ 20,6 bilhões, isto é, muito abaixo das cifras que poderiam ser obtidas com as novas fontes de recursos para o SUS apresentadas nos itens “a”, “b” e “c” (entre R\$ 30 bilhões e R\$ 100 bilhões por ano).

Considerações finais

O SUS precisa de novas fontes de receita permanentes, estáveis e exclusivas (com previsão legal de proibição de desvinculação e respeito ao princípio da capacidade contributiva ou progressividade. De um lado, seria imprescindível tributar as grandes fortunas, as heranças (rever o atual Imposto Transmissão Causa Mortis e Doação – ITCMD, de competência estadual, cujos valores arrecadados são muito baixos), as grandes movimentações financeiras e os dividendos, bem como criar alíquotas mais elevadas no Imposto de Renda tanto para os altos rendimentos, como para produtos como tabaco, álcool etc. Mas, de outro lado, essa busca por novas fontes poderia ser iniciada com a auditoria cidadã da dívida pública e com a auditoria da renúncia de receita, que permitiriam um ingresso adicional de recursos para o Tesouro Nacional entre R\$ 150 bilhões e R\$ 200 bilhões, muito acima do necessário para a mudança do modelo de atenção à saúde de modo a priorizar a atenção básica – conforme apurado nos exemplos da seção 4, ainda que de forma preliminar, seriam necessários entre R\$ 10,8 bilhões e R\$ 20,6 bilhões. Isto porque a luta em defesa do SUS não pode ser setorial e deve estar integrada à luta em defesa da seguridade social e dos direitos de cidadania inscritos na Constituição Federal, cujo processo de retirada (iniciado em meados de 2016) está ocorrendo no Congresso Nacional sob o patrocínio do governo do Presidente Temer de forma acelerada.

¹² Os valores foram atualizados pelo autor para preços de 2017 (adotado o fator 1,55 com base no IPCA/IBGE dos meses de junho) a partir dos dados apresentados em: MARQUES, Rosa e MENDES, Áquilas. *O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde*. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, OUT-DEZ 2014, págs. 900 a 916; e VIEIRA, R. S.; SERVO, L. M. S. *Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: equipes de saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB)*. Pesquisa Necessidade de Financiamento da Atenção Básica. Brasília: Ipea: Disoc, 2013. Mimeo. (Nota Técnica Brasília, 16). As referências de cobertura populacional foram obtidas em RUIZ, Diana et al. *Implantação da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde no ano de 2016*. Observatório de Análise Política em Saúde. Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, junho 2017.