

# **SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO: um panorama da destinação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde e análise dos blocos financeiros**

Autora: Nicolay Gonçalves Pires

Orientador: Gustavo Segabinazzi Saldanha

**Resumo:** O Ministério da Saúde é o responsável por definir o valor dos recursos financeiros que devem ser enviados a cada município para que sejam aplicados nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). E o Fundo Nacional de Saúde funciona como um canal para que os municípios saibam quanto eles vão receber e em quais blocos e programas de atendimento à saúde devem ser aplicados, ou seja, é o gestor financeiro dos recursos destinados a financiar despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde. É por meio do Fundo Nacional de Saúde, também, que a população pode consultar os valores de recursos financeiros que foram repassados aos seus municípios. Sendo assim, o objetivo geral deste artigo é comparar como foram aplicados os recursos financeiros enviados pelo Fundo Nacional de Saúde entre os anos de 2015 e 2021 para os municípios da Fronteira Oeste do estado do Rio Grande do Sul. Como contribuição deste estudo salienta-se que é possível saber o quanto cada município recebe para investir nas diversas áreas da saúde pública e, assim, poder saber o caminho dos recursos financeiros que são repassados aos municípios, desde a saída do Ministério da Saúde até os municípios. Para isso, foi feita uma pesquisa descritiva, com os procedimentos de coleta bibliográficos e documentais, buscando, assim, entender como funciona o envio de recursos financeiros pelo Fundo Nacional de Saúde.

**Palavras chaves:** Fundo Nacional de Saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), Blocos.

**Abstract:** The Ministry of Health is responsible for defining the value of the financial resources that must be sent to each municipality to be applied in the services of the Unified Health System (SUS). And the National Health Fund works as a channel for municipalities to know how much they will receive, and in which blocks, and health care programs should be applied, that is, it is the financial manager of the resources destined to finance current and capital expenses. from the Ministry of Health. It is also through the National Health Fund that the population can consult the amounts of financial resources that were transferred to their municipalities. Therefore, the general objective of this article is to compare how the financial resources sent by the National Health Fund between the years 2015 and 2021 were applied to the municipalities of the Western Frontier of the state of Rio Grande do Sul. As a contribution of this study, it is emphasized that it is possible to know how much each municipality receives to invest in the various areas of public health and, thus, to be able to know the path of the financial resources that are transferred to the municipalities, from the departure of the Ministry of Health to the counties. For this, a descriptive research was conducted, with bibliographic and documentary collection procedures, seeking, thus, to understand how the sending of financial resources of the National Health Fund works.

**Keywords:** National Health Fund, Health Unic System (HUS), Blocks.

## 1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde é considerado um dos direitos sociais que são garantidos pela Constituição de 1988, com base no artigo 196, onde está descrito que “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 91).

Dentre os entes federativos, o Governo Federal é o principal financiador de recursos para a política nacional de saúde, sendo que a metade dos recursos gastos em saúde pública vem do Ministério da Saúde e a outra metade em geral cabe aos estados e municípios aplicarem. Para alguns municípios, quanto ao uso de recursos próprios para fazer a execução da política de saúde, existe certa limitação constitucional em relação à tributação e arrecadação. Contudo, para que possam receber os recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde, os municípios devem desenvolver ações específicas dentro das normas e parâmetros designados pelas portarias ministeriais que regulamentam os programas.

Algumas características da rede de saúde pública são a regionalização, que valoriza os aspectos regionais e locais na prestação dos serviços de atendimento à saúde, inclusive no que compete às carências, costumes, valores, crenças e hábitos de cada região do país; e a hierarquização, que consiste na necessidade de que o conjunto de unidades, serviços e ações de saúde trabalhe em conjunto, tendo a responsabilidade pela atenção integral de uma determinada região a partir das diversas regiões territoriais, como, por exemplo, distrito, microrregião e macrorregião.

Segundo Aith (2003), o financiamento da saúde pública no Brasil é um assunto de extrema importância atualmente, uma vez que o direito à saúde é, hoje, um direito humano fundamental reconhecido pela Constituição de 1988, mas não é o que acontece com o atendimento na rede de saúde pública do Brasil, onde muitas vezes os valores repassados podem ser insuficientes para as demandas de cada setor da saúde pública. Também pode-se considerar, segundo Mendes (2014), a realidade que o país vive nos últimos anos, com os intensos conflitos por recursos financeiros para assegurar uma política universal da saúde, marcada pelo problema do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua criação na Constituição de 1988 até o início da década de 2010.

No Brasil, existe o Fundo Nacional da Saúde, que é o gestor financeiro dos recursos destinados a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde e, também, dos órgãos e entidades da administração direta e indireta que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS). O referido Fundo foi criado no dia 24 de julho de 1969, pelo Decreto nº 64.867. A missão do Fundo Nacional da Saúde é contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde.

Diante disso, é um o sistema pelo qual são transferidos os recursos para os estados, municípios e Distrito Federal, para que possam, de forma descentralizada, realizar ações e serviços de saúde. Os recursos repassados podem ser aplicados em diversas áreas da saúde, onde são divididos por setores.

Dessa forma, a pergunta que este estudo se dispõe a responder é: **quais são as características das transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde realizadas para os municípios da região da Fronteira Oeste do estado do Rio Grande do Sul no período de 2015 a 2021?** Com isso, com o intuito de responder a pergunta da pesquisa, o objetivo geral é: comparar como são aplicados os recursos financeiros enviados pelo Fundo Nacional de Saúde entre os anos de 2015 e 2021 para os municípios da Fronteira Oeste do estado do Rio Grande do Sul. Como objetivos específicos buscam-se: (a) conhecer como funciona a descentralização do Fundo Nacional de Saúde para os municípios; (b) descrever os

blocos de financiamento do Fundo Nacional de Saúde; e (c) comparar os valores que foram repassados aos municípios da região da Fronteira Oeste entre os anos de 2015 e 2021.

Deste modo, este estudo busca apresentar como funciona o Fundo Nacional de Saúde. Aith (2003, p. 60) afirma que “Para desenvolver tais ações e serviços é fundamental que o Estado destine recursos financeiros especificamente para esse objetivo”. E o Fundo Nacional de Saúde é importante para enviar os recursos financeiros para serem aplicados na saúde, e os municípios têm o dever de aplicar os recursos em suas devidas finalidades. No site do Fundo Nacional de Saúde é possível consultar os recursos que foram enviados para cada município nos últimos anos e, também, para quais programas de saúde deveriam ser aplicados. Após a Constituição Federal de 1988 houve um intenso processo para a descentralização administrativa e tributária dos municípios. Da mesma forma, com os dados sendo disponibilizados em um espaço onde qualquer pessoa pode consultar, é possível acompanhar os valores que são encaminhados aos municípios.

Como contribuição teórica referente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas diretrizes institucionais, com base na Constituição Federal de 1988. E, também, sobre o Fundo Nacional de Saúde, buscando conhecer a regulamentação e as diretrizes para fazer o encaminhamento dos recursos financeiros aos municípios, para que sejam aplicados nas diversas ações e serviços ligados à saúde e na melhoria da infraestrutura dos locais onde acontecem os atendimentos.

O artigo em questão possui a seguinte estrutura: após esta seção, denominado introdutório, com a apresentação da temática, problema de pesquisa, objetivos e justificativa, no próximo capítulo está o referencial teórico que embasou o estudo. Na sequência, são apresentados os procedimentos metodológicos, com a descrição das etapas que foram utilizadas para o alcance dos objetivos pretendidos na pesquisa. Em seguida, o próximo capítulo apresenta a análise e a discussão dos resultados e finaliza com a exposição das considerações finais.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

A presente seção está organizado em dois tópicos principais, sendo eles: o primeiro tópico aborda sobre a história do SUS no Brasil e sobre a sua criação; e o segundo tópico está subdividido em dois, o primeiro trata sobre o federalismo no Brasil e o segundo sobre o Fundo Nacional de Saúde.

### **2.1 História do SUS**

A saúde pública do Brasil, durante toda a sua história, tem passado por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas e decretos para a sua atualização, mas os cuidados com a saúde dos brasileiros passam, necessariamente, pela filantropia, principalmente a filantropia religiosa do início do século XIX, com a criação das santas casas. Carvalho (2013, p. 7) afirma que “a história dos cuidados com saúde dos brasileiros passa, necessariamente, pela filantropia. Mais ainda pelo cunho filantrópico religioso, a caridade. As pessoas eram atendidas pelas instituições e médicos filantrópicos”.

A partir do século XX, a saúde pública do Brasil começou a se configurar como uma política nacional de saúde, com a sistematização das práticas sanitárias, priorizando a criação de grandes campanhas de vacinação em massa da população. Isso, considerando que no início do século XX o Brasil era uma das principais escolhas para uma nova vida dos imigrantes que vinham, principalmente, da Europa. Junto a isso, o país também iniciava as suas exportações, principalmente de café, e os portos eram as principais portas de entrada das doenças, como a

peste e a febre amarela, e, sem as campanhas de vacinação, os navios que partissem do Brasil poderiam ser proibidos de atracar em outros países.

Segundo Borges (2002), a saúde pública está inserida no campo das políticas públicas de responsabilidade pública e como direito social, entendida como uma política social de proteção às pessoas. De acordo com a época e o funcionamento das cidades e de seus habitantes, vai se definindo a organização do trabalho da saúde pública, surgindo da necessidade de compreender a vida comunitária, seus costumes, formas de sociabilidade e diversidade dos modos de vida, conformando-se, assim, suas formas de assistência e proteção.

Depois, nas próximas décadas, o país começou a se desenvolver com o crescimento das indústrias e o crescimento do processo de urbanização, bem como a população das cidades começou a crescer consideravelmente, pois muitas pessoas acabaram deixando o campo em busca de mais oportunidades de emprego nas cidades. As funções da saúde pública, nesse período, deixaram de ser a higienização e disciplinarização das cidades e de seus habitantes, passando para o auxílio na promoção da ordem e moral de como viver nas cidades.

O atendimento à população pelo sistema público de saúde no Brasil até o ano de 1988 só era permitido para quem contribuía para a Previdência Social. A saúde era centralizada e de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários. E a população que poderia ser atendida recebia apenas o serviço de assistência médico-hospitalar. Antes da implementação do SUS, a saúde era vista como ausência de doenças, ou seja, só procuravam atendimento médico quando tinham sintomas decorrente de alguma doença e precisavam fazer algum tratamento. Na época, cerca de 30 milhões de pessoas tinham acesso aos serviços hospitalares.

As pessoas que não tinham dinheiro e condições dependiam de caridade e da filantropia (BRASIL, 2020). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que surgiu de um grande debate na sociedade brasileira antes e durante a Assembleia Nacional Constituinte, os constituintes deveriam escolher entre a manutenção do modelo em vigor e a criação de um novo sistema de amplo acesso aos serviços públicos de saúde para todos os cidadãos (BRASIL, 2013). Através da Lei nº 8.080/1990, após a Constituição de 1988, segundo Mendes e Funcia (2016, p. 140), deu-se a propagação do pensamento neoliberal, que começou a marcar presença nos pensamentos dos governos federais, inserindo uma agenda de propostas de mudanças no corpo da seguridade social, por meio da eliminação das contribuições sociais que financiavam os diferentes ramos da seguridade social.

Algumas das características mais importantes o SUS, que hoje é considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, e que constam na Constituição Federal de 1988 são o art. 196, que evidencia que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado garantido mediante [...] o acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. E o art. 198: “atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). O próximo tópico trata sobre o federalismo e o Fundo Nacional de Saúde.

## **2.2 O federalismo e o papel do Fundo Nacional de Saúde**

### *2.2.1 Federalismo*

O federalismo é a forma como o Brasil está organizado atualmente e foi introduzido no Brasil a partir do ano de 1889, com a Proclamação da República. Pode ser definido como um sistema político em que várias unidades, como municípios, estados e Distrito Federal, juntos formam uma nação, sem perder a autonomia das unidades em situações que não sejam de interesse comum. Conforme a Constituição de 1988, a Federação brasileira é composta

pela União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios, todos eles autônomos entre si, sem subordinação entre eles, mas todos são subordinados à Constituição.

Além do mais, as unidades dos entes federados do Brasil é bastante diversificada tanto no tamanho das suas populações quanto no desenvolvimento socioeconômico, que é bem centralizado em algumas regiões do País, bem como em capacidades estatais. Sendo assim, Jaccoud e Vieira (2018, p. 7) afirmam que a “Constituição Federal de 1988 determina a atuação conjunta de todos os entes, estabelecendo responsabilidades solidárias quanto à garantia de acesso aos bens e serviços de saúde em todo o território nacional, de forma universal, igualitária e integral”.

E o modo como os recursos financeiros para as ações e serviços ligados à saúde são disponibilizados para os entes federados acontece, principalmente, em sua maioria, por meio dos repasses que acontecem pelo Fundo Nacional de Saúde. Segundo Jaccoud e Vieira (2018, p. 19), “o uso de instrumentos normativos e o estabelecimento de transferências condicionadas de recursos às esferas subnacionais são apontados como importantes mecanismos adotados pelo governo federal para lidar com a ausência de imposições constitucionais sobre as competências de cada ente da federação”. Asensi (2015, p. 150) ressalta que “a competência comum não quer dizer que todos os entes da Federação têm os mesmos deveres e atribuições”.

Alguns estudos, nos últimos anos, estão avaliando o processo de regionalização do SUS, o que pode vir a favorecer a centralização do sistema e aumentar a autoridade do governo federal. Jaccoud e Vieira (2018, p. 26) afirmam que “a ênfase na autonomia municipal e a centralidade no processo de planejamento local podem favorecer a fragmentação, dificultando um planejamento regional capaz de estabelecer bases cooperativas de atuação”.

### *2.2.2 Fundo Nacional de Saúde*

O Fundo Nacional de Saúde foi instituído pelo Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969, e funciona como o gestor financeiro dos recursos destinados a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde e, também, dos órgãos e entidades da administração direta e indireta que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Inclusive,

As políticas públicas na saúde combinam financiamento das três esferas de governo com execução descentralizada no nível local. A partir da Emenda Constitucional nº29, de 2000, o aporte de recursos por estados e municípios passou a depender da sua capacidade fiscal, enquanto a União tem seu dispêndio vinculado ao crescimento do PIB. (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003, p. 387).

Sobre a Constituição Federal de 1988, por força da Emenda Constitucional nº 29/2000, Piola (2017, p. 9) afirma que “os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde e destinados aos demais entes federativos devem ter como objetivo a progressiva redução de disparidades regionais”. No ano de 2003, o Conselho Nacional de Saúde criou a Resolução nº 322/2003, que visa definir as bases de cálculo, ações e serviços públicos de saúde, instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle.

A receita do Fundo Nacional de Saúde é composta por 45% dos valores do seguro DPVAT, segundo o Decreto nº 2.867/1998 e a Lei nº 8.212/1991, para o atendimento de vítimas de acidentes de trânsito em hospitais da rede SUS, e o restante dos recursos vem dos valores investidos pelos estados, municípios e união e dos valores arrecadados pela Receita Federal com os impostos e contribuições (BRASIL, 2021). Ainda, na Constituição Federal de 1988, conforme o art. 198, parágrafo único, “O Sistema Único de Saúde será financiado, nos

termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes”.

Após o orçamento passar e ser aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República, o Ministério da Saúde faz a execução por meio do Fundo Nacional de Saúde, e as dotações orçamentárias que serão utilizadas para as transferências de recursos no Orçamento Geral da União são divididas de duas formas: Recurso de Programa/Ação, no qual as entidades públicas e privadas cadastram as propostas de projetos mediante programas previamente previstos pelo órgão público concedente; e Recurso de Emenda Parlamentar, que é o modo como o Congresso Nacional participa da elaboração do orçamento anual, quando, por meio das Emendas, os parlamentares aperfeiçoam a proposta que foi encaminhada pelo Poder Executivo para uma melhor alocação dos recursos públicos.

Os repasses de recursos financeiros são feitos de cinco diferentes formas, que são:

- (1) Transferência Fundo a Fundo (FAF): de custeio e capital, para estados e municípios, que são divididos em dois Blocos de Financiamento: Bloco de Manutenção, destinado ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos públicos de saúde e à manutenção das condições de ofertas e continuidade das ações dos serviços públicos de saúde; Bloco de Estruturação, destinado à aquisição de equipamentos, obras de ampliação e novas construções de imóveis. Conforme estabelecido pela Portaria de Consolidação MS nº 6, de 28 de setembro de 2017;
- (2) Convênios: conforme estabelece o Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007: é a transferência de recursos para a execução de um programa do governo com supervisão;
- (3) Contrato de Repasse: é um instrumento administrativo que é realizado por meio de uma instituição ou agente financeiro público federal;
- (4) Termo de Execução Descentralizada (TED): conforme estabelece o Decreto nº 10.426, de 16 de julho de 2020, é o instrumento que constitui a descentralização dos créditos entre os órgãos e entidades integrantes do governo federal para serem ajustados;
- (5) Aplicação Direta: feita pela unidade orçamentária dos créditos a ela concedidos.

Já as transferências legais, que são regulamentadas por leis específicas que determinam as formas de habilitação, transferência, aplicação de recursos e a prestação de contas, ocorrem por meio de duas modalidades: quando as aplicações dos recursos repassados não estão ligadas a um fim específico; e quando estão ligadas a um fim específico. Na primeira modalidade, o município não tem restrição para definir a despesa que corresponde ao recurso repassado pela união. E na segunda, tem um aspecto finalístico, onde os recursos são repassados para auxiliar uma despesa específica. A transferência legal, quando há um fim específico, pode ocorrer de duas formas: transferência automática e transferência fundo a fundo.

E o financiamento dos recursos foi feito até o ano de 2017, com base nos seis blocos prioritários do Ministério da Saúde, lembrando que “os recursos disponíveis no Orçamento da União são limitados e estão sujeitos a cortes/contingenciamentos, segundo prioridades definidas pelo governo federal” (BRASIL, 2021). E, também, que “Tais programas estabelecem claramente os objetos financiáveis de despesa corrente e de capital, provendo condições adequadas para o funcionamento das unidades e melhoria do acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 2021). Lembrando que dentro de cada um dos seis programas prioritários existem vários programas estratégicos para cada área da saúde.

Os blocos de financiamento foram divididos da seguinte maneira até o ano de 2017:

- (1) Atenção Básica; (2) Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; (3) Vigilância em Saúde; (4) Assistência Farmacêutica; (5) Gestão do SUS; e (6) Investimento. A partir do ano de 2018, os repasses foram simplificados em apenas dois blocos: Manutenção e

Estruturação. E dentro desses blocos principais existem os programas estratégicos que descentralizam os recursos para outras áreas, sendo, assim, mais abrangente e podendo chegar a mais pessoas e em locais de difícil acesso, onde o cuidado com a saúde costuma ser deixado de lado.

Os recursos financeiros disponibilizados para a área da saúde devem ser totalmente aplicados na execução de ações e serviços públicos de saúde, conforme consta no plano de saúde, de acordo com a Lei nº 8.080/1990, e deve passar previamente pelo conselho de saúde. Segundo Piola (2017, p.19), “atualmente o Ministério da Saúde transfere para estados, Distrito Federal e municípios mais de 70% dos recursos que aplica em ações e serviços públicos de saúde”. Os blocos que mais recebem recursos são: Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e Atenção Básica.

Piola (2011, p. 187) afirma que “o estudo da oferta e da utilização dos serviços de saúde é essencial para que se conheça a forma como ocorre a alocação dos recursos públicos no interior dos sistemas de saúde, e para aprimorar o controle e a avaliação, visando alcançar a equidade”. Por essa razão, os dados que são apresentados no site do Fundo Nacional de Saúde são tão relevantes para o acompanhamento e controle financeiro, e, caso seja preciso fazer uma consulta, os dados ficam armazenados em um local de fácil acesso. A seguir serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Para o conhecimento ser reconhecido como científico, é necessário identificar as operações mentais e técnicas para reconhecer a sua verificação, ou seja, determinar o método que o possibilitou chegar a esse conhecimento. Segundo Gil (2002), pode-se “definir o método como o caminho para se chegar a um determinado fim. O método científico é, então, o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento”.

Com base nos dados recolhidos, foi feita a pesquisa descritiva. Gil (2002, p. 42) afirma que a pesquisa descritiva “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”. Sendo assim, é uma pesquisa para descrever a realidade, uma de suas características é a naturalidade das análises.

Ademais, Foi feita uma pesquisa qualitativa, segundo Jardim e Pereira (2009, p. 2), “a pesquisa dessa natureza permite maior abertura para a reformulação do problema da pesquisa, das questões norteadoras, dos próprios métodos e técnicas de coleta e análise de dados durante o processo”. Assim, o pesquisador vai poder fazer descobertas em termos do próprio método e técnica que serão utilizados.

Sobre os procedimentos de coleta que foram utilizados são o bibliográfico e o documental. O método bibliográfico, segundo Gil (2002, p. 43), “é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Inclui as pesquisas sobre ideologias, bem como as que se propõem a análise de diversas posições acerca de um problema”. E sobre o método documental, segundo o autor:

as fontes são muito mais diversificadas e dispersas. Há, de um lado, os documentos de ‘primeira mão’, que não receberam nenhum tipo de tratamento analítico. Nesta categoria estão os documentos conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas, tais como associações científicas, igrejas entre outros. E os de segunda mão que de alguma forma já foram analisados, tais como: relatórios de pesquisas, tabelas estatísticas, entre outros. (GIL, 2002, p. 46).

Esta pesquisa utilizou dados de segunda mão retirados, principalmente, do portal do Fundo Nacional de Saúde. Dessa forma, os dados da pesquisa foram coletados no site do Fundo Nacional de Saúde, com base nos blocos de atendimento à saúde, que são: Atenção

Primária e Ciclos de Vida, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Ciência e Tecnologia, Educação em Saúde e Auditoria Interna Governamental.

A coleta de dados teve por objetivo comparar como são aplicados os recursos financeiros enviados pelo Fundo Nacional de Saúde entre os anos de 2015 e 2021 para a região da Fronteira Oeste do estado do Rio Grande do Sul, salientando que os valores apresentados nos gráficos foram atualizados com a correção monetária com base na data inicial no dia 1 de cada ano que seria estudado, entre os anos de 2015 e 2021, e a data final no dia 1 janeiro de 2022, por meio do portal do Banco Central do Brasil, na área da calculadora do cidadão, correção de valores de índices de preço. No próximo capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa.

## **4 RESULTADOS**

O presente capítulo encontra-se dividido em três tópicos, sendo eles: o primeiro trata sobre a descentralização do Fundo Nacional de Saúde, o segundo aborda os programas dos blocos de financiamento do Fundo Nacional de Saúde, e o terceiro mostra a comparação dos valores repassados entre os anos de 2015 e 2021.

### **4.1 Da descentralização do Fundo Nacional de Saúde**

Um dos principais princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7º do Capítulo II da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, que “regulamenta, em todo o território nacional, as ações do SUS, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências de cada esfera governamental” (BRASIL, 2009). A descentralização constitui o processo de transferência de responsabilidade de gestão para os municípios, assim atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS. Define, também, as atribuições comuns e competências específicas à União, estados, Distrito Federal e municípios.

Ainda, a Lei nº 8.142/1990, “dispõe sobre o papel e a participação da comunidade na gestão do SUS, sobre as transferências de recursos financeiros entre União, estados, Distrito Federal e municípios na área da saúde” (BRASIL, 2009). Sendo assim, para que os municípios recebam os recursos financeiros por meio do Fundo Nacional de Saúde, eles precisam ter um Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, de acordo com a lei. Conforme a Emenda Constitucional nº 29/2000, foi estabelecida uma participação mínima obrigatória para a União, estados, Distrito Federal e municípios, para financiar a saúde pública. De acordo com o SUS, nos municípios, visando garantir saúde para todos:

O percentual fixado para os municípios é, a partir de 2004, no mínimo 15% sobre o produto de arrecadação dos impostos municipais (art. 156, CF 1988) e dos recursos transferidos por meio do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e da parcela do imposto sobre produtos industrializados (IPI) repassada pela União aos estados (arts. 158 159, inciso I, alínea b e § 3º). Municípios que aplicarem recursos abaixo de mínimo podem sofrer sanções, como ajustes compensatórios progressivos (ao longo de cinco anos). (BRASIL, 2009, p. 22).

O Ministério da Saúde determina que os recursos que são destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados por meio dos fundos de saúde. Então, os fundos adquirem a forma de unidades gestoras do orçamento e devem ter consignado para poder aplicar os recursos transferidos. Os repasses financeiros feitos pelo Fundo Nacional de Saúde são enviados diretamente a uma conta bancária com a titularidade ligada ao Fundo Estadual de Saúde. E a Secretaria de Saúde deve fazer uma estimativa dos recursos necessários para o

pagamento das despesas, observando as fontes orçamentárias e as disponibilidades financeiras e controlar a entrada de recursos no Fundo Nacional de Saúde.

Sobre o monitoramento dos recursos financeiros e em relação às ações ligadas aos serviços de saúde, “é atribuição constitucional da União acompanhar as ações e monitorar a aplicação dos recursos da saúde nos estados e nos municípios; e dos estados realizar essas funções com relação aos municípios. Cabe a todos gerir com transparência e cuidado os recursos públicos” (BRASIL, 2009).

## **4.2 Blocos de Financiamento do Fundo Nacional de Saúde**

O Fundo Nacional de Saúde é o intermediário entre o governo e os municípios para que os recursos financeiros sejam enviados e é por onde, também, a população, em geral, pode saber quais os valores que foram repassados aos municípios para cada programa. No site do Fundo Nacional de Saúde os valores são atualizados diariamente, assim que os recursos financeiros ficam disponíveis para que os municípios possam utilizá-lo para melhorar a infraestrutura dos locais de atendimento, criar campanhas para a prevenção de doenças, entre outros.

Sobre os programas de financiamento de saúde, dentro dos blocos principais existem os programas estratégicos, que são as ações de saúde que devem ser atendidas com os recursos financeiros que os governos disponibilizam para os municípios por meio do Fundo Nacional de Saúde. Até o ano de 2017 eles foram divididos em seis blocos, e cada bloco tinha a sua própria conta para receber os valores enviados. E a partir do ano de 2018 passaram a ser divididos em dois blocos, como veremos na sequência.

No período analisado pela pesquisa, 2015 a 2021, houve quatro Portarias do Ministério da Saúde organizando os blocos de financiamento responsáveis pela destinação dos recursos federais, são elas: Portaria nº 204/2007, Portaria nº 837/2009, Portaria de Consolidação nº 6/2017 e a Portaria nº 3.992/2017.

A Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, constituiu cinco blocos de financiamento conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde. O primeiro bloco, Atenção Básica, é constituído por dois componentes, que são: o Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo); e o Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável). O PAB Fixo é referente ao financiamento de ações de atenção básica à saúde e o PAB Variável é referente aos recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias no âmbito da atenção básica, tais como: Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Um dos principais objetivos desse bloco é cuidar das pessoas e não apenas tratar as doenças ou condições específicas, sendo conhecido como a “porta de entrada” dos usuários nos serviços de saúde, e o atendimento costuma ser abrangente e acessível para a comunidade conseguir acesso. Possui um conjunto de ações que visam ações para a saúde individual, familiar e coletiva, que envolvem a prevenção, diagnóstico e tratamento, entre outros serviços, como, por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O segundo bloco é conhecido como Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e é constituído por dois componentes, que são: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC); e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O MAC é destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente e o FAEC é responsável pelo financiamento de alguns itens, como, por exemplo, transplantes e procedimentos vinculados e procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). É composto por ações e serviços que visam atender os principais problemas e agravos de saúde das pessoas e, para poder atender a população, demanda de profissionais de saúde especializados e recursos tecnológicos no apoio do diagnóstico e

tratamento. E envolve a alta tecnologia e o alto custo nos atendimentos, a sua realização é de forma integrada com os outros níveis de atenção à saúde e com o objetivo de proporcionar a população um atendimento de qualidade.

O terceiro bloco é chamado de Vigilância em Saúde, visa estabelecer os princípios, diretrizes e estratégias que buscam a promoção e a proteção da saúde e a prevenção de doenças graves e agravos, bem como a redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos que decorrem da produção e consumo nos territórios. Com um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação e análise de dados e a disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, incentiva o planejamento e a implementação de medidas relacionadas à saúde pública.

O quarto bloco é conhecido como Assistência Farmacêutica e é constituído por três componentes, que são: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Estratégico da Assistência Farmacêutica; e o Especializado da Assistência Farmacêutica. São responsáveis pelo financiamento de ações de assistência farmacêutica dos programas estratégicos. É um conjunto de ações e serviços que visam a promoção, recuperação e proteção da saúde, por meio do acesso aos medicamentos. A oferta dos medicamentos se dá por meio de três componentes do bloco, que são: Básico, Estratégico e Especializado, além do programa da Farmácia Popular. Com exceção da Farmácia Popular, as decisões dos outros componentes são tripartites, ou seja, é de responsabilidade da União, Estados e Municípios.

E o quinto bloco, chamado de Gestão do SUS, tem a finalidade apoiar a implementação de ações e serviços para a organização e eficiência do sistema. É composto por dois componentes, que são: Qualificação do SUS; e a Implantação de Ações e Serviços de Saúde. É o mecanismo que garante o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os níveis de atendimento. A Gestão do SUS é de responsabilidade da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, que por meio dos órgãos gestores utilizam de vários instrumentos de gestão para que seja garantido o funcionamento e o aperfeiçoamento do funcionamento do SUS.

A partir da Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009, foi acrescentada a Portaria nº 204/2007, criando, assim, o sexto bloco, chamado de: Investimento. É composto pelos recursos financeiros que são transferidos, mediante o repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais de Saúde, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante a apresentação do projeto encaminhado pelo ente federativo interessado ao Ministério da Saúde.

Com a publicação da Portaria nº 6, de 28 de setembro de 2017, e da Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, os seis blocos de financiamento que existiam foram extintos e organizados em dois novos blocos, que passaram a ser chamados de: Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio) e Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (Investimento). Entretanto, dentro desses dois blocos ainda existem os outros blocos, que agora são conhecidos como programas, e os recursos não são mais enviados em contas divididas por cada bloco e sim por uma conta única e específica desses dois novos blocos.

Sendo assim, o bloco de Custeio é responsável pelos recursos destinados à manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) que já estão implantados e ao funcionamento dos serviços e estabelecimentos responsáveis pelos serviços de saúde. E o bloco de Investimento é responsável pelos recursos destinados à estruturação e ampliação da oferta das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), como a reforma, ampliação, obras e equipamentos.

Instrumento Normativo	Período de vigência dos Blocos de Financiamento			
	2007 a 2017	2009 a 2017	2017 a 2020	A partir de 2020
Portaria n° 204/2007	1 – Atenção Básica; 2 – Média e Alta Complexidade; 3 – Vigilância em Saúde; 4 – Assistência Farmacêutica; 5 – Gestão do SUS.	1 – Atenção Básica; 2 – Média e Alta Complexidade; 3 – Vigilância em Saúde; 4 – Assistência Farmacêutica; 5 – Gestão do SUS.	-	-
Portaria n° 837/2009	-	6 – Investimento.	-	-
Portarias n° 3.992/2017 e 6/2017	-	-	1 – Custeio; 2 – Investimento.	-
Portaria n° 828/2020	-	-	-	1 – Manutenção; 2 – Estruturação.

**Fonte:** Instrumentos Normativos.

Conforme foi mostrado no quadro 1, acima, os blocos de financiamento sofreram alguns ajustes ao longo dos últimos anos, e sendo assim mudando a nomenclatura como são chamados, conforme novas portarias foram sendo criadas.

### 4.3 Comparação dos valores repassados entre os anos de 2015 e 2021

A população da região da Fronteira Oeste do estado do Rio Grande do Sul é formada por aproximadamente 530.150 habitantes, conforme dados do IBGE (2021), distribuídos em treze municípios. O maior município da região é Uruguaiana, com 125.435 habitantes e corresponde a um percentual de 23,66%. E o menor é o município de Santa Margarida do Sul, com 2.352 habitantes e o percentual de 0,44%. Na sua grande maioria, os habitantes dos municípios da região não ultrapassam 20 mil pessoas, conforme visualiza-se na Tabela 1 abaixo.

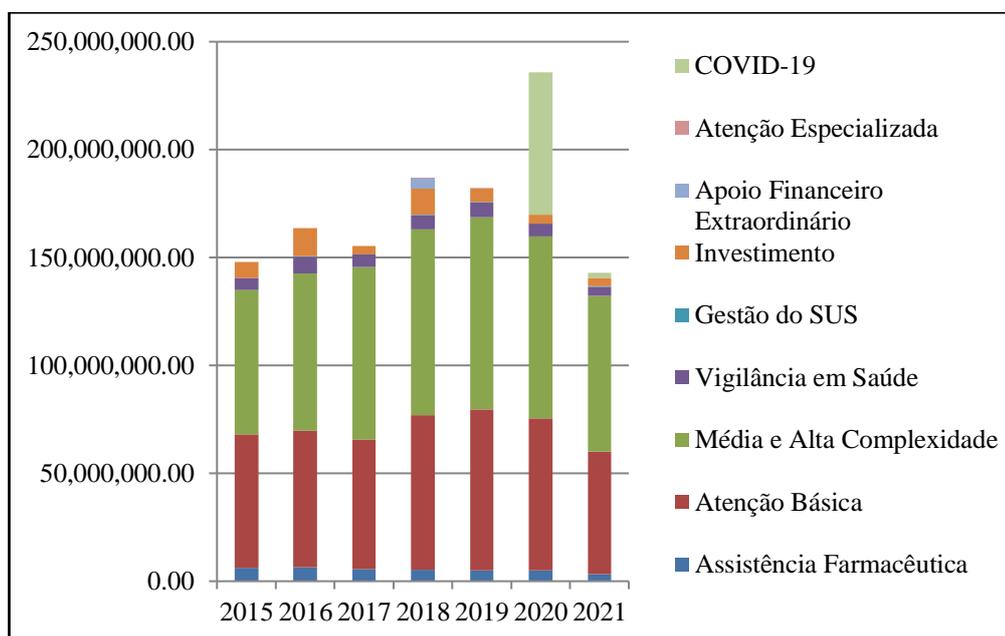
**Tabela 1** - Participação dos municípios na população total da região

Município	Habitantes	Porcentagem (IBGE 2021)
Santana do Livramento	82.464	15,55%
Quaraí	23.021	4,34%
Uruguaiana	125.435	23,66%
Alegrete	77.653	14,65%
São Gabriel	60.425	11,40%
São Borja	61.671	11,63%
Santa Margarida do Sul	2.352	0,44%
Barra do Quaraí	4.012	0,76%
Rosário do Sul	39.707	7,49%
Itacurubi	3.441	0,65%
Itaqui	38.159	7,20%
Maçambará	4.738	0,89%
Manoel Viana	7.072	1,33%
<b>Total</b>	<b>530.150</b>	<b>100,00%</b>

**Fonte:** elaborado pela autora, com base nos dados do IBGE (2021).

No período do estudo, no sistema do Fundo Nacional de Saúde, os dados estão disponibilizados de duas formas: até o ano de 2017 estão divididos em seis blocos, conforme o Quadro 1; e a partir do ano de 2018 foram divididos em dois blocos principais, mas dentro deles ainda existem os blocos anteriores, conforme a Portaria nº 3.992/2017. Sendo assim, os dados apresentados referentes aos blocos estão usando a nomenclatura da Portaria nº 204/2007 e a da Portaria nº 837/2009.

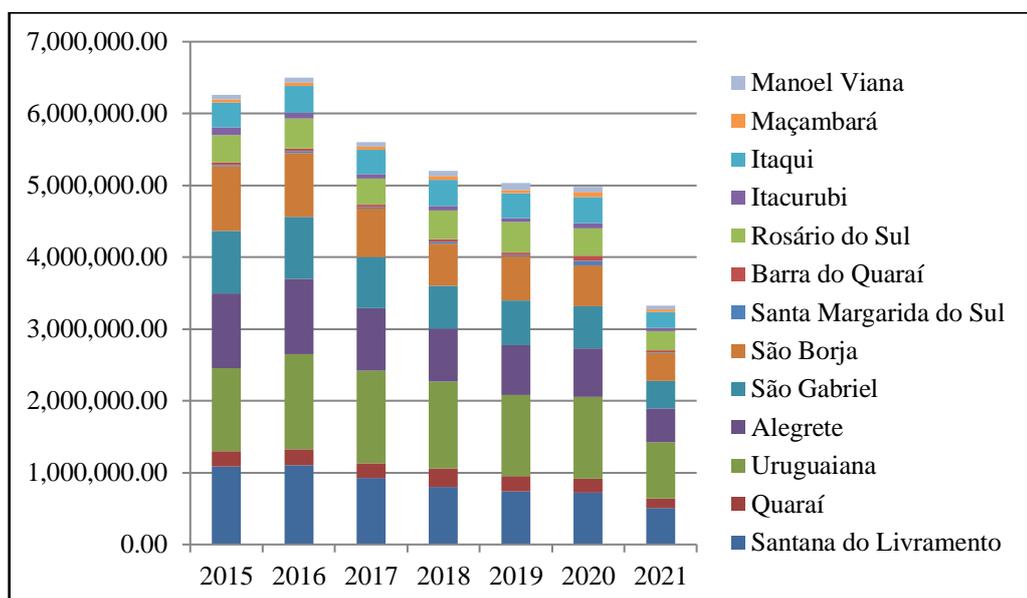
Dessa forma, o Gráfico 1 apresenta o total dos valores repassados por blocos de financiamento para os municípios da Fronteira Oeste. Percebe-se que há dois blocos que se destacam em questão de valores repassados, que são eles: Atenção Básica e Média e Alta Complexidade, que correspondem a quase 50% dos recursos repassados durante os anos estudados. No ano de 2020, pode-se observar um destaque para o bloco da Covid-19, que correspondeu a 28% do que foi repassado naquele ano.



**Gráfico 1**–Valores dos Blocos entre os anos de 2015 e 2021.

**Fonte:** elaborado pela autora, com base no Fundo Nacional de Saúde.

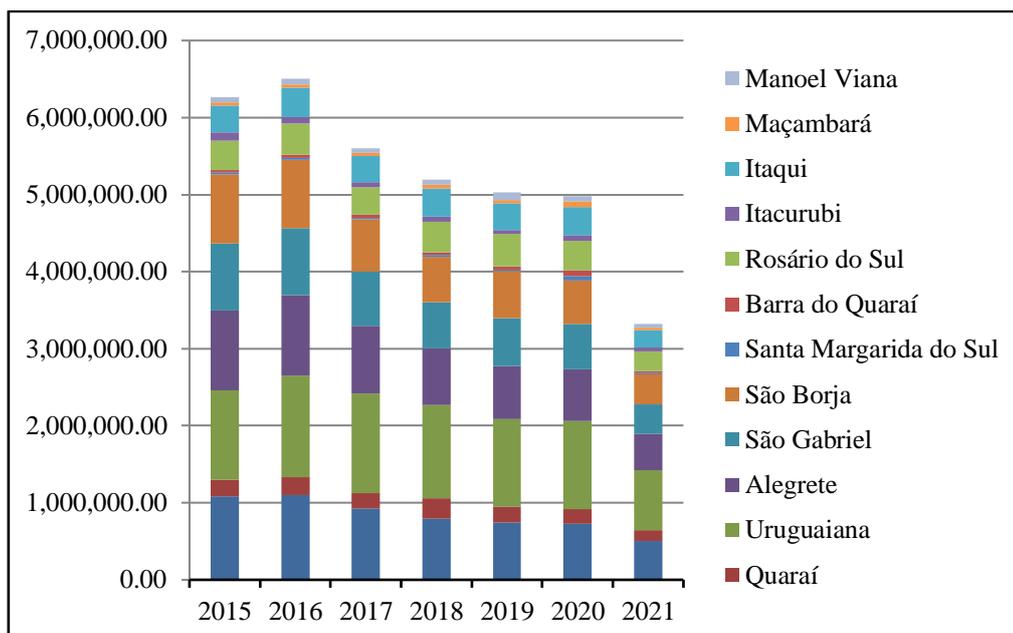
Os valores do bloco de Assistência Farmacêutica estão no Gráfico 2. O ano de 2016 foi o ano com o maior valor financeiro repassado aos municípios, com um total de quase 7 milhões de reais. Entre os anos de 2018 e 2020, o total enviado aos municípios, anualmente, foi de aproximadamente 5 milhões de reais. Já no ano de 2021 houve uma queda significativa e ficou em pouco mais de 3 milhões de reais. O município da região que ao longo dos anos mais recebeu recursos financeiros foi Uruguaiana, com uma média de 1 milhão de reais por ano, o que corresponde a 22% dos valores enviados, seguido por Santana do Livramento, que recebeu um pouco menos de 1 milhão de reais por ano, o que corresponde a 15% dos valores enviados. E o que menos recebeu foi Santa Margarida do Sul, com uma média de R\$20.000,00 por ano, correspondente a 0,40% dos recursos financeiros enviados.



**Gráfico 2** – Bloco da Assistência Farmacêutica na configuração da Portaria nº 204/2007.

**Fonte:** elaborado pela autora, com base no Fundo Nacional de Saúde.

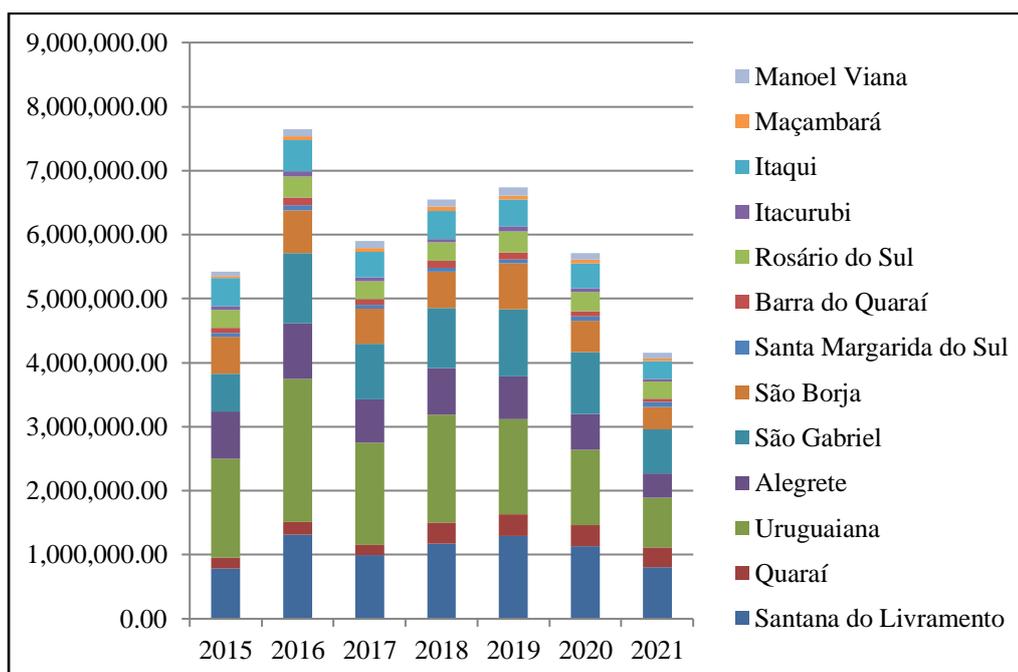
A área do bloco da Atenção Básica está apresentada nos dados do Gráfico 3, conhecida como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS. O ano de 2016 foi o ano com o maior envio de recursos financeiros para os municípios da região, com um total de quase 7 milhões de reais. Entre os anos de 2018 e 2020 não houve uma grande diferença em relação aos valores enviados, que foram entre 5 milhões de reais em cada ano. Uruguaiiana segue sendo o município que mais recebe recursos, cerca de 19% do total anual, e Santa Margarida do Sul e Itacurubi são os municípios que menos recebem, com cerca de 1% do valor total anual. Sendo assim, esse é o programa que concentra os serviços mais básicos de saúde e que a grande maioria pode ser resolvida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município, com acompanhamento de acordo para cada etapa da vida da população, desde o nascimento até terceira idade. Com isso, todos os municípios recebem recursos financeiros de acordo com o tamanho da sua população.



**Gráfico 3** – Bloco da Atenção Básica na configuração da Portaria nº 204/2007.

**Fonte:** elaborado pela autora, com base no Fundo Nacional de Saúde.

A Vigilância em Saúde é um dos principais blocos de financiamento, conforme mostra os dados no Gráfico 4. No ano de 2016, foi repassado quase 8 milhões de reais aos municípios, já no ano de 2021 eles receberam pouco mais de 4 milhões de reais. Os valores enviados por ano para cada município variam entre 2 milhões e 35 mil reais. Sendo assim, os três municípios que mais receberam recursos ao longo dos anos foram: Uruguaiana, com 20%; Santana do Livramento, com 18%; e São Gabriel, com 14%. O Brasil é um país tropical e, com isso, várias doenças que são transmissíveis por insetos e roedores merecem uma atenção especial, principalmente, no verão, em determinadas regiões onde acontecem os principais focos das doenças, o que acaba sobrecarregando os serviços de atendimento à saúde.



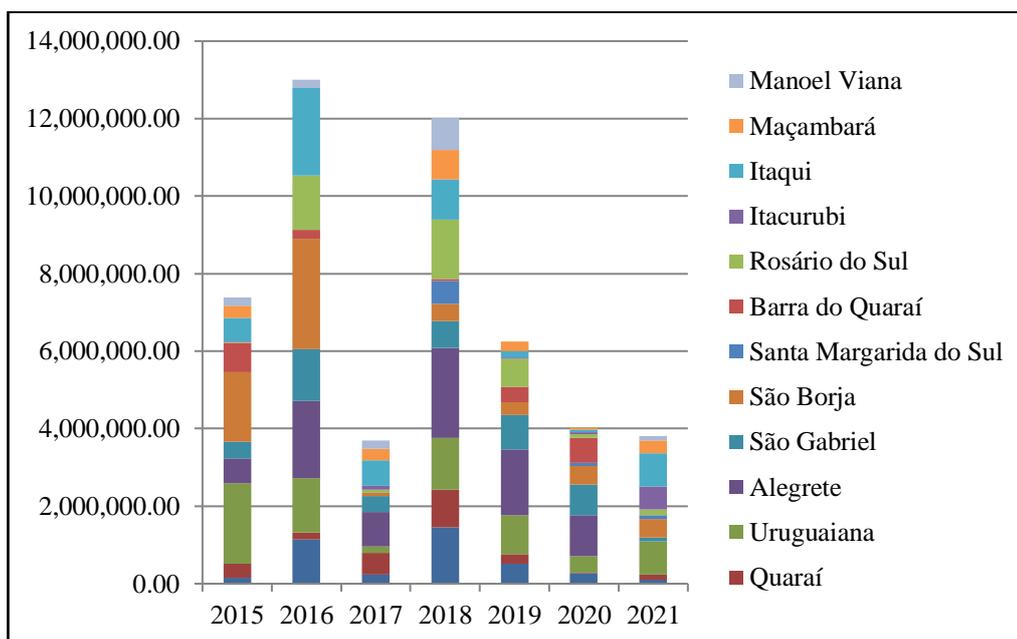
**Gráfico 4** –Bloco da Vigilância em Saúde na configuração da Portaria nº 204/2007.

**Fonte:** elaborado pela autora, com base no Fundo Nacional de Saúde.

O Gráfico 5 apresenta os recursos repassados aos municípios entre os anos de 2015 e 2017, e era conhecido como um bloco de financiamento, com o nome de investimento, junto com os blocos principais. O único município da região que não recebeu esse recurso em nenhum dos três anos foi Santa Margarida do Sul, o menor município da região, e Itacurubi, Maçambará e Barra do Quaraí receberam recursos financeiros apenas em 2 anos. O município que mais recebeu recursos foi de São Borja, uma média de 1 milhão por ano, o que corresponde a 20% dos valores enviados por ano a cada município.

A partir de 2018, com a criação da Portaria n° 3.992, de 28 de dezembro de 2017, esses recursos passaram a ser enviados separados, assim não eram mais enviados junto com os outros blocos na parte de custeio, mas passaram a ser enviados na parte de investimento. Sendo assim, 2018 foi o ano em que mais foi enviado recursos a partir dessa mudança, apenas o município de Itacurubi não recebeu nada naquele ano, e nos três anos seguintes o município de Manoel Viana não recebeu nenhum recurso. O município que mais recebeu recursos foi Alegrete, com uma porcentagem em torno de 25% dos valores enviados por ano a cada município, apenas no ano de 2021 que não recebeu nada, seguido de Uruguaiana, São Gabriel, Santana do Livramento e Rosário do Sul.

Com a Portaria n° 828, de 17 de abril de 2020, ficou registrado que, conforme o “Art 2° As citações ao Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde. Feitos nos atos normativos anteriores à data de publicação desta portaria. Devem ser interpretadas. No que couber. Como referências ao Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e ao Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde”.

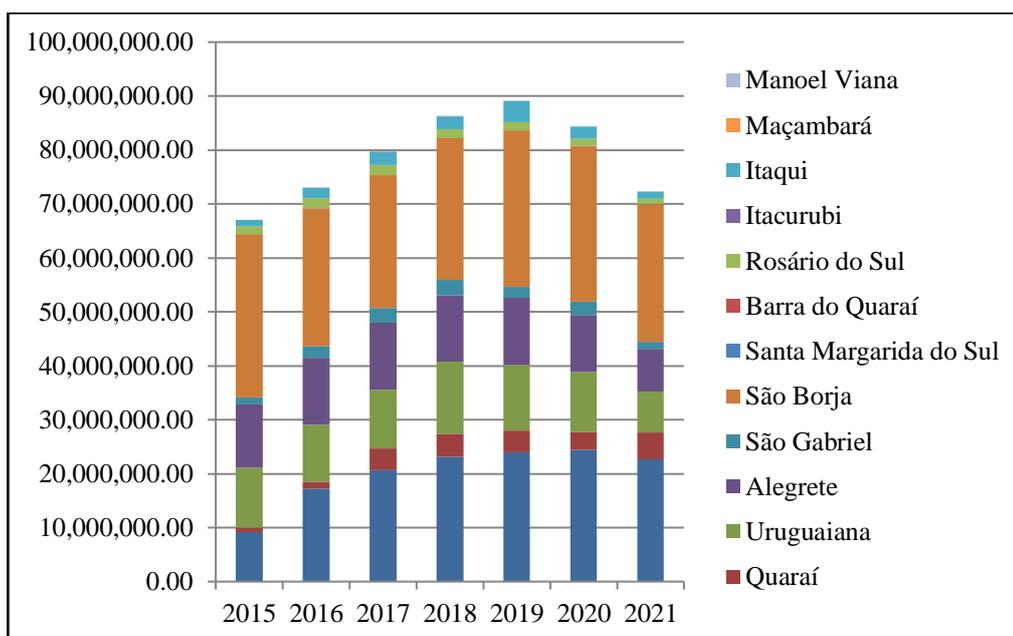


**Gráfico 5** – Bloco de Investimento na configuração da Portaria n° 204/2007.

**Fonte:** elaborado pela autora, com base no Fundo Nacional de Saúde.

Para os municípios que funcionam como centros de referências no diagnóstico e tratamento de doenças mais complexas, os recursos financeiros são repassados pelo bloco da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, conforme mostra o Gráfico 6, para que sejam investidos na melhoria, construção e ampliação de locais de tratamentos e, ainda, na compra equipamentos de última geração. Há apenas três municípios na região que não recebem esses valores, por se tratar de municípios de pequeno porte com uma população de menos de cinco mil habitantes e sem condições de atender casos mais graves. Nesses casos, os seus pacientes são encaminhados para outros municípios. Sendo assim, aqueles que não recebem valores ou o valor enviado é insuficiente para fazer os procedimentos necessários

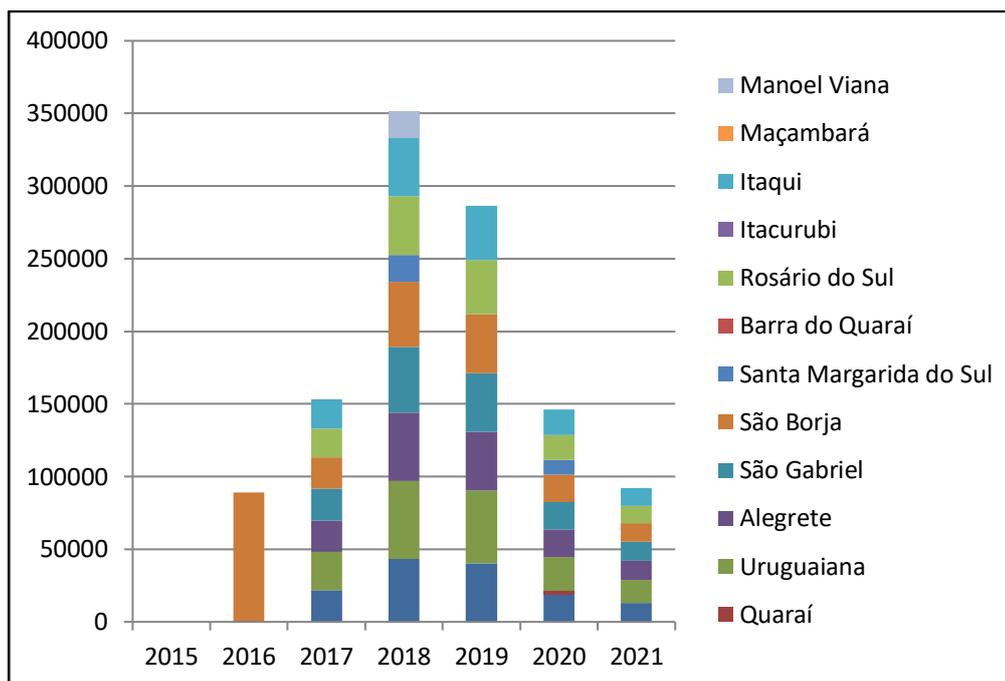
são: Santa Margarida do Sul, Itacurubi e Maçambará. Já os que mais recebem recursos financeiros, com uma média de 10 milhões por ano, são: Uruguiana, Santana do Livramento, Alegrete e São Borja, o que corresponde a mais de 50% do que é enviado para os municípios da região. Os outros municípios considerados de tamanho médio, que realizam outros tipos de procedimentos, recebem aproximadamente 1 milhão de reais por ano.



**Gráfico 6** – Bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar na configuração da Portaria nº 204/2007.

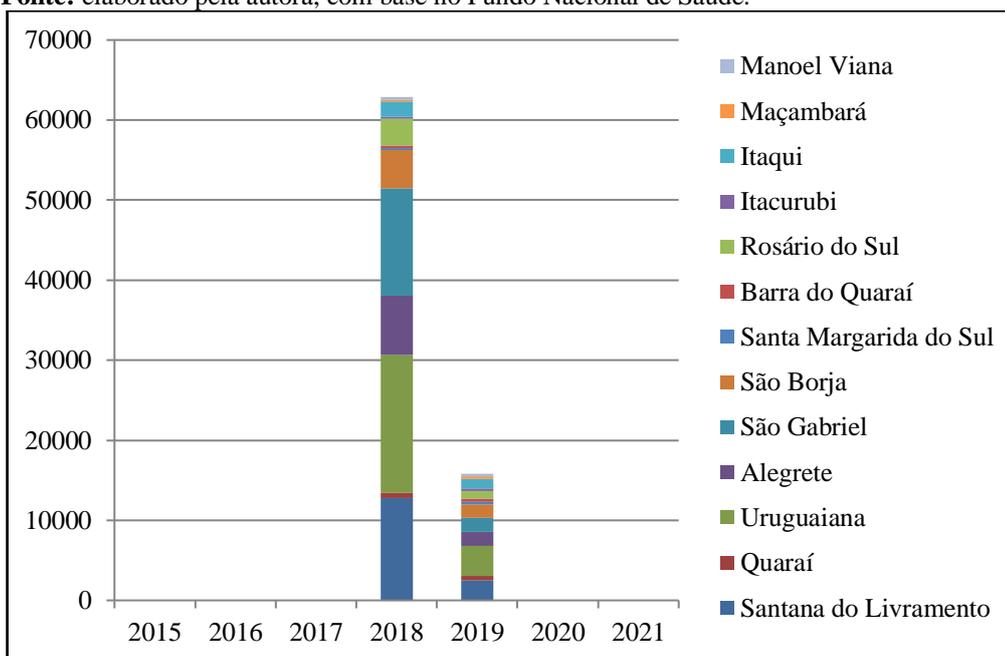
**Fonte:** elaborado pela autora, com Base no Fundo Nacional de Saúde.

O recurso chamado Gestão do SUS, conforme mostra o Gráfico 7, é de responsabilidade da União, estados, Distrito Federal e municípios. Por meio dos órgãos gestores, utilizam vários instrumentos de gestão, objetivando garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde pública. No ano de 2016, apenas o município de São Borja foi contemplado com esse bloco. A partir do ano de 2017, outros municípios também começaram a receber os valores. E em todos os outros anos, apenas três municípios não receberam os recursos, são eles: Barra do Quaraí, Itacurubi e Maçambará. E outros municípios receberam em apenas um ano, que são: Quaraí – recebeu apenas no ano de 2020; e Santa Margarida do Sul e Manoel Viana – receberam apenas no ano de 2018.



**Gráfico 7** – Bloco de Gestão do SUS na configuração da Portaria nº 204/2007.

**Fonte:** elaborado pela autora, com base no Fundo Nacional de Saúde.

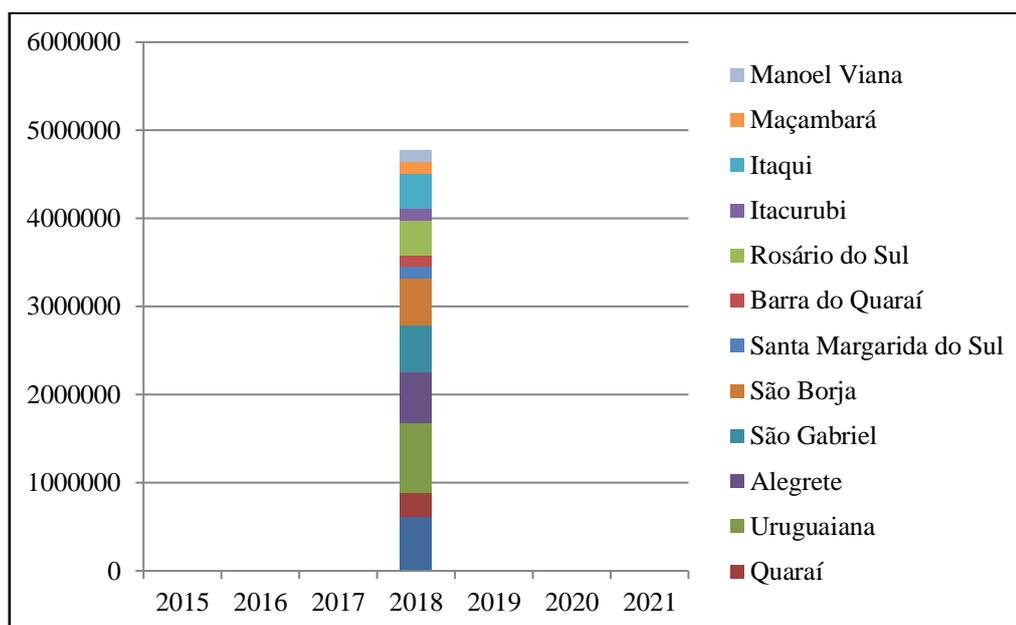


**Gráfico 8** - Programa de Atenção Especializada na configuração da Portaria nº 3.992/2017.

**Fonte:** elaborado pela autora, com base no Fundo Nacional de Saúde.

O Gráfico 8 mostra que entre os anos de 2018 e 2019 foi repassado um recurso financeiro para o programa de atenção especializada. O valor financeiro repassado a cada município foi de cerca de mil reais por ano para cada município. E nos outros anos não consta se foi enviado algum recurso financeiro para que seja aplicado pelos municípios.

O Gráfico 9 mostra os dados referentes ao recurso Apoio Financeiro Extraordinário. Esse foi um apoio financeiro prestado pelo Ministério da Saúde aos entes federativos que recebem o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), repassado a todos os municípios apenas no ano de 2018, e, por isso, não se encaixa em nenhum bloco de financiamento do Fundo Nacional de Saúde, já que foi enviado uma única vez. O município de Uruguaiana foi o que mais recebeu recursos, com um percentual de 16,67%.



**Gráfico 9** – Programa de Apoio Financeiro Extraordinário na configuração da Portaria nº 3.992/2017.

**Fonte:** elaborado pela autora, com base no Fundo Nacional de Saúde.

O Quadro 2 mostra que a partir do ano de 2020 surgiu a pandemia do novo Coronavírus (Covid-19), o que fez com que o Ministério da Saúde repassasse mais recursos financeiros para os municípios por causa do alto número de casos no ano de 2020. Faleiros e Pereira (2021, p. 5643) afirmam que

Ao considerar em 2020 apenas os recursos direcionados à Covid-19 (créditos adicionais extraordinários), a dotação orçamentária foi de R\$64,17 bilhões, com previsão de repasses aos entes subnacionais de R\$33,26 bilhões (51,8%). A execução total foi de 61,5%, sendo 36,4% destinados aos municípios; 15,4% aos estados; 22,8% aplicações diretas do Ministério da Saúde; e o restante a outras modalidades.

Como é possível observar no quadro abaixo os valores repassados foram considerados em relação ao tamanho dos municípios, e assim os maiores municípios foram os que receberam uma maior quantia em valores, como São Borja, Santana do Livramento e Uruguaiana.

**Quadro 2** - valores repassados para a Covid-19.

Município	2020	2021
Santana do Livramento	R\$ 13.285.995,19	R\$ 1.000.000,00
Quaraí	R\$ 4.733.397,15	R\$ 0
Uruguaiana	R\$ 11.613.874,68	R\$ 0
Alegrete	R\$ 7.044.192,40	R\$ 1.000.000,00
São Gabriel	R\$ 5.093.567,97	R\$ 260.000,00
São Borja	R\$ 16.411.034,88	R\$ 60.000,00
Santa Margarida do Sul	R\$ 221.224,17	R\$ 0
Barra do Quaraí	R\$ 561.975,08	R\$ 0
Rosário do Sul	R\$ 3.284.259,26	R\$ 160.000,00
Itacurubi	R\$ 369.253,03	R\$ 0
Itaqui	R\$ 2.412.545,54	R\$ 0

Maçambará	R\$ 351.357,05	R\$ 0
Manoel Viana	R\$ 786.605,63	R\$ 0
<b>Total</b>	R\$ 66.170.281,96	R\$ 2.480.000,00

**Fonte:** elaborado pela autora, com base no Fundo Nacional de Saúde.

Sendo assim, no ano de 2020 foi repassado um valor considerado para o combate ao vírus. Segundo Faleiros e Pereira (2021, p. 5643),

em 2020, com o advento da Covid-19, ocorreu um aporte federal de R\$64,17 bilhões em recursos extraordinários, sendo 51,8% transferidos aos entes subnacionais. Com isso ocorreu uma inovação: a finalidade definida no Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União 21C0 dedicada ao enfrentamento da Covid-19. Ao contrário das demais ações orçamentárias, a 21C0 permeou todas as áreas da saúde, possibilitando que seus recursos fossem executados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

Já no ano de 2021 foi enviado um valor simbólico para alguns municípios que tiveram um número expressivo de casos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou entender, referente ao tema estudado, sobre a saúde ser um direito de todos e dever do estado, o panorama da destinação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde e a análise dos blocos financeiros, o intuito do estudo era saber as características das transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os municípios da região da Fronteira Oeste do estado do Rio Grande do Sul durante o período de 2015 a 2021.

Teve como objetivo geral comparar como são aplicados os recursos financeiros enviados pelo Fundo Nacional de Saúde entre os anos de 2015 e 2021 para os municípios da Fronteira Oeste do estado do Rio Grande do Sul, no modelo dos blocos de financiamento referentes às Portarias n° 204/2007 e n° 837/2009. Com isso, foi possível observar os valores repassados aos municípios durante o período estudado.

A partir do estudo realizado, acerca do funcionamento da descentralização do Fundo Nacional de Saúde para os municípios, observou-se que a descentralização está ligada diretamente à Constituição Federal de 1988, baseada nas leis N° 8.080/1990, que regulamenta o SUS, e N° 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade nas ações como o conselho municipal de saúde, que norteiam como deve funcionar a descentralização dos recursos financeiros ligados à saúde pública para que sejam encaminhados aos estados, Distrito Federal e municípios. É pela descentralização que ocorre o processo de transferência da responsabilidade da gestão para os municípios, que para receber os recursos financeiros devem ter os Conselhos Municipais de Saúde.

Sobre os blocos de financiamento do Fundo Nacional de Saúde, observou-se que, dentre os seis blocos de financiamento, há uma grande parcela de programas de assistência à saúde e há, também, alguns programas que recebem uma parcela maior de recursos, pode-se observar também que com a pandemia que começou em 2020 foi criado um programa para que o governo repassasse os valores aos municípios. Salienta-se que durante os anos estudados de 2015 a 2021 houve uma reformulação dos blocos, primeiro eram cinco: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS; Após o ano de 2009 foi incluído o bloco de Investimento; logo após nos anos de 2017 a 2020 foram divididos em apenas dois blocos: Custeio e Investimento; e a partir o ano de 2020 a nomenclatura foi alterada novamente para: Manutenção e Estruturação.

Sobre a comparação dos valores repassados aos municípios entre os anos de 2015 a 2021, observou-se que os valores dos recursos financeiros que são enviados aos municípios são baseados no tamanho da população. Uruguaiana é o município que mais recebe recursos financeiros, por ser o maior município da região, com aproximadamente R\$ 20 milhões por ano somando todos os blocos, e o bloco que destina recursos é o de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, seguido da Atenção Básica.

Para apresentar esses resultados foi feita uma pesquisa descritiva e qualitativa, com o procedimento de coleta de dados nos métodos bibliográfico e documental. Teve base nos dados coletados nos canais de informação do Fundo Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde.

Como principal contribuição deste estudo, salienta-se que é possível saber o quanto cada município recebe para investir nas diversas áreas da saúde pública e, assim, poder saber como é o caminho dos recursos financeiros, desde a saída deles do Ministério da Saúde, passando por várias autorizações e recomendações, até chegarem aos municípios para que sejam aplicados nos mais diversos setores da saúde pública, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como limitação, pode-se afirmar que devido ao fato do número de normas, diretrizes e portarias do Sistema Único de Saúde (SUS), ligados ao Fundo Nacional de Saúde é bastante amplo, o que impede de colocar todos eles no estudo, e a cada dia são implementados novos assuntos impossibilitando aprofundar o assunto.

Como sugestão de novos temas para pesquisas relacionadas a este assunto, pode-se destacar que em relação a identificação dos desafios para tornar suficientes os recursos dos blocos de financiamento.

## REFERÊNCIAS

AITH, F. M. A. O financiamento da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 4, n. 1, mar. 2003. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82418/85404> Acesso em: 16 jun. 2021.

ASENSI, F. Responsabilidade solidária dos entes da federação e “efeitos colaterais” no direito à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v.16, n. 3, nov. 2015 a fev. 2016. Disponível em: <file:///D:/Downloads/111658-Texto%20do%20artigo-201543-1-10-20160301.pdf> Acesso em: 17 jun. 2021.

BORGES, C. C.; Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF). **USP**, Ribeirão Preto, 2002. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-01072002-091835/pt-br.php> Acesso em: 22 de ago. 2021.

BRASIL. Fundo Nacional de Saúde, Sobre o Fundo Nacional de Saúde. **Ministério da Saúde**, s./d. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/> Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria Ministério da Saúde n° 204, de 29 de janeiro de 2007**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html) Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. **Portaria Ministério da Saúde n° 837, de 23 de abril de 2009**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837\\_23\\_04\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html) Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde, **O SUS no seu município garantindo saúde para todos**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_municipio\\_garantindo\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf) Acesso em: 28 jan. 2021.

BRASIL. **Financiamento público de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento\\_publico\\_saude\\_eixo\\_1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf) Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria Ministério da Saúde n° 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html) Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. **Portaria Ministério da Saúde n° 6, de 28 de setembro de 2017**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html) Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. **Portaria Ministério da Saúde n° 828, de 17 de abril de 2020**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-828-de-17-de-abril-de-2020-253755257> Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. SUS completa trinta anos da criação. **Ministério da Casa Civil**, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/setembro/sus-completa-30-anos-da-criacao#:~:text=O%20Sistema%20foi%20criado%20pela,sa%C3%BAde%20como%20dever%20do%20Estado> Acesso em: 30 jul. 2021.

CARVALHO, G. Saúde pública. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 02 ago. 2021.

FALEIROS, D. R.; PEREIRA, B. L. S. Saldos dos repasses federais no SUS: o que temos e o que esperar do incremento para a COVID-19. **Ciência e saúde coletiva**, nov. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gWh7HrwCPFWZNSRkMnsfbG/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 05 jul. 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. **2399 Texto**

**para discussão – IPEA**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:  
[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8523/1/TD\\_2399.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8523/1/TD_2399.pdf) Acesso em: 02 set. 2021.

JARDIM, A. C. S.; PEREIRA, V. S. Metodologia Qualitativa: é possível adequar as técnicas de coletas de dados aos contextos vividos em campo? *In*: CONGRESSO - SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E SOCIOLOGIA RURAL, 47, Porto Alegre, 26 a 30 de Jul. 2009. **Anais...** Disponível em:  
<https://cursodegestaoelideranca.paginas.ufsc.br/files/2016/03/Artigo-sobre-Pesquisa-Qualitativa.pdf> Acesso em: 10 set. 2021.

MENDES, Á. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saúde e sociedade**, v. 23, n. 4, out./dez. 2014. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Qsh9qxrGGKskpZjQvZLW7jv/?lang=pt> Acesso em: 14 jun. 2021.

MENDES, Á.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. **Sistema de saúde no Brasil: Organização e financiamento**, v. 1, p. 139-168, 2016. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/profile/Alejandra-Carrillo-Roa-2/publication/309455421\\_Sistema\\_de\\_Saude\\_no\\_Brasil\\_organizacao\\_e\\_financiamento/links/5810edb308ae009606be74e9/Sistema-de-Saude-no-Brasil-organizacao-e-financiamento.pdf#page=141](https://www.researchgate.net/profile/Alejandra-Carrillo-Roa-2/publication/309455421_Sistema_de_Saude_no_Brasil_organizacao_e_financiamento/links/5810edb308ae009606be74e9/Sistema-de-Saude-no-Brasil-organizacao-e-financiamento.pdf#page=141) Acesso em: 12 ago. 2021.

PIOLA, S. F. Transferências de recursos federais do sistema único de saúde para estados, Distrito Federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012. **2298 Texto para discussão – IPEA**, Brasília, 2017. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7777/1/td\\_2298.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7777/1/td_2298.pdf) Acesso em: 21 ago. 2021.

PIOLA, S. F.; MELAMED, C. Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde. **IPEA**, Brasília, 2011. Disponível em:  
[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro\\_politpublicas\\_saude.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_politpublicas_saude.pdf) Acesso em: 22 de ago. 2021.

Portal do Banco Central do Brasil. Calculadora do Cidadão.  
<https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADA0/publico/exibirFormCorrecaoValores.do?method=exibirFormCorrecaoValores&aba=1> Acesso em: 20 de jan. de 2022.

Portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População dos municípios.  
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama> Acesso em: 30 de jan. de 2022.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência & saúde coletiva**, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003. Disponível em:  
<https://scielosp.org/pdf/csc/2003.v8n2/379-391/pt> Acesso em: 20 ago. 2021.