

O modelo de financiamento do SUS e as redes de atenção à saúde

Mauro Guimarães
Secretário Executivo

O SUS foi desenhado como rede



O desafio contemporâneo é alinhar o desenho jurídico-institucional do SUS com incentivos financeiros capazes de sustentar redes regionalizadas.



Lei nº 8.080/1990

Universalidade, integralidade, descentralização e articulação regional.



LC nº 141/2012

Critérios, aplicação mínima, fundos de saúde e prestação de contas.



Portaria GM/MS nº 3/2017 e 6/2017

Consolida normas sobre redes do SUS e diretrizes da RAS e o financiamento

A pergunta incômoda

O financiamento atual fortalece redes ou ainda remunera partes desconectadas do cuidado?

Desafio

Usar o financiamento como instrumento de pactuação, regionalização e indução de capacidade assistencial.

Risco de fragmentação

- Repasses por programa sem integração plena
- Produção assistencial sem coordenação do cuidado
- Emendas parlamentares com peso crescente, temporalidade própria e distribuição não sempre aderente à rede
- Planejamento regional nem sempre vinculado ao orçamento

Como o SUS é financiado



União

15% RCL



Estados

Mínimo de 12% da receita de impostos e transferências em ações e serviços de saúde.



Municípios

Mínimo de 15% da receita de impostos e transferências



Dois blocos de recursos federais

Manutenção (ações e serviços) e Investimento — Portaria de Consolidação / Portaria GM/MS nº 3.992/2017



Emendas parlamentares (RP6 / RP7 / RP8)

Fonte crescente e obrigatória

Financiamento tripartite (LC nº 141/2012)



O ponto-chave: o mesmo arcabouço produz combinações de fontes muito diferentes em cada território.

O município sustenta a rede no território



Execução direta

APS, urgência, vigilância, farmácia, transporte sanitário e atenção especializada municipal.



Força de trabalho

Custeio permanente, vínculos, escalas e dificuldade de provimento em várias regiões.

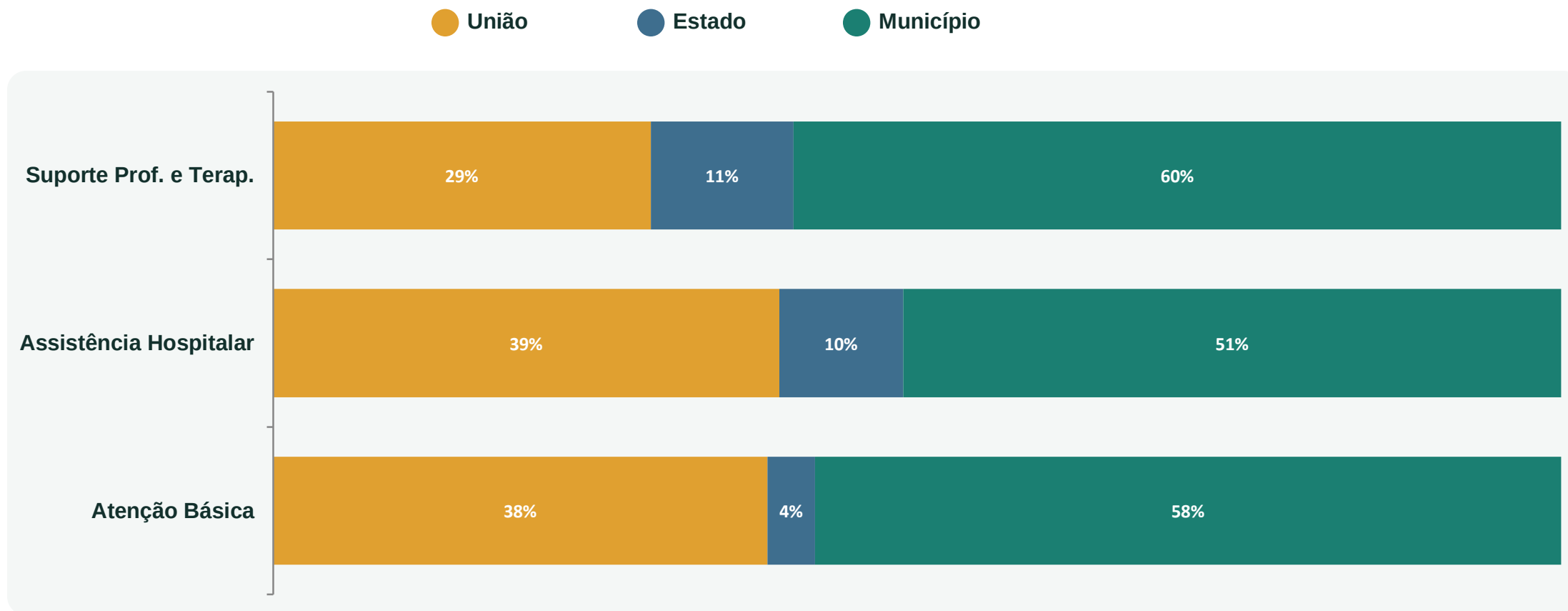


Coordenação do acesso

Filas, regulação, referência, contrarreferência e continuidade do cuidado.

Sem previsibilidade de custeio, a rede deixa de ser desenho organizativo e vira esforço permanente de recomposição.

Composição do gasto municipal em saúde por fonte de financiamento (%) — média nacional, por subfunção em 2025



Gasto Per Capita: De R\$ 3,12 a R\$ 7,31 por Dia

R\$3,12

Per capita/dia em 2015

Gasto diário por habitante no início da série histórica.

R\$6,68

Per capita/dia em 2024

Mais que o dobro do valor registrado em 2015.

R\$7,31

Per capita/dia em 2025

Projeção para 2025, equivalente a R\$ 2.668,24 por habitante/ano. Expansão real do gasto total em ASPS na última década.

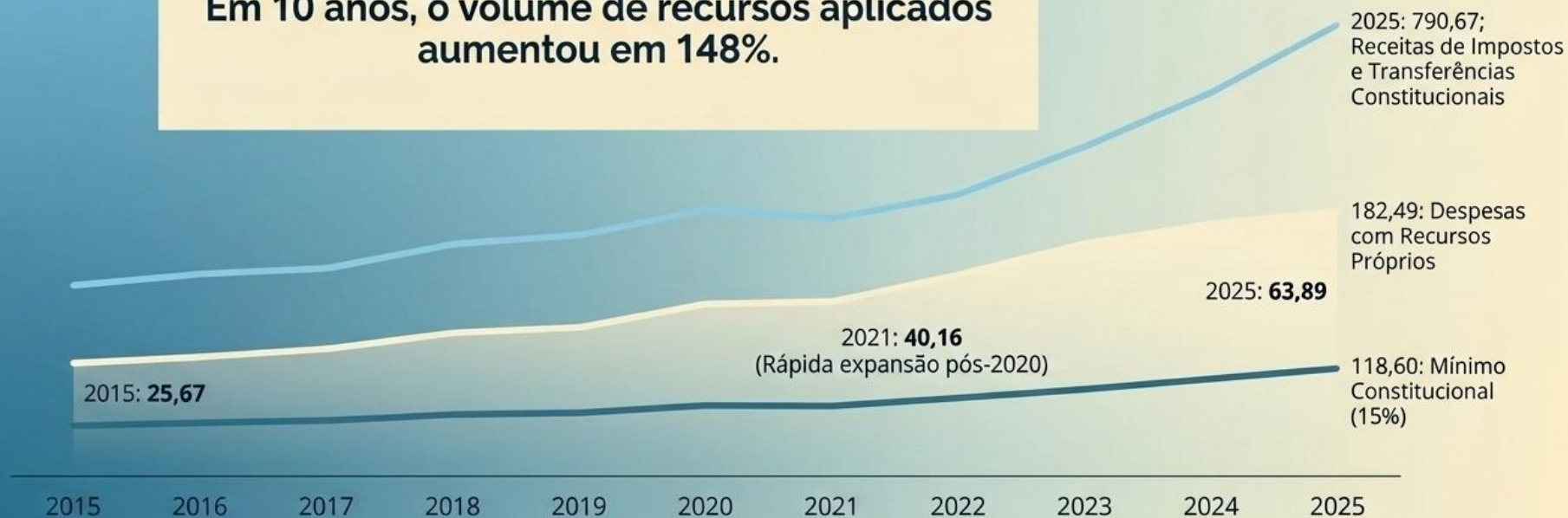
144%

Crescimento 2015–2025

Apesar do crescimento nominal expressivo, o gasto per capita diário ainda é modesto diante das necessidades de saúde da população brasileira — reforçando a importância do cofinanciamento tripartite.

O Esforço Acima do Mínimo

Em 10 anos, o volume de recursos aplicados aumentou em **148%**.



Pressão do Gasto Público

$$\left(\frac{\text{R\$ 182,49 Bilhões}}{\text{R\$ 790,67 Bilhões}} \right) = \sim 23\%$$

[Despesa Real] [Receita Total]

Em 2015, a proporção já era de **23,2%** (72,23 B / 310,45 B).

Em 2025, a proporção mantém-se em **23%**.

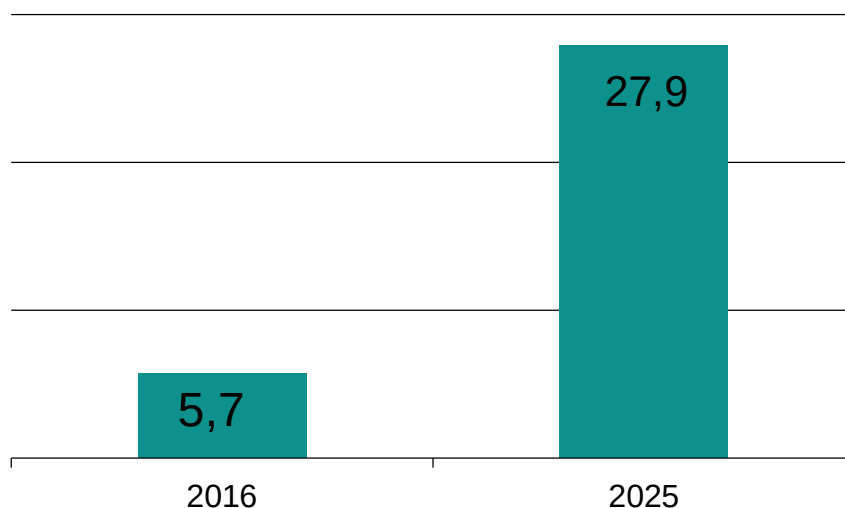


Os dados provam que o gasto não é uma aplicação temporária. Os municípios assumiram estruturalmente e permanentemente o compromisso de aplicar ~23% de suas receitas para impedir o colapso da rede.

Participação crescente no financiamento do SUS

As emendas deixaram de ser acessórias: em muitos territórios, passaram a compor a programação real de custeio e investimento.

Emendas na saúde



O que muda para a gestão municipal?

- aumenta a pressão por execução rápida
- altera a programação anual pactuada
- cria receitas temporárias para necessidades permanentes
- exige segregação contábil e rastreabilidade por emenda

Não é recurso novo.
Não é recurso adicional

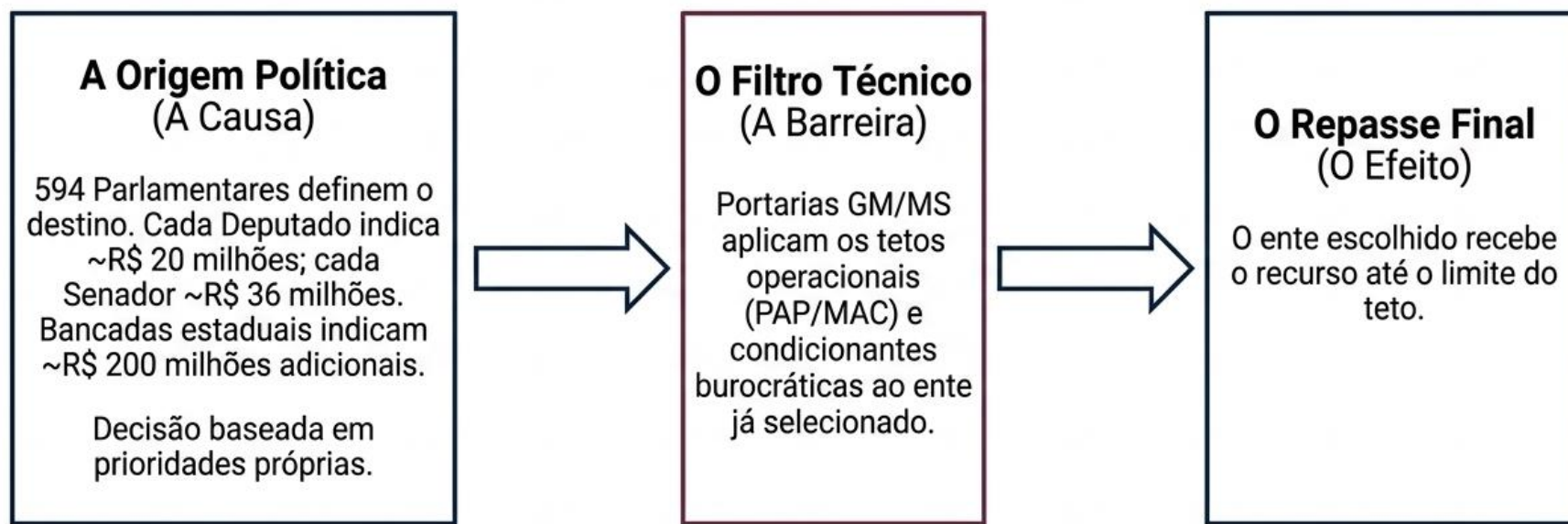
emendas na saúde passaram de R\$ 5,7 bi em 2016 para R\$ 27,9 bi em 2025.

o debate não é “emenda sim ou não”; é como compatibilizar indicação parlamentar, planejamento do SUS e rede regionalizada.

**Valores repassados por meio de Emendas Parlamentares no Exercício Fiscal –
2025
(Fonte: FNS/SE/MS)**

MÊS DE REPASSE	Valor Transferido (R\$ milhões)	Quantitativo de contas abertas	Valor consolidado repassado	Quantitativo de contas abertas
fev	627,54	1.080	FEV. - SET.	(7 meses)
mar	574,09	1.346		
abr	40,58	67	R\$ 9.540,15	17.731
mai	129,64	242		
jun	1.122,01	2.107		
jul	3.020,31	6.188	45%	48%
ago	2.727,49	4.290		
set	1.298,49	2.411	OUT. - DEZ (3 meses)	
out	5.551,63	8.590	R\$ 11.739,34	19.022
nov	2.628,50	3.986		
dez	3.559,22	6.446	55%	52%
Total Geral	21.279,49	36.753	21.279,49	36753

O gargalo estrutural: filtro técnico atua apenas como “reduutor de danos”



A **barreira opera sempre a posteriori**. Os tetos não definem quais municípios devem ser escolhidos ou em qual proporção, apenas limitam o repasse de quem já foi selecionado politicamente.

“O esforço normativo é condição necessária — mas não suficiente — para assegurar a redução das desigualdades regionais e interfederativas no financiamento da saúde.”

A insuficiência decorre de uma limitação estrutural que nenhuma portaria, isoladamente, tem aptidão para superar: **a ampla** discricionariedade parlamentar na definição dos entes beneficiários e do volume financeiro.

Evidência Empírica 1: Valores idênticos repassados a realidades demográficas opostas



Município na Amazônia 40.000 habitantes R\$ 5.000.000 recebidos Alocação concentrada em território de baixa densidade populacional.	Metrópole no Sudeste 12.000.000 de habitantes R\$ 5.000.000 recebidos Mesmo valor exato alocado para uma rede de alta complexidade e demanda massiva.	Região Sul do Brasil Todos os municípios ZERO repasses de R\$ 5M Ausência total desse volume de repasse na região inteira.
---	---	--

A ausência de correspondência com indicadores epidemiológicos e populacionais produz alocações que contrariam radicalmente a lógica de necessidade sanitária.

Evidência Empírica 2: O efeito de pulverização discricionária O caso dos R\$ 100 Mil (Dados FNS/MS 2025)

2.121 municípios distintos receberam exatamente a mesma cota de R\$ 100.000.	Sudeste: 832 municípios
	Sul: 742 municípios
	Nordeste: 325 municípios
	Centro-Oeste: 129 municípios
	Norte: 93 municípios
Municípios com necessidades objetivamente distintas recebem o mesmo montante padronizado, fruto exclusivo da dinâmica política de indicação, ignorando a heterogeneidade do território nacional.	

Quando a emenda não conversa com a rede

A desorganização aparece menos no ato do repasse e mais no funcionamento cotidiano do serviço.

0
1

Pulverização

recursos fragmentados entre objetos, unidades e municípios, sem massa crítica regional

02

Desalinhamento

indicações podem deslocar prioridades pactuadas no PMS, PAS, CIR, CIB e PRI

03

Custeio temporário

receitas não permanentes pressionam despesas continuadas, inclusive pessoal e contratos

0
4

Aprofundamento das desigualdades

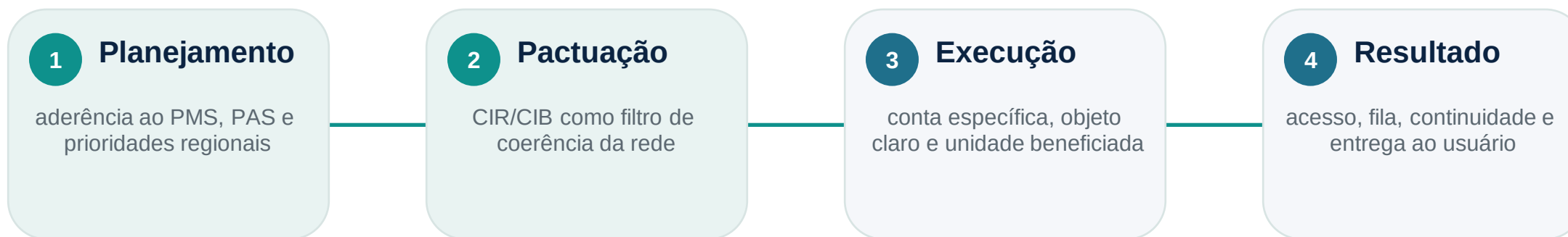
a rede fica obrigada a absorver recursos que nem sempre chegam no tempo, no lugar ou na forma exigida pelo desenho assistencial.

Emendas devem complementar o financiamento regular, sem substituir o custeio estável nem deslocar a pactuação interfederativa.

Critério prático: toda emenda deveria responder previamente “que nó da rede resolve?” e “qual entrega será rastreada?”.

Transformar emenda em instrumento de rede

O caminho não é negar a realidade das emendas, mas submetê-las a regras que fortaleçam a organização do SUS.



Emendas devem complementar o financiamento regular, sem substituir o custeio estável nem deslocar a pactuação interfederativa.

Critério prático: toda emenda deveria responder previamente “que nó da rede resolve?” e “qual entrega será rastreada?”.

Redes de Atenção exigem financiamento integrado

1	APS forte	porta de entrada, vínculo e coordenação
2	Atenção especializada	consultas, exames, linhas de cuidado e regulação
3	Urgência e hospitalar	retaguarda, leitos, transporte e continuidade pós-alta
4	Vigilância e promoção	risco, território, prevenção e resposta rápida
5	Apoio logístico	informação, transporte, assistência farmacêutica e telessaúde

Rede não é soma de serviços. É coordenação entre pontos de atenção com responsabilidade sanitária compartilhada.

Não basta financiar pontos de atenção isolados: é preciso financiar o percurso do usuário na rede.

**Sustentabilidade
recurso suficiente,
federativo, gestão qualificada e
responsabilidade sanitária
regional. combina pacto**

O modelo de financiamento do SUS e as redes de atenção à saúde

Obrigado !

Mauro Guimarães
Secretário Executivo