

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas/OMS)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

4



APRESENTAÇÃO

A Organização Pan-Americana da Saúde – Opas, exercendo sua atribuição de apoiar um sistema de saúde democrático, integral e equânime, entende que a concretização desta ação, no Brasil, é direcionada ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, a missão da Opas no Brasil, um país de extensão continental e com um sistema de saúde em processo de permanente construção, requer um exercício contínuo da gestão do conhecimento, que permita a troca de experiências e a reflexão crítica e criativa sobre ações inovadoras, visando a melhoria de políticas e serviços públicos de saúde.

Assim, o Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/Opas apresenta a Série Técnica como uma das atividades de gestão do conhecimento, necessária à construção e à consolidação deste sistema de saúde. Esta Série Técnica se propõe divulgar documentos analíticos, relatórios de reuniões e seminários, pesquisas e estudos originais que fortaleçam o debate de questões relevantes, buscando destacar processos de formulação e implementação de políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, a redução de desigualdades e o alcance da equidade.

Brindamos a comunidade de saúde pública do país e da Região das Américas com esta publicação. Esperamos que possa se tornar um espaço vivo de apoio à construção do SUS no Brasil e que proporcione visibilidade e acesso aos produtos concretos advindos da Cooperação Técnica da Opas.

Sigamos avançando na conquista pela qualidade de vida e saúde da população.

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE — SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE — BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

1. FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: MARCO LEGAL
E COMPORTAMENTO DO GASTO
2. O PAPEL E AS CONSEQUÊNCIAS DOS INCENTIVOS COMO ESTRATÉGIA
DE FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE

4

BRASÍLIA — DF
2003

Organização Mundial da Saúde (OMS)
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Ministério da Saúde – Brasil

FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: MARCO LEGAL E COMPORTAMENTO DO GASTO

Elizabeth Barros

Socióloga, especialista em avaliação de políticas sociais

O PAPEL E AS CONSEQUÊNCIAS DOS INCENTIVOS COMO ESTRATÉGIA DE FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE

Áquilas Nogueira Mendes

Professor da Faculdade de Economia da FAAP/SP e técnico do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal – Cepam/SP

Rosa Maria Marques

Professora titular do Departamento de Economia da PUC/SP

Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 4

Brasília – DF
2003

Elaboração, distribuição e informações

Organização Pan-Americana da Saúde

Organização Mundial da Saúde

Setor de Embaixadas Norte, 19

70.800-400 – Brasília – DF

<http://www.opas.org.br>

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS

<http://www.opas.org.br/servico/paginas/index.cfm>

1. Coordenador do Projeto

Júlio Manuel Suárez

2. Conselho editorial

Juan Seclen

Luciana Chagas

Luisa Guimarães

Rosa Maria Silvestre

3. Apoio técnico e administrativo:

Luciana de Deus Chagas

Rosa Maria Silvestre

4. Normalização

Fernanda Nahuz

Leila Barros

Luciana dos Santos

Revisão

Manoel Rodrigues Pereira Neto

Capa, Projeto Gráfico e DTP

Wagner Soares da Silva

Tiragem:

1.500 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação
da Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil

Organização Pan-Americana da Saúde.

Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde / Organização Pan
Americana da Saúde.– Brasília, 2002.

Xxp.: il.; 26 cm.– (Série Técnica do Projeb de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 4)

Inclui bibliografias.

ISBN

1. Financiamento da saúde– Brasil. 2. Sistema Único de SaúdeSUS. 3. Sistemas de
saúde. I. Barros, Elizabeth. Financiamento do Sistema de Saúdeo Brasil: marco legal e comportamento do
gasto. II. Mendes, Áquilas Nogueira; Marques, Rosa Maria Marques. O papel e as conseqüências dos incentivos
como estratégia de financiamento das ações de saúde. III. Título: Financiamento do Sistema de Saúde no
Brasil: marco legal e comportamento do gasto. IV. Título: O papel e as conseqüências dos incentivos como
estratégia de financiamento das ações de saúde.

NLM W84

2003 © Organização Pan-Americana da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

NOTA

A referência bibliográfica do Volume 2 da Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, referente à publicação datada de 1987, **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**, pode ser encontrada com a referência atualizada:

SCOREL, SARAH. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

Trata-se de um livro que discorre sobre um “movimento de pessoas” lutando por mudanças na maneira de olhar o paciente, a medicina e a política no setor. Aborda uma verdadeira reviravolta na saúde, começada no movimento estudantil, no interior de movimentos médicos e na própria Academia. Sarah Escorel detalha o início do movimento sanitário no Brasil, a partir do governo Geisel, utilizando não somente documentos, mas depoimentos. É a história contada pelos próprios atores (Editora Fiocruz).

Comitê Editorial da Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/Opas

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Brasil: evolução do gasto federal com saúde 1993-2001	53
Quadro 2 - Caracterização Geral dos Municípios	75
Quadro 3 - SUS: Estrutura da oferta por tipo de serviço e segundo a modalidade de gestão local em seis municípios selecionados - 2001	76
Quadro 4 - Ranking dos componentes do PAB-variável nos municípios, por ordem de importância (2001)	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Composição da rede hospitalar, por natureza do prestador. Brasil, 1945-1975	19
Tabela 2 - Evolução da receita tributária por nível de governo - 1960-2000	21
Tabela 3 - Brasil, crescimento do sistema privado supletivo supletivo, 1977-1998. ..	25
Tabela 4 - Brasil: Percentual da despesa média mensal familiar com assistência à saúde no desembolso global das famílias. Total das áreas POF - 1987/88 e 1995/96	27
Tabela 5 - Brasil: composição percentual do gasto médio mensal com assistência à saúde das famílias. Total das áreas metropolitanas, POF - 1987/88 e 1995/96	28
Tabela 6 - Brasil - composição do gasto social federal(%) - 1993-2001	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Adct	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
Ais	Ações Integradas de Saúde
Ces	Conselho Estadual de Saúde
Cf	Constituição Federal
Cib	Comissão Intergestores Bipartite
Cit	Comissão Intergestores Tripartite
Cms	Conselho Municipal de Saúde
Cns	Conselho Nacional De Saúde
Cofins	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conasp	Comissão Nacional de Assistência à Saúde da Previdência Social
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Cpmf	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
Csll	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas
Datasus	Departamento de Informática do SUS
Ec	Emenda Constitucional
Fas	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
Finsocial	Contribuição do Financiamento Social
Fse	Fundo Social de Emergência
Gm	Gabinete do Ministro
Gpab	Gestão Plena da Atenção Básica
Gpaba	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
Ibge	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Inss	Instituto Nacional de Seguridade Social
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Lc	Lei Complementar
Ldo	Lei de Diretrizes Orçamentárias
Loa	Lei Orçamentária Anual
Lrf	Lei de Responsabilidade Fiscal
Mf	Ministério da Fazenda
Mpas	Ministério de Previdência e Assistência Social
Ms	Ministério da Saúde
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde
Nob	Norma Operacional Básica
Oss	Orçamento da Seguridade Social
Pab	Piso da Atenção Básica
Pacs	Programa de Agente Comunitário de Saúde
Pec	Proposta de Emenda Constitucional
Pib	Produto Interno Bruto
Poi	Programação e Orçamentação Integradas
Ppi	Programação Pactuada e Integrada
Psf	Programa de Saúde da Família
Sas	Secretaria de Assistência à Saúde
Se	Secretaria Executiva
Ses	Secretaria Estadual de Saúde
Sia-sus	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
Sih-sus	Sistema de Internação Hospitalar do SUS
Sim	Sistema de Informação da Mortalidade
Sinam	Sistema de Informação de Alimentação e Nutrição
Sinasc	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
Siops	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
Sms	Secretaria Municipal de Saúde
Sna	Sistema Nacional de Auditoria
Sps	Secretaria de Políticas de Saúde

Suds	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
Sus	Sistema Único de Saúde
Tcu	Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	05
LISTA DE TABELAS	06
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	07
PREFÁCIO	13
APRESENTAÇÃO	14

1 Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto Elizabeth Barros	17
---	----

2 O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de funcionamento das ações de saúde Áquilas Nogueira Mendes, Rosa Maria Marques	71
---	----

PREFÁCIO

A Organização Pan-Americana da Saúde tem como uma de suas atribuições o apoio à difusão de conhecimento relevante para o fortalecimento das políticas em Saúde Pública. No cumprimento desta atribuição, temos o prazer de disponibilizar a presente publicação, que trata do financiamento do sistema e dos mecanismos de alocação dos recursos federais.

Primeiro, pela relevância e oportunidade do tema. Este texto recupera os pontos fundamentais da evolução do financiamento do sistema de saúde de forma breve e clara, constituindo-se numa excelente fonte sobre os aspectos mais importantes do SUS. Diante da extensa produção normativa do Ministério da Saúde a respeito deste tema, o fato de encontrarmos uma síntese dos principais aspectos é por si relevante.

Segundo, porque faz uma análise crítica da evolução desse sistema, principalmente, no seu período mais recente utilizando-se de informações atuais e de argumentos procedentes. A estrutura de financiamento é de importância central, não apenas pelas necessidades operacionais do SUS, mas como indicador das prioridades do Sistema.

Muitos recursos do SUS são destinados aos estados e municípios na forma de incentivos financeiros, porém os efeitos destes não têm sido suficientemente avaliados. O presente estudo é um passo importante neste sentido e traz uma contribuição valiosa ao esclarecimento dos efeitos e impactos de tais incentivos sobre a gestão local. Os resultados da pesquisa sobre incentivos levam a considerações essenciais, como a clara necessidade de se avaliar o alinhamento do financiamento com as prioridades federais, estaduais, e municipais, e como essas prioridades nas três esferas do governo podem ser melhor harmonizadas. Sem dúvida, estas questões deverão merecer novas análises no futuro, em seguimento à contribuição importante ora apresentada.

Por fim, agradecemos aos autores e revisores desta publicação por seu empenho e capacidade de sintetizar e garantir as informações necessárias para o cumprimento do objetivo proposto: apoiar e estimular a reflexão crítica sobre o sistema de saúde brasileiro, tendo como orientador o cumprimento dos princípios de equidade, integralidade e universalidade.

Dr. Jacobo Finkelman
Representante da Organização Pan-Americana no Brasil

■ APRESENTAÇÃO

A reforma do sistema de saúde no Brasil, cujo marco legal incluía a reorganização institucional, a redefinição da forma de financiamento e a reorientação do modelo de atenção, resultou em importantes mudanças, nos quase quinze anos após o início da vigência do texto constitucional de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS.

Os trabalhos ora publicados foram elaborados em 2002, no âmbito das atividades do Observatório da Reforma do Sistema de Saúde, e abrangem a evolução do marco legal, o comportamento do gasto com saúde no Brasil, no período 1995-2002, e o papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde.

O primeiro trabalho descreve a evolução do financiamento do sistema de saúde brasileiro no período pós-Constituição 1988, apresentando informações sobre fontes de financiamento, mecanismos de alocação e partilha de recursos, comportamento do gasto, bem como utilização do processo alocativo como mecanismo indutor na implementação da política de saúde. Coloca ênfase nas mudanças verificadas, ao longo da década dos noventa, nos mecanismos de alocação de recursos e em sua utilização como definidores da direção da política de saúde. Esses mecanismos têm se constituído em variáveis relevantes na determinação dos rumos da política e têm sido usados ora como instrumentos de descentralização do processo decisório, ora como forma de determinação centralizada de ações e serviços. O estudo foi elaborado a partir da análise dos documentos legais, em particular das portarias regulamentadoras do processo de descentralização, e de dados sobre a alocação de recursos federais, considerando os mecanismos e estratégias adotados para a mesma. Analisa também o impacto da EC 29 sobre o financiamento federal, apontando, como efeito da alternativa adotada pelos legisladores, a redução gradual do percentual da arrecadação federal destinado ao gasto com saúde.

O segundo texto sumariza os resultados de estudo conduzido pelos pesquisadores Áquilas Nogueira Mendes, professor da Faculdade de Economia da FAAP/SP e técnico do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal – Cepam/SP, e Rosa Maria Marques, professora titular do Departamento de Economia da PUC/SP, também no âmbito das atividades do Observatório da Reforma do Sistema de Saúde. Foram realizados estudos de casos em seis municípios com o intuito de verificar a reação da gestão municipal, sob diferentes formas de adesão ao SUS, aos incentivos do PAB-variável e às transferências federais destinadas, entre outras, às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. A investigação buscou identificar, nos municípios estudados, os efeitos do PAB-variável na indução da política de saúde local, e a congruência entre os programas desenvolvidos

e as prioridades identificadas em seu planejamento. O estudo procura, ainda, verificar se há diferenças de impacto sobre a gestão, quando o município é de gestão Plena da Atenção Básica ou Plena do Sistema Municipal, e as conseqüências das transferências para as ações denominadas “ações estratégicas” e para as realizadas sob a forma de campanhas, tais como as de combate ao câncer de colo uterino, cirurgia de catarata, entre outras.

As ponderações dos gestores dos Fundos Municipais de Saúde quanto à operacionalização das atuais formas de transferências, relatadas no texto, constituem aspectos importantes a serem considerados para a futura agenda de revisão da sistemática de repasses aos municípios. Para os mesmos, a execução financeira dos recursos da atenção básica e da média complexidade que estão vinculados a programas e ações prejudica o atendimento às necessidades de saúde das populações locais, uma vez que não podem ser remanejados. Apontam também as dificuldades decorrentes da proliferação de contas bancárias individuais, vinculadas a cada forma de incentivo, o que aumenta o volume de trabalho contábil e é incompatível com o número disponível de técnicos na área financeira, bem com o conhecimento técnico específico necessário à melhor gestão dos recursos. Embora correspondam a realidades observadas em um número restrito de municípios, os resultados apontam para a necessidade de uma maior preocupação com os atuais instrumentos de transferência de recursos do Ministério da Saúde aos municípios, indicando a necessidade de uma ampla reforma para a reversão das atuais sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde, de maneira a garantir o avanço do processo de municipalização do SUS e possibilitar uma política de saúde universal definida localmente.

Ao trazer a público os resultados destes trabalhos, o que se espera é que possam colaborar para que o desenho de estratégias cada vez mais se aproxime do objetivo de reorganizar o sistema de saúde de modo a que seja capaz de responder de forma efetiva às necessidades das pessoas que o utilizam, assegurando que o SUS se converta em espaço relevante para o exercício do direito à saúde.

Elizabeth Barros

Socióloga, consultora em Políticas Sociais

FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: MARCO LEGAL E COMPORTAMENTO DO GASTO

*Autora: Elizabeth Barros**

■ 1. INTRODUÇÃO

O financiamento de sistemas de saúde tem constituído preocupação de gestores e analistas de políticas públicas, ao longo das duas últimas décadas, em todas as sociedades. O crescimento do gasto com saúde, associado a fatores de diferentes ordens, produziu, inicialmente, reações que se restringiram ao estabelecimento de controles e de restrições ao acesso. Mas um fator central – o modelo de atenção à saúde – só recentemente, na década dos noventa, começou a ser tratado com maior cuidado. Nesse mesmo período, começam a ser implementadas no Brasil medidas visando a reforma do sistema de saúde, cujo marco legal incluía a reorganização institucional, a redefinição da forma de financiamento e a reorientação do modelo de atenção. Nos quase quinze anos após o início da vigência do texto constitucional de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS, diversas iniciativas introduziram importantes mudanças no sistema de saúde com vistas a implementar as diretrizes de constituição de um sistema público universal, descentralizado e capaz de ofertar atenção integral à saúde. A maior parte das medidas foi deflagrada pelo Ministério da Saúde, responsável pela coordenação nacional de um sistema que congrega as três esferas de governo. Processos decisórios compartilhados, através de Comissões Intergestores Tripartite (na esfera federal) e Bipartites (na esfera estadual) não foram suficientes para romper a hegemonia da esfera federal na determinação dos rumos e das estratégias. Essa hegemonia se sustenta em uma cultura política ainda muito marcada pelo centralismo e no fato de que expressiva parcela dos recursos destinados ao financiamento do sistema são originários do Orçamento da Seguridade Social, que integra o Orçamento da União. Os mecanismos de alocação de recursos têm se constituído em variáveis relevantes na determinação dos rumos da política e têm sido usados ora como instrumentos de descentralização do processo decisório, ora como formas de determinação centralizada ações e serviços. Neste texto, procuramos analisar o compor-

* Socióloga, especialista em avaliação de políticas sociais

tamento do gasto federal com saúde com ênfase nas mudanças verificadas, ao longo da década dos noventa, nos mecanismos de alocação de recursos e em sua utilização como definidores da direção da política de saúde.

■ 2. ANTECEDENTES

Desde sua constituição, do início do século vinte até a década dos oitenta, o sistema de saúde brasileiro foi caracterizado por um padrão institucional dual, que distinguia e separava “saúde pública” e “medicina previdenciária”, marcada pelo exclusão e pela reprodução das desigualdades sociais. O Ministério da Saúde, ao qual estavam vinculadas as instituições incumbidas do controle de endemias, das ações de vigilância sanitária e do controle de doenças transmissíveis foi, a partir da década dos cinquenta, responsável pela ações de saúde pública. Nesse período, observou-se um processo de interiorização das campanhas sanitárias, que eram inicialmente realizadas em grandes centros urbanos, em áreas ligadas aos interesses da economia agro-exportadora, acompanhando os fluxos migratórios do trabalho assalariado.

A assistência médico-hospitalar era disponibilizada, no âmbito do setor público, apenas aos segurados do sistema de Previdência Social, integrados ao mercado formal de trabalho, e em alguns raros estabelecimentos pertencentes a estados e municípios. A pequena parcela da população que dispunha de recursos financeiros recorria o setor privado lucrativo, e a grande maioria das pessoas dependia da assistência gratuita disponibilizada por entidades filantrópicas, detentoras, até a década dos sessenta, de mais da metade dos leitos hospitalares existentes no país, e que gozavam de imunidade tributária para o cumprimento dessa função.

Após o golpe militar e a mudança do regime político, a partir de meados da década dos sessenta, ocorreu a consolidação de processo de capitalização da medicina, com extraordinária expansão da rede privada lucrativa e redução da participação relativa dos leitos filantrópicos e públicos. A política estatal, nesse período, combinou forte ênfase no financiamento público, subsidiado, com o investimento privado e contratação em larga escala de serviços privados, por parte do Estado — por meio do sistema previdenciário — para a provisão de assistência médico-hospitalar aos empregados do mercado formal de trabalho e contribuintes autônomos, resultando na reconfiguração da rede hospitalar no país. Os leitos privados lucrativos que, até à década dos sessenta, representavam menos de 10% do total de leitos disponíveis no país, já eram, em 1975, 31% do total.

Tabela 1
Composição da rede hospitalar, por natureza do prestador Brasil, 1945-1975

Propriedade dos Leitos hospitalares	1945 %	1960 %	1971 %	1975 %
Públicos	45	38	34	32
Privados Lucrativos	8	9	29	31
Privados não-lucrativos	47	53	37	37
Total	100	100	100	100

Fonte: Braga, J. Carlos de Souza & Paula, S. Góes. Saúde e Previdência - Estudos de Política Social. São Paulo: CEBES / Ed. HUCITEC, 1981. Leitos de estabelecimentos pertencentes a irmandades religiosas, beneficentes e sindicais, além da Cruz Vermelha e outras fundações, são classificados como Privados não lucrativos.

A legislação que regulamentou o Sistema Nacional de Saúde¹, em 1975, consagrou essa divisão entre “ações de alcance coletivo”, de saúde pública, com caráter sanitário e preventivo, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), e “ações individuais”, de natureza curativa, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), preservando a fragmentação institucional e o caráter excludente da oferta de assistência médica e hospitalar.

No entanto, algumas iniciativas, ao longo da década dos setenta, propiciaram a ampliação do acesso a serviços de saúde: o Plano de Pronto Ação – PPA, que universalizou o acesso a serviços de urgência e emergência, e o FUNRURAL, que estendeu à população rural a assistência médica previdenciária, são exemplos. Para as áreas mais pobres do país, cuja dinâmica econômica não permitia a expansão do mercado formal de trabalho e não atraía os investidores privados, o governo implementou, na década dos setenta, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, destinado a ofertar a “atenção primária à saúde”.

Na década dos oitenta, num contexto de forte endividamento do país, recessão econômica e crise do padrão de financiamento estatal, o aparato institucional das políticas sociais, em particular do sistema previdenciário, enfrentou aguda crise que levou a medidas de racionalização da assistência médica. Diante do quadro, que também incluía baixos índices de qualidade do atendimento, da produtividade e da resolutividade, bem como freqüentes fraudes dos provedores privados, a agenda da política previdenciária incorporou o relacionamento diferenciado e prioritário com a rede pública e os hospitais filantrópicos.

1 Lei 6.229/75.

A Comissão Nacional de Assistência à Saúde da Previdência Social, vinculada ao Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária, promoveu a elaboração do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social — Plano Conasp², que propunha a expansão da cobertura à população, universalizando o acesso a ações básicas de saúde, a descentralização e regionalização do sistema de saúde, através da co-participação do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social no financiamento e gestão do sistema. A proposta conferia forte ênfase à recuperação operacional do setor público, ao aumento da eficiência e da qualidade, à racionalização do sistema como estratégia para a redução de custos e à criação de instrumentos de gerenciamento para maior previsibilidade orçamentária (CORDEIRO, 1991 apud CARVALHO, 2002).

Embora nem todas as suas propostas tenham sido implementadas, o Plano Conasp teve como principal consequência a mudança na estratégia de pagamento dos serviços hospitalares prestados ao sistema público de saúde, que deixou de ser baseada em Unidades de Serviço — US e passou a ser feita por grupos de procedimentos, mediante instrumento denominado Autorização de Internação Hospitalar — AIH, que permitia melhor controle sobre o gasto, efetivado através de sistema de auditoria médica e contábil.

A partir de 1983 começa a ser implementado o programa de Ações Integradas de Saúde — AIS, pelo qual, mediante convênio, estados e municípios recebiam recursos destinados à provisão de atenção médica ambulatorial às suas populações através de suas redes próprias de serviços de saúde. Os montantes eram definidos combinando-se parâmetros de cobertura populacional e capacidade de oferta de serviços.

Esse programa, implementado no período 1983-1986, constituiu a primeira experiência de articulação entre o sistema previdenciário de assistência à saúde, o MS e instâncias subnacionais na provisão de serviços de saúde de caráter universal à população.

Na segunda metade da década dos oitenta, outra ação governamental fortalece o esforço de mudança do sistema de saúde. Primeira iniciativa visando a reorientação da política e reorganização do sistema de saúde, na esteira da forte pressão social decorrente do fortalecimento do Movimento da Reforma Sanitária, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde — SUDS³ começou a ser implementado em 1987, simultaneamente à realização da Assembléia Nacional Constituinte, que elaborou a Constituição Federal de 1988 e criou o Sistema Único de Saúde — SUS. Sua principal característica foi a desconcentração de poder sobre a execução das ações e serviços de saúde. Com base em instru-

² Portaria 3.062, de agosto de 1982.

³ Decreto 94.657, de 20/07/1987.

mento de programação (Programação e Orçamentação Integradas – POI) eram firmados convênios⁴ entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps e as secretarias de saúde. Através desses instrumentos, eram estabelecidas as condições de transferência aos estados da rede de unidades ambulatoriais pertencentes ao Inamps e de recursos financeiros provenientes do sistema previdenciário, da Contribuição para o Financiamento Social – Finsocial e do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS, este último destinado a financiar investimentos. Esses convênios previam também contrapartidas dos estados, com a alocação de recursos originários de suas receitas próprias, o que nem sempre se concretizou. Já nesse período, o acréscimo de recursos para a expansão de cobertura proporcionada pelo sistema teve origem em receitas federais e municipais, permanecendo a esfera estadual com papel residual no financiamento.

■ 3. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: PRINCIPAIS MUDANÇAS

A Constituição Federal de 1988 promoveu a reorganização do padrão de financiamento do Estado, redefiniu regras do pacto federativo brasileiro no que tange a responsabilidades das esferas de governo na provisão de serviços e bens públicos e estabeleceu a redistribuição da receita pública entre os entes federados. Houve uma forte redução da centralização tributária: a participação da União no “bolo” tributário foi reduzida pela redistribuição da competência de arrecadação e pela ampliação da participação das instâncias subnacionais em receitas arrecadadas pela União. A maior beneficiária desse processo foi a esfera municipal, cuja receita disponível passou de 10,8% do total da receita pública, em 1988, para 16,9%, em 2000.

Tabela 2

Brasil Evolução da Receita Tributária por nível de governo - 1960 - 2000

Arrecadação Direta	Central	Estadual	Municipal	Total	Central	Estadual	Municipal	Total
1960	11,1	5,5	0,8	17,4	64	31,3	4,8	100
1980	18,5	5,4	0,7	24,6	75,1	22	2,9	100
1988	15,8	6,0	0,7	22,4	70,5	26,5	2,9	100
2000	22,6	9,1	1,7	33,4	67,7	27,2	5,1	100
Receita Disponível	Central	Estadual	Municipal	Total	Central	Estadual	Municipal	Total
1960	10,4	5,9	1,1	17,4	59,4	34	6,6	100
1980	17	5,5	2,1	24,6	69,2	22,2	8,6	100
1988	14	6	2,4	22,4	62,3	26,9	10,8	100
2000*	19,1	8,6	5,6	33,4	57,3	25,9	16,9	100

Fonte: BNDES - Secretaria de Assuntos Fiscais - Informe-se nº 28 - junho 2001

* Estimativa Preliminar

4 Decreto 95.861, de março de 1988.

A criação das contribuições sociais destinadas ao Sistema de Seguridade Social, contudo, ampliou a presença das receitas não partilhadas no Orçamento da União. As contribuições sociais passaram a ter importante papel na estratégia de ajuste econômico, ao longo da década dos 90, por não estarem sujeitas ao princípio da anualidade, podendo ser exigidas noventa dias após a publicação da lei que as cria ou modifica, e por não serem submetidas à obrigatoriedade de partilha com as esferas subnacionais. A arrecadação direta do governo federal correspondia, em 1988, a 15,8% do PIB e passou a representar, em 2000, 22,6% do PIB. As contribuições sociais do Orçamento da Seguridade Social correspondiam, em 1990, a 40% da arrecadação total, e em 1995 já superavam 56%.

a) A instituição do Sistema de Seguridade Social

O processo de redemocratização do país, com a ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais, produziu a ampliação das demandas sobre o Estado e resultou, no processo constituinte, na criação do Sistema de Seguridade Social que, baseado em princípios de solidariedade social, deveria assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social⁵, mediante “*um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade*”. Entre seus princípios, a universalidade da cobertura e do atendimento, a equidade na forma de participação no custeio, a descentralização, a participação (democratização) e a diversidade das bases de financiamento.

Para viabilizar a efetivação do Sistema de Seguridade Social, a CF88 criou contribuições sociais, com diversidade das bases de incidência, visando conferir ao financiamento menor vulnerabilidade aos ciclos econômicos. Determinou a responsabilidade das três esferas de governo no financiamento das ações e serviços e estabeleceu também a criação do Orçamento da Seguridade Social, que integra a Lei Orçamentária Anual da União.

“ A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: I - do empregado, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento e c) o lucro; II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; III- sobre a receita de concursos de prognósticos” art. 195, com alterações pela (BRASIL, 1998).

⁵ Brasil, 1998, art. 194.

O orçamento da seguridade social⁶ abrange todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta e indireta, bem como fundos e fundações instituídos pelo poder público, devendo sua proposta ser elaborada *“de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos”*⁷. O processo orçamentário do governo federal, contudo, não chegou a sofrer as transformações necessárias para viabilizar a autonomia prevista pelo texto constitucional ao OSS.

b) O Sistema Único de Saúde

Nesse processo de transformação do leque de direitos sociais e dos princípios estruturantes das políticas sociais, a principal mudança foi o reconhecimento da saúde como direito social universal e do dever do Estado de garantir esse direito⁸. O Movimento da Reforma Sanitária, que reuniu atores diversificados em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde, foi o principal articulador dessa conquista, dentro da luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o período final do regime militar.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde” art. 196 (BRASIL, 1988).

Para assegurar as condições de exercício desse direito, a Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde – SUS, sistema público descentralizado, integrado pelas três esferas de governo e regulamentado dois anos depois pela Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90), e atribuiu caráter de relevância pública às ações e serviços de saúde, assegurando ao Estado o poder de regulação sobre os mesmos.

6 BRASIL, 1988, Art. 165 - § 5º.

7 BRASIL, 1988, art.195 - § 2º.

8 CF 88, art. 196.

“São de **relevância pública** as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”
art. 197 (Brasil, 1988).

A universalização do direito de acesso às ações e serviços de saúde era dispositivo auto-aplicável, o que resultou na imediata ampliação da demanda a ser atendida pelo sistema preexistente, dimensionado para oferecer assistência apenas à parcela da população que era integrada ao mercado de trabalho formal, num contexto econômico desfavorável, que incluía a restrição do gasto público. Sem investimentos que permitissem ampliar as condições da oferta e com a compressão dos valores de remuneração aos prestadores públicos e privados, houve uma progressiva degradação da qualidade dos serviços oferecidos pelo sistema público.

No início da década dos noventa, a expansão dos gastos com benefícios da previdência social provocou restrições orçamentárias à área da saúde, no âmbito do Orçamento da Seguridade Social, produzindo aguda crise de financiamento, que agravou ainda mais as condições da oferta de ações e serviços de saúde à população e comprometeu fortemente o processo de descentralização.

Ao longo da primeira metade da década dos noventa, o sistema público enfrentou forte oscilação na evolução dos montantes e permanente irregularidade dos fluxos financeiros disponibilizados pela esfera federal, com a execução orçamentária condicionada a interesses do ajuste econômico, uma vez que o texto constitucional não especificava as parcelas da arrecadação das contribuições sociais destinadas a cada área da seguridade social, deixando para a lei de diretrizes orçamentárias essa atribuição. Nesse contexto, as esferas de governo subnacionais, particularmente os municípios, foram obrigadas a assumir, gradualmente, papel de maior relevância no financiamento do sistema.

c) O Sistema Privado de Assistência à Saúde

O texto constitucional assegurou à iniciativa privada liberdade para prover serviços de saúde à população e estabeleceu a possibilidade de participação, em caráter complementar, na provisão de serviços assegurada pelo sistema público.

“A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de **forma complementar** do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.
art. 199 (BRASIL, 1988).

A profunda crise de financiamento experimentada pelo SUS na fase inicial de sua implementação, que precarizou as condições de oferta de serviços públicos, facilitou a expansão do sistema privado de planos e seguros de saúde, alimentado pela migração dos trabalhadores do mercado formal de trabalho, subvencionados pelos empregadores.

Esse segmento de mercado cresceu e experimentou grande diversificação nas modalidades empresariais: o número de operadoras de planos e seguros de saúde quase triplicou entre 1987 e 1998. No mesmo período, contudo, o número de clientes dos planos e seguros cresceu cerca de 70%, indicando um forte movimento de disputa pela clientela, que se expressou em segmentação do mercado, com grande variação na extensão e na qualidade da atenção ofertada (BAHIA, 2001).

A expansão dessas empresas ocorreu sem que estivessem submetidas a regulação pública. Apenas em 1998 foi aprovada legislação regulatória⁹, que estabeleceu regras para os contratos e coberturas, e em 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS¹⁰, responsável pelo controle dessa área.

Tabela 3
Brasil: Crescimento do Sistema Privado Supletivo 1977 - 1998

Modalidade empresarial	1977(1)	1987(2)	1994/95(3)	1997/98 (4)	Variação 98/87
Medicina de Grupo	200	300	555	730	2,43
Cooperativas Médicas	60	128	332	326	2,55
Planos Próprios das Empresas (autogestão)	Sem informação				
Seguradoras	1	5	20	40	8
Total	...	483	1057	1396	2,89

Fontes: (1) 1º Congresso de Medicina de Grupo, 1978; (2) ABRAMGE, 1989, Unimed do Brasil (1998), ABRASPE e SUSEP; (3) Arthur Andersen (1996) e (4) ABRAMGE (1999), Unimed d Brasil(1999); Ciefas (1998) e Susep(1999) *apud* Ligia Bahia (2001)

9 Lei 9.656, de agosto de 1998.

10 Lei No 9.961, de 28 de Janeiro de 2000.

Informações das empresas indicavam a existência de 41,5 milhões de segurados dos sistemas privados em 1998¹¹. Informações baseadas em inquérito domiciliar¹², nesse mesmo ano, registraram 24,5% da população (38,7 milhões de pessoas) coberta por plano ou seguro de saúde, aí incluídos os cobertos por planos de assistência a servidores públicos (9,7 milhões). A cobertura do sistema supletivo privado alcançava 29 milhões de pessoas. Essa cobertura atendia principalmente os estratos de maior renda: na faixa de renda familiar mensal superior a 20 salários mínimos, o percentual de população coberta alcançava 76%. No estrato com renda familiar até cinco salários mínimos, que corresponde a 57% da população total, essa cobertura era inferior a 10%, indicando a importância do sistema público na garantia do acesso aos serviços de saúde à população de menor renda. Apenas 39% dos titulares de planos privados de saúde mantinham vínculo direto com as empresas ou seguradoras de saúde. Os demais tinham o acesso assegurado pelos empregadores. Em grande parte, essa cobertura decorre de vantagens de natureza contábil e de subsídio fiscal que as empresas têm, pois podem lançar essa despesa como gasto operacional e podem, assim, abater do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica. As informações disponíveis estimam que os gastos das empresas com planos e seguros saúde correspondem a proporções que variam entre 3,5% e 6% da folha salarial¹³. Também as pessoas físicas podem deduzir integralmente o gasto com planos e seguros de saúde em seu imposto de renda.

Outro item importante do gasto das famílias está direcionado à compra de medicamentos, refletindo a fragilidade da assistência farmacêutica do sistema público.

■ 4. GASTO NACIONAL COM SAÚDE

As estimativas mais recentes disponíveis sobre o gasto total com saúde no Brasil referem-se ao ano de 1998 e foram realizadas pelo IPEA com base em diferentes fontes de informação. Para o gasto público utilizou-se informação originária do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde — Siops. O gasto das famílias foi estimado com base em informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios — PNAD, do IBGE, e para o gasto com planos e seguros de saúde recorreu-se aos dados de faturamento das empresas do setor. Essas estimativas indicam que o gasto total foi, nesse ano, de

11 BAHIA (2001).

12 IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios — PNAD 1998.

13 Towers Perrin, (1989/1998) apud Bahia, 2001.

R\$72 bilhões. O gasto privado representava quase dois terços desse total, correspondendo a 4,6% do PIB e com forte participação do gasto das famílias (*out of pocket*), responsável por 60% do gasto privado. A participação do gasto público era de 41,2% , correspondente a 3,3% do PIB e resultando em um gasto público *per capita* de R\$183,00.

Estudo com base nas informações da Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF, realizado por Silveira et al (IPEA, 2001) identificou os montantes e as alterações ocorridas na participação dos gastos com assistência à saúde no orçamento global das famílias residentes em áreas metropolitanas, entre 1987 e 1996, para todos os estratos de renda. A análise revelou o crescimento dos valores gastos e o maior peso dos mesmos no orçamento familiar, que passaram a ser, em 1996, o quarto principal item de despesa na média das classes de renda familiar, superados apenas pelos gastos com alimentação, habitação e transporte. Para famílias com renda de até 2 salários mínimos, os gastos em saúde subiram da quinta para a terceira posição entre os itens de despesa familiar, no período.

Tabela 4
Brasil: Percentual da despesa média mensal familiar com Assistência à Saúde no Desembolso Global das famílias. Total das áreas, POF - 1987/88 e 1995/96

Classes de recebimento mensal familiar (s. m.)	1987	1996	Varição Percentual
Média	5,31	6,50	22,41
Até 2	6,30	9,59	52,22
Mais de 2 a 3	5,45	7,29	33,76
Mais de 3 a 5	5,21	6,65	27,64
Mais de 5 a 6	4,61	6,54	41,87
Mais de 6 a 8	5,07	6,57	29,59
Mais de 8 a 10	5,67	7,04	24,16
Mais de 10 a 15	5,36	6,84	27,61
Mais de 15 a 20	5,80	7,55	30,17
Mais de 30	5,04	5,80	15,08

Fonte: IBGE - Pesquisa de Orçamentos Familiares *apud* Silveira et al (2001)

Houve um importante crescimento na participação dos gastos com seguro e planos de saúde e, em contrapartida, uma queda nos dispêndios com exames, hospitalização, profissionais de saúde e produtos oftalmológicos. Foi observada, também, uma relativa estabilidade na parcela dos gastos com medicamentos, que permaneceram como o item mais relevante de despesa com saúde, refletindo a debilidade da assistência farmacêutica ofertada pelo sistema público de atenção ambulatorial.

Esse comportamento parece expressar a mudança ocorrida, no período, na configuração do sistema de saúde no país, com a expansão do sistema privado supletivo nas áreas de maior dinamismo econômico.

Tabela 5
Brasil: Composição Percentual do Gasto Médio Mensal com Assistência à Saúde das famílias
Total das áreas metropolitanas, POF - 1987/88 e 1995/96

Tipo de Gasto	% 1988	% 1996
Tratamento e produtos dentários	20,09	16,74
Exames	4,23	1,75
Hospitalização	3,63	2,41
Material Médico	0,55	0,53
Tratamento e produtos oftalmológicos	5,45	2,74
Outros produtos farmacêuticos	-	0,10
Outros	3,33	8,37
Produtos de Puericultura	-	0,13
Profissionais de Saúde	17,00	7,98
Remédios	33,79	30,22
Seguro Saúde	11,92	29,02
Total	100	100

Fonte: IBGE - Pesquisa de Orçamentos Familiares *apud* Silveira et al. (2001)

5. GASTO PÚBLICO COM SAÚDE NA DÉCADA DOS NOVENTA

As estimativas disponíveis indicam que o gasto público social (consideradas as três esferas de governo) manteve-se em torno de 19% do PIB no período 1990/1991 e atingiu 19,8% em 1996/97, um incremento de apenas 0,8% entre os dois períodos.

O gasto social federal, no período 1993 a 2001, passou de R\$113.038 milhões para R\$172.549 milhões. Representava, entre 1993 e 1998, cerca de 12% do PIB. A partir de 1998, essa participação apresenta crescimento, alcançando, em 2001, 14% do PIB. A maior parcela desse gasto se destinou à previdência social, cuja participação, no período, oscilou entre 42% e 47% do gasto social federal e significou mais de 65% do Orçamento da Seguridade Social. Em valores *per capita*, o gasto social passou de R\$732,00 em 1993 para R\$1.033,00 em 1998, caindo em 2001 para R\$1.002,00. O gasto com saúde repre-

sentava, em 1993, 15,7% do total do gasto social federal e sua participação caiu, em 2001, para 13,8%.

Tabela 6
Brasil: Composição do Gasto Social Federal (%) - 1993 - 2001

Área de atuação	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Saúde	15,69	16,20	17,54	14,66	15,66	13,19	13,92	13,88	13,82
Alimentação e Nutrição	0,60	0,93	0,56	0,95	0,75	0,91	0,89	0,85	0,77
Previdência Social	46,90	42,39	44,00	45,81	44,33	47,01	46,88	45,81	44,74
Assistência Social	3,29	1,33	1,29	1,31	1,95	2,03	2,73	2,97	3,39
Benefícios a Servidores*	17,72	21,66	21,36	21,35	20,17	20,04	20,63	19,18	19,82
Subtotal	84,20	82,51	84,74	84,07	82,86	83,19	85,06	82,69	82,55
Demais áreas de política social**	15,80	17,49	15,26	15,93	17,14	16,81	14,94	17,31	17,4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
GASTO SOCIAL - Valor Total***	113.038	122.873	144.461	148.075	165.918	171.238	168.101	171.178	172.549

Fonte: IPEA/DISOC

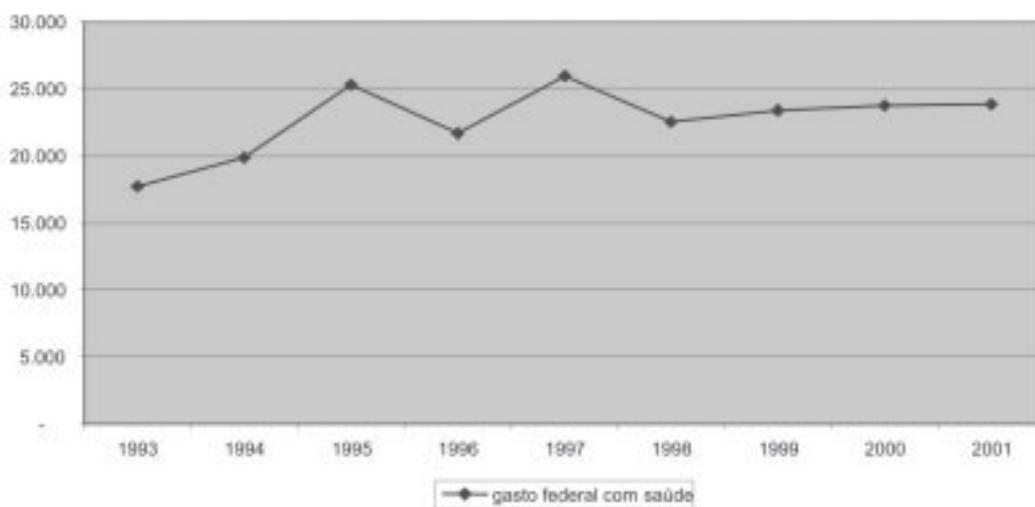
*- Inclui Encargos Previdenciários da União

** Inclui gastos federais com Educação e Cultura, Saneamento e Meio Ambiente, Emprego e Defesa do Trabalhador, Treinamento de RH, Habitação e Urbanismo, Ciência e Tecnologia e Organização Agrária

*** Valor em R\$ milhões

A crise do financiamento do sistema previdenciário, em 1993, repercutiu diretamente sobre a disponibilidade de recursos para a saúde. Nesse ano, o gasto federal com saúde foi de R\$17,7 bilhões. Nos dois exercícios seguintes, apresenta recuperação, ultrapassando R\$25 bilhões em 1995, mas passa a apresentar oscilações nos anos subsequentes: R\$21,7 bilhões em 1996, R\$26,0 bilhões em 1997 (consequência de um significativo volume de Restos a Pagar do exercício anterior), R\$22,6 bilhões em 1998. Nos três últimos anos do período, o orçamento ganhou certa estabilidade, em torno de R\$23 bilhões.

Gráfico 1
Brasil: Evolução do Gasto Federal com Saúde

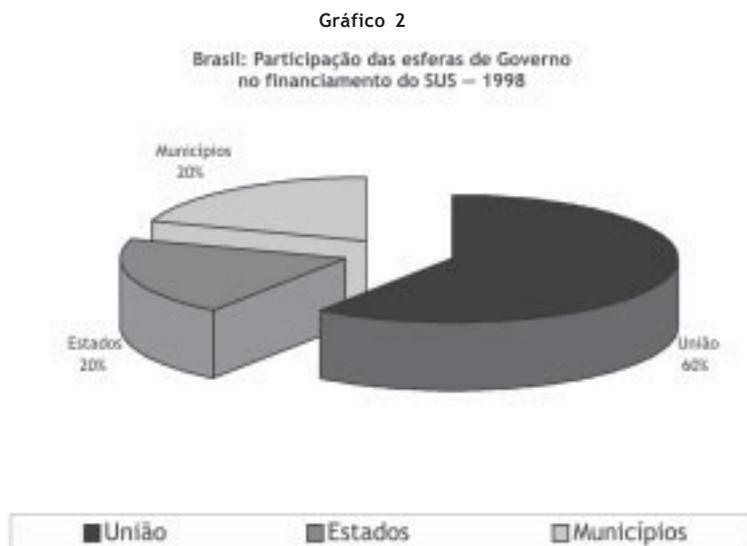


Fonte: IPEA/DISOC

A essas variações dos montantes disponibilizados pela esfera federal responderam as instâncias subnacionais, particularmente os municípios, com aporte adicional de recursos originários de suas receitas próprias. A participação relativa dos recursos federais se reduziu significativamente. Entre 1980 e 1990, a participação do governo federal no gasto público total com saúde fora, em média, de 75,9%, com flutuações ao longo do período (68,8%, em 1986, e 83,1%, em 1987).¹⁴ Em 1998, o gasto federal já caíra para 60% do gasto público, distribuindo-se a parcela restante igualmente entre estados e municípios, que respondiam, em cada esfera, por 20% do gasto público. Em 2001, estimativas do Siops indicavam que o percentual do gasto federal correspondia a 56%.

A redução da participação federal só não foi mais intensa em decorrência da instituição, a partir de 1996, da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF, cuja receita foi, então, vinculada ao financiamento do SUS e assegurou certa estabilidade aos fluxos financeiros para o sistema e, já no final da década, pela aprovação da Emenda

¹⁴ Barros, Piola e Vianna (1995).



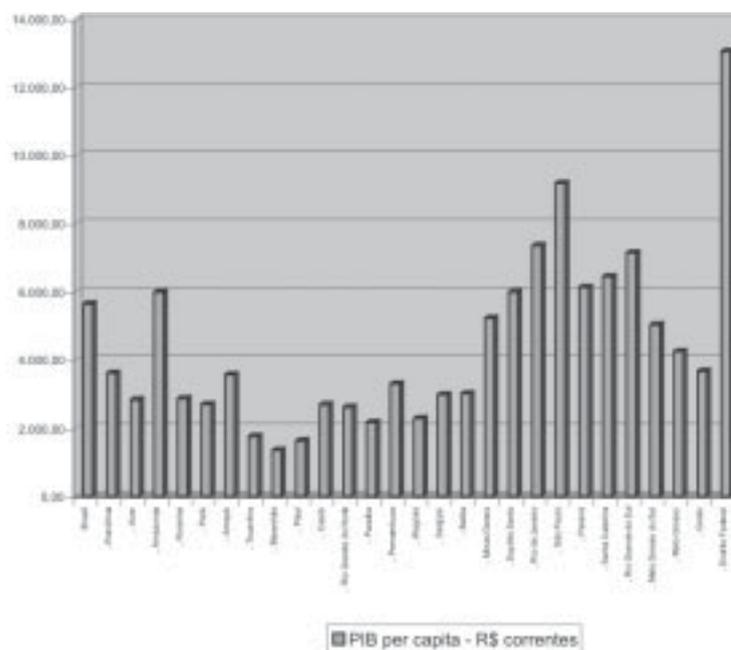
Fonte: IPEA/DISOC

Constitucional 29, que assegurou a manutenção de um piso de recursos para ações e serviços públicos de saúde.

A participação das esferas subnacionais, contudo, não permite a superação das desigualdades no financiamento, dadas as diferentes capacidades de arrecadação, associadas à desigual distribuição interregional da atividade econômica.

Enquanto o PIB *per capita* médio do país alcançava, em 1998, R\$5.647, nos estados mais pobres, chegava a ser inferior a 1/4 desse valor. Os menores valores eram observados no Piauí (R\$1.624) e Maranhão (R\$1.348). Nas regiões mais ricas, o PIB *per capita* superava amplamente a média nacional, atingindo R\$13.053 no Distrito Federal e R\$9.183 em São Paulo.

Gráfico 3
Brasil: PIB *per capita* segundo UF 1998



Fonte: IBGE

Essas disparidades conferem aos recursos originários da esfera federal um importante papel redistributivo, face ao objetivo de alcançar a equidade no acesso às ações e serviços de saúde, e torna a adoção de mecanismos de partilha baseados em critérios epidemiológicos e de necessidades um imperativo para o sistema.

6. FONTES DE FINANCIAMENTO DO MS

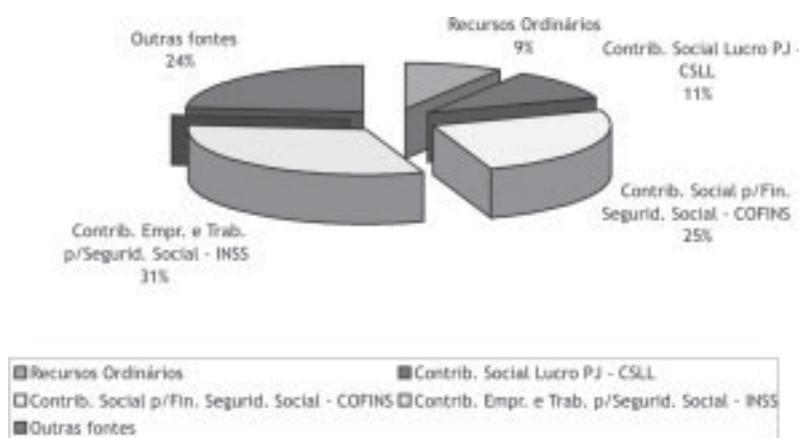
As fontes destinadas ao financiamento do sistema de saúde foram previstas no texto constitucional e envolviam recursos ordinários do tesouro, nas três esferas de governo, e contribuições sociais da seguridade social, arrecadadas pela esfera federal.

Não houve especificação de uma fonte exclusiva para o setor saúde nem foram definidos percentuais de vinculação que assegurassem a transferência proporcional à arrecadação das contribuições. O Ato das Disposições Transitórias da CF-88 estabeleceu um parâmetro ao definir que *“até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego, serão destinados ao setor de saúde”*¹⁵.

¹⁵ BRASIL, 1998, art.55, ADCT.

A formulação desse dispositivo continha expectativa de que a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO estabelecesse anualmente as regras de partilha dos recursos entre as três áreas da Seguridade Social, definindo as proporções destinadas a cada área, o que foi feito até 1993. Mas a LDO também perdeu efetividade quando o acordo informal entre gestores das áreas econômica e previdenciária determinou a suspensão do repasse, para o Ministério da Saúde, de recursos da fonte incidente sobre folha de salários, arrecadada pelo Ministério da Previdência Social, como estratégia para enfrentamento do déficit previdenciário. Nesse ano, os recursos provenientes dessa fonte, previstos no orçamento aprovado, representavam mais de 31% do orçamento da saúde.

Gráfico 4
Orçamento MS – Fontes de Financiamento Brasil – 1993



Fonte: Piola, F& Biasoto, G (2001)

A grave crise desencadeada por essa decisão recolocou na agenda política setorial a demanda por vinculação de recursos para a saúde. A apresentação da proposta de Emenda Constitucional 169 - PEC 169¹⁶, reabre o debate no Congresso Nacional e restabelece a articulação setorial em torno da proposição de destinação de um mínimo de 30% da arrecadação das Contribuições Sociais da Seguridade Social e 10% dos recursos fiscais da União, Estados e Municípios. Em 1995, diante de proposta de EC relativa à previdência social que especializava a contribuição incidente sobre salários para o pagamento de benefícios previdenciários, nova Proposta de Emenda Constitucional¹⁷ foi apresentada,

¹⁶ PEC 169, apresentada pelos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires.

¹⁷ PEC 32-A, do deputado Carlos Mosconi.

visando que as receitas provenientes das contribuições incidentes sobre faturamento (Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS) e sobre o lucro líquido das empresas (Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas – CSLL) fossem, de forma similar, especializadas para a área da saúde.

Na mesma época, diante das dificuldades para aprovação das propostas de Emenda Constitucional, que tramitavam lentamente, sob forte oposição da área econômica do governo, o então Ministro da Saúde estabeleceu negociações no Congresso com vistas à criação de uma nova contribuição, incidente sobre movimentação financeira, para, com caráter provisório, assegurar recursos para o sistema. Obteve, em 1996, a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)¹⁸, como solução transitória para suprir as necessidades do financiamento setorial. Até o ano de 1998, a CPMF destinava-se exclusivamente à saúde. Quando foi prorrogada, em 1999¹⁹, houve aumento da alíquota de contribuição, que passou de 0,20% para 0,38%, adicionando 0,18% para a previdência social e mantendo a alíquota de 0,20% para a saúde.

No segundo mandato do presidente F. H. Cardoso, em outubro de 1999, após a longa tramitação das PECs que visavam a vinculação de recursos para ações de saúde, a Comissão Especial do Congresso aprovou Emenda Aglutinativa Substitutiva à Proposta de Emenda à Constituição Nº 82–A, de 1995²⁰, que foi posteriormente, após aprovação em Plenário, transformada na Emenda Constitucional nº 29 – EC 29. Esse instrumento introduziu modificação em vários artigos do texto constitucional, com o objetivo de estabelecer regras para a provisão regular de recursos para ações e serviços públicos de saúde.

18 EC 12, de agosto de 1996.

19 EC 21, de março de 1999.

20 Do Sr. Carlos Mosconi, Eduardo Jorge e outros, resultado da Fusão da PEC 169/93 e 82-A/95 e emendas apresentadas na Comissão.

CF - Art. 198 - (...)

§ 1º 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.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º.”

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que trata o § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

A principal diferença da EC 29, em relação à PEC 169, diz respeito à solução adotada para a esfera federal: como resultado das negociações no Congresso, envolvendo também a área econômica do governo federal, a União foi excluída do dever de alocar percentual das receitas arrecadadas, cabendo-lhe assegurar a alocação dos recursos correspondentes ao valor empenhado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do produto interno bruto – PIB. As esferas subnacionais ficaram obrigadas a alocar 12% de suas receitas, no caso dos estados, e 15%, nos municípios, a partir de 2004.

Regra de transição foi estabelecida para o período entre 2000 e 2004, para viabilizar o gradual ajuste dos orçamentos, determinando acréscimo, em 2000, de 5% em relação ao gasto federal de 1999 e percentuais crescentes à razão de 20% ao ano, a partir de um patamar de 7% da receita vinculável, a ser destinado em 2000 por estados e municípios. Com o objetivo de permitir a flexibilização das normas, a EC 29 determinou que tais percentuais poderão ser revistos a cada cinco anos através de Lei Complementar, instrumento que exige maioria absoluta para sua aprovação no Congresso.

CF - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT):

Art. 76 - Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I - no caso da União:

a) no ano de 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) no ano de 2001 ao ano de 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do produto interno bruto - PIB.

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, incisos I "a" e II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, incisos I "b" e § 3º.

§1º Os Estados, o Distrito Federal e Municípios que aplicarem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.

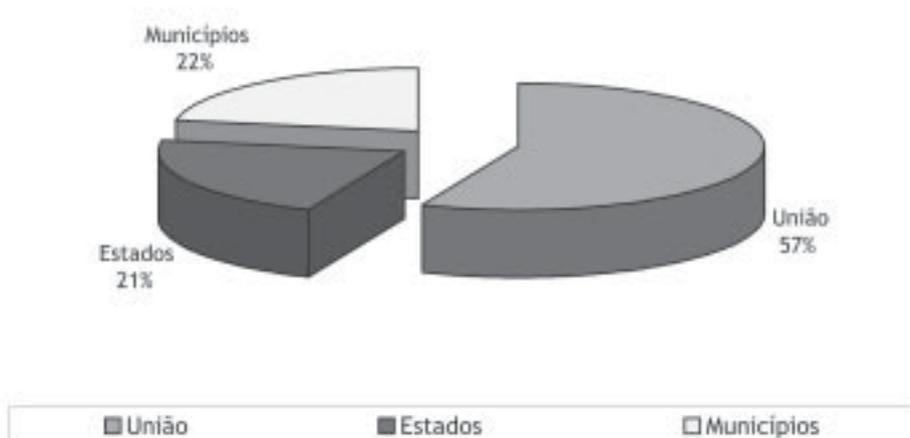
§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no Art. 74 da Constituição Federal.

§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.

Os efeitos da mudança constitucional foram rapidamente perceptíveis. O acréscimo de recursos mais significativo foi registrado, de imediato, na esfera estadual, uma vez que o impacto no orçamento federal foi pequeno, dadas as condições macroeconômicas que determinaram pequenas taxas na variação do PIB e, no âmbito municipal, o percentual mínimo já havia sido superado por expressiva parcela de municípios. Estimativa realizada com base em informações do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops, apontam que, em 2001, o montante global de recursos públicos alocados às ações e serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo superou R\$40 bilhões, sendo R\$22,5 bilhões provenientes da União, R\$8,9 bilhões dos estados e R\$8,5 bilhões originários de receitas municipais.

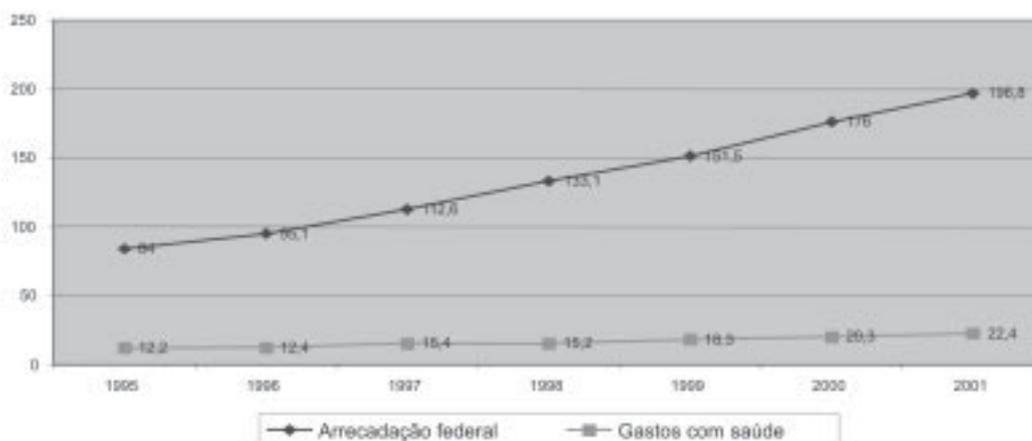
Gráfico 5
 Brasil: Estimativa de gastas com saúde por esfera de governo 2001 – Siops



Fonte: MS/SIOPS

O critério adotado para a esfera federal, contudo, a despeito de ter protegido o orçamento do Ministério da Saúde das oscilações observadas na década anterior, resultou em processo de redução da participação relativa do mesmo no total das receitas federais.

Gráfico 6
 Brasil: Evolução da Arrecadação Federal de Impostos e Contribuições e dos gastos com saúde – 1999-2001



Fonte: SIAFI, apud Guadagnin e Rezende (2002)

Enquanto a receita da União correspondia, em 2001, a 2,34 vezes o montante realizado em 1995, a variação do orçamento da saúde no mesmo período foi de apenas 80%. Em consequência, como percentual da arrecadação federal, a participação do orçamento do MS caiu de 14,5% para 11,4%.

Gráfico 7
 Brasil. Gasto com Saúde como % da arrecadação federal
 1995 – 2001

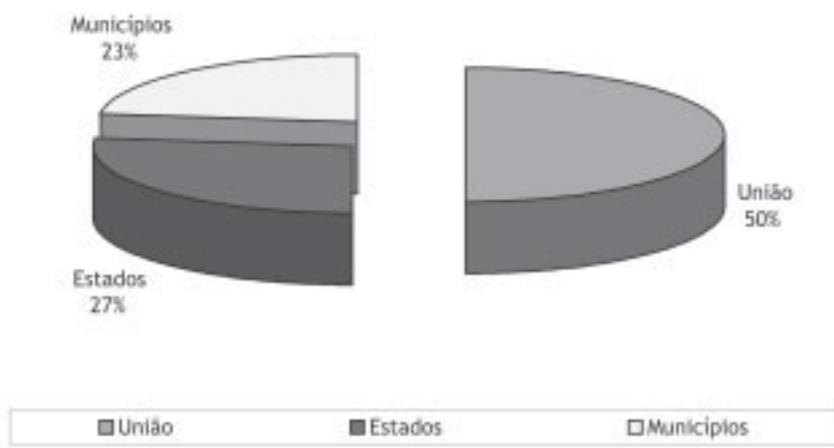


Fonte: SIAFI, apud Guadagnin e Rezende

Essa tendência está refletida nas estimativas mais recentes de composição do gasto público realizadas pelo Siops, segundo as quais a expectativa é de que a participação das esferas de governo no financiamento do Sistema sofrerá importante alteração, decorrente de dois fatores simultâneos: a relativa estabilização dos montantes aportados pela esfera federal e o acréscimo de recursos provenientes dos estados, instância que, historicamente, menos contribuiu para o financiamento. Os dados indicam que, em 2004, o gasto público com saúde deverá estar muito próximo de R\$50 bilhões, dos quais R\$25,3 bilhões provenientes da esfera federal, R\$13,3 bilhões dos estados e R\$11,3 bilhões dos municípios.²¹

²¹ Boletim Siops, fevereiro 2002.

Gráfico 8
Brasil: Participação das esferas de governo no gasto com saúde
Reestimativa Siops para 2004



Fonte: Siops

Não obstante o comportamento dos montantes alocados ao setor, que deve significar importante acréscimo de receita para o SUS, persistiram problemas relacionados à interpretação do texto legal quanto à operacionalização e à fiscalização da aplicação da EC 29. Os mais importantes diziam respeito à especificação da base de cálculo e de quais as despesas que poderiam ser consideradas para efeito da verificação do cumprimento dos dispositivos de vinculação. Como a Lei Complementar prevista não foi ainda encaminhada à apreciação do Congresso, após amplo debate envolvendo o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério Público e os Tribunais de Contas, foi estabelecido consenso que resultou na aprovação de Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional N° 29, de 2000²², que deverá orientar gestores e instituições de controle. Por esse instrumento, ficam estabelecidas que serão consideradas somente as despesas “*que atendam, simultaneamente aos princípios do art. 7° da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:*

- I - sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada Ente Federativo;

²² Port. MS/GM 2047 de 5 de novembro de 2002 e seu ANEXO.

III - sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde”.

Para assegurar máxima clareza e minimizar riscos de interpretações diversas, a portaria específica também despesas que não deverão ser computadas nos montantes vinculáveis, buscando, com isso, minimizar o risco de que despesas públicas relacionadas a outras políticas setoriais que tem impacto sobre as condições de vida venham a ser incluídas no orçamento da saúde por pressão das áreas econômicas dos governos, como forma de burlar a vinculação setorial. Essa prática vem sendo utilizada pelos gestores de várias UFs.

Art. 8º Em conformidade com os princípios e diretrizes mencionados no art. 6º destas Diretrizes Operacionais, **não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde**, para efeito de aplicação do disposto no art. 77 do ADCT, as relativas a:

I - pagamento de aposentadorias e pensões;

II - assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);

III - merenda escolar;

IV - saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII do art. 7º, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

V - limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

VI - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos Entes Federativos e por entidades não-governamentais;

VII - ações de assistência social não vinculadas diretamente à execução das ações e serviços referidos no art. 7º, bem como aquelas não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;

Parágrafo único. Não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido:

I - no caso da União, as despesas de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito, contratadas para financiar ações e serviços públicos de saúde; e

II - no caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, as despesas listadas no art. 7º, no exercício em que ocorrerem, realizadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para financiá-las. (Port. MS/GM 2047 de 5 de novembro de 2002, ANEXO).

A Portaria também estabelece que o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde – Siops, será o instrumento para acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde.

■ 7. PARTILHA E MECANISMOS DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS

A importância do volume de recursos aportado, através da esfera federal para o financiamento do sistema, e o papel estratégico dos mesmos na obtenção de equidade no interior do mesmo coloca a questão dos critérios e mecanismos de partilha como questão relevante na agenda setorial. A superação das desigualdades de acesso, acumuladas historicamente, não será alcançada senão por uma decidida política redistributiva, direcionada a esse objetivo, contemplando recursos de custeio e investimentos.

Algumas iniciativas já vem sendo implementadas, desde o início da década dos noventa, associadas ao esforço de descentralização do sistema de saúde, e avanços têm sido obtidos. Em alguns casos, porém, o esforço de redistribuir teve resultados ofuscados por consequências negativas, uma vez que produziu, em razão das estratégias adotadas, o enfraquecimento do papel das instâncias subnacionais na gestão do sistema. O desafio que persiste é o de desenhar políticas que permitam combinar a redistribuição de receitas ao fortalecimento do processo de descentralização e da capacidade de gestão.

7.1 - DESCENTRALIZAÇÃO: AS NORMAS OPERACIONAIS E AS MUDANÇAS NOS CRITÉRIOS DE PARTILHA E NOS MECANISMOS DE REPASSE DOS RECURSOS FEDERAIS

No início da década dos noventa, o processo de descentralização previsto na Lei Orgânica da Saúde foi iniciado, com uma série de medidas legais que incluíram a extinção do Inamps²³ e a regulamentação das condições para transferência de responsabilidades e de recursos às esferas subnacionais.

A Norma Operacional Básica SUS 01/93²⁴ (NOB/SUS-93) instituiu um processo gradual de transferência de responsabilidades, criando três condições de gestão a que os municípios poderiam se habilitar, de acordo com a capacidade técnica e política de assumir as responsabilidades correspondentes. Para apenas uma delas – a mais avançada, chamada de “gestão semiplena” – previa a transferência direta aos Fundos de Saúde de recursos, mediante tetos financeiros globais calculados com base em série histórica de gastos. Nesses casos, o gestor municipal passaria a ter autonomia de gestão sobre os recursos, podendo aplicá-los livremente, de acordo com seus Planos de Saúde, respeitadas as deliberações dos respectivos Conselhos de Saúde. Para os demais municípios, permanecia a forma de pagamento por prestação de serviços.

²³ Lei 8.689/93.

²⁴ Portaria GM/MS 545, de maio de 1993.

A aplicação desse mecanismo esbarrou em normas legais superiores, que regulamentavam transferências federais, e exigiu a edição de decreto específico²⁵, o que retardou em cerca de um ano o início das transferências fundo a fundo, como se convencionou chamar a essa modalidade de transferências que prescindiam de instrumentos contratuais específicos.

Como espaços de negociação intergovernamental referente às condições do processo de descentralização, inclusive a definição de tetos financeiros, foram instituídas a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), na esfera federal, com representantes de gestores do SUS dos três níveis de governo, e as Comissões Intergestores Bipartites, criadas em todos os estados com representação da Secretaria Estadual de Saúde e de gestores municipais.

Com o avanço do processo de descentralização, em 1995 iniciaram-se negociações para o estabelecimento de novas regras, que envolviam redefinição de papéis das esferas subnacionais e mudanças nos mecanismos de repasse de recursos. Esse processo resultou na edição da Norma Operacional SUS 01/96 (NOB SUS 96), que introduziu novas condições de gestão para estados e municípios (Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde); instituiu a Programação Pactuada e Integrada — PPI, como instrumento para articular a ação intergovernamental e reorganizar a gestão do sistema; determinou mudanças nos mecanismos de repasse de recursos, criando o Piso de Atenção Básica — PAB e incentivos a ações e programas: o Incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família — Pacs/PSF, a Fração Assistencial Especializada, o Piso Básico de Vigilância Sanitária. Também foram previstos por esse instrumento o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças, o Índice de Valorização de Resultados e o Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária.

Novas mudanças foram introduzidas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS 01/2001²⁶, e pela NOAS 01/2002, que conferiram forte ênfase à necessidade de implementar regras para a regionalização do sistema e para a organização da atenção de média e alta complexidade.

As modificações introduzidas por esses instrumentos serão analisadas nos itens a seguir.

Cabe, no entanto, a observação de que o processo de descentralização apresenta uma característica clara: o fortalecimento da presença dos municípios na atenção básica e a

²⁵ Decreto n.º 1232, de 30 de agosto de 1994.

²⁶ Portarias.

restrição ao processo de assunção da responsabilidade plena pela gestão sanitária. Isso fica evidenciado quando se analisa a evolução do número de municípios habilitados segundo a condição de gestão: em dezembro de 1995, um ano após o efetivo início do processo de habilitação na condição de gestão simplificada, havia 56 municípios nessa condição de gestão; em novembro de 1999, o número de municípios habilitados na condição de gestão plena do sistema alcançava 494, correspondendo a 9% do total de municípios. Em maio de 2002, eram 564 municípios em gestão plena (10% do total). Isso sugere a existência de tendência a “especializar” a esfera municipal na provisão da atenção básica, reservando aos estados e à União papéis preponderantes na oferta de ações de média e alta complexidade.

7.2 - O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA: PAB E UTILIZAÇÃO DE INCENTIVOS AO DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS.

O Piso de Atenção Básica – PAB é um mecanismo de repasse de recursos aos municípios para o financiamento de um elenco definido de ações básicas de atenção à saúde, não mais sob forma de compra de serviços, mas com base em um valor *per capita*, de forma direta e automática aos Fundos de Saúde dos municípios habilitados.

Esses recursos financeiros deviam ser destinados ao custeio de ações relacionadas a: consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico; atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio; visita e atendimento ambulatorial e domiciliar do Programa de Saúde da Família (PSF); vacinação; atividades educativas a grupos da comunidade; assistência pré-natal e parto domiciliar; atividades de planejamento familiar; pequenas cirurgias; atividades dos agentes comunitários de saúde e pronto atendimento em unidade básica de saúde. O valor distribuído variava entre R\$10 a R\$18 por habitante do município. A essa parcela de recursos transferidos se convencionou chamar PAB Fixo.

Também foram estabelecidas parcelas variáveis para financiar programas a que os municípios poderiam aderir voluntariamente. O acréscimo desses valores, contudo, estava condicionado ao cumprimento de regras e formas de operação definidas pelo Ministério da Saúde. Esse condicionamento acabou se convertendo em uma imposição de soluções de gestão, uma vez que, para os gestores, a única forma de ter acesso a recursos adicionais para melhorar a atenção à saúde em seu âmbito de atuação era aceitar os modelos de organização definidos pelo MS. As parcelas variáveis do PAB foram o primeiro movimento no sentido de restringir a autonomia dos gestores subnacionais.

Ao Incentivo ao Programa de Saúde da Família – PSF e ao Programa de Agentes Comunitários – Pacs foi atribuído o objetivo de acelerar a reorientação do modelo de atenção à saúde, antes predominantemente direcionado a ações curativas, através de um adicional de recursos aos municípios que assegurassem serviços de atenção básica a populações de territórios definidos, adscritas a uma equipe de profissionais de saúde composta de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, na proporção de 1 agente para cada fração de 150 famílias (ou 750 pessoas).

Portaria 1886/97 - Anexo 2

11. Caracterização das equipes de saúde da família:

(... (...)

11.2. Recomenda-se que uma equipe de saúde da família deva ser composta minimamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de um agente para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas).

11.3. Para efeito de incorporação dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde, as equipes deverão atender aos seguintes parâmetros mínimos de composição:

11.3.1. Médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de 01 ACS para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas) ou

11.3.2. Médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem.

Os valores atribuídos aos municípios para o custeio das equipes variavam em sentido inverso ao valor do *per capita* recebido através do PAB Fixo, visando estimular a criação de condições para expansão da cobertura naquelas áreas onde a capacidade de atendimento era mais precária .

PT MS/GM -Nº157/98

Art. 3º Os recursos financeiros federais relativos aos incentivos ao PACS e PSF serão transferidos fundo a fundo, em parcelas mensais, somente a Municípios habilitados, de acordo com a Norma Operacional Básica - NOB/SUS - 01/96.

Art. 4º Ficam definidos os seguintes valores como incentivo:

- I. para cada Agente Comunitário de Saúde, R\$1.500,00 (Um mil e quinhentos reais) por ano;
- II. para cada equipe de Saúde da Família em:
 - a). municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R\$10,00 (dez reais) e menor que R\$12,00 (doze reais), incentivo de R\$21.000,00 por ano;
 - b). municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R\$12,00 (doze reais) e menor que R\$14,00 (quatorze reais), incentivo de R\$19.000,00 por ano;
 - c). municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R\$14,00 (quatorze reais) e menor que R\$16,00 (dezesesseis reais), incentivo de R\$17.000,00 por ano;
 - d). municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R\$16,00 (dezesesseis reais) e menor ou igual a R\$18,00 (dezoito reais), incentivo de R\$15.000,00 por ano.

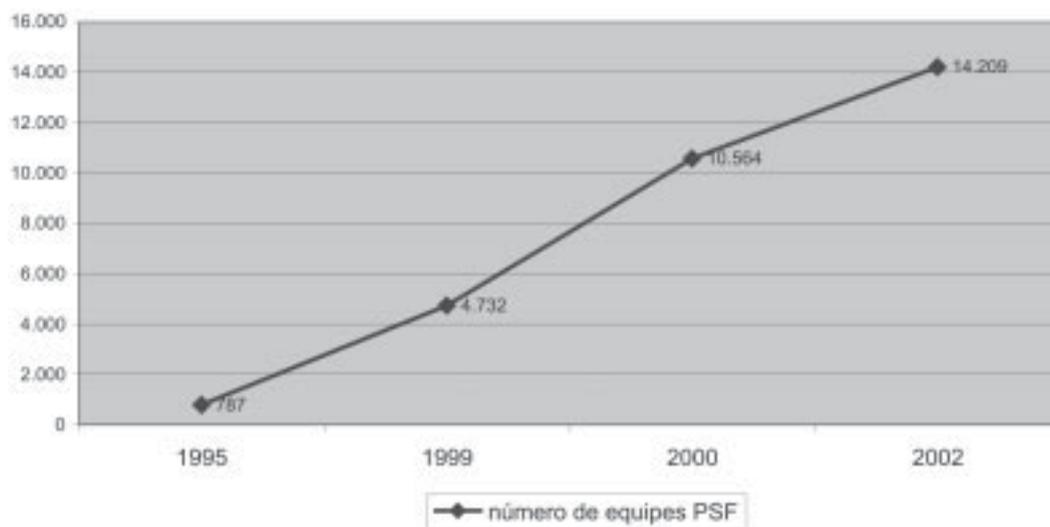
Parágrafo Único: Os incentivos são cumulativos no limite de 6 (seis) ACS por equipe de saúde da família, com exceção das equipes compostas nos termos do item 11.3.2 do anexo 2 da Portaria\GM\MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997.

Em 1999 é estabelecida nova sistemática para o cálculo do incentivo financeiro²⁷, estabelecendo como critério para a definição dos valores transferidos, a cobertura populacional alcançada pelo programa. Nessa nova sistemática, os valores transferidos aos municípios passaram a variar entre R\$28.000 por equipe/ano, para municípios com cobertura populacional menor que 5%, até R\$54.000 para aqueles que apresentassem cobertura superior a 70% da população. O mesmo instrumento determinou o pagamento de um incentivo adicional no valor de R\$10.000,00 (dez mil reais) por equipe para os municípios que iniciassem ou ampliassem o Programa de Saúde da Família em relação às equipes pagas pelo Ministério da Saúde, correspondentes ao mês de outubro de 1999.

A criação do Incentivo ao PSF promoveu forte expansão do programa, que passou de 787 equipes, em 1995, para um número superior a 16.100 em 2002. Em 1999 estava presente em 1805 municípios e em 2002 já está implementado em 75% dos municípios (4114) do país, em todos os estados. Está gradativamente incorporando o Programa de Agentes em ação. Esses agentes, quando o município adere ao PSF, passam a integrar as equipes do programa de Agentes Comunitários de Saúde – Pacs, que contava, em setembro de 2002, com 172.000 agentes.

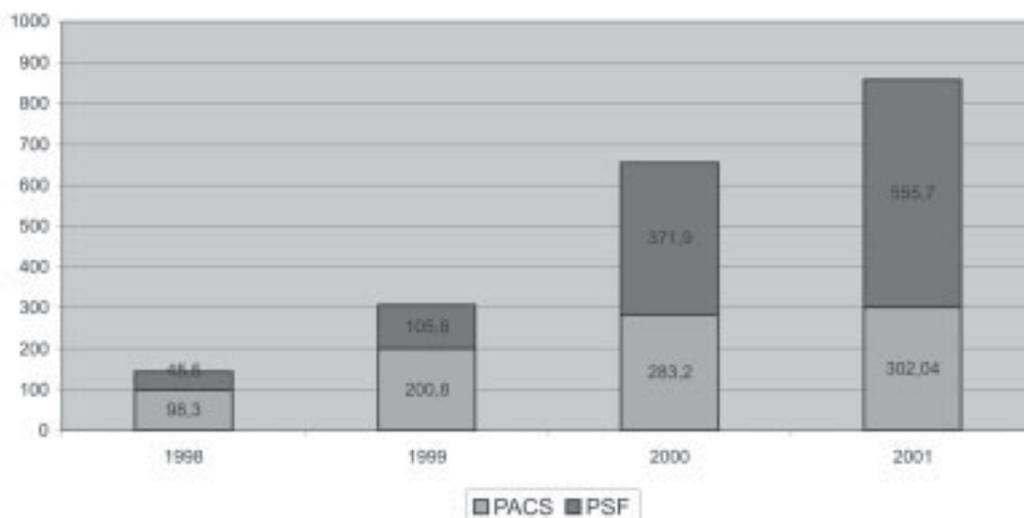
27 Portaria GM 1.329, de novembro de 1999.

Gráfico 9
Brasil: Evolução do Número de Equipes PSF



Como consequência, crescem expressivamente os valores transferidos às unidades subnacionais para o financiamento de equipes do PSF, passando a superar o montante anteriormente transferido para o pagamento de agentes comunitários, que até 2000 eram majoritários. Em termos globais, os dois programas, para os quais em 1998 foram alocados R\$143,8 milhões, passaram em 2001 a uma destinação da ordem de R\$857 milhões, e até novembro de 2002 já ultrapassavam R\$957 milhões. Como proporção, passam de 13,2% em 1999 para 29,5% do gasto total com atenção básica.

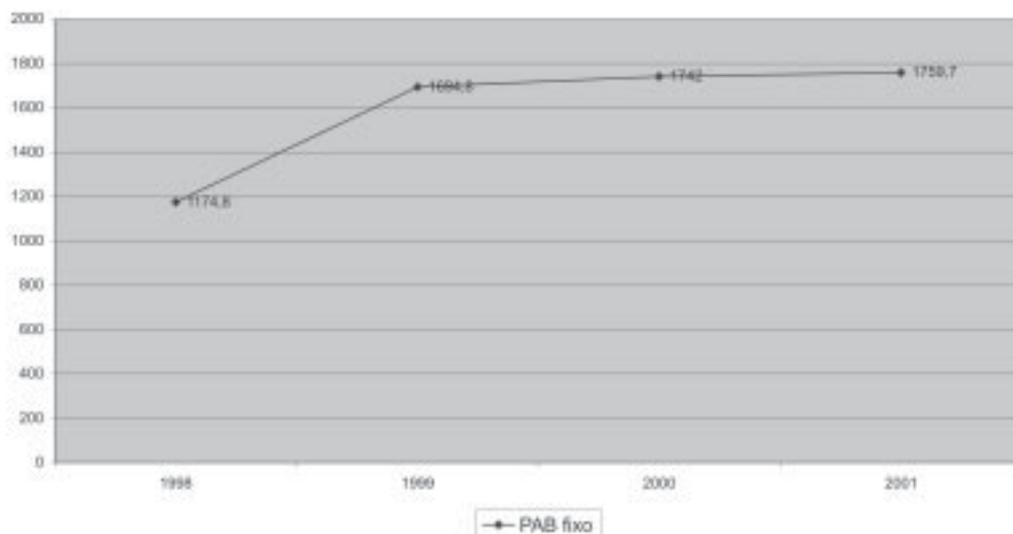
Gráfico 10
Brasil: Evolução das transferências a Municípios para Pacs e PSF R\$ milhões



Fonte: MS/COF

O crescimento, entre 2000 e 2001, das transferências para os programas que são objeto dos incentivos coincide com a estabilização dos valores transferidos na modalidade fundo a fundo, através do PAB Fixo, que em 1999 correspondia a 72,8% do gasto total com atenção básica e em 2002 teve sua participação reduzida para 49%. Como proporção do gasto total, o PAB cai de 28,7% em 1999 para 16,5% em 2002. Esses dados reforçam a percepção da existência de prioridade à forma de transferência que vincula os recursos a ações definidas pelo nível central do sistema. São mecanismos que restauram a forte presença de transferências negociadas nas relações financeiras intergovernamentais, pela introdução de condicionalidades para o acesso aos recursos, criam rigidez e reduzem a capacidade decisória dos gestores subnacionais, além de determinarem grande complexidade na gestão dos recursos, que passam a ter que ser controlados através de contas específicas, sujeitos a programação e prestação de contas de modo fragmentado.

Gráfico 11
Brasil: Evolução das Transferências a Municípios - PAB Fixo
(valores nominais)



Fonte: MS/COF

A Norma Operacional da Assistência — NOAS 2001²⁸ instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), como uma das condições de gestão dos sistemas municipais de saúde e modificou o Piso de Atenção Básica, que teve o seu elenco de atividades ampliado e passou a denominar-se PAB-Ampliado (PABA). As áreas de atuação da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada são as relacionadas ao controle da tuberculose, à eliminação da hanseníase, ao controle da hipertensão arterial, ao controle da diabetes *mellitus*, à saúde da criança, à saúde da mulher e à saúde bucal. Essas ações devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, respeitado o seu perfil epidemiológico, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica²⁹. O PABA é composto de uma parte fixa de recursos (PABA Fixo) destinados à assistência básica e de uma parte variável (PABA Variável), relativa aos incentivos para o desenvolvimento dos programas executados nesse nível de atenção. O PABA teve seus valores definidos numa faixa que varia entre R\$10,50 e R\$18,50 (R\$0,50 superior ao valor do PAB).

28 NOAS 2001 - Portaria N° 95, de 26 de Janeiro de 2001.

29 Portaria GM/MS N° 3.925, de 13 de novembro de 1998.

Os municípios que à época da edição da NOAS já recebiam o PAB Fixo em valor superior ao definido para o PAB Ampliado não sofreram alteração no valor *per capita* do PAB Fixo destinado ao seu município, a despeito da ampliação das responsabilidades³⁰.

7.3 - A REGIONALIZAÇÃO DO SUS, A OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E AS AÇÕES ESTRATÉGICAS.

Até 1998, os recursos para o financiamento das ações de média e alta complexidade eram incluídos nos tetos financeiros de municípios em gestão plena do Sistema, repassados fundo a fundo, ou mediante pagamento por serviços prestados (pela União ou pelos estados em gestão plena) para as demais unidades. A ausência/omissão das instâncias estaduais na coordenação dos processos de referência intermunicipal de pacientes e a insuficiência dos mecanismos de controle do acesso aos serviços começaram a se fazer sentir como problema, determinando que alguns dos municípios em gestão plena do sistema, diante da impossibilidade de obter ressarcimento dos valores gastos com atendimentos à população originária de outras UF comesçassem a estabelecer barreiras burocráticas ao acesso. Em outros casos, o porte dos municípios, por razões associadas a custo e escala de determinados serviços, dificultava a implementação de ações mais complexas. A questão da organização regional da rede de atenção e da organização dos fluxos de referência colocou-se, assim, como prioridade na agenda dos gestores das três esferas de governo. É nesse contexto que algumas medidas relacionadas ao financiamento das ações de média e alta complexidade, são tomadas pelo MS, a primeira delas em 1999, com a criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação.

7.3.1 - FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO — FAEC

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 531/GM, de 30 de abril de 1999, destinada a *“definir os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, que compõem o Teto Financeiro da Assistência à Saúde dos estados e do Distrito Federal”* criou, em seu art. 7º, o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação — FAEC, com a finalidade de arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação, e dos decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas. Entre os considerandos dessa portaria, o MS destaca a *“a necessidade de fortalecer mecanismos gerenciais que*

30 NOAS 2002 - item 7.4.

permitam um melhor acompanhamento de ações de saúde, especialmente daquelas de maior custo e/ou complexidade". Outro objetivo seria utilizar recursos adicionais alocados ao setor visando reduzir desigualdades entre os valores *per capita* transferidos para as unidades federadas.

O Art. 2º dessa Portaria³¹ define, também, sanções para estados e municípios que reduzirem alocação de recursos próprios, determinando que o Ministério da Saúde "*reduzirá, proporcionalmente, os recursos dos Limites Financeiros (...) para aqueles Estados e municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, que reduzirem seus orçamentos destinados à Saúde, em relação ao exercício anterior.*"

A estratégia de implementação da nova política de financiamento encontrou forte resistência de gestores subnacionais, especialmente após a edição, em janeiro de 2001, de portaria³² que explicitava a decisão do MS de reduzir os poderes dos mesmos na gestão dos recursos correspondentes, uma vez que a esfera federal passaria a efetuar os pagamentos correspondentes diretamente aos prestadores, deduzindo os valores dos respectivos tetos financeiros das UF.

Portaria MS n.º 132/GM, de 31/01/2001

Art. 1º Definir que, para os procedimentos estratégicos e de alta complexidade, custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, é de competência dos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, a contratação, cadastramento, autorização para realização de procedimentos, autorização de pagamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria das Unidades Prestadoras de Serviços do SUS.

Art. 2º Estabelecer que a produção referente aos procedimentos financiados pelo FAEC deverá ser apresentada pelos prestadores de serviços aos respectivos gestores, para as providências relativas aos processamentos, seguindo os mesmos prazos, fluxos e rotinas estabelecidos pelo Sistema de Internações Hospitalares / SIH-SUS e Sistema de Informações Ambulatoriais / SIA-SUS.

Art. 3º Estabelecer que os pagamentos dos valores relativos aos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, quando cumpridos o disposto nos Artigos 1º e 2º, serão executados pelo Ministério da Saúde diretamente aos prestadores de serviços, independente da condição de gestão do estado, município e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os valores de que trata este Artigo deixam de ser repassados fundo a fundo ou para conta específica dos respectivos gestores habilitados em Gestão Plena do Sistema Estadual e Municipal.

31 Port. n.º 531/GM, de 30 de abril de 1999.

32 Portaria GM n.º 132, de 31/01/2001.

Os recursos destinados ao FAEC, que foram inicialmente da ordem de R\$ 105 milhões, valor que equivalia a 1,23% dos “tetos” financeiros de média e alta complexidade para os estados e o Distrito Federal, crescem significativamente nos exercícios seguintes, passando a R\$406,3 milhões em 1999 (4,22% do total dos “tetos” dos estados e do Distrito Federal para financiamento da média e alta complexidade) e superando R\$1,0 bilhão em dezembro de 2001, o que já representava cerca de 10% dos recursos disponibilizados nos “tetos” dos estados e do Distrito Federal, da ordem de R\$10,2 bilhões³³. Nesse período, expande-se a estratégia de utilizar recursos do FAEC para incrementar ações sob a forma de campanhas.

O Relatório de Gestão 1998-2001, da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, destaca que *“após várias mudanças, decorrentes da busca da melhor maneira de sua utilização, em dezembro de 2001, a destinação dos recursos do FAEC pelo Ministério da Saúde estava dividida em quatro grandes blocos de ações financiadas.”*

O primeiro bloco corresponde ao que foi denominado de *“Ações Assistenciais Estratégicas”*, voltadas para grupos populacionais considerados pelo MS como prioritários e para a ampliação de acesso dos usuários do SUS a procedimentos com grande demanda reprimida, definidos em função de políticas de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Entre eles, foi dado destaque às campanhas para realização de cirurgias (Campanhas de Cirurgias Eletivas – Catarata, Próstata, Varizes etc; Transplantes; Cirurgia Bariátrica – Gastroplastia; Cirurgias para Correção de Deformidades Craniofaciais), e à campanha para Diagnóstico do Câncer de Colo Uterino. Também foram destinados recursos para financiar a disponibilidade de Medicamentos Excepcionais; Kit para Carga Viral para Diagnóstico da Aids; Reagentes para Diagnóstico da Aids bem como para o Incentivo para Alta Curado do Paciente com Tuberculose.

Um segundo grupo de ações corresponde a um grupo de *Incentivos* para estimular a parceria com o sistema público ou a realização de ações assistenciais. São recursos transferidos a entes públicos ou privados filantrópicos, adicionais aos pagamentos decorrentes da compra de serviços. Neste grupo destacam-se: o INTEGRASUS, adicional pago aos hospitais filantrópicos; o Incentivo para os Estados e Municípios para a Descentralização das Unidades Assistenciais da FUNASA e o Incentivo para a Assistência Hospitalar às Populações Indígenas.

33 SAS – Relatório de Gestão 1998-2001.

Há também uma linha de recursos para financiamento de *Novas Ações Programáticas*, correspondentes a novos procedimentos incluídos na tabela do SUS que, “*pela impossibilidade de previsão de impacto financeiro ou por depender de adesão progressiva dos gestores, são alocadas no FAEC, buscando garantir a sua plena execução, sendo, após a consolidação de um perfil de gasto, incorporado aos ‘tetos’ dos estados e do Distrito Federal*”³⁴. Neste grupo incluem-se recursos destinados a ações voltadas para Humanização do Parto e para o programa de Triagem Neonatal.

Finalmente, parte dos recursos alocados no FAEC têm sido destinados ao financiamento de procedimentos de alta complexidade para usuários do SUS, realizados por uma UF em pacientes provenientes de outros estados, que não dispõem desses serviços, através da *Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade*.

O quadro a seguir apresentado permite visualizar o crescimento do número de itens de despesa nos quais se inscrevem os recursos destinados aos municípios. À exceção dos pagamentos realizados diretamente pela esfera federal, cada um desses itens — os que envolvem transferências aos fundos municipais de saúde — correspondem a contas vinculadas ao item de despesa, implicando programação e prestação de contas específicas.

34 SAS — Relatório de Gestão 1998-2001.

Quadro 1

Recursos Federais do SUS transferidos a Municípios - Itens de despesas 1996 -2001						
Tipo de Despesa	1996/Dez	1997	1998	1999	2000	out/01
Pagamentos federais						..
Atendimento ambulatorial (MS)	1	1	1	1	1	1
.. Internações hospitalares (MS)	2	2	2	2	2	2
Transferências - média e alta complexidade						
.. AIDS - Ações Estratégicas						3
.. Acomp. Pós Transplante - Ações Estratégicas						4
.. Acompanh. a Def. Auditivo - Ações Estratégicas						5
.. Antígeno HLA				3	6	..
Assistência a municípios em calamidade					4	7
.. Assistência hospitalar e ambulatorial (MAC)	3	3	3	3	5	8
.. Campanha de Oftalmologia - Ações Estratégicas						9
.. Campanha de acomp paciente deficiente auditivo						10
.. Campanha de acompanhamento pós-transplantes				4	6	11
.. Campanha de cirurgia cardiovascular						12
.. Campanha de cirurgia da catarata				5	7	13
.. Campanha de cirurgia da próstata				6	8	14
.. Campanha de cirurgia de hérnia inguinal				7	9	
.. Campanha de epilepsia				10	15	
..Campanha de pré-natal					16	
..Campanha de quimioterapia					11	17
.. Campanha de radioterapia					12	18
.. Campanha de retinopatia diabética					13	19
.. Campanha de vacinação					20	
..Campanha de vacinação anti-rábica					14	21
.. Cirurgia de cirurgia de varizes				8	15	22
.. Cirurgia de deformidade crânio-facial				9	16	23
.. Cirurgia de mama			10			
.. Cirurgia oncológica				17	24	
.. Cirurgias eletivas - Ações Estratégicas						25
.. Co-financiamento carga viral HIV e TCD4/CD8						26
.. Co-financ para custeio assist unidades próprias					18	27
.. Complemento teto financeiro - plena			4	11	19	
.. Câmara de compensação de alta complexidade			5	12	20	28
.. Câncer de Colo Uterino - Ações Estratégicas						29
.. Deformidade Cranio-Facial - Ações Estrategicas						30
.. Fator de recomposição 25% (plena)	4	4	6			
.. Financ atividades cadastr avaliação estab saúde					21	31
.. Gestantes de alto risco - extra teto				13		
.. Gestão plena sistema municipal - alta complexid						32
.. Gestão plena sistema municipal - média complex						33
.. Histocompatibilidade - Ações Estratégicas						34

.. Humanização do Parto - Ações Estratégicas						35
.. Impacto da psiquiatria					36	
.. Incentivo (MAC) à população indígena					22	37
.. Leitos de UTI - extrateto			14			
.. MAC vigilância sanitária					23	38
.. Medicamentos excepcionais pacientes crônicos					24	39
.. Medicamentos excepcionais para transplantes			15			
.. Neurocirurgia - extrateto			16			
.. Ortodontia - Ações Estratégicas			17			40
.. Plano nacional de controle tuberculose			18	25		41
.. Programa de combate ao câncer de colo uterino		7	19	26		42
.. Programa de humanização pré-natal e nascimentos					27	
.. Programa de radioterapia/quimioterapia					28	
.. Próstata - Ações Estratégicas						43
.. Queimados - Ações Estratégicas						44
.. Reabilitação - Ações Estratégicas						45
.. Terapia renal substitutiva					29	
.. Transferências extraordinárias		5				
.. Transplantes			20	30	46	
.. Transplantes - Ações Estratégicas						47
.. Tuberculose - Ações Estratégicas						48
.. Urgência e emergência - extrateto			8	21		
.. Varizes - Ações Estratégicas						49
.. Vistoria PNASCH - Ações Estratégicas						50
Transferências - atenção básica						
.. Apoio à população indígena				22	31	51
.. Cadastro nacional de usuários do SUS						52
.. Epidemiologia e controle de doenças					32	53
.. Farmácia básica			23	33	54	
.. Inc. Adic. ao Prog. de Interior. do Trab em Saúde						55
.. Incentivo a ações básicas vigilância sanitária			9	24	34	56
.. Incentivo ações combate a carência nutricional			10	25	35	57
.. Incentivo à descentralização de unidades Funasa			11	26	36	58
.. Incentivo à saúde bucal					59	
.. Medicamentos para saúde mental				27	37	60
.. Piso de atenção básica fixo			12	28	38	61
.. Programa agentes comunitários de saúde			13	29	39	62
.. Programa de saúde da família			14	30	40	63
.. Projeto similar ao PSF					64	
.. Vacinação poliomielite					65	

Fonte: Ministério da Saúde: SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde

7.3.2 - NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA - NOAS 01/2001 E 01/2002: REGIONALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA OFERTA DE AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Definida a responsabilidade municipal universal na oferta de ações básicas de saúde e a instituição dos mecanismos de financiamento das mesmas – o PABA e incentivos –, a Norma Operacional da Assistência 01/2001 - NOAS 01/2001 deu especial ênfase à regulamentação das condições de oferta de ações de média e alta complexidade, através de Plano de Regionalização da Assistência, que integra o Plano Estadual de Saúde e deve conter, no mínimo, informações sobre: a organização do território estadual em regiões e microrregiões de saúde; a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião, e um plano diretor de investimentos. A proposta de regionalização deve assegurar a inserção e o papel de todos os municípios nas microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência, bem como as atribuições do nível estadual. No texto introdutório da NOAS, o MS destaca que *“além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação.”*

O processo de regionalização implica, para sua implementação, um processo de “qualificação” das microrregiões na assistência à saúde, que envolve a apresentação pelo gestor estadual do plano de regionalização do estado, com o desenho de todas as microrregiões, aprovado na CIB e a apresentação, para cada microrregião a ser qualificada, de: a) municípios que compõem a microrregião; b) definição dos módulos assistenciais existentes (explicitação do município-sede e área de abrangência); e c) vinculação de toda a população de cada município a um único município-sede de referência (cada município integra somente um módulo assistencial, e os módulos assistenciais cobrem toda a população da microrregião).

A microrregião de saúde corresponde à base territorial de planejamento, definida no âmbito estadual, de acordo com as características e estratégias de regionalização de cada estado, podendo compreender um ou mais módulos assistenciais. O módulo assistencial é um módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência (laboratório, radiologia simples, US obstétrica, psicologia, fisioterapia,

ações de odontologia especializada, leitos hospitalares), com área de abrangência mínima a ser definida para cada UF.

Após a qualificação da microrregião, os recursos correspondentes às ações sob sua responsabilidade serão transferidos fundo a fundo para o município sede, em montante proporcional à cobertura de sua população e à cobertura da população residente em outros municípios do mesmo módulo assistencial.

As ações assistenciais de média complexidade, ambulatoriais e hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou estadual, de acordo com o serviço, disponibilidade tecnológica, características do estado e definição no Plano Diretor de Regionalização estadual. A PPI, coordenada pelo gestor estadual, representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência.

No caso das ações de média complexidade, admite-se que um mesmo município encaminhe referências para mais de um pólo de MC, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e acordos entre gestores.

Para as ações de Alta Complexidade/Alto Custo, o Ministério da Saúde é responsável, entre outras atribuições, pela definição de normas e diretrizes nacionais. O gestor estadual se responsabiliza pela gestão da política de AC no estado, através de definição de prioridades assistenciais e programação da AC, cabendo ao gestor municipal (quando em Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM) a organização dos serviços de alta complexidade em seu território.

A Programação Pactuada Integrada – PPI deve orientar a alocação de recursos federais da assistência, com definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente da condição de gestão. O limite financeiro da assistência por município, que corresponde ao limite máximo de recursos financeiros a ser gasto com os serviços existentes em cada território municipal, é composto por duas partes separadas: os recursos destinados à própria população e os recursos destinados à população referenciada.

Os municípios sede de módulos assistenciais são responsáveis pela oferta de um elenco mínimo de procedimentos da média complexidade ambulatorial (Anexo 3-A da NOAS 2001), que incluem exames laboratoriais, procedimentos terapêuticos e diagnósticos realizados por profissionais médicos e outros profissionais de nível superior ou técnico.

NOAS 01/2001

I. 4 - DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

12 - A Atenção de Média Complexidade MC compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

13 - Excetuando as ações mínimas da média complexidade de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma desta Norma, que devem ser garantidas no âmbito microrregional, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do estado.

A garantia de acesso, na maioria dos municípios brasileiros, exige uma política de investimentos explicitamente direcionada à superação das desigualdades na disponibilidade de serviços e equipamentos. Tendo em vista as determinações da NOAS, relacionadas à regionalização do SUS, o MS estabeleceu especificação detalhada³⁵ de equipamentos para diagnóstico e de laboratório que devem existir em todos os municípios e os que devem estar em municípios sede de módulos assistenciais, para orientar convênios destinados a financiamento de investimentos, visando assegurar acesso às ações de média complexidade no primeiro nível de referência (laboratório de patologia clínica, serviço de radiologia e ultra-sonografia obstétrica). As ações de alta complexidade deverão ser concentradas em municípios pólo, para os quais também deverão ser direcionados os investimentos correspondentes a esse nível de atenção.

■ 8. INSTRUMENTOS DE GESTÃO FINANCEIRA

Dentre os diversos mecanismos de gestão financeira do sistema de saúde, dois merecem destaque por sua importância para as condições de *accountability* e controle sobre o sistema: os Fundos de Saúde e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops.

Os Fundos de Saúde são mecanismos previstos na legislação, que correspondem a “contas especiais”, em cada esfera de governo, nas quais deverão ser depositados e movimentados todos os recursos financeiros do SUS, sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

35 PT GM/MS N° 544, de 11 de abril de 2001.

O objetivo principal da adoção desses mecanismos foi permitir a identificação dos valores globais e da destinação dos recursos alocados ao sistema.

Na esfera federal, o Fundo Nacional de Saúde já existia desde o final da década dos sessenta. Em 2001, foi reestruturado e ajustado às novas funções³⁶, particularmente a de realizar transferências de recursos para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, no contexto da descentralização do SUS. Possibilita, ainda a celebração de convênios com órgãos e entidades, o parcelamento de débitos dos mesmos junto ao Ministério da Saúde e o financiamento das ações de saúde para os governos estaduais e municipais, entidades filantrópicas, universidades e outras instituições, além de consolidar as atividades de acompanhamento e prestação de contas dos convênios celebrados.

Dentre as principais competências do Fundo Nacional de Saúde (FNS), destacam-se:

a) o planejamento, a coordenação e o controle das atividades orçamentárias, financeiras e contábeis, inclusive aquelas executadas por unidades descentralizadas;

b) a promoção de atividades de cooperação técnica às instâncias subnacionais e demais entidades do sistema, nas áreas orçamentária e financeira, com o objetivo de articular e aperfeiçoar práticas de gestão;

c) o estabelecimento de normas e critérios para o gerenciamento das fontes de arrecadação e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros;

d) o planejamento, a coordenação e a supervisão das atividades de convênios, acordos, ajustes e similares sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, bem como o acompanhamento da aplicação dos recursos transferidos ao SUS;

e) o planejamento, a coordenação e a supervisão das atividades de prestação de contas e de Tomada de Contas Especial dos recursos do SUS alocados ao FNS.

Lei 8.080/90 - CAPÍTULO II - Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

36 Decreto 3.964, de 11/10/2001.

O Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde foi institucionalizado, em outubro de 2000, através de Portaria Conjunta do Ministro da Saúde e do Procurador Geral da República³⁷, embora seu processo de concepção tenha sido iniciado no princípio da década dos noventa e sua implementação já viesse ocorrendo desde 1999. Através dele, o MS organiza e executa a coleta, o processamento e a disponibilização de informações sobre receitas e gastos em saúde nas três esferas de governo, permitindo a produção de relevantes indicadores para o planejamento, acompanhamento e avaliação do gasto público nas três esferas de governo, facultando melhores condições para o exercício do controle social.

Conta com uma Câmara Técnica de Orientação e Avaliação, multiinstitucional, que tem como atribuições, dentre outras: propor ações para o aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta de informações; sugerir mecanismos que assegurem a qualidade das informações geradas pelo Siops; formular propostas de articulação entre as informações geradas pelo Siops e metodologias existentes sobre Sistemas de Contas Nacionais em Saúde e entre sistemas de informações orçamentárias; analisar as informações geradas pelo sistema, subsidiando com relatórios o planejamento e gestão do SUS, visando o aperfeiçoamento das políticas de financiamento da saúde e a elaboração de indicadores que reflitam a eficácia e a eficiência dos gastos públicos em saúde; subsidiar a elaboração de Projeto de Lei Complementar de regulamentação da Emenda Constitucional, que vinculou recursos à Saúde e propor mecanismos de acompanhamento da vinculação de recursos.

■ 9. MECANISMOS DE CONTROLE SOBRE O GASTO COM SAÚDE

A concepção do SUS incluiu duas instâncias de controle sobre o gasto setorial já na sua legislação básica: os Conselhos de Saúde e o Sistema Nacional de Auditoria. Além dessas instâncias internas, o sistema está submetido às instituições de controle regulares do Estado brasileiro, em particular os Tribunais de Contas, da União e dos Estados, e o Ministério Público. É também regido pelas mesmas regras legais³⁸ e mecanismos de controle aos quais está submetida a administração pública, envolvendo diversas instâncias institucionais. Algumas dessas normas visam a ampliação do controle local sobre os recursos transferidos pela União.

37 Portaria Nº 1.163, de 11 de Outubro de 2000.

38 Dentre as mais importantes destacam-se a Lei Federal 8.666, de 21/06/93, que regulamenta o Art. 37, inciso XXI da Constituição Brasileira e institui normas para Licitações e Contratos da Administração Pública (com as alterações das Leis Federal 8.883, de 08/06/94 e 9.648, de 27/05/98) e a Lei Complementar 101/2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal.

Lei nº 9.452, de 20/03/1997

Art 1º - Os órgãos e entidades da administração federal direta e as autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista federais notificarão as respectivas Câmaras Municipais da liberação de recursos financeiros que tenham efetuado, a qualquer título, para os Municípios, no prazo de dois dias úteis, contado da data da liberação.

A Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF³⁹ estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, destacando-se entre seus dispositivos alguns referentes a eficiência e economicidade, estabelecendo normas relativas ao controle de custos e à avaliação dos resultados dos programas financiados com recursos dos orçamentos (LRF - art. 4º) e exigindo a criação de indicadores de avaliação dos resultados das ações governamentais realizadas com recursos públicos, com o objetivo de aferir o cumprimento de metas e permitir a avaliação da relação custo/benefício.

LRF - Art. 8º - Até trinta dias após a publicação dos orçamentos, nos termos em que dispuser a lei de diretrizes orçamentárias e observado o disposto na alínea c do inciso I do art. 4º, o Poder Executivo estabelecerá a programação financeira e o cronograma de execução mensal de desembolso.

Parágrafo único. Os recursos legalmente vinculados a finalidade específica serão utilizados exclusivamente para atender ao objeto de sua vinculação, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorrer o ingresso.

Também estabelece regras para a execução orçamentária e financeira e estabelece limites para gastos com pessoal, bem como exige o cumprimento de metas de resultado primário ou nominal. Os recursos destinados à saúde, contudo, estão legalmente protegidos – particularmente nas esferas subnacionais, em que a vinculação corresponde a percentual da receita arrecadada – em relação às limitações de empenho e movimentação financeira previstas com o objetivo de assegurar superávit primário, em razão da vinculação constitucional. No entanto, a prática do contingenciamento orçamentário persiste, e as restrições ao gasto com pessoal têm constituído importante problema para a ampliação da oferta de ações e serviços de saúde.

RF - Art. 9º

§ 2º Não serão objeto de limitação as despesas que constituam obrigações constitucionais e legais do ente, inclusive aquelas destinadas ao pagamento do serviço da dívida, e as ressalvadas pela lei de diretrizes orçamentárias.

39 Lei Complementar 101/2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal.

a) Conselhos de Saúde

A instituição das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, como instrumentos para viabilizar o dispositivo constitucional que determina a participação da comunidade no SUS, nas três esferas de governo, foi regulada pela lei 8.142/90.

Na esfera federal, o Conselho Nacional de Saúde já existia, com caráter consultivo, desde a década dos trinta. Seu papel, contudo, durante mais de três décadas, foi inexpressivo. No início da década dos setenta foi reorganizado⁴⁰, teve sua composição redefinida e a ele foi atribuída competência para “examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação.” Embora mantivesse seu caráter consultivo, passou a ter importante papel como arena política. Ao longo da década dos setenta foi gradativamente assumindo um perfil técnico normativo e, na década seguinte, seu papel foi inexpressivo.

A legislação pós CF 88 muda radicalmente o papel e as atribuições dos Conselhos. Passam a ser órgão permanente e deliberativo, que normatiza, recomenda, promove diligências, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Suas deliberações, contudo, estão sujeitas à homologação “pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”, faltando-lhes instrumentos próprios que assegurem o respeito às suas deliberações. Em caso de desrespeito, podem valer-se de negociação política, ação judicial ou acionamento do Ministério Público.

A legislação também estabelece sua composição: devem ser integrados por representantes do governo, de prestadores de serviços, de profissionais de saúde e de usuários do sistema. A representação dos usuários deve ser paritária em relação ao conjunto do demais segmentos.

O Conselho Nacional de Saúde teve sua composição e atribuições adaptadas ao novo marco legal⁴¹ no início da década dos noventa. Reúne-se mensalmente e mantém, entre outras comissões técnicas permanentes, a Comissão de Orçamento e Finanças, que tem por finalidade “subsidiar o Conselho Nacional de Saúde nas atividades específicas de promotor e apoiador do processo de Controle Social pelos Conselhos de Saúde das demais esferas do poder, em especial, na disseminação das atividades relativas à questão orça-

40 Decreto 67.300/70.

41 Decreto 99.438/90.

mentária e financeira; acompanhar o processo de execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde no contexto da Seguridade Social no âmbito do Orçamento Geral da União - OGU e colaborar na formulação de diretrizes para o processo de Planejamento e Avaliação do SUS.”

Reunindo-se regularmente a cada mês, essa Comissão analisa as informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde relacionadas à execução financeira dos órgãos e programas de saúde desenvolvidos pelo MS, produzindo relatórios que são submetidos à apreciação do Plenário do Conselho. Também assessora o Conselho na análise de matérias relativas ao financiamento, tais como revisão de valores da tabela de remuneração e estabelecimento de tetos financeiros das instâncias subnacionais.

Sua contribuição foi também relevante no contexto da implementação da EC 29, no apoio ao Grupo Técnico formado por representantes da Secretaria de Gestão de Investimentos do MS, Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, Comissão de Seguridade Social da Câmara Federal, Comissão de Assuntos Sociais do Senado e Associação dos Membros dos Tribunais de Contas – ATRICON. Esse GT foi responsável pela elaboração do documento “Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional 29”, que objetivou o estabelecimento de critérios para a definição do itens de gasto que deveriam ser admitidos para os fins de cômputo dos montantes, na averiguação do cumprimento da EC 29.

Em âmbito estadual e municipal, contudo, a ação dos Conselhos no controle orçamentário ainda é bastante frágil, embora esta seja a atividade à qual é conferida maior ênfase. Restringe-se, contudo, a aspectos relacionados à execução financeira e à legalidade dos atos, pouco influenciando na programação dos gastos. Essa constatação, expressa durante o I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde (1995) resultou em recomendação de ações destinadas a fortalecer a atuação dos Conselhos, que incluíram a necessidade de programas de capacitação e de “propor de critérios para programação e para a execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, deliberando sobre a destinação dos recursos, fiscalizando e controlando seu funcionamento.”⁴²

b) Sistema Nacional de Auditoria

As atividades de auditoria médica e financeira relacionadas à assistência médica e hospitalar eram desenvolvidas, até o início da década dos noventa, pelo Inamps, de

42 8 Deliberações Finais do I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, Salvador, 1995

forma centralizada. A implementação do dispositivo previsto na Lei Orgânica da Saúde, do estabelecimento de um Sistema Nacional de Auditoria só ocorreu depois da extinção do Inamps, quando se definiram as atribuições do sistema e os papéis das três esferas de governo em relação a essa importante dimensão da gestão do sistema.⁴³

Decreto nº 1.651, de 28/09/1995

Art. 2º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I - controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III - auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo único Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

A NOAS 2002 ressalta que todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde e que as atribuições de controle, regulação e avaliação devem ser definidas através de pactuações efetuadas entre eles, com prioridade para: a avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão; a relação com os prestadores de serviços; a qualidade da assistência e satisfação dos usuários e os resultados e impacto sobre a saúde da população.

O acompanhamento e a avaliação do desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da equidade no acesso e na alocação dos recursos, devem ser efetuadas pelas três esferas de gestão, tendo como instrumento básico o Relatório de Gestão. O controle e a avaliação dos prestadores de serviços, que compreendem a caracterização da rede de estabelecimentos de saúde, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratação de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições, devem exercidos pelo gestor do SUS responsável, de acordo com a condição de habilitação e modelo de gestão adotado. Estados e municípios deverão elaborar seus respectivos planos de controle, regulação e avaliação estabelecendo estratégias e instrumentos a serem empregados para o fortalecimento da capacidade de gestão.

43 Decreto nº 1.651, de 28/09/1995.

c) Controle Externo: Secretaria Federal de Controle, Tribunais de Contas e Ministério Público

Os processos de compras de bens e serviços com recursos públicos são regulados por dispositivo constitucional⁴⁴ e por legislação específica⁴⁵ e sujeitos à fiscalização e controle de instituições próprias, das quais as mais importantes são a Secretaria Federal de Controle Interno, os Tribunais de Contas da União e dos Estados e o Ministério Público.

O Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal tem como missão avaliar a ação governamental e a gestão dos administradores públicos federais, por intermédio da fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial. A Secretaria Federal de Controle Interno é seu órgão central.

Suas atribuições incluem: a avaliação do cumprimento das metas previstas no plano plurianual; a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União; a averiguação da legalidade e avaliação dos resultados, quanto à eficácia e eficiência da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e nas entidades da Administração Pública Federal, bem como da aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado⁴⁶. Antes integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, a Secretaria Federal de Controle Interno e a Comissão de Coordenação de Controle Interno passaram, a partir de outubro de 2002, a serem vinculadas à Casa Civil da Presidência da República.⁴⁷

O Ministério Público — MP “ é instituição permanente, (...) incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”⁴⁸, dotada de independência funcional, cabendo-lhe “zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados (na) Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia.”⁴⁹

Na área da saúde, o MP atua em todas as questões relacionadas ao exercício do direito à saúde (em especial na garantia do acesso a ações e serviços e à qualidade da atenção), e à verificação do cumprimento do dever do Estado na garantia desse direito.

44 Brasil, 1988, Capítulo VII, da Administração Pública, Art. 37, inciso XXI.

45 Uma das mais importantes é a Lei Federal 8.666, de 21/06/93 - Regulamenta o Art. 37, inciso XXI da Constituição Brasileira e institui normas para Licitações e Contratos da Administração Pública, com as alterações da Lei Federal 8.883, de 08/06/94 e Lei Federal 9.648, de 27/05/98.

46 Lei nº 10.180, de 6 de fevereiro de 2001 - art. 19 e 20.

47 Decreto Nº 4.427, de 17 de Outubro de 2002.

48 Lei Nº 8.625, de 12 de Fevereiro de 1993.

49 Brasil, 1988 - Cap. IV, Art. 129 - inciso II.

Para o exercício dessas atribuições, o MP pode “*requisitar informações, exames periciais e documentos de autoridades federais, estaduais e municipais, bem como dos órgãos e entidades da administração direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; c) promover inspeções e diligências investigatórias junto às autoridades, órgãos e entidades a que se refere a alínea anterior; II - requisitar informações e documentos a entidades privadas, para instruir procedimentos ou processo em que oficie; III - requisitar à autoridade competente a instauração de sindicância ou procedimento administrativo cabível.*”

Art. 25. Além das funções previstas nas Constituições Federal e Estadual, na Lei Orgânica e em outras leis, incumbe, ainda, ao Ministério Público:

I - propor ação de inconstitucionalidade de leis ou atos normativos estaduais ou municipais, em face à Constituição Estadual;

(...)

IV - promover o inquérito civil e a ação civil pública, na forma da lei:

a) para a proteção, prevenção e reparação dos danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, aos bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico, e a outros interesses difusos, coletivos e individuais indisponíveis e homogêneos;

b) para a anulação ou declaração de nulidade de atos lesivos ao patrimônio público ou à moralidade administrativa do Estado ou de Município, de suas administrações indiretas ou fundacionais ou de entidades privadas de que participem;

(...)

VIII - ingressar em juízo, de ofício, para responsabilizar os gestores do dinheiro público condenados por tribunais e conselhos de contas;

(...)

O Tribunal de Contas da União é órgão de controle externo, ao qual compete “*julgar as contas dos administradores e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos das unidades dos poderes da União e das entidades da administração indireta, incluídas as fundações e sociedades instituídas e mantidas pelo poder público federal, e as contas daqueles que derem causa a perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte dano ao erário.*”⁵⁰ No exercício dessa atribuição, realiza a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial; acompanha a arrecadação das receitas; verifica a legalidade, a legitimidade e a economicidade dos atos de gestão e aplica sanções, quando necessário. Pode regulamentar e expedir atos e instruções norma-

50 Lei n.º 8.443, de 16 de julho de 1992.

tivas sobre matéria de suas atribuições e a ele devem prestar contas todos os entes públicos ou privados que utilizem, arrecadem, guardem, gerenciem ou administrem dinheiros, bens e valores públicos.

A tomada ou prestação de contas se dá com base em relatório de gestão; relatório do tomador de contas, quando couber; relatório e certificado de auditoria, com o parecer do dirigente do órgão de controle interno, que consignará qualquer irregularidade ou ilegalidade constatada, indicando as medidas adotadas para corrigir as faltas encontradas e pronunciamento do ministro de Estado supervisor da área ou da autoridade de nível hierárquico equivalente.

Sua atuação tem sido extremamente importante não apenas na fiscalização, mas também no estabelecimento de resoluções que firmam interpretação de dispositivos legais sobre os quais não haja consenso entre os gestores, como ocorreu, por exemplo, com a expressão “demais ações de saúde”, contida no parágrafo único do art. 2º, da Lei nº 8.142/90 e que vinha sendo utilizada para justificar o uso de recursos dos Fundos de Saúde em outras áreas de política pública.⁵¹

Esse conjunto de instituições jogou importante papel na redução das práticas à margem da lei que marcavam o sistema e eram objeto de constantes denúncias até o início da década dos noventa. Mesmo que, pontualmente, ainda ocorram denúncias de corrupção ou de superfaturamento em compras, configurando mau uso do recursos públicos, o processo de *accountability* e a ação decidida dessas instituições, internas e externas, atuando de forma descentralizada e estabelecendo punições aos responsáveis, conferiram ao sistema um grau de controle sobre o gasto nunca antes experimentado. O avanço que se torna necessário é a extensão desse esforço à verificação da qualidade e da efetividade das ações e serviços disponibilizados pelo SUS aos cidadãos.

■ 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de reforma do sistema de saúde, desencadeado a partir da Constituição Federal de 1988, tem inegável saldo positivo. Na esfera do financiamento, contudo, persistem desafios importantes. O baixo valor *per capita* alocado pelo setor público, associado às dificuldades para imprimir velocidade à mudança do modelo de atenção, não permitiram, ainda, viabilizar o real cumprimento de dispositivos constitucionais importantes, particularmente os referentes à universalidade de acesso e à integralidade

51 Resolução nº 600/2000 -TCU.

da atenção (o Brasil é, dentre os países que optaram por sistemas universais, o único em que o gasto privado supera o gasto público). Persistem importantes desigualdades de acesso entre cidadãos residentes nas diferentes regiões do país, não obstante os avanços significativos observados na distribuição inter-regional dos recursos.

Importante mudança de rota também pode ser identificada no processo de descentralização, com alguns aspectos positivos e outros negativos. A maior ênfase na atenção básica e os esforços de reorganizar a oferta de ações e serviços mediante processo de regionalização são, sem dúvida, importantes avanços. Mas, em contrapartida, as estratégias e os mecanismos adotados para o repasse de recursos às esferas subnacionais estão longe de corresponder aos dispositivos legais que determinam a descentralização do processo decisório e a adequação das ações às necessidades locais.

O processo de descentralização, como o texto aponta, apresenta uma característica clara: o fortalecimento da presença dos municípios na atenção básica e a restrição ao processo de assunção da responsabilidade plena pela gestão sanitária. Isso ficou evidenciado pela evolução do número de municípios habilitados segundo a condição de gestão: em dezembro de 1995, um ano após o efetivo início do processo de habilitação na condição de gestão simplificada, havia 56 municípios nessa condição de gestão; em novembro de 1999, o número de municípios habilitados na condição de gestão plena do sistema alcançava 494, correspondendo a 9% do total de municípios. Três anos depois, em 2002, eram 564 municípios em gestão plena (10% do total). Isso sugere que tenha existido, subjacente às estratégias, intenção de "especializar" a esfera municipal na provisão da atenção básica, reservando aos estados e à União papéis preponderantes na oferta de ações de média e alta complexidade.

Como também foi apontado, o esforço de redistribuir foi ofuscado pelos seus efeitos negativos, em razão das estratégias adotadas, que ocasionaram o enfraquecimento do papel das instâncias subnacionais na gestão do sistema, persistindo como desafio o desenho de políticas que permitam combinar a redistribuição de receitas ao fortalecimento do processo de descentralização e da capacidade de gestão.

A extraordinária fragmentação do repasse de recursos aos municípios tem severas consequências sobre a possibilidade de planejamento de ações adequadas para o atendimento das necessidades das populações e a forma centralizada como são definidas as parcelas pode resultar em uma gradual redução da responsabilidade sanitária dos gestores subnacionais. Mais grave ainda é o risco de que a fragmentação resulte em danos severos ao princípio da integralidade da atenção, dada a possibilidade de que programas e projetos se autonomizem e sejam operados a partir de lógicas diferentes. O princípio

legal do comando único do sistema em cada esfera de governo fica comprometido, se não houver autonomia sobre a gestão dos recursos e sobre a possibilidade de programá-los sob a ótica das necessidades da população. Reduz-se também a possibilidade de que o controle social opere induzindo políticas e estratégias mais adequadas.

A expansão do uso de mecanismos de “adesão” no repasse de recursos, mediante convênios ou pactos, por outro lado, restaura o risco de reinstalação de práticas clientelistas.

A construção de um sistema que produza efeitos eqüitativos não pode também restringir-se à redistribuição de recursos destinados o custeio: é imprescindível uma política de investimentos orientada para esse objetivo, que promova a expansão da rede e da oferta de serviços de maneira a viabilizar o acesso, dimensão que ainda não foi objeto de adequada atenção.

REFERÊNCIAS

BAHIA, Lígia. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós regulamentação. In: NEGRI, B; GIOVANNI, G. **Brasil, radiografia da saúde**, Campinas: Unicamp, 2001.

BARROS, Elizabeth; PIOLA, Sérgio; VIANNA, Salon. Política de saúde: diagnóstico e perspectivas. **Texto para Discussão**, Brasília: IPEA, n. 401, 1996.

BARROS, Ricardo P. ; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosane. A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil. **Texto para Discussão**, Rio de Janeiro: IPEA, n. 800, jun. 2001.

BRAGA, J. Carlos de Souza; PAULA, S. Góes. **Saúde e previdências: estudos de política social**. São Paulo: CEBES, 1981.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Emenda Constitucional nº 29**, de setembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Norma Operacional de Assistência à Saúde**. Brasília, DF, 2001.

_____. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional de Assistência à Saúde**. Brasília, DF, 2002.

_____. Sistema Único de Saúde. Departamento de Informática. Sistema de Informação Ambulatorial. **Banco de dados**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet>>

_____. Sistema Único de Saúde. Departamento de Informática. Sistema de Internação Ambulatorial. **Banco de dados**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet>>.

CARVALHO, Gilson. **Financiamento federal para a saúde 1988-2001**. 2002. 1v. Tese (doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

CORREIA, M. Valéria C. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

DALLARI, S. G. **Municipalização dos serviços de saúde**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD: acesso e utilização de serviços de saúde**. Brasília, DF, 1998.

_____. **Pesquisa Assistência Médica e Sanitária - AMS**. Brasília, DF, 1999.

NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Org.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, 2001.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD. **Ineqüidades en la situación de salud, acceso y gasto en atención de salud.** Washington, DC, 2000.

REIS, Carlos O. O. ; RIBEIRO, José A. C. ; PIOLA, Sérgio F. Financiamento das políticas sociais nos anos 1990: o caso do Ministério da Saúde. **Texto para Discussão**, Brasília: IPEA, n. 802, jun. 2001.

SILVEIRA, Fernando G. ; MAGALHÃES, Luís C. ; TOMICH, Frederico A. **Dimensão, características e evolução do gasto familiar com assistência à saúde no Brasil.** Brasília: IPEA, 2001.

O PAPEL E AS CONSEQÜÊNCIAS DOS INCENTIVOS COMO ESTRATÉGIA DE FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE

Autores: Áquilas Nogueira Mendes*; Rosa Maria Marques**

RESUMO

Este artigo apresenta os resultados de seis estudos de caso, organizados pela Organização Pan-Americana da Saúde, através do Observatório da Reforma do Sistema de Saúde no Brasil, com o intuito de verificar a reação da gestão municipal, sob diferentes formas de adesão ao SUS, aos incentivos do PAB Variável e às transferências federais destinadas, entre outras, às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Sintetizando os principais resultados obtidos na pesquisa, o artigo discute, para os municípios estudados, se o PAB Variável induziu a política de saúde local, impedindo que o município alocasse os recursos próprios e transferidos segundo as necessidades expressas em seu planejamento. Além disso, é enfatizado se há diferenças de impacto sobre a gestão quando o município é de gestão Plena da Atenção Básica ou Plena do Sistema Municipal. É discutida, ainda, a consequência das transferências sob a forma de campanhas, tais como a de combate ao câncer de colo uterino, cirurgia de catarata, entre outras, e de ações estratégicas.

PALAVRAS-CHAVE: financiamento da saúde; transferências federais; gasto municipal com saúde; gestão e planejamento da política de saúde local.

ABSTRACT

This article presents the results of six case studies organized by Pan-American Health Organization, through its Observatory of Brazilian Reform Health System. Its objective is to analyse the municipal management reaction, under the different levels of management in Health Unified System (SUS), to "PAB-variável" incentives and to federal transfers directed, among others, to the "campaigns" developed by the Ministry of Health. Summing

* Professor da Faculdade de Economia da FAAP/SP e técnico do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal - Cepam/SP.

** Professora titular do Departamento de Economia da PUC/SP.

up the main results found in the research, this article discusses, to the municipalities studied, if the “PAB-variável” has induced local health policy, preventing the municipality to allocate its own and transferred resources according to health necessities raised in its planning. Beyond this, it is emphasized if there are different results when the municipality is under Basic Care Management or Fully Municipal System Management. It is also discussed, the consequence of federal transfers under “campaigns”, such as “combate ao câncer de colo uterino”, “cirurgia de catarata”, amongst others, and strategic actions.

KEY WORDS: health financing; federal transfers; municipal government expenditure in health; managing and planning of local health policy.

■ INTRODUÇÃO

Ao longo da década de 90, o avanço do processo de municipalização, a universalização da atenção básica e o estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde foram prioridades-chave da política desenvolvida pelo investimento do Ministério da Saúde. Na tentativa de reorientar a reorganização da lógica assistencial do SUS e da política de saúde, o Ministério atribuiu ênfase à implementação de uma nova dinâmica para os mecanismos de transferência e de aplicação dos recursos da esfera federal. De um lado, perseguindo uma reforma mais ampla do financiamento do setor saúde, o governo federal promoveu e estimulou o aumento dos recursos financeiros destinados à atenção básica, priorizando as transferências a municípios, através da introdução de incentivos financeiros, particularmente do Piso de Atenção Básica Variável. De outro lado, foram expandidas as transferências fundo a fundo para a Média e Alta Complexidade e as transferências relacionadas às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.¹

A implantação dessa política, a diante desse quadro, a despeito de apresentar resultados positivos ou não, despertou uma série de indagações, tais como: a introdução de incentivos, campanhas e outras formas de direcionamento de recursos, poderiam estar restringendo a autonomia do município na alocação dos recursos transferidos a seu fundo? A constante utilização de campanhas a partir de 1998 e o estímulo a que os municípios Pode-se admitir que o fato de as “campanhas” terem se tornado uma prática

1 Para o conhecimento da despesa do Ministério da Saúde realizada sob as formas de pagamentos direto aos prestadores de serviços e de transferências aos estados e municípios habilitados no SUS, no período entre 1997 e 2001, ver Marques & Mendes (2002).

constante a partir de 1998 e o fato de os municípios serem estimulados a incorporar os programas que lhe acrescentam receita financeira são elementos que reforçam o poder e a determinação do governo federal na formulação da política de saúde e, dificultando a realização de um planejamento autônomo por parte dos municípios mais adequado às necessidades locais?

Na busca de elementos que esclarecessem essas questões, a realidade, as respostas ao conjunto dessas perguntas foram motivadas pela Organização Pan-americana da Saúde, através do Observatório da Reforma do Sistema de Saúde no Brasil, que teve a iniciativa de promover a realização de seis estudos de caso junto a municípios de diferentes formas de gestão, numa pesquisa sobre as consequências dos incentivos federais no financiamento das ações e serviços de saúde locais, buscando levantar elementos qualitativos para o aprofundamento da discussão em torno dessa problemática. Os resultados obtidos nessa pesquisa são aqui apresentados.

O objetivo deste artigo é apresentar os principais resultados dessa pesquisa sobre a reação da gestão municipal ao PAB variável e às transferências destinadas, entre outras, às campanhas, levando em conta os seguintes aspectos: as diferentes formas de habilitação ao SUS; o porte populacional; o nível da arrecadação *per capita* municipal; os recursos próprios utilizados na área da saúde (Emenda Constitucional 29); e a experiência do município no tocante à gestão descentralizada do SUS (medida em anos de adesão – gestão simplificada pela NOB 93 e plena do sistema pela NOB 96). Além de municípios do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul, estados onde o Observatório da Reforma do Sistema de Saúde no Brasil opera, foram incluídos municípios do estado de São Paulo. Esses aspectos constituem variáveis relevantes na determinação da autonomia do município na política de saúde.

O artigo está dividido em cinco partes. A primeira delas é dedicada ao envolvimento dos municípios no gasto com saúde; a segunda parte analisa o comportamento das transferências federais para os municípios; a terceira verifica o desempenho do gasto em saúde realizado pelos municípios por categoria econômica, bem como sua destinação através da alocação dos recursos executados em nível de subprogramas, projetos e atividades; a quarta parte descreve os principais programas/ações que têm sido contemplados nos instrumentos de Gestão e Planejamento da Política de Saúde dos Municípios, visando verificar em que medida eles encontram relação com os recursos federais transferidos aos municípios; a quinta e última parte apresenta a opinião dos secretários municipais de saúde e dos gestores dos Fundos Municipais de Saúde sobre diferentes aspectos do papel das transferências federais na condução da política local de saúde.

■ NOTA METODOLÓGICA

De forma específica, o artigo investiga se o PAB Variável induz à determinação da política de saúde municipal, impedindo que o município aloque os recursos próprios e transferidos segundo as necessidades sentidas pelo planejamento local, bem como analisa se o impacto do PAB Variável sobre a definição da política de saúde é diferente quando o município é de gestão plena da Atenção Básica ou Plena do Sistema Municipal. São analisadas, ainda, as conseqüências das transferências que compreendem campanhas de combate ao câncer de colo uterino, cirurgia de catarata, entre outras, e ações estratégicas na política de saúde dos municípios de gestão plena do sistema municipal.

Com a finalidade de contemplar a diversidade das realidades locais e dos variados graus de autonomia do governo municipal com relação à habilitação ao SUS, foram realizados 6 estudos de caso junto a municípios dos estados em que o Observatório da Reforma do Sistema de Saúde no Brasil opera, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Além disso, a pesquisa incluiu três municípios do estado de São Paulo. A escolha desses municípios respondeu aos critérios da forma de gestão dos municípios (Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal); diferentes portes populacionais; capacidade de arrecadação própria; comprometimento da Receita Própria com saúde; anos de adesão à gestão descentralizada do SUS (gestão semiplena pela NOB 93 e plena do sistema pela NOB 96); e localização regional, respeitando os estados do Observatório.

Os municípios pesquisados nos estudos de caso foram realizados, no estado de São Paulo foram, junto aos municípios de Assis, Jacareí e Ipaussu; no estado do Rio de Janeiro, a escolha recaiu sobre Resende e Natividade; e no estado do Rio Grande do Sul, em Lindolfo Collor. Na fase de escolha dos municípios, também era objetivo analisar Caxias do Sul, do Rio Grande do Sul. Contudo, por motivos alheios à pesquisa, não foi possível contar com suas informações.

A eleição dos critérios de escolha acima mencionados permitiu que a pesquisa do impacto do PAB Variável e das transferências (definidas anteriormente) fosse realizada em municípios com diferentes realidades. Os municípios de maior porte, com mais de 100.000 habitantes, estão representados por Resende e Jacareí, todos eles em gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a NOB 96. Em relação à NOB 93, o primeiro estava na condição de Semiplena e Jacareí em gestão Parcial. São municípios de pequeno porte, com menos de 20.000 habitantes, Natividade, Ipaussu e Lindolfo Collor. Atualmente esses municípios estão em gestão Plena da Atenção Básica; segundo a NOB 93, Natividade estava em gestão Parcial e Ipaussu em gestão Incipiente. Lindolfo Collor não estava habilitado ao SUS antes da NOB 96.

O Quadro 1 apresenta a população, as condições de gestão do SUS, conforme a NOB-01/93 e NOB-96, a Receita Própria *per capita*, assim definida conforme a determinação da Emenda Constitucional 29 e o percentual da receita própria gasta em saúde para os municípios estudados. O Quadro 2 apresenta a organização do setor de saúde nesses municípios.

Quadro 2
Caracterização Geral dos Municípios

Estado	Municípios	População 2000	Condição de Gestão		Receita Própria conf.% EC 29 <i>per capita</i> 2000 (*)	Receita Própria Aplicada em Saúde 2000 (**)
			NOB/96	NOB/93		
Rio de Janeiro	Natividade	15.125	P. Básica	Parcial	R\$ 546,78	7,97
	Resende	104.549	P. Sistema	Semiplena	R\$ 497,51	18,82
São Paulo	Assis	87.251	P. Sistema	Semiplena	R\$ 379,74	16,99
	Jacareí	191.291	P. Sistema	Parcial	R\$ 614,02	22,70
	Ipaussu	12.553	P. Básica	Incipiente	R\$ 509,56	16,26
Rio Grande do Sul	Lindolfo Collor	4.414	P.Básica	-	R\$ 665,99	6,48

Fonte: Para População IBGE e para demais SIOPS/DATASUS/MS

(*) Receita de impostos (IPTU, ISS, ITBI), mais Transferências Constitucionais conforme a EC 29.

(**) Despesa própria com Saúde / Receita própria conforme a EC 29

Quadro 3
SUS: Estrutura da oferta por tipo de serviço e segundo a modalidade de gestão local em seis municípios selecionados - 2001

UNIDADES DE SAÚDE	Gestão Plena Básica			Gestão Plena Sistema		
	Natividade	Ipaussu	Lindolfo Collor	Resende	Assis	Jacareí
Rede Básica e especializada Unidades Básicas de Saúde.	1 (Média Complexidade.)	1	1	10	7	11
Unidades de Saúde da Família	4	-	-	8	10	
Centro de Saúde	1	1	-	-	-	-
Unidade Mixta	-	-	-	1		1
Unidades de Especialidades	-	-	-	2	1	1
Pronto Socorro	-	-	-	-	1	1
Centros Especializados	-	-	- (Psico;Reabil; Adolesc. Mulher)	4 (Psico-Social)	1 (Adolesc.)	1
Outras Unidades	2 (Unid. Amb.filantr. e Unid.Apae)	-	-	6	1	4
Sist.Apoio Diag.e Terap. Labor.Análises Clínicas	1	-	- (municipal)	1 (filant/lucrat.)	7 (municipal)	1
Rede Hospitalar Hospital	-	-	-	3	3	3
.Municipal	-	-	- nd	1	-	-
.Filantrópico	-	1	- 91 leitos	1 87 leitos	1 156 leitos	1
.Lucrativo	-	-	- 42 leitos	1 10 leitos	1 118 leitos	2
.Estadual	-	-	-	- 123 leitos	1	-

Fonte: Planos e Relatórios de Gestão Municipais

O período analisado foi 1998/2001, uma vez que a implantação dos diferentes incentivos ocorreu nesses anos. Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: a análise documental e o questionário auto-aplicável. O primeiro é integrado por: extratos das contas municipais das transferências federais para o Fundo Municipal de Saúde; mecanismos de planejamento e gestão da política de saúde, preconizados pelo SUS, tais como a Agenda Municipal de Saúde, o Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão; Balanços Gerais Municipais e o banco de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops para a análise das despesas executadas em saúde.

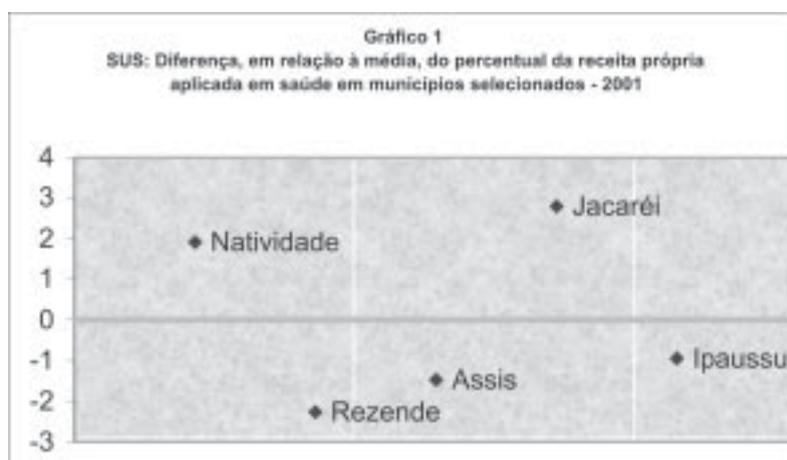
Os Para os questionários auto-aplicáveis foram dirigidos. Utilizou-se a auto-aplicação, realizada junto aos secretários municipais de saúde e aos gestores do Fundo Municipal de Saúde (quando existentes).

O período compreendido para análise das informações foi de 1998 a 2001, uma vez que, neste período, foram implementados os incentivos, traduzindo uma nova sistemática para as transferências federais.

1. O ENVOLVIMENTO DOS MUNICÍPIOS NO GASTO COM SAÚDE

Nos anos 90, o comprometimento dos municípios com a implementação do SUS resultou, entre 1994 e 2000, numa redução do gasto público total *per capita* de R\$230,29 para R\$238,17 (valores corrigidos pelo IGP-DI de dezembro de 2001), ampliando a participação dos municípios nesse gasto de 17,2% para 24,3%.¹

Esse mesmo tipo de comprometimento foi observado com relação aos municípios estudados. Contudo, a pesquisa realizada revelou que entre esses municípios não há correlação entre o seu grau de comprometimento com o gasto com saúde e a forma de habilitação ao SUS. No ano de 2001, por exemplo, Natividade, município em gestão plena da atenção básica, superou em quase 2 pontos percentuais o percentual médio de aplicação da receita própria para os 6 municípios analisados (19,75%). Já Resende e Assis, em gestão Plena do Sistema Municipal, aplicaram abaixo da média em 2,27% e 1,48%, respectivamente (Gráfico 1).

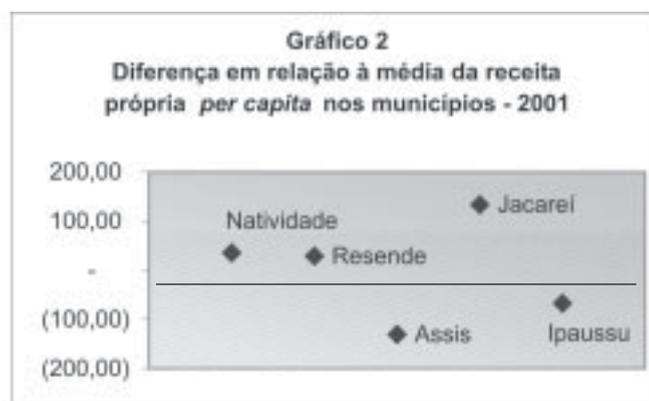


Fonte: Balanços Municipais.

¹ Informações obtidas em Marques & Mendes (2001); e para o ano de 2000, os dados foram extraídos de Favaret *et al* (2001), com base no Siops.

A idéia geralmente difundida de que municípios em gestão mais avançada acabam por comprometer maior volume de seus recursos próprios em saúde somente se confirmou em Jacareí (2,79% acima da média em 2001) e em Ipaussu, pelo seu reverso, que aplicou 0,95% abaixo da média no mesmo ano. No caso de Lindolfo Collor, que não forneceu dados de 2001, para os demais anos registrou, tal como Ipaussu, comprometimento abaixo da média.

No tocante ao parâmetro mínimo de gasto em saúde definido pela Emenda Constitucional 29 (15%), chama atenção que, em 2000, apenas Natividade e Lindolfo Collor não alocavam os recursos na proporção definida. Lindolfo Collor, para esse ano, alocou em saúde percentual inferior a 7%. Em 2001, no entanto, tanto esse município como Natividade, superaram de longe o limite mínimo. Em termos da receita própria *per capita*, assim definida pela EC 29, a mesma dispersão foi verificada em relação à média dos municípios, com exceção de Resende, que ficou acima da média. A dispersão desse indicador pode ser melhor apreendida no Gráfico 2.



Fonte: Balanços Municipais

2. AS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS PARA OS MUNICÍPIOS

Entre 1998 e 2001, as transferências federais para a atenção básica em todos os municípios foram significativas, mesmo para os municípios em gestão Plena do Sistema Municipal. Em Resende, esses recursos nunca foram inferiores a 24%; em Assis, a 18% e

em Jacareí, a 21%. Para se ter uma idéia do comportamento do crescimento dessas transferências federais, destacam-se três movimentos: 1) elevação expressiva de 402,0% em Natividade; 2) aumento médio em torno de 20%, sendo 26,9% em Jacareí e 20,3% em Resende; 3) crescimento modesto de 7,6% em Ipaussu e 2,2% em Assis. O município de Lindolfo Collor começou a receber recursos apenas a partir de 2000. Mesmo assim, registrou, entre 2000 e 2001, aumento de 6%, o que o coloca no terceiro tipo de crescimento.

Especificamente, nos municípios de gestão plena da atenção básica, as transferências federais destinadas para o PAB Fixo apresentaram queda quando se compara a situação de 2001 àquela de 1998. Surpreende o fato de, em Natividade, o movimento de decréscimo haver sido contínuo ao longo de todo o período analisado; enquanto que, em Ipaussu, a redução foi localizada somente no ano de 2001. Por sua vez Lindolfo Collor, por ter se habilitado em 2000, já apresenta, desde esse ano, percentual de 34,6% (Tabela 1).

Tabela 1

SUS: Distribuição percentual, por componente do PAB, das transferências do Ministério da Saúde destinadas à atenção básica em três municípios sob Gestão Plena da Atenção Básica.
 1998 - 2001

em % e R\$ dez/2001, sem centavos

ATENÇÃO BÁSICA	Natividade				Ipaussu				Lindolfo Collor			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
PAB - Fixo	83,1	76,1	52,3	28,8	94,3	93,0	93,1	81,3	-	-	34,6	37,5
PACS	9,3	13,1	12,4	9,7	-	-	-	-	-	-	10,1	12,2
PSF	-	-	-	30,2	-	-	-	-	-	-	51,6	43,2
Vig. Sanitária Comb.	2,1	1,9	1,3	0,7	2,4	2,3	2,3	2,2	-	-	0,9	0,9
Carências Nutric. Farmácia	5,5	6,3	4,3	2,4	3,3	4,7	4,6	4,4	-	-	-	1,8
Básica - Municipal	-	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-	2,4	3,7
Epidem.e Contr de Doenças	-	-	29,7	28,1	-	-	-	11,7	-	-	-	-
Medicamentos Saúde Mental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,5
C.Nac.de Usuários do SUS	-	-	-	0,1	-	-	-	0,4	-	-	-	0,1
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	100,0	100,0
Total	112.058	265.966	342.723	563.332	155.152	196.064	176.823	167.019	-	-	113.191	119.934

Fonte: www.datasus.gov.br - acesso direto em 10/09/2002

Obs: Dados referem-se ao regime de competência; deflator médio IGP-DI/FGV

A perda de importância do PAB Fixo nas transferências federais resultou no crescimento dos componentes do PAB Variável. Em 2001, a situação encontrada foi: em Natividade, 30,2% para o PSF e 28,1% em Epidemiologia e Controle de Doenças; em Ipaussu, 11,7% em Epidemiologia e Controle de Doenças. Já em Lindolfo Collor, que aderiu à gestão plena da atenção básica em 2001, quando o PSF já se destacava enquanto estratégia prioritária do governo federal, a participação do PAB Fixo sempre foi, por consequência, relativamente modesta. Em seu lugar, destaca-se o peso atribuído ao PSF: 51,6% em 2000 e 43,2% em 2001 (Tabela 1).

No caso dos municípios em gestão Plena do Sistema Municipal — Resende, Assis e Jacareí —, percebe-se que, no interior da Atenção Básica, o PAB Variável também assume crescente importância (Tabela 2). O grande destaque no decorrer do período foi o aumento do PSF em Resende (3,4 pontos percentuais) e em Assis (3,09 pontos percentuais). Já em Jacareí, o principal componente do PAB Variável foi o incentivo à Vigilância Sanitária. Neste município, os recursos dirigidos ao PSF podem ser considerados baixos quando comparados aos dos demais. A inclusão da transferência federal ao PSF em Jacareí ocorreu apenas em 2000.

Tabela 2
SUS: Distribuição percentual, por componente do PAB, das transferências do
Ministério da Saúde destinadas à Atenção Básica e aos demais níveis de atenção em
três municípios sob Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde
 1998 - 2001

TIPO DE DESPESA	Resende				Assis				Jacareí			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
ATENÇÃO BÁSICA	26,0	24,1	28,8	31,3	21,9	18,2	21,5	22,4	21,4	23,7	26,8	27,2
PAB - Fixo	23,5	19,7	17,4	17,0	17,5	13,1	13,0	11,6	20,8	23,2	23,5	21,9
PACS	1,4	1,7	2,0	2,0	0,7	1,0	1,2	1,2	0,1	-	0,1	0,2
PSF	0,4	0,6	3,0	3,9	3,0	3,3	4,8	6,1	-	-	0,4	0,4
Vig. Sanitária	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5	0,6	0,6	0,6
Comb. Carências Nutric.	0,2	1,0	0,9	0,8	0,4	0,5	0,5	0,4	-	-	-	0,7
Farmácia Básica Municipal	-	0,7	1,7	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Epidemiologia e Contr. Doenças	-	-	3,3	5,3	-	-	1,7	2,5	-	-	2,1	3,3
C. Nacional de Usuários do SUS	-	-	-	0,1	-	-	-	0,0	-	-	-	0,2
Incentivo Saúde Bucal	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-
Medicamentos Saúde Mental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO	74,0	75,9	71,3	68,8	78,1	81,8	78,5	77,6	78,6	76,3	73,2	72,9
TOTAL %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL	5.498	6.677	6.685	6.382	6.736	8.943	7.898	8.077	7.913	9.822	8.580	8.640

Fonte: www.datasus.gov.br - acesso direto em 10/09/2002

Obs: Dados referem-se ao regime de competência; deflator médio IGP-DI/FGV

De forma sintética, o quadro 3 apresenta os componentes do PAB Variável dos municípios analisados, para o ano de 2001. Nele se verifica que, seguindo a seguinte ordem de importância: a) o incentivo do Programa de Saúde da Família aparece em primeiro lugar para Natividade, Lindolfo Collor e Assis, em segundo lugar para Resende e, em quarto lugar, para Jacareí; b) o incentivo Epidemiologia e Controle de Doenças aparece em primeiro lugar para Ipaussu, Resende e Jacareí, em segundo lugar para Natividade e Assis. Apenas Lindolfo Collor não dispõe desse incentivo (Quadro 3).

Quadro 4
Ranking dos componentes do PAB-variável nos municípios, por ordem de importância (2001)

Plena Básica		
Natividade	Ipaussu	Lindolfo Collor
PSF	Ep.e Controle Doenças	PSF
Ep.e Controle Doenças	Comb.Carências Nutric.	Farmácia Básica - Munic.
Comb.Carências Nutric.	Vig.Sanitária	Comb.Carências Nutric.
Vig.Sanitária	-	Vig.Sanitária
Plena Sistema Municipal		
Resende	Assis	Jacareí
Ep.e Controle Doenças	PSF	Ep.e Controle Doenças
PSF	Ep.e Controle Doenças	Comb.Carências Nutric.
PACS	PACS	Vig.Sanitária
Farmácia Básica - Munic.	Comb.Carências Nutric.	PSF
Comb.Carências Nutric.	-	PACS

A análise das transferências federais para a Média e Alta Complexidade, nos municípios em gestão Plena do Sistema, revela que sua participação relativa no total das transferências foi decrescente, em que pese representarem cerca de 70% desse total. Registre-se que no período a queda foi de: -8,2% em Resende; -2,3% em Assis e -10,3% em Jacareí. Isso se deveu ao aumento de importância atribuído pelo governo federal à atenção básica ao longo da segunda metade dos anos 90 (Tabela 3).

Analisando-se os componentes que integram as transferências para a Média e Alta Complexidade, observa-se que, para os três municípios, o maior componente é o da “Assistência Hospitalar e Ambulatorial (MAC)”. Contudo, chama atenção que, a partir de 1998, ocorre o “desdobramento” dessa transferência (sem que desapareça como item específico) em diferentes itens “carimbados” pelas campanhas do Ministério da Saúde. Já em 2001, por conta da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, foram criados dois itens: “Gestão Plena do sistema municipal média complexidade”, que absorve, do total das transferências, 42,2% em Resende; 36,6% em Assis e 30,64% em Jacareí; e “Gestão Plena do sistema municipal alta complexidade”, sendo 0,8%, 7,5% e 9,9%, respectivamente nesses municípios (Tabela 3).

Tabela 3

SUS: Distribuição percentual, por item específico, das transferências do Ministério da Saúde destinadas à Média e Alta Complexidade em três municípios sob gestão Plena do Sistema – 1998-2001

em % e R\$ mil de dez/2001

TIPO DE DESPESA	Resende				Assis				Jacareí			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
MÉD.ALTA COMPLEXIDADE	74,02	75,90	71,25	68,00	78,08	81,78	78,48	76,25	78,61	76,27	73,23	70,55
Assist.Hosp.e Amb.(MAC)	70,86	75,37	70,90	24,47	76,22	80,9	77,71	31,59	76,66	74,58	71,10	28,69
Prog.Comb. Câncer Colo Uterino	-	0,07	0,07	0,04	-	0,34	0,47	0,16	-	0,96	1,90	0,85
Transplantes	-	-	-	-	-	-	0,02	0,01	-	-	0,01	-
Camp.Cirurgia de Catarata	-	0,03	0,01	-	-	0,54	0,26	0,16	-	0,17	-	0,31
P.Nac.Controle da Tuberculose	-	0,06	0,11	0,11	-	-	0,01	-	-	-	-	0,01
Camp.Cirurgia de Próstata	-	-	0,13	0,35	-	-	-	0,07	-	0,08	0,06	0,06
Camp.Cirurgia de Varizes	-	0,02	0,01	0,06	-	-	-	-	-	0,18	0,06	0,01
Camp.Retinopatia Diabética	-	-	0,02	0,03	-	-	-	-	-	-	-	-
Gestantes de A.Risco/ExtraTeto	-	0,35	-	-	-	-	-	-	-	0,18	-	-
Co-financ.Custeio Un.Próprias	-	-	-	-	-	-	-	0,16	-	-	-	-
G.P.Sistema - Média Complex.	-	-	-	42,17	-	-	-	36,62	-	-	-	30,64
G.P.Sistema - Alta Complex.	-	-	-	0,77	-	-	-	7,46	-	-	-	9,98
Fator Recomp. 25% (Plena)	3,16	-	-	-	1,86	-	-	-	1,95	-	-	-
Impacto da Psiquiatria	-	-	-	-	-	-	-	0,02	-	-	-	-
Antígeno HLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,07	-
Neurocirurgia - Extra Teto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,04	-	-
Leitos UTI - Extra Teto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,06	-	-
Camp.Cirurgia de Hérnia Inguinal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,02	-	-
Cirurgia Oncológica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,03	0,02
DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO	25,98	24,10	28,75	32,00	21,92	18,22	21,52	23,75	21,39	23,73	26,77	29,45
TOTAL %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL	5.498	6.677	6.685	6.382	6.736	8.943	7.898	8.077	7.913	9.822	8.580	8.640

Fonte: www.datasus.gov.br - acesso direto em 10/092002

Obs: Dados referem-se ao regime de competência; deflator médio IGP-DI/FGV

É significativo o crescimento das transferências federais “carimbadas” – campanhas – a partir de 1999. Em 2001, a principal transferência “carimbada” para Assis e Jacareí foi o Programa Combate ao Câncer de Colo Uterino, seguida da Campanha de Cirurgia de Catarata. Já em Resende, os principais itens foram a Campanha de Cirurgia de Próstata e o Programa Nacional de Controle de Tuberculose. Embora as participações relativas dessas transferências em relação ao total dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde possam ser consideradas pequenas nos três municípios de gestão Plena do Sistema Municipal, verifica-se que é crescente a política de “prática de carimbos” assumida pelo governo federal.

Ainda, nesta perspectiva, destaca-se que, no ano de 2001, foram criados 16 itens como “desdobramento” das transferências federais para Ações Estratégicas nos três municípios de gestão Plena do Sistema Municipal. Os recursos repassados para esse conjunto de ações representaram, do total das transferências federais, 2,3% em Jacareí, 1,34% em Assis e 0,75% em Resende. Essas Ações Estratégicas referem-se a, entre outras, Campanhas de Oftalmologia e Câncer de Colo Uterino (ambas em Jacareí), Próstata, Tuberculose e Varizes (Resende) (Tabela 4).

Tabela 4
SUS: Distribuição percentual, por item específico, das transferências do Ministério da Saúde destinadas às Ações Estratégicas em três municípios sob Gestão Plena do Sistema Municipal - 2001 - em % e R\$ mil de dez/2001

TIPO DE DESPESA	Resende	Assis	Jacareí
AÇÕES ESTRATÉGICAS	0,75	1,34	2,30
Acompanhamento a Def. Auditivo	0,01	0,01	-
Campanha de Oftalmologia	0,05	0,72	0,58
Câncer de Colo Uterino	0,05	0,48	1,40
Humanização do Parto	0,01	-	-
Próstata	0,26	0,12	0,10
Queimados	0,02	0,01	-
Tuberculose	0,10	-	0,06
Varizes	0,24	0,01	0,12
Cirurgias de Alta Frequência	-	-	-
Pré-Natal	-	-	-
Neonatal - SIA	0,01	-	-
Transplantes	-	-	0,03
Deformidade Crânio-Facial - SIA	-	-	0,01
DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO	99,25	98,66	97,7
TOTAL %	100,0	100,0	100,0
TOTAL	6.382	8.077	8.640

Fonte: www.datasus.gov.br - acesso direto em 10/09/2002

Obs: Dados referem-se ao regime de competência; deflator médio IGP-DI/FGV

■ 3. O DESEMPENHO DO GASTO EM SAÚDE REALIZADO PELOS MUNICÍPIOS POR CATEGORIA ECONÔMICA, SUBPROGRAMA, PROJETOS E ATIVIDADES.

Quanto à *categoria econômica* do gasto em saúde realizado pelos municípios, no período de 1998 a 2001, Despesas Correntes sempre absorveram mais de 90% do total, chegando em todos os municípios, em alguns momentos, a atingir 98%. Isso, mais do que refletir a pouca preocupação dos municípios estudados em ampliar a capacidade instalada em saúde, em promover reformas, em reequipar, adquirir veículos, etc., expressa a realidade geral dos municípios brasileiros, cuja "rigidez" das despesas em saúde (pessoal, convênios, etc.) restringe-os à realização, em maior parte, das despesas de custeio. A exceção ocorreu em Lindolfo Collor que, por ser um município novo (desmembrado de Ivoti em 1992) e de habilitação recente ao SUS, gastou em Despesas Correntes apenas 66,61% em 1998. Esse percentual, no entanto, se elevou para os patamares "normais" dos municípios, atingindo, 94,6% em 2000.

Dessa forma, o nível da participação de Despesas Correntes no total do gasto em saúde dos municípios analisados não apresentou relação com o tipo de gestão (Plena de Assistência Básica ou Plena do Sistema Municipal) e com o porte do município.

Em todos os municípios analisados, os principais itens de Despesas Correntes são, nesta ordem, Pessoal, Serviços de Terceiros e Material de Consumo. Em alguns municípios, por exemplo em Ipaussu, o gasto com Pessoal chegou a 91,6% do total da despesa com saúde, em 1998. Os municípios em gestão Plena do Sistema Municipal mantiveram, ao longo do período, o nível de comprometimento com o gasto de Pessoal. Os municípios em gestão Plena da Assistência Básica, com exceção de Lindolfo Collor (atente-se para o fato de as informações de 2001 não terem sido disponibilizadas), reduziram significativamente a participação do gasto com Pessoal, de maneira que, em 2001, essa participação representava pouco mais que 50% do total do gasto com saúde. Esse percentual, como pode ser visto na Tabela 5, é igual àquele praticado pelos demais municípios, com exceção de Resende, que sempre alocou entre 31% a 34% dos recursos em Pessoal, bem abaixo dos demais.

Tabela 5
Percentual do gasto com Pessoal no total da despesa com saúde nos municípios – 1998-2001

MUNICÍPIOS	1998	1999	2000	2001
RESENDE	31,0	34,2	31,6	33,9
ASSIS	50,8	53,9	51,2	51,2
JACAREÍ	54,3	51,7	56,0	53,5
NATIVIDADE	70,1	65,4	62,2	52,2
IPAUSSU	91,6	53,2	64,0	55,0
LINDOLFO COLLOR	36,8	33,29	38,82	-

Fonte: SIOPS/MS

No tocante ao *gasto em saúde por subprograma, projeto/atividade*, Natividade, Ipaussu e Lindolfo Collor não apresentaram as informações do Anexo 6 do Balanço Municipal, de modo que não foi possível analisar o registro das despesas por esse tipo de classificação. Isso reforça a idéia de que municípios de pequeno porte e com pouca estrutura administrativa apresentam dificuldades em dar conta dos registros mais específicos.

Já os municípios de Resende, Assis e Jacareí, todos de grande porte e em gestão Plena do Sistema, destinaram a maior parte dos recursos para o subprograma Assistência Médica e Sanitária, ao longo do período analisado. Em Resende, aparentemente esse percentual é bem mais baixo, mas somente porque esse município apresenta a totalidade do subprograma sob a unidade orçamentária Departamento de Administração da Saúde, onde o subprograma de Administração Geral absorve nível significativo dos recursos (Tabela 6).

Tabela 6
Percentual do subprograma Assistência Médica e Sanitária nos municípios de Plena do Sistema – 1998-2001

RESENDE	35,25	33,99	36,61	32,90
Dep de Administração em Saúde	69,46	72,57	74,72	72,31
ASSIS	84,98	85,84	86,96	84,52
JACAREÍ	99,83	99,69	100,00	

Fonte: Balanços Gerais dos Municípios

Dito de outra maneira, Resende preocupa-se em separar o gasto meio da despesa fim. Também esse município, ao detalhar as atividades, permite transparência do gasto, muito embora não apresente a despesa com saúde, a partir de 2001, tal como determinado pela portaria 42/99 do Tesouro Nacional, isto é, em Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

O detalhamento apresentado por Resende permite aferir a importância relativa dos programas incentivados pelo governo federal e daqueles definidos a partir do planejamento local. Para se ter uma idéia, apesar de a despesa dos subprogramas Epidemiologia e Controle de Doenças, e Combate às Carências Nutricionais corresponderem somente a 0,95% e 0,37% do total do gasto de Resende em 2001, é importante registrar sua presença a partir deste ano, pois trata-se de atividades consideradas prioritárias para o governo federal na luta pela ampliação da atenção básica no país. Essas atividades são fundamentalmente financiadas através de recursos federais.

O município de Jacareí apresenta a despesa com saúde do ponto de vista dos subprogramas/projetos/atividades considerando, para o período 1998 a 2000, os seguintes subprogramas: Assistência Médica e Sanitária e Controle e Erradicação de Doenças Transmissíveis. Em 2001, essa forma de apresentação é substituída por: Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial, em consonância com a determinação da portaria 42/1999 do Tesouro Nacional. Nos anos 1998 a 2000, Assistência Médica e Sanitária absorveu 99,83%, 99,69% e 100,00% dos recursos gastos em saúde no município de Jacareí. Nesse período, a principal atividade foi a de Manutenção do Gabinete do Secretário, a qual, em 2000, representou 62,4% do total da despesa com saúde. Em 1998 e 1999, Controle e Erradicação de Doenças Transmissíveis absorveu somente 0,17% e 0,31%, respectivamente. Em 2000, esse subprograma deixou de existir como rubrica.

No caso de Assis, o demonstrativo do gasto por subprograma e projeto/atividade dificulta o real acompanhamento da alocação do gasto em saúde. Isto é perceptível quando se verifica o caso do principal programa da Assistência Médica e Sanitária: em 1998 e 1999 quase 80% está alocado em Departamento em Saúde e, em 2000 e 2001, Operação de Manutenção do Departamento de Saúde. De outro lado, vale destacar, também, a Vigilância Sanitária, que teve seus recursos diminuídos em 50,8%, entre 1998 e 2001, passando de R\$458,903 mil para R\$225,858 mil, respectivamente. Essa redução ocorreu especialmente em Erradicação da Dengue, que ora aparece como desdobramento do subprograma Operação de Manutenção do Fundo Municipal de Saúde, ora como subprograma à parte. Em suma, a classificação do gasto com saúde por subprograma, projeto/atividade em Assis utiliza nomenclatura genérica, pouco ou nada auto-explicativa.

■ 4. GESTÃO E PLANEJAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS

A análise dos instrumentos de Gestão e Planejamento — Agenda, Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão — revela que, com exceção de Resende e Jacareí (apenas 2001), o cotejamento entre as ações planejadas e as realizadas nos municípios, independentemente da condição de gestão e porte populacional, foi difícil de ser realizada. Isto porque, se de um lado o Plano Municipal foi escrito com grande detalhamento das ações a serem executadas, destacando objetivos, estratégias, metas e indicadores, por outro, o Relatório de Gestão não o foi. Ao contrário, neste último instrumento, foram priorizadas realizações em termos preferencialmente quantitativos. Contudo, cumpre ressaltar que, mesmo assim, verificou-se relação entre as prioridades definidas pelos municípios — sejam elas em termos de ações planejadas ou ações realizadas — e os recursos repassados pelo Ministério da Saúde através dos incentivos.

No tocante às ações em saúde consideradas prioritárias no planejamento local pelos municípios em gestão Plena da Atenção Básica, que recebem incentivos federais para a sua implantação, observou-se que: a) em Natividade, Ipaussu e Lindolfo Collor há ênfase nos programas relacionados ao PSF, Pacs e às Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica. Nesta última, é dado destaque aos programas de Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose. Particularmente dentre todos esses programas, Ipaussu foi o único município que não relacionou o PSF como prioridade; b) Natividade e Lindolfo Collor indicam também prioridade para as ações relacionadas à atenção ao parto, à gestante e ao recém-nascido, através de programas constituídos em Saúde da Criança e Saúde da Mulher; c) dentre outros programas voltados para a Atenção Básica e Vigilância à saúde, Ipaussu — com maior ênfase — e Lindolfo Collor — com menor — enfatizam ações relacionadas ao combate da desnutrição das crianças, através do Plano de Combate às Carências Nutricionais.

Nesses municípios de gestão Plena da Atenção Básica, observa-se que é pequeno o número de ações prioritárias, assim definidas pelos municípios, que não contam com incentivos federais. Dentre as principais, destacam-se: em *Natividade* — Assistência Farmacêutica/Plantas Mediciniais, Programa Saúde Mental, Saúde Bucal, Saúde Mental e Promoção, Informação e Educação em Saúde, e Urgências e Emergências; em *Ipaussu* — Saúde Bucal e Saúde Mental; em *Lindolfo Collor* — Saúde do Trabalhador. Em Natividade, chama atenção a incorporação das ações de média e alta complexidade no Plano Municipal, com ênfase em Urgência e Emergência, Reorganização da Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção em Hematologia e Hemoterapia. O curioso é notar que, sendo um município em gestão Plena da Atenção Básica, Natividade apenas recebe recursos federais para a atenção básica. Ainda, cabe destacar o fato de Lindolfo Collor dispor de um

programa voltado à saúde do trabalhador, que não conta com recursos federais. Essa especificidade tem a ver com a sua realidade econômica. Lindolfo Collor fornece aos municípios vizinhos carvão vegetal, originado da grande quantidade de acácia negra plantada em seu território e também couro e calçados. Sua população ocupada se distribui em 70% na indústria e madeireiras, 15% no comércio e nos serviços e o restante na agricultura, pecuária e silvicultura. Este quadro econômico responde por si próprio à necessidade do município em realizar um programa de saúde do trabalhador.

No campo da atenção básica, as ações locais de saúde consideradas prioritárias pelos municípios em Plena do Sistema (planejadas e realizadas) são similares às ações dos municípios em Plena da Atenção Básica. Em Resende e Assis verificou-se ênfase às ações relacionadas ao PSF. Principalmente no primeiro município, os Planos e os Relatórios atribuem a esse programa, juntamente ao Pacs, a responsabilidade de reorientação do modelo de atenção. No entanto, não foi possível observar registro que comprovasse o alcance dessa ação considerada prioritária. Em Jacareí, o PSF não é destacado como programa prioritário nos documentos de planejamento, muito embora esse município tenha iniciado este programa e recebido incentivo financeiro federal a partir de 2000.

Todos os três municípios em Plena do Sistema indicam, nos Planos e Relatórios de Gestão, a necessidade de intensificarem as ações que recebem transferências federais. São elas: a) assistência ao parto, à gestante e ao recém-nascido. Isto é perceptível através da menção, feita em caráter geral, às ações com vista a garantir o atendimento a crianças e a gestantes (Resende e Jacareí), e, em caráter específico, àquelas desenvolvidas pelos Programas de Saúde da Mulher e da Criança (Assis); b) vigilância epidemiológica e sanitária, com maior ênfase nas ações de prevenção de doenças de notificação compulsória (destaque ao controle da tuberculose e ao combate a dengue) e de orientação, fiscalização e controle sobre os estabelecimentos (inspeção sanitária, campanhas e vacinação em massa).

Considerando-se as ações prioritárias no campo da média e alta complexidade, nota-se predominância de: em Resende – da ampliação de Leitos SUS em geral, contemplando leitos de UTI neonatal e adulto, principalmente na Fundação Hospitalar de Resende e da implantação do Centro de Atenção Psicossocial; em Assis –, da necessidade de mudança do perfil da assistência hospitalar, da ampliação do Ambulatório de Especialidades e do programa de Urgência e Emergência; e em Jacareí – da ampliação dos exames do Laboratório Municipal e dos atendimentos de Urgência e Emergência.

Percebeu-se, pela análise dos documentos de planejamento e gestão da política local de saúde, que os três municípios de gestão Plena do Sistema Municipal, ainda que menor

parte, comprometem-se com programas que não contam com recursos específicos repassados pelo Ministério da Saúde. Foram encontrados: em Assis — insistência no âmbito do planejamento para a implantação de um programa de Saúde do Trabalhador; em Resende e Jacareí — atenção à saúde específica ao adolescente. Ambos municípios dispõem em sua rede de serviços de saúde de Centros Especializados em Saúde do Adolescente (ver Quadro 2). Particularmente, nos documentos de Resende, é destacada a atuação do Centro de Assistência ao Adolescente e, ainda, o funcionamento do Programa de Atenção à Dependência Química.

Observou-se que não foram encontradas citações nos documentos dos três municípios acerca das “campanhas” incentivadas financeiramente pelo Ministério da Saúde. Em que pese os municípios de Assis e Jacareí receberem recursos para o Programa Combate ao Câncer de Colo Uterino e para a Campanha de Cirurgia de Catarata, e Resende para a Campanha de Cirurgia de Próstata e o Programa Nacional de Controle de Tuberculose, não são citados como ações de saúde consideradas prioritárias por eles. Contudo, deve ser feito uma ressalva ao Programa Nacional de Controle de Tuberculose de Resende, pois conforme já mencionado, esse município relacionou ações de controle à tuberculose nos seus documentos.

■ 5. OS INCENTIVOS FINANCEIROS FEDERAIS SOB A OPINIÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

Os Secretários Municipais de Saúde

Surpreendentemente, todos os municípios, com exceção de Resende, afirmaram não poder relacionar os programas/ações prioritários dos exercícios 1998 a 2000, devido ao fato de não disporem de informações a respeito. Esse tipo de “constrangimento” parece estar relacionado à alternância de poder nos municípios, isto é, ao fato de a gestão 2001-2004 ter partido político diferente daquele da gestão anterior. No caso de *Resende*, a permanência do Partido Socialista Brasileiro na prefeitura, e da mesma pessoa como responsável pela secretaria municipal de saúde, corrobora essa percepção.

Os programas integrantes do PAB Variável aparecem em todos os municípios como prioritários nos anos 2002 a 2004. O primeiro deles em destaque é o PSF que, com exceção de Ipaussu — por não ter adotado o programa —, é mencionado por todos os secretários de saúde. Em Resende, este programa, bem como o Pacs, já havia sido considerado pela gestão anterior como reorientador da atenção básica. Entre os programas contemplados pelo PAB Variável, destacam-se, ainda, Vigilância e Saúde Bucal (Natividade) e Tuberculose e Hanseníase (Ipaussu).

Todos os programas e ações prioritários da gestão atual integram a Agenda Municipal de Saúde e o Plano Municipal de Saúde dos exercícios 2001 e 2002. A exceção fica por conta de Assis, que apontou o PSF, a implementação do Centro Integrado de Apoio Psicossocial (CIAPS), a readequação do Pronto Socorro Municipal e a implantação dos conselhos gestores como não constantes da Agenda e do Plano de Assis. Também os secretários de saúde, com exceção de Natividade que não respondeu à questão, afirmaram que os programas e ações prioritários na gestão atual foram discutidos e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Quanto à importância das fontes de financiamento nos programas ou ações prioritários, de forma resumida, destaca-se:

a) em sua maioria, a extrema importância da participação dos recursos federais para sua realização;

b) a existência de “contrapartida” dos recursos municipais, principalmente naqueles programas que assumem caráter de incentivo;

c) não há recursos estaduais nos municípios paulistas. Em Resende está associado a Treinamento, em Natividade à Assistência Farmacêutica Básica e em Lindolfo Collor aos programas Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Trabalhador.

d) a fonte “outros recursos” somente é registrada em Natividade para Urgência e Emergência, em Média e Alta Complexidade.

e) os percentuais da “contrapartida” dos recursos municipais são diferenciados entre os municípios. Em Resende, eles são maiores que os federais para a Atenção Básica e menores para a Média e Alta Complexidade. Em Natividade, com exceção da Assistência Farmacêutica Básica, a participação dos recursos federais é maior do que a municipal na Atenção Básica e, na Média e Alta Complexidade, os recursos federais são maiores em Implantação de Unidade Transfusional e ausentes no Controle e Avaliação. Em Lindolfo Collor, somente no PSF a participação dos recursos federais é maior do que a municipal. Em Assis, que apenas respondeu para o PSF, os recursos municipais contribuem mais do que os federais;

f) a diversidade de situações no tocante à distribuição das fontes de financiamento nos municípios analisados indicam que, aparentemente, o tipo de inserção ao SUS e o tamanho do município não influenciam na determinação de sua composição.

Segundo os secretários de saúde dos municípios, alguns dos programas ou ações desses municípios foram alçados a prioritários devido aos incentivos do Ministério da Saúde. Exemplos: Resende – onde os incentivos do PACS e PSF contribuíram para que a alocação

de recursos fosse realizada primeiro nestes programas; Natividade — onde a Vigilância, a Educação em Saúde e o Programa de Saúde da Família “com certeza não figurariam entre as prioridades” não fossem os incentivos. O contraponto ficou para Assis — onde o secretário da saúde considera que os programas ou ações foram alçados a prioritários em função da avaliação dos indicadores do município realizada pelos gerentes das unidades de saúde. Ainda, houve quem considerasse que a ênfase do governo federal no PSF constitui uma estratégia para constituir um novo modelo de atenção básica nos municípios.

Quanto às vantagens do PSF, todos os secretários consideram que esse programa permite que os municípios de pequeno porte alcancem, com poucas equipes, elevada cobertura. Já no tocante às desvantagens, há distintas opiniões. Segundo Resende, em cidades médias e grandes são necessárias muitas equipes de atendimento e supervisão, além de seu funcionamento requerer aumento de serviços na média complexidade em função da ampliação do acesso aos serviços de saúde. Assis agrega o fato de a elevação do custo com pessoal ser mais marcante em cidades desse porte. Natividade afirma que a desconsideração do tamanho da população no cálculo de cobertura prejudica os municípios maiores. Todos os municípios salientaram que os recursos são insuficientes. Especificamente, Lindolfo Collor destaca que o volume dos recursos é baixo.

Quanto à possibilidade de a priorização da atenção básica pelo governo federal estar comprometendo o preceito da integralidade, a opinião dos secretários de saúde é bastante diferenciada. Assim entendem Resende e Natividade. Assis considera que não compromete.

Especificamente, sobre se as “campanhas” facilitam ou não a execução da política de saúde local, os secretários de saúde ponderaram diversos aspectos. Para Resende, não facilitam, devido às pressões dos setores interessados em respeitar as prioridades e necessidades locais. Para Assis, o fato de as campanhas serem bem divulgadas auxilia do ponto de vista epidemiológico. Para Natividade, o fracionamento e o direcionamento excessivo dos recursos comprometem a autonomia dos gestores locais e desconsideram as especificidades locais e regionais. Para Lindolfo Collor, as campanhas facilitam a execução da política de saúde.

Crítérios para definição dos repasses

Dentre as várias sugestões dos secretários municipais, destacam-se:

a) Resende considera que deveria ser levado em conta: o quanto das receitas próprias o município aloca em saúde, considerando sua população; se o município atende as necessidades locais; os indicadores sócio-econômicos, o perfil epidemiológico, a capacidade instalada, entre outros. Além disso, Resende defende o repasse global, para a atenção à saúde da população;

b) Assis atribui ênfase à necessidade de estabelecer discussões através de fóruns entre as duas esferas de governo como forma de definição dos critérios e da sistemática das transferências de recursos federais para os municípios;

c) Natividade sugere a elevação dos valores *per capita* fundo a fundo e a definição de pactos e metas que levem em consideração as especificidades dos municípios;

d) Lindolfo Collor defende que o critério pode ser o populacional, mas que o valor deve ser majorado. Além disso, refletindo sua realidade, defende a diferenciação dos municípios que não dispõem de rede hospitalar.

Os Gestores dos Fundos Municipais de Saúde

Sobre se os incentivos financeiros reorientam os programas/ações da secretaria municipal de saúde, as interpretações dos gestores dos Fundos Municipais de Saúde são diferenciadas. Resende acredita que os incentivos financeiros estimulam a implantação de alguns programas, mas que seus valores são ainda insuficientes para que os mesmos se fortaleçam. Para Jacareí, o fato de os valores serem “irrisórios”, determina que as transferências de recursos federais através dos incentivos não tenham capacidade para re-orientar a política de saúde local. Natividade considera que, além de limitar a autonomia do gestor local, cria dificuldades para as prestações de contas que devem ser feitas em separado para cada um dos recursos e desconsidera a realidade e o perfil epidemiológico de cada cidade ou região. Para Ipaussu “os repasses federais, embora pequenos frente às necessidades, facilitam a programação dos gastos, auxiliam o setor de compras, a abertura das licitações, além de equiparem as áreas necessárias, favorecendo as atuações da Secretaria Municipal de Saúde.”

No que se refere ao acompanhamento e à gestão local dos recursos, Resende e Jacareí entendem que não sofreram modificações depois da criação da sistemática de incentivos. Ipaussu enfatizou que o Conselho Municipal de Saúde tem acesso a todas as contas e participa da definição da aplicação dos recursos e que são realizadas audiências públicas. Lindolfo Collor agregou que, além da prestação de contas para o Conselho, há o acompanhamento pela secretaria estadual de saúde e pelo Ministério.

Problemas na execução financeira das transferências de recursos

Resende e Ipaussu consideram que a execução financeira é prejudicada tanto na atenção básica quanto na média complexidade, pois os recursos estão vinculados a programas e ações e não podem ser remanejados. O mesmo afirma Jacareí, com outras palavras. Natividade destaca que, em nível da atenção básica, há falta de clareza sobre que gastos podem ser realizados com cada um dos recursos e há insuficiência dos mesmos para o

desenvolvimento das ações, em especial para a aquisição de medicamentos e, na média e alta complexidade, os recursos são insuficientes.

Sobre as transferências de recursos federais, as ações planejadas e o orçamento

As respostas dos gestores dos fundos foram bastante diferenciadas. Resende ponderou que raramente as prioridades do Ministério da Saúde vão ao encontro daquelas definidas pela gestão municipal através de seu planejamento e orçamento. Natividade colocou que a realidade dos incentivos acaba definindo as prioridades do município e, neste sentido, são as ações planejadas e o orçamento é que se adaptam às transferências federais. Para o município de Ipaussu essa questão não se coloca, pois o gestor afirmou que o atendimento à população tem sido realizado apenas com recursos dos incentivos.

Das contas separadas

Resende considera que a manutenção de contas bancárias separadas garante aquilo que o Ministério considera prioritário. Além disso, não permite o remanejamento com vista às necessidades locais de saúde, além do quê, aumenta o volume de trabalho contábil, financeiro e fiscal e requer a ampliação da equipe técnica e treinamento e capacitação profissional com maior frequência. Para Jacareí as contas bancárias separadas são benéficas do ponto de vista do controle de gasto do programa e da prestação de contas. Entretanto, não atende à quantidade necessária para a implementação dos programas de saúde, determinando que os recursos do município financiem 70% do gasto. Já Natividade pondera que, de um lado, as contas separadas estimulam a implantação de determinadas ações e garantem a aplicação dos recursos aos fins a que foram destinados, além de propiciarem clareza na prestação de contas e facilitarem seu acompanhamento e controle social, e por outro lado, essas contas desconsideram a realidade e as prioridades locais e limitam a autonomia do gestor local. Já Ipaussu comenta que as contas separadas facilitam o município saber onde e quanto pode gastar, valor que nem sempre é suficiente.

Critérios e sistemática do repasse dos recursos federais

No caso dos gestores dos Fundos Municipais de Saúde, as sugestões de critérios de repasses dos recursos federais foram pontuais. Resende chama atenção para a utilização de indicadores epidemiológicos nacionais, respeitadas as especificidades e o planejamento locais. Natividade sugere a elevação dos valores *per capita* dos repasses fundo a fundo e a definição de meta e resultados a serem definidos em pactuação. Ipaussu comenta que os critérios atuais não se ajustam à realidade local; dessa forma propõe um ajuste dinâmico, com critérios de avaliação através da utilização de parâmetros da consulta pública e de adequação à realidade do município.

■ CONCLUSÕES

A pesquisa revelou, em primeiro lugar, que o aumento de seu comprometimento com o gasto com saúde não apresentou correlação à forma de habilitação ao SUS. Revelou também que foram priorizadas as transferências de incentivos financeiros, particularmente as referentes ao PAB Variável e que foram expandidas as transferências fundo a fundo no campo da média e alta complexidade e as relacionadas às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

Percebeu-se que as ações em saúde apontadas consideradas como prioritárias no planejamento local, tanto pelos municípios em gestão plena da atenção básica como em plena do sistema, são exatamente aquelas que recebem incentivos federais para a sua implantação. Nos municípios estudados verificou-se: a) ênfase nos programas relacionados ao PSF, Pacs e às Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica; b) prioridade para as ações relacionadas à atenção ao parto, à gestante e ao recém-nascido, através de programas constituídos em Saúde da Criança e Saúde da Mulher; c) importância às ações relacionadas ao combate da desnutrição das crianças, através do Plano de Combate às Carências Nutricionais, particularmente nos municípios de pequeno porte. Como visto, essa concordância não significa necessariamente que o desenvolvimento desses programas esteja respondendo a necessidades sentidas como prioritárias pelos gestores, expressando, por isso, uma forma de orientação da política local de saúde por parte do governo federal. Segundo alguns secretários de saúde dos municípios, há programas e ações alçados a prioritários diante dos incentivos do Ministério da Saúde. Esse comentário se refere, principalmente, aos incentivos do Pacs e PSF, à Vigilância e à Educação em Saúde.

Quanto às ações prioritárias no nível de atenção à saúde de média e alta complexidade, nota-se que os três municípios de gestão plena do Sistema Municipal, ainda que em menor parte, comprometem-se com programas que não contam com recursos específicos repassados pelo Ministério da Saúde. A existência de tais programas tem a ver com os serviços disponibilizados historicamente na sua rede de serviços de saúde.

Observou-se, ainda, que as campanhas incentivadas financeiramente pelo Ministério da Saúde apresentam, nos documentos de Gestão e Planejamento Local dos municípios, ainda que de forma indireta, relação com as ações no campo da vigilância epidemiológica, particularmente, nas ações de controle a tuberculose.

Os secretários, quando indagados sobre o papel das campanhas na execução da política de saúde local, apresentaram opiniões diferentes: alguns afirmaram que a proliferação de incentivos federais através de campanhas compromete a autonomia dos gestores locais, desconsiderando as especificidades locais e regionais; e outros argumentaram

que as campanhas facilitam a execução da política de saúde, auxiliando inclusive no âmbito epidemiológico.

Porém, não faltaram sugestões desses gestores municipais quanto a novos critérios para a definição dos repasses. Dentre os mencionados, salientam: a utilização de critérios epidemiológicos, respeitando as especificidades e o planejamento local; elevação dos valores *per capita* dos repasses fundo a fundo; e a definição de metas e resultados a serem definidos em pactuação. Ainda que possa haver muita polêmica sobre os mecanismos de transferências de recursos, merecem destaque esses pontos levantados pelos gestores uma vez que contribuem para uma alocação de recursos mais equitativa em área pública fundamental como é a da saúde.

Além disso, os alertas dos gestores dos Fundos Municipais de Saúde quanto à operacionalização das atuais formas de transferências adicionam aspectos importantes a serem considerados para a futura agenda de revisão das sistemática de repasses aos municípios, quais sejam: a execução financeira dos recursos da atenção básica e da média complexidade é prejudicada, uma vez que os recursos estão vinculados a programas e ações, não podendo ser remanejados conforme as necessidades em saúde, e a proliferação de contas bancárias individuais vinculadas a cada forma de incentivo aumenta o volume de trabalho contábil, incompatível com o número disponível de técnicos na área financeira, bem com o conhecimento técnico específico, necessário à melhor gestão dos recursos.

Por fim, nunca é demais reafirmar que essas são considerações decorrentes da análise dos questionários respondidos pelos gestores municipais realizados nos municípios estudados para os fins particulares dessa pesquisa. Qualquer generalização deve ser muito cuidadosa, embora a pesquisa tenha se preocupado em estudar casos representativos das diversas realidades dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Mesmo assim, os resultados apontam para a necessidade de uma maior preocupação com os atuais instrumentos de transferência de recursos do Ministério da Saúde aos municípios. A reversão das atuais sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde requer uma ampla reforma, de maneira a garantir o avanço do processo de municipalização do SUS e de uma política de saúde universal definida localmente.

REFERÊNCIAS

FAVERET, A. C. et al. Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde: Emenda Constitucional nº 29/2000. **Cadernos de Economia da Saúde**. Brasília, DF, ano 1, 2001, série J, n. 4.

MARQUES, R. M. ; MENDES, A. N. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. **Pesquisa Debate**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 65-91, 2001.

_____. A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da saúde - SUS. In: SOUSA, M. F. (Org.). **Sinais vermelhos do PSF**, São Paulo: Hucitec, 2002. p. 71-101.

**Informações e instruções aos autores para
apresentação de manuscritos a serem
publicados na Série Técnica do Projeto de
Desenvolvimento de Sistemas e Serviços
de Saúde da Opas**

Objetivo da Serie Técnica:

Trata-se de uma publicação científica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da Opas, que tem por objetivo a divulgação de trabalhos de interesse para a saúde, vinculados essencialmente ao processo de cooperação da Organização no Brasil.

Critérios para publicação:

A seleção dos trabalhos a serem publicados está baseada nos seguintes critérios gerais: trabalhos originais inéditos, relevância do tema; qualidade formal do texto e solidez científica; conclusividade; atualidade da contribuição; contribuições teóricas e de aplicabilidade na prática e vinculação com atividades de cooperação da Opas na área de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Excepcionalmente serão analisados trabalhos alheios à cooperação, sempre que tenham relação com áreas temáticas do Projeto.

No caso de publicações com autoria externa, as opiniões dos autores são de sua exclusiva responsabilidade e não refletem necessariamente critérios nem políticas da Opas.

Tipologia de publicações:

A Série publicará, entre outros, textos integrais, como artigos, ensaios, pesquisas, relatórios; textos preparados através de meta-análise; e destaques em seções curtas, demandados pelo Projeto.

Conselho Consultivo Editorial:

O Conselho Consultivo, convidado pela Opas, avalia se os trabalhos cumprem com os critérios estabelecidos para publicação e emite seu parecer ao Projeto, que decide se será publicado. Em alguns casos o Projeto, por recomendação do Conselho, poderá solicitar o parecer de expertos externos para decisão.

Os manuscritos aceitos passam por um processo editorial que, de acordo com o formato da publicação, pode requerer, se necessário, sua condensação, e/ou supressão de quadros ou anexos. A versão editada será remetida ao autor para aprovação, no caso de autores externos à Organização.

Direitos de reprodução:

No caso de manuscritos de autores externos, estes devem ser acompanhados de uma declaração assinada pelo autor indicando que, se o trabalho for publicado, os direitos de reprodução são propriedade exclusiva da Opas.

Apresentação:

O texto deve ser apresentado em folhas tamanho A4 (212 x297mm), em fonte tamanho 12, e escritas a espaço duplo. Os gráficos, tabelas e/ou figuras deverão ser mantidos ao mínimo e enviados em impressão separada de alta qualidade, em preto e branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. A totalidade do trabalho deve acompanhar-se de cópia em disquete.

Todos os artigos deverão ter um RESUMO com um máximo de 14 linhas, incluindo um máximo de cinco palavras-chave. O resumo deve indicar o objetivo do trabalho, a metodologia básica utilizada e os resultados e conclusões principais.

Referências Bibliográficas

São essenciais para identificação das fontes originais de conceitos, métodos e técnicas referidas no texto. Artigos de pesquisa devem conter um mínimo de 20 referências bibliográficas pertinentes e atualizadas.

A lista de referências deverá ser apresentada no final do manuscrito em ordem alfabética ascendente. O estilo deverá seguir os padrões da ABNT, sendo recomendadas as seguintes normas relativas à normalização de documentos:

- NBR 6.023 - Referências bibliográficas - Elaboração.
- NBR 6.028 - Resumos.
- NBR 10.520 - Citações em documentos - Apresentação.
- NBR 12.256 - Apresentação de originais.
- NBR 14.724 - Apresentação de trabalhos acadêmicos.

1.Exemplos de Referências Bibliográficas:

a) Série Monográfica:

BOURDIEU, P. **O campo científico**. São Paulo: Ed. Ática, 1976. (Coleção Grandes cientistas sociais).

GOULART, Flávio A. de Andrade; MACHADO, Lucinéia Moreli. **Processos de descentralização da saúde no Brasil: documento analítico**. Brasília: Opas, 2002. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n.1).

LEVCOVITZ, Eduardo et. al. **Produção do conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília: Opas, 2003. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n.2).

b) Capítulo de Monografia:

DAVIES, A. M. The evolving science of health systems research. In: World Health Organization. **From research to decision making: case studies on the use of health systems research**. Geneva, 1991. 139p.

c) Artigo de Revista:

NOVAES, H. M. D. e NOVAES, R. L. Políticas científicas e tecnológicas para a saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, 1996.

d) Artigo de Revista com mais de três autores, sem local de publicação.

FARFAN, G. et. al. Digestive disease in the elderly. **Rev. Gastroenterol.** Lima, v.11, n.3, p.164-170, 1991.

ROSENTHAL, G. et. al. Does good health services research produce good health policy? **Health Policy Quarterly**, [S.l.], v. 1, n.1, 1981.

e) Documento técnico

SECLLEN, Juan et. al. **Estudio comparativo de la calidad de atención y uso de servicios de salud materno perinatales (1997-2000)**. Lima: Ministerio de Salud del Peru, 2002.

2. Exemplos de Citações

a) Citação Direta

“Apesar das aparências, a desconstrução do logocentrismo não é uma psicanálise da filosofia [...]” (DERRIDA, 1967, p.293)

b) Citação de Citação

Segundo Silva (1983 apud ABREU, 1999, p.3) diz ser [...]

Para maiores informações sobre o estilo da ABNT, consultar o site da Internet: <http://bu.ufsc.br/framerefer.html>

SÉRIE DE DOCUMENTOS

Volume 1

1. Processos de Descentralização da Saúde no Brasil – Documento Analítico
2. Seminário: o Sistema Único de Saúde e a Regionalização
3. Seminário: Perspectiva para a descentralização e a Regionalização no Sistema Único de Saúde

Volume 2

Produção de conhecimento em Política, Planejamento e Gestão em Saúde e Políticas de Saúde no Brasil (1974-2000)

Volume 3

Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada



Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde

Setor de Embaixadas Norte - Lote 19
Brasília-DF - 70800-400
www.opas.org.br

ISBN 85-87943-24-3



9 788587 943248