



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

**Mestrado Profissional em
Administração de Saúde**

Construindo o SUS
**A lógica do financiamento e o processo de
divisão de responsabilidades entre as esferas
de governo**

Autor: **Renilson Rehem de Souza**
Orientador: **Profa. Célia Pierantoni**

2002

Área de concentração:
GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO
Instituto de Medicina Social

IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

Construindo o SUS

A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo

Renilson Rehem de Souza

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração de Saúde - Área de Concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Profa. Célia Pierantoni

Rio de Janeiro

2002

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

S729

Souza, Renilson Rehem.

Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo / Renilson Rehem de Souza. – 2002.

f.

Orientadora: Célia Regina Pierantoni.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Financiamento - Teses.
2. Política de saúde – Brasil – Teses. I. Pierantoni, Célia Regina. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU614.39(81)

A "Seu" Roque e Dona Clarice que me deram braço, régua e compasso.
Aos meus irmãos Renilton, Romé e Nadja
que me ajudaram a aprender a usá-los.

A Gal (in memoriam)

As minhas queridas filhas:

Tatiana, Luciana e Mariana

Aos meus netos Matheus e Maria

A Tânia

que me devolveu a vontade de viver

A minha nova filha Ana Júlia

que me trouxe mais vida.

Oração ao Tempo

Caetano Veloso

*És um senhor tão bonito
Quanto a cara do meu filho
Tempo Tempo Tempo Tempo
Vou te fazer um pedido
Tempo Tempo Tempo Tempo
Compositor de destinos
Tambor de todos os ritmos
Tempo Tempo Tempo Tempo
Entro num acordo contigo
Tempo Tempo Tempo Tempo
Por seres tão inventivo
E pareceres contínuo
Tempo Tempo Tempo Tempo
És um dos deuses mais lindos
Tempo Tempo Tempo Tempo
Que sejas ainda mais vivo
No som do meu estribilho
Tempo Tempo Tempo Tempo
Ouve bem o que eu te digo
Tempo Tempo Tempo Tempo
Peço-te o prazer legítimo
E o movimento preciso
Tempo Tempo Tempo Tempo
Quando o tempo for propício
Tempo Tempo Tempo Tempo
De modo que o meu espírito
Ganhe um brilho definido
Tempo Tempo Tempo Tempo
E eu espalhe benefícios
Tempo Tempo Tempo Tempo
O que usaremos pra isso
Fica guardado em sigilo
Tempo Tempo Tempo Tempo
Apenas contigo e migo
Tempo Tempo Tempo Tempo
E quando eu tiver saído
Para fora do seu círculo
Tempo Tempo Tempo Tempo
Não serei nem terás sido
Tempo Tempo Tempo Tempo
Ainda assim acredito
Ser possível reunirmo-nos
Tempo Tempo Tempo Tempo
Num outro nível de vínculo
Tempo Tempo Tempo Tempo*

AGRADECIMENTOS

Ao Ministro José Serra e ao Ministro Barjas Negri, pela oportunidade que me concederam de vivenciar essa experiência na SAS nesses quase cinco anos que foi condição para a realização deste trabalho.

Ao Instituto de Medicina Social da UERJ, nas pessoas dos Professores Cid Manso e Célia Pierantoni, por ter aceitado o desafio de realizar esse Curso de Mestrado com técnicos em pleno exercício de suas funções no Ministério da Saúde.

A Professora Fabíola de Aguiar Nunes e toda equipe do antigo (1971-1975) Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA que me ensinaram os primeiros passos nesses caminhos espinhosos da Saúde Coletiva.

Aos amigos e irmãos Eduardo Dadá Levicovitz e Déa Mara, pela convivência e permanente incentivo e apoio na vida e, desde o primeiro momento, para a realização deste Curso de Mestrado.

Aos amigos e colegas de trabalho Maria Helena Brandão Oliveira, Cristiane Vieira Machado e Antonio Claret Campos Filho sem a ajuda dos quais não teria sido possível realizar este trabalho.

A Professora Sonia Barros pela amizade, apoio e ajuda na elaboração deste trabalho.

A Professora Vera Mendes pela amizade e ajuda na organização das idéias.

A Arionaldo Bomfim Rosendo pelas preciosas e históricas informações sobre o orçamento do MS e do INAMPS.

A Rejane Vieira pela organização das referencias bibliográficas.

A Sandra Rocha pela revisão final do trabalho e a Tininha pela ajuda na preparação dos gráficos e tabelas.

Aos amigos de todas as horas Marcelo e Luiz Antonio.

Aos companheiros e cúmplices na condução da SAS nestes últimos anos, cuja vivencia serviu de ponto de partida para a elaboração deste trabalho: Gabbardo, Beltrame, Maria Helena, Sonia, Paulo Henrique, Antonio Henrique e Arnaldo.

Aos colegas e amigos da SAS que muito me ajudaram nesta empreitada: Naira, Cleusa, Emilia, Josafá, Juliana e Carla.

Aos amigos e parceiros de muitas jornadas que muito têm me ensinado: Renato Tasca e José Gilson.

A equipe do Gabinete da SAS que me garantiu o apoio e a tranqüilidade possível para conduzir os destinos dessa Secretaria e ainda conseguir realizar este trabalho: Marizete, Luiz Carlos, Gilka, Adão, Eduardo Dudú, “Seu” Luiz, Malet, Nilson, Teresa, Adriano, Helenita, Roberto, Evilásio, Sandra Cabral, Sandra, Tatiana, Gisélia, Kally, Enilda, Shirley, Paulo, Cirlene, Lídia e Daniela.

A toda equipe da SAS que me enche de orgulho.

Construindo o SUS

A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo

O presente estudo tem como objetivo analisar o financiamento e a divisão de responsabilidades entre os níveis de governo no processo de implantação do Sistema Único de Saúde. O trabalho foi desenvolvido como um estudo exploratório.

Descreve-se a evolução do modelo de financiamento durante o processo de construção do SUS. A hipótese formulada é que foi adotada, para a implantação do SUS, a lógica de um "INAMPS universal", sob um modelo de federalismo que não define claramente os limites entre os seus entes. Isto determinou, pelo menos nas fases iniciais, um modelo de financiamento pouco coerente com os princípios constitucionais do SUS, exercendo importantes influências sobre a estratégia de organização do novo sistema.

O processo de implantação do SUS tem demonstrado que o crescente aporte de recursos financeiros para serem geridos pelos municípios, com seu respectivo controle social, desencadeia importantes avanços na consolidação do mesmo. Porém, estes avanços não têm sido suficientes para superar as dificuldades na definição dos papéis dos diferentes níveis de governo e, de modo especial, na participação dos mesmos no financiamento.

Na análise deste processo, destacou-se que o Sistema Único de Saúde começou a ser implantado por meio de uma estratégia que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada pelo INAMPS para os seus beneficiários. Pôde-se concluir que as NOB de 1991, 1992 e 1993 apresentaram poucos avanços para a real implementação do SUS que começou a se efetivar com a NOB 96 e avança com a NOAS 2001.

Building the SUS (UHS/ Unique Health System) The logics of financing and the process of division of responsibilities among the government levels

The present study aims at analyzing the financing and the division of responsibilities among the government levels within SUS (UHS) implementation process. The work was developed as a descriptive study.

The evolution of financing model throughout SUS building process has been analyzed. The hypothesis is that a “universal “INAMPS (National Institute for Medical and Social Security)” approach was adopted, vis a vis with a model of federalism which doesn’t clearly defines limits of each government level. This approach led to a financing model hardly coherent with SUS vision, affecting also the organizational strategy of the new system.

The experience with SUS implementation has shown that growing amounts of financial resources to be managed by the municipalities (local level), together with social control, unfold important improvements for its consolidation. However, these improvements were not able to overcome the difficulties related to the definition of roles played by different government levels, especially when financing is concerned.

The results of the analysis stressed that the SUS started focusing on a strategy based on providing universal coverage of health care, which until then was provided by INAMPS only to their clients. The concluding remarks are that NOB (operational policy briefs) of 1991, 92 and 93 produced little improvements towards a real implementation of SUS (UHS), which turned effective only when NOB96, and especially NOAS 2001, were implemented.

Resumo

Abstract

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 13 |
| 2. METODOLOGIA | 20 |
| 2.1. TÉCNICA DE COLETA DE DADOS: | 20 |
| 3. ANÁLISE E RESULTADOS | 24 |
| 3.1. ANTECEDENTES DO SUS | 24 |
| 3.2. A CONFIGURAÇÃO INSTITUCIONAL DO SUS | 30 |
| 3.3. O FEDERALISMO BRASILEIRO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE | 32 |
| 3.4. AS FUNÇÕES GESTORAS E AS ATRIBUIÇÕES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..... | 34 |
| 3.5. O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS | 38 |
| 3.6. NOB 96 – OS AVANÇOS DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS | 68 |
| 3.7. NOB 96 – AS DIFICULDADES DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS | 74 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 80 |
| 4.1. NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE - NOAS SUS 01/01 | 80 |
| 4.2. PERSPECTIVAS DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS | 83 |
| 5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:..... | 88 |

| | |
|---|-----|
| ANEXO 1 | 96 |
| ANEXO 2 | 100 |
| FIGURA 1 – FUNDAMENTOS LEGAIS DO SUS..... | 30 |
| FIGURA 2 - ESTRUTURA INSTITUCIONAL E DECISÓRIA DO SUS..... | 36 |
| FIGURA 3 - RECURSOS FEDERAIS DA ASSISTÊNCIA, SEGUNDO MODALIDADE DO PAGAMENTO – BRASIL, DEZEMBRO DE CADA ANO – 1994 A 2001 | 65 |
| FIGURA 4 – FLUXO DE FINANCIAMENTO DO SUS..... | 65 |
| FIGURA 5 - COMPARATIVO ENTRE A PROPORÇÃO DO PER CAPITA DE CADA REGIÃO COM O PER CAPITA NACIONAL, BRASIL - 1994 E 2001 | 71 |
| TABELA 1 - DESIGUALDADES REGIONAIS NA ASSISTÊNCIA MÉDICA NO BRASIL, 1986 | 26 |
| TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DO QUANTITATIVO DE AIH POR ESTADO, BRASIL - 1991 | 43 |
| TABELA 3 - LIMITES FINANCEIROS ANUAIS E RESPECTIVO VALOR <i>PER CAPITA</i> POR UF, BRASIL, 1994 | 52 |
| TABELA 4 - LIMITES FINANCEIROS ANUAIS E RESPECTIVO VALOR <i>PER CAPITA</i> POR REGIÃO, BRASIL, 1994 | 53 |
| TABELA 5 - LIMITES FINANCEIROS ANUAIS E RESPECTIVO VALOR <i>PER CAPITA</i> POR UF, BRASIL, 1995..... | 55 |
| TABELA 6 - TETO FINANCEIRO ANUAL E VALOR PER CAPITA - ATENÇÃO BÁSICA, BRASIL, 1997 E 1998..... | 59 |
| TABELA 7 - TETO FINANCEIRO ANUAL E VALOR PER CAPITA DA ATENÇÃO BÁSICA, POR UF, BRASIL, 1998..... | 60 |
| TABELA 8 - EVOLUÇÃO DOS VALORES <i>PER CAPITA</i> DA ATENÇÃO BÁSICA POR UF, BRASIL, 1997 A 2001 | 61 |

| | |
|--|----|
| TABELA 9 - INAMPS X SUS - A SUPERAÇÃO DAS DESIGUALDADES NA DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DOS RECURSOS PARA A ASSISTÊNCIA SAÚDE. BRASIL, 1986 - 2001 | 70 |
| TABELA 10 -COMPARATIVO ENTRE OS LIMITES FINANCEIROS ANUAIS, RESPECTIVOS VALORES PER CAPITA E PROPORÇÃO EM RELAÇÃO AO PER CAPITA NACIONAL, POR REGIÃO, BRASIL. 1994 – 2001..... | 71 |
| TABELA 11 -LIMITES FINANCEIROS ANUAIS, POPULAÇÃO E RESPECTIVO VALOR PER CAPITA, POR REGIÃO, BRASIL, 2001 | 72 |
| TABELA 12 -HABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS, POR ESTADO, NA NOB SUS 01/96. SITUAÇÃO EM DEZEMBRO DE 2001 | 73 |
| QUADRO 1 -AS NORMAS OPERACIONAIS DO SUS: ASPECTOS FORMAIS E CARACTERÍSTICAS DO FINANCIAMENTO, NO PERÍODO DE 1991 A 2001. | 40 |
| QUADRO 2 -INDICADORES DE EVOLUÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO NO SUS - POSIÇÃO NO FINAL DE CADA EXERCÍCIO – 1997/2001 . | 64 |
| QUADRO 3 -HABILITAÇÃO DOS ESTADOS BRASILEIROS E DISTRITO FEDERAL NA NOB SUS 01/96. SITUAÇÃO EM DEZEMBRO DE 2001 | 74 |



INTRODUÇÃO



1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal brasileira de 1988 redefiniu o modelo de proteção social adotando o conceito de Seguridade Social, integrada pelo conjunto das ações referentes à saúde, previdência e assistência social. A Constituição define que essas ações devem ser financiadas com recursos provenientes dos Orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais

No campo das políticas sociais, é dever do Estado assegurar a todos os cidadãos o direito à educação e à saúde (Brasil, 1988). Para assegurar esse direito, na área da saúde, a Constituição determinou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, de acesso universal.

O Art. 196 da Constituição Federal define que “A saúde é direito de todos e dever do Estado...” determinando assim, de maneira clara, a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, o atual texto constitucional significou um indiscutível avanço no que diz respeito a uma concepção mais abrangente de seguridade social por contraposição à que prevalecia.

Quando da regulamentação da definição constitucional através da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e da Lei 8.142/90, apesar das alterações ocorridas no projeto original, conseguiu-se estabelecer nesta última alguns princípios básicos com relação ao controle social e às regras de financiamento do sistema. Essas alterações decorreram de uma conjuntura política bastante diferente daquela do período de elaboração da proposta e da aprovação da Constituição. Havia, pela primeira vez depois de mais de vinte anos, um governo democraticamente eleito, mas que se apresentava politicamente frágil e que resultou no processo de cassação do Presidente da República. Essa conjuntura de instabilidade política do governo propiciou um retrocesso na decisão política de viabilizar uma maior participação da sociedade no controle do sistema e na definição do financiamento do SUS.

O Parágrafo Único do Art. 198 da Constituição Federal diz: “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”. Esta questão é de extrema importância, pois, em todo debate sobre o financiamento ao longo do processo de implantação do SUS, a ênfase sempre é dada na participação da União, como se esta fosse a única responsável pelo mesmo. Parte-se do pressuposto que esse entendimento tem influenciado de forma decisiva no processo de implantação do SUS.

Um dos fatores determinantes deste entendimento é, provavelmente, o papel do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS), no período imediatamente anterior à aprovação da Lei Orgânica da Saúde e que continuou no início da implantação do SUS. O SUDS foi uma iniciativa do próprio INAMPS no sentido de universalizar a sua assistência que até então beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes.

Na análise deste processo, é importante destacar que, o Sistema Único de Saúde começou a ser implantado por meio de uma estratégia que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada pelo INAMPS para os seus beneficiários.

No final da década de 80, o setor público de assistência à saúde, constituído pela rede do Ministério da Saúde (MS), das secretarias estaduais e municipais de saúde, mantinha uma estreita relação com o INAMPS, que já vinha, nos últimos anos, participando de modo significativo do seu financiamento. O INAMPS passou, a partir de 1.990, a integrar a estrutura do Ministério da Saúde.

Considerando-se essa relação e a manutenção da participação do Ministério da Previdência no financiamento do INAMPS, este é inicialmente preservado e se constitui no instrumento para assegurar a continuidade, agora em caráter universal, da assistência médico-hospitalar a ser prestada à população. O INAMPS somente foi extinto através da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, portanto quase três anos após a promulgação da lei que instituiu o SUS.

No parágrafo único do seu artigo primeiro, a Lei nº 8.689 que extingue o INAMPS estabelece que: “As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidos pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990”.

Ao se preservar o INAMPS, se preservou os seus recursos e também a sua lógica de financiamento e de alocação desses recursos financeiros. Dessa forma, o SUS inicia a sua atuação na área da assistência à saúde com caráter universal, utilizando-se de uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a uma parcela específica da população.

A primeira alocação de recursos feita pelo Ministério da Saúde, agora gestor federal do SUS, baseou-se, fundamentalmente, na capacidade instalada dos serviços de saúde, construída ao longo do tempo para atender à população previdenciária, e no histórico dos gastos do INAMPS e carregou consigo uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados. No momento que a assistência passava a ter um caráter universal isso significou um aprofundamento das desigualdades regionais, pois privilegiou estados com uma maior e mais complexa rede de serviços.

A adoção de uma lógica de financiamento que desconsiderasse a alocação de recursos historicamente realizada pelo INAMPS, sem dúvidas, geraria uma forte reação política dos estados mais desenvolvidos e que contavam com uma maior proporção desses recursos.

Porém, a manutenção do INAMPS e de sua lógica de financiamento não evitou que a partir de maio de 1993, portanto pouco antes da sua extinção (em 27 de julho de 1993), o Ministério da Previdência Social (MPAS) deixasse de repassar para o Ministério da Saúde, recursos da previdência social, encerrando um processo de redução progressiva dos percentuais alocados pelo MPAS no orçamento do INAMPS (em torno de 30% uma década antes e ficando aquém de 20% nos anos mais recentes), criando uma enorme defasagem entre a nova responsabilidade constitucional e a disponibilidade orçamentária.

A partir daí o SUS entrou em um período de grave crise, pela significativa falta de recursos para honrar os compromissos resultantes das definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde que só começou a ser resolvida com a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), em outubro de 1996, com a Lei n. 9.311.

O processo de implantação do SUS tem demonstrado que o crescente aporte de recursos financeiros para serem geridos pelos municípios, com seu respectivo controle social, desencadeia importantes avanços na consolidação do SUS. Porém, estes avanços não têm sido suficientes para superar as dificuldades na definição dos papéis dos diferentes níveis de governo e, de modo especial, na participação dos mesmos no financiamento. Continua, por exemplo, havendo um significativo conflito entre gestores estaduais e municipais sobre a quem caberia a gestão dos prestadores de serviços e não há uma explicitação dos gastos estaduais e municipais, os quais não são incluídos na Programação Pactuada Integrada (PPI).

A nossa **hipótese** é que ao se adotar a lógica de um “INAMPS universal” sobre um modelo de federalismo que não define claramente os limites entre os seus entes, determinou-se o modelo de financiamento que, por sua vez, determinou a estratégia de organização do novo sistema. Essa organização leva, por exemplo, a que estados e municípios mantenham a prática semelhante à época do SUDS, de programar a alocação apenas dos recursos de origem federal. Por outro lado, ainda persiste uma sistemática de financiamento que tem por base a produção de serviços, particularmente na assistência. Essa situação, mesmo após a aprovação da Emenda Constitucional 29, permanece até os dias atuais para os recursos relativos ao custeio da assistência de média e alta complexidade, tendo sido superado apenas no tocante à atenção básica com a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), instituído pela NOB 96.

Por outro lado, o Ministério da Saúde, na condição de gestor nacional do sistema, se comporta de maneira ambivalente entre garantir um processo de transição sem “rupturas bruscas que ponham em risco o funcionamento do sistema” (NOB SUS 93) e a manutenção de um processo que mais significa a universalização do INAMPS. Essa posição do MS é fortalecida pela sua

inadequada divisão de trabalho e conseqüente estrutura organizacional que fraciona de modo excessivo as áreas da saúde com serias implicações no processo de financiamento e, por mais que se rejeite, reforça o componente assistencial, particularmente aquele de alta complexidade.

Estes fatos nos fazem supor que os gestores, tanto nacional, como estaduais e municipais não assumiram, efetivamente, a sua parcela de responsabilidade no Sistema, o que nos leva a indagar, no que pese o avanço do SUS, se o processo desenvolvido até a NOB 96 foi a efetiva implantação do SUS, ou tratou-se de um contínuo aperfeiçoamento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS.

As significativas alterações ocorridas no processo de implantação do Sistema Único de Saúde ao longo dos últimos 10 anos, fazem com que para se entender o atual momento, seja necessário rever a origem e a própria história da reorganização do sistema de saúde, dado que, é no entrecruzamento entre a implantação do novo sistema e a preservação de estruturas organizacionais e de financiamento antigas que se define a lógica de implantação do SUS.

Por outro lado, o fato de ter vivido momentos significativos dessa história, motiva a pensar criticamente esse processo. Tendo iniciado a vida profissional em meados da década de 70 na Secretaria de Saúde da Bahia, pude participar de diversos movimentos em busca de um melhor sistema de saúde. Em 1985 iniciei uma experiência no INAMPS na posição de Secretario Regional de Medicina Social da Superintendência Regional da Bahia. Nesse período participei das diversas iniciativas do INAMPS em busca de contribuir para a construção de um sistema de saúde universal, dentre as quais se destaca o SUDS. Participei, na condição de delegado do Conselho Federal de Medicina, da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) quando foram lançados os fundamentos do sistema público de saúde que viria a ser definido pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 8.080 de 1990.

Do início de 1990 até o início de 1998 tive a oportunidade de vivenciar a relação com o SUS na perspectiva de um hospital filantrópico conveniado.

A partir de abril de 1998 assumi a Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde o que proporcionou, ao longo desses quatro anos, uma experiência muito rica em uma fase importante da implantação do SUS.

Assim, tendo por base esse pressuposto e a experiência vivida ao longo desses anos, desenvolvemos este trabalho com os seguintes objetivos:

- Identificar na história de implantação do Sistema Único de Saúde, os pontos críticos que favoreceram uma determinada forma de sua implantação.
- Discutir as estratégias utilizadas e o processo de implantação do SUS.
- Analisar o processo de financiamento e de descentralização ocorrido durante o processo de implantação do SUS, enfocando o papel de instrumentos normativos pactuados entre as três esferas de governo.



METODOLOGIA



2. METODOLOGIA

O objeto deste estudo, o financiamento e a divisão de responsabilidades entre os níveis de governo no processo de implantação do Sistema Único de Saúde, é histórico porque se desenvolve numa sociedade humana, que existe em determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas. De acordo com Minayo (1994), vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. É uma questão social, pois a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são suas características fundamentais.

O trabalho foi desenvolvido como um estudo exploratório que, segundo Gil (1996) tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com um problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses.

Frente à necessidade de considerar diversos aspectos relativos ao nosso objeto de estudo e objetivos, e que dizem respeito a sua implantação e financiamento, entendemos que esse tipo de pesquisa é, bastante flexível e possibilitou a construção da nossa hipótese.

Assume a forma de pesquisa documental, pois foi desenvolvido a partir de material já elaborado, constituído daqueles que ainda não receberam um tratamento analítico: documentos impressos para um determinado público, textos legais, tais como leis, portarias etc. Há, ainda documentos de segunda mão, que, de alguma forma já foram analisados, tais como relatórios de pesquisa, tabelas estatísticas etc. (Gil, 1991).

2.1. TÉCNICA DE COLETA DE DADOS:

As fontes

Buscamos identificar nos arquivos do Ministério da Saúde, particularmente da Secretaria de Assistência à Saúde que sucedeu a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde e o INAMPS todos os documentos que pudessem estar relacionados ao tema em estudo de 1985 até dezembro de 2001.

A partir dessa pesquisa realizamos a análise dos documentos legais listados no anexo 1.

Análise dos dados

De posse do material bibliográfico tido como suficiente, passamos a sua leitura interpretativa, de acordo como proposto por Gil (1991).

Inicialmente procedemos à leitura analítica dos documentos, que passou pelos seguintes momentos:

- a) Leitura integral da obra ou do texto selecionado, para se ter uma visão do todo;
- b) Identificação das idéias-chave;
- c) Hierarquização das idéias;
- d) Sintetização das idéias.

Por ultimo, uma etapa mais complexa e que teve por objetivo relacionar a hipótese com o problema do trabalho. Na leitura interpretativa buscamos ir além dos dados conferindo-lhes significado, através de sua ligação com outros conhecimentos já obtidos.


O processo de análise foi realizado conjuntamente com a interpretação dos dados, que consistiu em estabelecer a ligação entre os achados com outros resultados conhecidos e também na vivencia profissional do autor.



Metamorfose Ambulante

Raul Seixas

Eu prefiro ser
Essa metamorfose ambulante
Eu prefiro ser
Essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo





ANALISE E RESULTADOS



3. ANALISE E RESULTADOS

3.1. ANTECEDENTES DO SUS

Antes da criação do Sistema Único de Saúde - SUS, o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária.

Na área de assistência à saúde o MS atuava apenas, por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), em algumas regiões específicas, com destaque para o interior das regiões norte e nordeste.

Essa ação, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como **indigente**, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha assegurado nenhum direito de acesso a serviços assistenciais e a assistência que recebia era uma forma de caridade.

A grande atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que em 1978 passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social.

O INPS foi o resultado da fusão, em 1966, dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (os denominados **IAP**), das diferentes categorias profissionais organizadas (bancários - IAPB, comerciários - IAPC, industriários - IAPI, dentre outros), que em 1978 por meio da Lei do SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento

ambulatorial e hospitalar, como também a contratação de serviços privados nas regiões com maior desenvolvimento econômico e nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários.

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente.

Portanto, quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Dessa forma, o INAMPS aplicava mais recursos nos estados das regiões sul e sudeste, mais ricos, e nessas regiões e em outras, em maior proporção nas cidades de maior porte.

Nessa época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias, a saber:

- Os que podiam pagar diretamente pelos serviços;
- Os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS; e
- Os que não tinham nenhum direito.

A tabela a seguir mostra, nessa conjuntura, a distribuição percentual dos recursos gastos pelo INAMPS no ano de 1986, em comparação com a distribuição percentual da população, segundo região.

TABELA 1 - DESIGUALDADES REGIONAIS NA ASSISTÊNCIA MÉDICA NO BRASIL, 1986

| Regiões | Gasto da região sobre Total do País % Total | População da Região sobre Total do País (%) |
|---------------|--|--|
| Norte | 2,27 | 5,48 |
| Nordeste | 18,10 | 28,82 |
| Sudeste | 59,28 | 43,79 |
| Sul | 15,14 | 15,12 |
| Centro-Oeste | 5,02 | 6,78 |
| Brasil | 100,00 | 100,00 |

Fonte: INAMPS/Secretaria de Planejamento / DIS – 1987.

Pode-se verificar na Tabela 1 que proporcionalmente a região sudeste, mais rica, (com 43,79% da população e 59,28% dos recursos), foi a que recebeu mais recursos e que as regiões norte e nordeste, mais pobres, foram a que menos receberam. Esta afirmativa, embora seja uma constatação, não deve ser entendida como uma crítica, porque esta alocação de recursos atendia os objetivos formais e legais do INAMPS.

Esses recursos eram utilizados para o custeio das unidades próprias do INAMPS (Postos de Assistência Médica e Hospitais) e, principalmente, para a compra de serviços da iniciativa privada.

Com a crise de financiamento da Previdência que começa a se manifestar a partir de meados da década de 70, o INAMPS adotou várias providências para racionalizar suas despesas e começou, na década de 80, a “comprar” serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente através de convênios. A assistência à saúde prestada pela rede pública, mesmo com o financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservava o seu caráter de universalidade da clientela.

Para enfrentar essa situação de crise foram apresentadas várias sugestões sendo que a única que alcançou razoável grau de consenso foi a criação do CONASP – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária, subordinado diretamente ao Presidente da República, efetivada pelo Decreto 86329, de setembro de 1981. LEVCOVITZ (1997)

“A partir do plano do CONASP, foi implementada a estratégia das Ações Integradas de Saúde – AIS, visando alcançar níveis de

articulação institucional que viabilizassem ações mais eficientes e eficazes”.(LEVCOVITZ, 1997).

Em meados da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximam ainda mais de uma cobertura universal de clientela. Dentre estas medidas se destacam, num primeiro momento (outubro de 1985) o fim da exigência de Carteira do Trabalho e Previdência Social e da Carteira de Beneficiário por parte dos pacientes que buscassem assistência hospitalar ou ambulatorial nas unidades próprias do INAMPS (Resolução INAMPS nº. 98). Em dezembro de 1986, por meio da Resolução INAMPS nº. 138 se extinguiu a necessidade de apresentação da Carteira de Identidade de Beneficiário do INAMPS para o atendimento, tanto ambulatorial quanto hospitalar efetuados pelas unidades próprias do INAMPS ou das demais entidades componentes das Ações Integradas de Saúde – AIS (as unidades públicas).

Também, nessa época, o INAMPS passou a dar aos trabalhadores rurais, até então precariamente assistidos por hospitais conveniados com o FUNRURAL, um tratamento equivalente àquele prestado aos trabalhadores urbanos. Essa política foi formalizada por meio da Resolução INAMPS nº. 115, de março de 1986, que dispõe sobre a equiparação da Assistência a Saúde prestada pela Previdência Social às clientelas das áreas urbana e rural. Mesmo com a crise que já se abatia sobre o INAMPS, essa medida significou uma grande melhoria nas condições de acesso, dessa população, aos serviços de saúde, particularmente na área hospitalar.

“Tais medidas atraíram grande simpatia da opinião pública em geral e de alguns grupos específicos de trabalhadores, como os rurais, que até então estavam submetidos a muitas dessas restrições”.(LEVCOVITZ 1997).

Esse processo culminou com a publicação do Decreto nº. 94.657, de julho de 1987 que cria o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados – SUDS. Esse Programa foi, implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os Governos Estaduais.

PROGRAMADO PARA O
BS/09 206 DE 25/10/85

RESOLUÇÃO INAMPS Nº 98 ,de 18 de outubro de 1985.

ASSUNTO:

Atendimento médico nos Hospitais e Postos de Assistência Médica do INAMPS.

FUNDAMENTO LEGAL:

Decreto nº 83.785, de 30.07.79 .

O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, no uso das atribuições que lhe são conferidas no artigo 83, inciso II, do Regimento Interno do INAMPS,

CONSIDERANDO os objetivos do Programa Nacional de Desburocratização de dinamizar e simplificar o funcionamento da Administração Pública Federal;

CONSIDERANDO, em consequência, a necessidade de racionalizar o funcionamento do serviço médico prestado pelo INAMPS, com a dispensa de exigências puramente formais;

CONSIDERANDO, ainda, a necessidade de facilitar o acesso dos pacientes que vêm procurar os Hospitais e Postos de Assistência Médica do Instituto, em consonância com igual procedimento da rede pública federal, estadual e municipal,

R E S O L V E:

1 - Fica dispensada a exigência de apresentação da Carteira de Trabalho e Previdência Social e da Carteira de Identidade de Beneficiário por parte dos pacientes que venham procurar assistência hospitalar ou ambulatorial nas Unidades próprias do INAMPS.

2 - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.


Hésio Cordeiro

A fase inicial de implantação do SUDS, cujos primeiros convênios entre o INAMPS e as SES foram firmados já em 1987, caracteriza-se pela inexistência de uma normatização detalhada. “Somente em 1988 o SUDS adquiriu uniformidade jurídico-legal, através do Convênio-padrão SUDS 01/88. Este instrumento de relacionamento entre as esferas de governo induz uma estratégia de estadualização da gestão do sistema, pela transferência de funções federais e pelo destaque dado a CIS” (LEVCOVITZ 1997).

A Portaria nº. 4.169 do Ministro da Previdência e Assistência Social de janeiro de 1988 alterou a estrutura da Direção Geral e das Direções Regionais do INAMPS nos estados aonde fora implantado o SUDS e determinou que as atividades remanescentes das estruturas das Superintendências Regionais fossem imediatamente transferidas para as Secretarias Estaduais de Saúde. As Superintendências Regionais foram extintas por meio da Portaria nº. 4.235 do Ministro da Previdência e Assistência Social de maio de 1988.

Em junho de 1988, o INAMPS publica a Norma Operacional Básica do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados - NOB/SUDS que estabelece instruções aos servidores do INAMPS responsáveis pela análise dos Planos de Aplicação de Recursos de Convênio e das prestações de contas correspondentes.

O SUDS teve como principais objetivos: a unificação dos sistemas (Ministério da Saúde e INAMPS - Ministério da Previdência e Assistência Social) com conseqüente universalização da cobertura e a descentralização.

Em janeiro de 1989, nas palavras do Secretário-geral do MPAS o SUDS é apresentado como “o precursor – porque não dizer viabilizador – do próprio texto constitucional: o Sistema Único de Saúde, preconizado nos artigos 196 a 200 da Carta Magna”.(MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL 1989).

No período SUDS (1987/89), as mudanças ocorridas na esfera federal tiveram como executores os Estados da União. Essa questão é importante para a discussão do processo de divisão de responsabilidades ocorrida durante a implantação do SUS.

As iniciativas apresentadas demonstram que começa a se construir no Brasil um sistema de saúde descentralizado e com tendência à

cobertura universal, mesmo antes da aprovação da Lei 8.080, que instituiu o SUS. Isto foi motivado, por um lado, pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e, por outro, à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíram o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, que teve o seu auge na VIII Conferência Nacional de Saúde, no contexto da redemocratização do país.

3.2. A CONFIGURAÇÃO INSTITUCIONAL DO SUS

Como já dissemos, a Constituição Federal de 1988 determinou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, de acesso universal.

Os fundamentos jurídicos e normativos do SUS são sistematizados na figura 1.

FIGURA 1 – FUNDAMENTOS LEGAIS DO SUS

- ✓ Constituição Federal de 1988
- ✓ Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90
- ✓ Lei nº 8.142/90
- ✓ Normas Operacionais Básicas – NOB – publicadas em 1991, 1992, 1993 e 1996
- ✓ Emenda Constitucional nº 29/2000
- ✓ Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – publicada em 2001

Quando da regulamentação da definição constitucional através da Lei Orgânica da Saúde, apesar das alterações ocorridas no projeto original, conseguiu-se estabelecer alguns princípios básicos com relação ao controle social e às regras de financiamento do sistema.

O Art. 196 da Constituição Federal define que “A saúde é direito de todos e dever do Estado...”. Aqui se define de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

O Parágrafo Único do Art. 198 diz: “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”. Esta questão é de extrema importância, pois, em todo debate sobre o financiamento do SUS, a ênfase é dada na participação da União, como se esta fosse a única responsável pelo mesmo. Um dos fatores determinantes deste entendimento é, provavelmente, o papel do INAMPS no início do SUS, como veremos mais adiante.

Um aparente passo significativo na direção do cumprimento desta definição constitucional de construção do Sistema Único de Saúde, foi a publicação do Decreto nº. 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde. Portanto, anterior à promulgação da Lei 8.080, que só ocorreu em setembro do mesmo ano.

No entanto, como procuraremos demonstrar neste trabalho, a presença do INAMPS na estrutura do Ministério da Saúde e o seu uso como base para a implantação do SUS levou a um caminho que pode ter dificultado essa implantação.

A Lei 8.080 institui o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e define o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”.

Isto se constitui numa grande alteração da situação até então vigente. O Brasil passa a contar formalmente com um Sistema Público de Saúde, único e universal.

A Lei 8.142 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Com relação à participação da

comunidade institui, em cada esfera de governo a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

No que se refere ao financiamento detalha de modo significativo a participação da União e, com relação às demais esferas de governo, apenas faz referência a obrigatoriedade de contrapartida dos mesmos. Tal contrapartida é definida como condição para o recebimento dos recursos federais por parte de estados e municípios.

No seu artigo terceiro estabelece que “os recursos serão repassados de forma regular e automática para os municípios, estados e Distrito Federal...” Vai além ao definir que 70% desses recursos deverão ser destinados aos municípios.

3.3. O FEDERALISMO BRASILEIRO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE

Considerando que o Sistema Único de Saúde foi instituído com comando único em cada esfera de governo, torna-se necessário uma breve análise do federalismo brasileiro e suas implicações na implantação de um sistema de saúde público, descentralizado e hierarquizado. Essa importância se reforça ao se constatar a existência de uma relação paradoxal entre as unidades federadas – coexistência entre autonomia federativa e práticas político-administrativas centralizadoras e paternalistas.

Uma das dimensões relevantes do processo de implantação do SUS diz respeito à tentativa de definição do papel de cada esfera de governo no sistema, que se dá com intensos debates e conflitos, tendo em vista o caráter ainda recente do processo de democratização no Brasil, a marcante heterogeneidade política, econômica e social no país, as características do federalismo brasileiro e as intensas transformações pelas quais o Estado brasileiro vem passando nas diversas áreas da política, entre outras questões.

O Brasil apresenta um sistema político federativo constituído por três esferas de governo – União, estados e municípios -, todos considerados pela Constituição da República de 1988 como entes federativos com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica. São 26 estados, o Distrito Federal e 5.560 municípios. Estados que vão desde o Estado de Roraima com apenas 279 mil habitantes até São Paulo com mais de 36 milhões de habitantes. Municípios

com pouco mais de um mil habitantes até o município de São Paulo com mais de 10 milhões de habitantes.

O sistema federativo de governo seria, a princípio, adequado para países marcados pela diversidade e heterogeneidade, por favorecer o respeito aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social, como é o caso do Brasil.

Esse tipo de sistema impõe certa complexidade à implementação de políticas sociais de abrangência nacional, particularmente nos casos em que a situação de diversidade diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social. Nesses casos, acentua-se a importância do papel das políticas sociais de redistribuição, redução das desigualdades/iniqüidades no território nacional e inclusão social.

Além disso, a implementação de políticas sociais em um sistema federativo requer, por um lado, a explicitação das funções das diferentes esferas de governo para cada área da política e, por outro, a adoção de mecanismos de articulação entre essas esferas, com ênfase em uma lógica de cooperação e complementaridade.

No que diz respeito às políticas de saúde, agregue-se a isso a complexidade inerente a essa área, relacionada aos seguintes fatores: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde da população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde (no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros) que freqüentemente tencionam a estruturação de um sistema de saúde calcado na concepção de saúde como um direito de cidadania.

O federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades que merecem destaque, por suas implicações para a área da saúde. A primeira diz respeito ao grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas. A diversidade dos municípios brasileiros - em termos de porte, desenvolvimento

político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade gerencial do Estado, por sua vez, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados.

Outro aspecto relevante é que o federalismo brasileiro ainda se encontra de certa forma “em construção”, uma vez que ao longo de toda a história foi tencionado por períodos de centralismo autoritário, e a redemocratização do país ainda é relativamente recente. Esse processo de construção do federalismo é caracterizado por muitas tensões e conflitos na descentralização das políticas e definição dos papéis das três esferas de governo em cada área de política pública. No que diz respeito à saúde, a agenda política da década de 90 foi fortemente marcada pela temática da descentralização e pelos esforços de definição do papel dos gestores em cada esfera de governo.

Isto posto, pode-se concluir que estas características do federalismo brasileiro repercutem na implantação de um sistema de saúde em uma realidade plural e marcada por desigualdades regionais. Deste modo qualquer política pública de caráter universalizante tende a reproduzir a lógica sobre a qual se fundamenta. É o que se verifica nas políticas de saúde do final do século XX.

3.4. AS FUNÇÕES GESTORAS E AS ATRIBUIÇÕES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Conforme mencionado anteriormente, o Sistema Único de Saúde é, por definição constitucional, um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania, na noção de unicidade e ao mesmo tempo nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade.

A participação da comunidade se concretiza por meio de Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde são realizadas com periodicidade quadrienal, com representantes dos vários segmentos sociais, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes.

Essas Conferências se realizam em um processo ascendente desde Conferências Municipais de Saúde, passando por uma Conferência Estadual de Saúde em cada estado e culminando em uma Conferência Nacional de Saúde.

Os Conselhos de Saúde, por sua vez, são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços públicos e privados, profissionais de saúde e usuários, sendo que estes últimos detêm 50% dos membros dos mesmos. Esses órgãos colegiados têm caráter permanente e deliberativo, e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na esfera correspondente. Os Conselhos constituem uma rede ascendente, com Conselhos Municipais de Saúde, um Conselho Estadual de Saúde em cada estado e um Conselho Nacional de Saúde.

A implementação desse sistema, particularmente no que diz respeito ao processo de descentralização e definição do papel de cada esfera de governo, é condicionada por e deve considerar o enfrentamento de ao menos três questões gerais, já abordadas: as acentuadas desigualdades existentes no país; as especificidades dos problemas e desafios na área da saúde; as características do federalismo brasileiro.

Pode-se dizer que, de certa forma, houve na implementação das políticas de saúde nos anos 90 um esforço no sentido de construir um modelo federativo na saúde, seja através das tentativas de definição do papel de cada esfera no sistema, seja através criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS e destes com a sociedade.

Para que se possa discutir o papel de cada esfera de governo no SUS, é importante tentar conceituar **quem são os gestores do SUS** em cada nível e **o que são as funções gestoras no SUS**.

Os **gestores do SUS** são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro de Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado de Saúde; e, no municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

Esses gestores devem atuar em dois âmbitos, bastante imbricados: o *âmbito político* e o *âmbito técnico*. No âmbito político, o principal

compromisso do gestor do SUS deve ser com a população, através da busca da concretização da saúde como direito de cidadania mediante o seguimento dos princípios do SUS e da gestão pública, ou seja, o exercício da gestão da saúde voltado para o interesse público e não para interesses particulares ou privados.

A atuação política do gestor do SUS, norteadada pela concepção da saúde como direito e pelo interesse público, também se consubstancia na permanente interação e relacionamento com outros atores do jogo democrático, tais como: o chefe eleito do executivo respectivo que o designou (Presidente, Governador, Prefeito); outros Ministros/Secretários (de Fazenda, de Planejamento); o Ministério Público; representantes do Poder Legislativo (Deputados Federais ou Estaduais, Vereadores); do Poder Judiciário; prestadores de serviços; servidores públicos do setor saúde; profissionais de saúde; cidadãos usuários do SUS; representantes de entidades corporativas; representantes da sociedade em geral; gestores do SUS de outros níveis de governo e de outras unidades da federação (estados e municípios). Nesse sentido, merecem destaque os conselhos nacionais de representação dos gestores estaduais (CONASS) e municipais (CONASEMS), os canais institucionais formais de relação entre esferas de governo (comissões intergestores tripartite e bipartite) e os colegiados de participação da sociedade (conselhos de saúde permanentes e deliberativos), que integram a estrutura decisória no SUS. (Figura 2).

FIGURA 2 - ESTRUTURA INSTITUCIONAL E DECISÓRIA DO SUS



A atuação técnica do gestor do SUS – como já se assinalou, permanentemente permeada por variáveis políticas – se consubstancia através do exercício das funções gestoras na saúde. As **funções gestoras** podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública.

Podem-se identificar quatro grandes grupos de funções ou “macro-funções” gestoras na saúde:

- formulação de políticas/ planejamento;
- financiamento;
- coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores, públicos ou privados); e
- prestação direta de serviços de saúde.

Cada uma dessas macro-funções compreende, por sua vez, uma série de sub-funções e de atribuições dos gestores na área da saúde. Por exemplo, dentro da macro-função de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação de prioridades e programação de ações, dentre outras.

Definir o papel e as atribuições dos gestores do SUS nos três níveis de governo, portanto, significa identificar as especificidades da atuação de cada esfera no que diz respeito a cada uma dessas macro-funções gestoras, de forma coerente com a finalidade de atuação do Estado em cada esfera governamental, com os princípios e objetivos estratégicos da política de saúde, e para cada campo da atenção na saúde (promoção da saúde, articulação intersetorial, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência à saúde, dentre outros).

A legislação do SUS e diversas normas e portarias complementares, editadas nos anos 90, empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas de governo, preenchendo assim uma lacuna existente.

3.5. O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS

O Sistema Único de Saúde vem passando, desde a sua instituição pela Lei Orgânica de 1990, por importantes mudanças, entre as quais pode-se destacar o significativo avanço obtido na sua universalização, principalmente em decorrência de um importante processo de descentralização de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios.

Uma das dimensões relevantes desse processo diz respeito à tentativa de definição do papel de cada esfera de governo no SUS, que se dá com intensos debates e conflitos, tendo em vista o caráter ainda recente do processo de democratização no Brasil, a marcante heterogeneidade política, econômica e social no país, as características do federalismo brasileiro e as intensas transformações pelas quais o Estado brasileiro vem passando nas diversas áreas da política, no contexto de uma economia globalizada.

Esse processo tem sido orientado por Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas Normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS.

As Normas Operacionais definem critérios para que estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais é condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde.

Embora o instrumento formal seja uma portaria do Ministro da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma compartilhada entre o Ministério e os representantes do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Para tanto, foram criadas instancias de negociação, sendo uma em nível nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT – com representação do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS) e, em cada estado, uma Comissão Intergestores

Bipartite (CIB), com representação da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS.

Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB SUS 1.991, NOB SUS 1.992, NOB SUS 1.993 e NOB SUS 1.996.). No ano 2.001 foi publicada a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS-SUS/01). Estas normas são apresentadas a seguir no quadro 1, com destaque para os aspectos formais e características do financiamento.

QUADRO 1 - AS NORMAS OPERACIONAIS DO SUS: ASPECTOS FORMAIS E CARACTERÍSTICAS DO FINANCIAMENTO, NO PERÍODO DE 1991 A 2001.

| Norma | Instrumento normativo | Autoridade que assina | Modelo de Financiamento | Tempo de vigência |
|---------------|--|---|--|--|
| NOB 01/91 | Resolução 258 de 01/91 | Presidente do INAMPS | <ul style="list-style-type: none"> • Repasse condicionado à produção de serviços • Iguale pagamento do prestador público ao privado | 7 meses |
| | Resolução 273 de 07/91 | Sec. Nac. de Ass. à Saúde e Presidente do INAMPS | | |
| NOB 01/92 | Portaria 234 De 07/ 02/ 92 | Secretario Nacional de Assistência a Saúde (acumulando a presidência do INAMPS) | <ul style="list-style-type: none"> • Repasse condicionado à produção de serviços • Iguale pagamento do prestador público ao privado | 1 ano e 4 meses |
| NOB/93 | Portaria MS/ GM nº545 de 20/05/93 | Ministro da Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Refere o repasse de recursos a municípios habilitados, mas não define os mecanismos e não rompe totalmente com a lógica do pós- pagamento | 3 anos e 6 meses |
| NOB 01/96 | Portaria MS/ GM nº 2203 de 06/11/96 (Alterada p/ portarias nº de 18/12/97) | Ministro da Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Amplia transferência fundo a fundo • Utiliza o per capta para o financiamento da atenção básica • Define o pagamento de incentivos • Propõe elaboração da PPI | (Implantada a partir de janeiro de 1998 tendo vigorado até 26/01/01) 3 anos |
| NOAS 01/01 | Portaria MS/GM nº 95 de 26/01/01 | Ministro da Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Amplia recursos para a atenção básica • Institui per capta de alocação microrregional • Aloca recursos para média e alta complexidade pela PPI • Define financiamento diferenciado para a alta complexidade | 1 ano e 1 mês |

Ao analisarmos este processo, é importante destacar que, como descrito anteriormente, o Sistema Único de Saúde começou a ser implantado por meio de uma estratégia que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada pelo INAMPS para os seus beneficiários.

No final da década de 80, o setor público de assistência à saúde mantinha uma estreita relação com o INAMPS, que a partir de 1.990 passa a integrar a estrutura do Ministério da Saúde e que já vinha, nos últimos anos, participando de modo significativo do seu financiamento. De qualquer modo o orçamento do INAMPS era muito superior ao orçamento total do Ministério da Saúde. Em 1990, o orçamento anual final do INAMPS foi de Cr\$ 657.098.822.000,00 enquanto que o orçamento do Ministério da Saúde foi de Cr\$ 181.931.285.000,00. Ou seja, o orçamento do INAMPS era 3,5 vezes maior que o orçamento do Ministério da Saúde. Fica evidente que o SUS se inicia com uma forte dependência dos recursos oriundos do INAMPS.

Considerando-se essa relação e a continuidade da participação do Ministério da Previdência no financiamento do INAMPS, este é inicialmente preservado e se constitui no instrumento para assegurar a continuidade, agora em caráter universal, da assistência médico-hospitalar a ser prestada a população. O INAMPS somente foi extinto através da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, portanto quase três anos após a promulgação da lei que instituiu o SUS. Nesse período observa-se a concomitância do INAMPS e do SUS.

No parágrafo único do seu artigo primeiro, a lei que extingue o INAMPS estabelece que: “As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidos pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8. 142, de 28 de dezembro de 1990”.

Ao se incorporar o INAMPS ao MS, incorporou-se também a sua lógica de financiamento e de alocação de recursos financeiros. Dessa forma, o SUS inicia a sua atuação na área da assistência à saúde com caráter universal, utilizando-se de uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a uma parcela específica da população. Ou seja, se adotou como estratégia para a implantação do SUS a universalização do INAMPS.

Várias foram as conseqüências desta “preservação”: a manutenção de uma Tabela Nacional de Procedimentos e sua utilização como instrumento de financiamento, pelo Ministério da Saúde, de serviços e ações de saúde executadas por estados e municípios, o processamento das informações e

dos pagamentos realizados de modo centralizado, a realização de auditoria federal em prestadores de serviços já sob a gestão dos estados, a “não contratação” dos prestadores de serviços privados, a conservação do modo de relação com médicos autônomos (tipo 7), o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), etc.

Mas, uma das mais importantes dessas conseqüências foi, no início da implantação do SUS, o estabelecimento pelo Ministério da Saúde, de limites físicos e financeiros para as Unidades Federadas na lógica do INAMPS e que garantiria a manutenção da situação até então vigente. Ou seja, o SUS não adota uma lógica própria para a distribuição dos recursos financeiros destinados a custear a assistência à saúde de toda a população o que significaria um grande remanejamento de recursos entre os estados.

A primeira alocação de recursos feita em 1991, pelo Ministério da Saúde, agora gestor federal do SUS, baseou-se, fundamentalmente, na capacidade instalada dos serviços de saúde, construída ao longo do tempo para atender à população beneficiária da previdência, e carregou consigo uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados, pois, agora, a assistência passava a ter um caráter universal.

Isto se evidencia nas Portarias nº 19 e 20, de 08 de janeiro de 1.991, do Secretário Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde que à época acumulava a Presidência do INAMPS.

Como se pode verificar na Tabela 2, no estabelecimento do limite de recursos para a assistência hospitalar (Portaria no. 19) foram definidos quantitativos de Autorização de Internação Hospitalar – AIH diferenciados entre os estados que variavam de 5,0 internações para cada 100 habitantes/ano (Estado de Roraima) até 12,84 para o estado do Tocantins, com uma média Brasil de 10,05. Claro está que essa distribuição não se baseava nas necessidades de assistência hospitalar das respectivas populações e sim na série histórica de gastos do INAMPS.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DO QUANTITATIVO DE AIH POR ESTADO, BRASIL - 1991

| Unidade da Federação | População | Quantidade mensal de AIH | Quantidade anual de AIH | AIH por 100 hab ano |
|----------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------|
| Tocantins | 919.863 | 9.843 | 118.116 | 12,84 |
| Paraná | 8.448.713 | 77.846 | 934.152 | 11,06 |
| Rio de Janeiro | 12.807.706 | 117.181 | 1.406.172 | 10,98 |
| Minas Gerais | 15.743.152 | 140.456 | 1.685.472 | 10,71 |
| Paraíba | 3.201.114 | 28.503 | 342.036 | 10,68 |
| Goiás | 4.018.903 | 35.737 | 428.844 | 10,67 |
| São Paulo | 31.588.925 | 279.301 | 3.351.612 | 10,61 |
| Mato Grosso do Sul | 1.780.373 | 15.677 | 188.124 | 10,57 |
| Mato Grosso | 2.027.231 | 17.652 | 211.824 | 10,45 |
| Rio Grande do Sul | 9.138.670 | 78.749 | 944.988 | 10,34 |
| Santa Catarina | 4.541.994 | 38.346 | 460.152 | 10,13 |
| Piauí | 2.582.137 | 20.999 | 251.988 | 9,76 |
| Maranhão | 4.930.253 | 39.561 | 474.732 | 9,63 |
| Pernambuco | 7.127.855 | 57.024 | 684.288 | 9,60 |
| Ceará | 6.366.647 | 49.999 | 599.988 | 9,42 |
| Sergipe | 1.491.876 | 11.370 | 136.440 | 9,15 |
| Espírito Santo | 2.600.618 | 19.764 | 237.168 | 9,12 |
| Alagoas | 2.514.100 | 18.916 | 226.992 | 9,03 |
| Distrito Federal | 1.601.094 | 12.023 | 144.276 | 9,01 |
| Pará | 4.950.060 | 35.945 | 431.340 | 8,71 |
| Amazonas | 2.103.243 | 14.759 | 177.108 | 8,42 |
| Acre | 417.718 | 2.898 | 34.776 | 8,33 |
| Bahia | 11.867.991 | 81.166 | 973.992 | 8,21 |
| Rio Grande do Norte | 2.415.567 | 16.340 | 196.080 | 8,12 |
| Rondônia | 1.132.692 | 7.500 | 90.000 | 7,95 |
| Amapá | 289.397 | 1.783 | 21.396 | 7,39 |
| Roraima | 217.583 | 906 | 10.872 | 5,00 |
| TOTAL | 146.825.475 | 1.230.244 | 14.762.928 | 10,05 |

Fonte: Portaria nº 19, de 08 de janeiro de 1.991, do Secretário Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde que à época acumulava a Presidência do INAMPS.

Nessa Portaria são definidos quantitativos de AIH acima da média nacional, para os seguintes estados:

- Santa Catarina,
- Rio Grande do Sul,
- Mato Grosso
- Mato Grosso do Sul,
- São Paulo,

- Goiás,
- Paraíba,
- Minas Gerais,
- Rio de Janeiro,
- Paraná e
- Tocantins

Constata-se que entre esses onze estados estão os três da região sul, três dos quatro da região sudeste, três da região centro-oeste e apenas um da região nordeste e um da região norte.

Além da diferença quanto ao quantitativo de AIH, o volume de recursos por estado variava também em função do custo médio da AIH que depende do nível de concentração de recursos assistenciais de maior tecnologia, presentes em maior proporção nos estados mais ricos.

A Portaria nº 20, ao estabelecer o limite de recursos para a assistência ambulatorial define valores diferenciados de Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) para os diversos estados, baseados também, dentre outros critérios, em capacidade instalada e série histórica de gasto realizado pelo INAMPS. O valor da UCA variava entre CR\$ 1.200,00 e CR\$ 3.200,00, ou seja, uma variação de 266,66%.

Com o menor valor - CR\$ 1.200,00 – se encontravam todos os estados da região norte (TO, RO, AP, AC, PA, RR, AM), três estados da região nordeste (PI, SE e MA) e dois estados da região centro-oeste (MT e MS).

Com valores intermediários tínhamos:

- CR\$ 1.600,00 – PE, PB, SC e MG
- CR\$ 2.000,00 – ES, BA, AL, RN e DF
- CR\$ 2.400,00 – GO, RJ, CE e PR

E com os maiores valores, os estados do Rio Grande do Sul, com CR\$ 2.800,00 e o de São Paulo, com CR\$ 3.200,00.

Também em janeiro de 1991, o Presidente do INAMPS, por meio da Resolução nº. 258 institui a Norma Operacional Básica do SUS – NOB – SUS 91 que “trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991”.

É importante destacar dois aspectos: o fato desse primeiro ato normativo da implantação do SUS ser assinado pelo presidente do INAMPS, embora o INAMPS já tivesse sido transferido para o Ministério da Saúde e com a aprovação da Lei 8.080 o mesmo não ser mais o responsável pela assistência à saúde, e que esse se refira especificamente ao financiamento, embora fosse apenas para aquele ano.

Santos (1991) critica severamente o papel assumido pelo INAMPS no financiamento do SUS e na sua normatização: “O INAMPS revigora a política do centralismo federal, ou seja, considera como <sua> a competência para prestar serviços de assistência médico-hospitalar (ainda que a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde tenham disposto de forma diferente) e dá <um crédito de confiança aos Municípios e Estados> para executarem serviços seus. É de se mencionar, também, que não há mais como alocar recursos para serviços de assistência a saúde no orçamento do INAMPS, uma vez que não lhe cabe mais prestar serviços”.

Em julho do mesmo ano, o Secretario Nacional de Assistência a Saúde que à época acumulava a Presidência do INAMPS por meio da Resolução nº. 273 reedita, com alterações, a Norma Operacional Básica do SUS – NOB – SUS 91. Vale destacar que, enquanto nos considerandos da primeira versão, só se fazia referencia aos fundamentos legais, nessa versão, se acrescenta “Considerando propostas do CONASS, CONASEMS e outros setores da sociedade organizada que atuam na área da saúde como profissionais, prestadores de serviços e usuários.” Assim, pode-se concluir que o processo de negociação para o estabelecimento dessas normas já está presente desde então, embora vá progressivamente se tornando mais orgânico.

Segundo Levcovitz (1997) a NOB SUS 01/91 iniciou uma nova fase na relação do governo federal com os municípios, ao afirmar: “Diferentemente do que ocorreu sob o SUDS, agora o espaço de atuação dos estados foi sensivelmente diminuído, em favor de um relacionamento mais direto entre o governo federal e municípios. Ao determinar o repasse direto de verbas pelo MS/INAMPS aos municípios,

através do SIA/SUS e do SIH/SUS, a NOB – SUS 01/91 desarticulou a função gestora dos estados”. Esta decisão trouxe graves conseqüências para uma adequada divisão de poderes entre os Estados e Municípios que persistem até hoje.

Este importante papel assumido pelo INAMPS no início da implantação do SUS e que, como procuraremos demonstrar, continuou ao longo dos anos seguintes, pode ter dois motivos:

1. A falta de um projeto operacional para o novo sistema. Esta constatação nos leva a supor que toda a mobilização política se esgotou na elaboração da proposta para a Constituição Federal e para a Lei 8080. Este fato pode ter sido motivado pelo papel que já era desempenhado pelo SUDS na perspectiva de unificação e universalização do sistema e pelo entendimento de que sua consolidação significaria a implantação do SUS.
2. A perspectiva de manter a utilização dos recursos financeiros do INAMPS no financiamento do novo sistema. Embora tenha se conseguido inicialmente este objetivo, o mesmo se frustra a partir de 1993, embora a influencia do modelo operacional e de financiamento do INAMPS persista, nos anos seguintes.

As normas para a implantação do SUS foram, inicialmente, elaboradas pelo INAMPS. Em 1992, pela primeira vez, o Ministério da Saúde definiu essas normas e iniciou um processo de tentativa de distinção entre o SUS e o INAMPS. O Secretario Nacional de Assistência à Saúde que à época ainda acumulava a Presidência do INAMPS, em 07 de fevereiro de 1992, por meio da Portaria nº 234 edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92). Essa NOB que normalmente nem é referida quando se descreve a implantação do SUS praticamente repete as duas versões da NOB – SUS 01/91.

Mesmo com a manutenção do INAMPS e de toda a sua lógica de financiamento, na sua introdução se afirma que “Há de ser compreendido que o SUS não é sucessor do SUDS ou do INAMPS, nem é um novo rótulo para um produto velho. Ele é um sistema inteiramente novo e diferente de tudo que se dispôs até hoje no Brasil”.

A questão é que fazer tal afirmativa não resolve o problema criado com a decisão política de adotar a lógica de financiamento e a estrutura operacional do INAMPS como base para a implantação do SUS.

No seu item 2. O FINANCIAMENTO DO SUS – ASSISTÊNCIA A SAÚDE, a NOB-SUS 92 estabelece que “A partir do corrente exercício, tais recursos estarão alocados no Fundo Nacional de Saúde, permanecendo o INAMPS, ainda, mas tão somente, neste ano de 1992, atuando como via de repasse aos Estados, Distrito Federal e Municípios.” Aqui se evidencia o dilema vivido pelos gestores federais do SUS à época de conseguir implantar um sistema novo sobre as velhas estruturas remanescentes do INAMPS.

No subitem 2.1.2, do item 2.1. FINANCIAMENTO DAS ATIVIDADES HOSPITALARES define que “O quantitativo de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, será proporcional à população...” Porém, pelo menos do ponto de vista formal, esta decisão não foi posta em prática.

No subitem 2.2.3. do item 2.2. FINANCIAMENTO DAS ATIVIDADES AMBULATORIAIS estabelece que “A Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), destinada a definir os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, é fixada através de Resolução da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, considerando a classificação dos Estados dentro dos seguintes critérios: população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro em 1991 e desempenho da auditoria estadual no ano anterior”.

Estabelece os critérios para repasse dos recursos para os municípios nos seguintes termos “Para receberem os recursos, de forma regular e automática, para a cobertura das ações e serviços de saúde, conforme estabelecido na Lei 8.242/90, os municípios deverão contar com:

- FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – de natureza contábil e financeira que ser previamente autorizado pelo poder legislativo, gerido pela Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente e fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde.
- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – deve ter caráter deliberativo com composição paritária de representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde (50%) e usuários (50%). Cabe aos Conselhos a aprovação dos Planos

Municipais de Saúde, bem como atuar na formação de estratégias de controle da execução da política de saúde.

- PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – será a base das atividades e programação da Secretaria Municipal de Saúde e seu financiamento será previsto na proposta orçamentária da Secretaria.
- RELATÓRIOS DE GESTÃO – deverão permitir o acompanhamento pelo Ministério da Saúde, através de seu sistema de auditoria, do executado em relação à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados ao município.
- CONTRAPARTIDA DE RECURSOS PARA A SAÚDE NO RESPECTIVO ORÇAMENTO – deve ser comprovada pela publicação no Diário Oficial do Município, da destinação global orçamentária. É recomendável que se observe a evolução dos recursos destinados a saúde no orçamento do Município, e que se estabeleça uma meta a ser alcançada de, aproximadamente, 10% do orçamento.
- COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS – PCCS, previsto o prazo de dois anos para a sua implantação.”

Ainda conforme a NOB SUS 01/91 cabe ao Estado controlar a manutenção do cumprimento de tais quesitos, “podendo até, em casos extremos, solicitar a rescisão do Convenio de Municipalização.” (grifo nosso). Aqui se explicita uma contradição ao se utilizar o convenio como instrumento de implantação de um direito e dever do município definido na Constituição Federal.

Por outro lado fica evidente a tentativa de obter a participação dos municípios no financiamento do SUS o que não se concretiza, pelo menos no que se refere à explicitação desses valores.

Em 20 de maio de 1993, o Ministro da Saúde assina a Portaria MS nº. 545 que Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

Na sua apresentação diz que “a transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas que desorganizem as praticas atuais antes que se instaurem novas impondo, por isso, um período de transição no qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os estados e municípios em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção a saúde da população”. Aqui parece se assumir a dificuldade de abandonar a estrutura e a lógica do INAMPS como base para a implantação do SUS.

Essa NOB, pela primeira vez, estabelece critérios para a definição de tetos financeiros por estado, separando recursos ambulatoriais e hospitalares e prevê repasse desses recursos mensalmente, mas não estabelece o mecanismo. Esse mecanismo só foi criado por meio do Decreto nº. 1.232 em agosto de 1994 que dispõe sobre as condições e formas de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Com relação ao “Gerenciamento do processo de descentralização” a NOB SUS 01/93 inova ao instituir as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite como espaços formais de pactuação política.

No item 4. estabelece as condições de gestão, sendo para os municípios:

- Condição de gestão incipiente
- Condição de gestão parcial, e
- Condição de gestão semi-plena

E para os estados estabelece:

- Condição de gestão parcial
- Condição de gestão semi-plena

Porém, a manutenção do INAMPS e de sua lógica de financiamento não evitou que a partir de maio de 1993, portanto pouco antes da sua extinção (em 27 de julho de 1993), o Ministério da Previdência Social deixasse de repassar para o Ministério da Saúde, recursos da previdência social (ou seja, produto do recolhimento com base na folha salarial) criando uma enorme

defasagem entre a nova responsabilidade constitucional e a disponibilidade orçamentária.

Para que se possa ter uma idéia do significado dessa medida vale apresentar os valores da execução orçamentária do Ministério da Saúde em 1992. O valor total do orçamento executado pelo Ministério da Saúde naquele ano foi de Cr\$ 30.909.149.340.100,00 sendo Cr\$ 23.175.035.438.000,00 pelo INAMPS e por toda a administração direta do MS e mais o INAN, a CEME, a FUNASA e a FIOCRUZ foram executados os Cr\$ 7.734.113.802.100,00 restantes. Ou seja, o orçamento do INAMPS naquele ano correspondia a aproximadamente 75% do orçamento total do MS. Do orçamento total do INAMPS, Cr\$ 11.379.749.421.000,00 tinham como fonte a transferência do MPAS, ou seja, aproximadamente 50%.

Dessa forma a suspensão do repasse de recursos por parte do MPAS significou uma redução do orçamento do INAMPS à metade e uma redução do orçamento do MS em mais de 36%.

Os anos seguintes foram anos de grandes dificuldades para o SUS, pela grande falta de recursos e de definição de fontes alternativas para o seu financiamento. Essa situação só começou a ser resolvida a partir de 1997 com a aprovação da Lei 9311, de outubro de 1996 que instituiu a CPMF.

Esse período de grave crise no financiamento marcou fortemente o processo de implantação do SUS, principalmente a postura de estados e municípios que assim buscaram manter uma relação de compra e venda de serviços com o Ministério da Saúde como uma forma de garantir a continuidade do financiamento.

Sendo estados e municípios prestadores de serviços para o Ministério da Saúde este estaria obrigado a financiar essa prestação de serviços. Desta forma, mesmo extinto, o INAMPS servia como modelo para o financiamento do novo sistema. É importante referir que essa manutenção não se deu por imposição do Ministério da Saúde, mas sim pela necessidade sentida por estados e municípios de obter uma garantia na continuidade do financiamento iniciado pelo INAMPS por meio do SUDS.

Em outubro de 1994, o Ministro da Saúde, publicou a Portaria nº. 1.827, determinando à Secretaria de Assistência a Saúde (SAS) que definisse “os tetos financeiros de cada Estado relativos ao custeio das atividades de Assistência Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH/SUS)”.

A SAS definiu a alocação de R\$ 7.042.722.456,00 para a assistência à saúde, estabelecendo, em uma Portaria para cada estado, (Portarias de nº. 172 a 198, de 31 de outubro de 1994) o seu respectivo teto financeiro (Tabela 3).

Essa portaria, no parágrafo primeiro, do artigo primeiro define que: “Os tetos financeiros serão utilizados para a cobertura das atividades hospitalares (SIH/SUS) e ambulatoriais, incluindo o fornecimento de ciclosporina e eritropoetina, órteses e próteses ambulatoriais (SIA /SUS); programa de agentes comunitários; programa de interiorização e programa de saúde da família”. Portanto, esses recursos eram também destinados para cobrir as despesas com ações facilmente definidas como de Atenção Básica.

TABELA 3 - LIMITES FINANCEIROS ANUAIS E RESPECTIVO VALOR
PER CAPITA POR UF, BRASIL, 1994

(Em R\$ 1,00)

| Unidade Federada | População | Teto financeiro anual | Valor per capita |
|---------------------|--------------------|-----------------------|------------------|
| São Paulo | 33.273.183 | 1.922.548.584 | 57,78 |
| Paraná | 8.738.669 | 464.729.112 | 53,18 |
| Distrito Federal | 1.702.350 | 89.457.444 | 52,55 |
| Rio de Janeiro | 13.294.472 | 688.443.396 | 51,78 |
| Rio Grande do Sul | 9.534.727 | 483.864.780 | 50,75 |
| Minas Gerais | 16.427.747 | 770.165.076 | 46,88 |
| Goiás | 4.244.392 | 196.575.528 | 46,31 |
| Santa Catarina | 4.779.434 | 213.764.064 | 44,73 |
| Mato Grosso | 2.215.969 | 97.971.528 | 44,21 |
| Ceará | 6.664.536 | 279.230.868 | 41,90 |
| Piauí | 2.703.942 | 109.449.312 | 40,48 |
| Paraíba | 3.331.728 | 134.322.144 | 40,32 |
| Maranhão | 5.177.941 | 205.876.248 | 39,76 |
| Pernambuco | 7.423.000 | 290.062.692 | 39,08 |
| Rio Grande do Norte | 2.547.230 | 96.378.900 | 37,84 |
| Mato Grosso do Sul | 1.882.488 | 69.932.328 | 37,15 |
| Espírito Santo | 2.745.854 | 96.201.288 | 35,03 |
| Tocantins | 987.248 | 32.942.472 | 33,37 |
| Alagoas | 2.649.929 | 86.130.984 | 32,50 |
| Bahia | 12.492.757 | 396.399.624 | 31,73 |
| Pará | 4.805.432 | 149.593.080 | 31,13 |
| Rondônia | 1.263.146 | 37.166.100 | 29,42 |
| Sergipe | 1.578.739 | 45.243.900 | 28,66 |
| Roraima | 245.255 | 6.741.312 | 27,49 |
| Amazonas | 2.256.227 | 60.549.744 | 26,84 |
| Acre | 445.126 | 11.128.152 | 25,00 |
| Amapá | 314.152 | 7.853.796 | 25,00 |
| Brasil | 153.725.673 | 7.042.722.456 | 45,81 |

Fonte: Portarias SAS de nº 172 a 198, de 31 de outubro de 1994.

Pode-se observar que esta definição preserva a lógica dos gastos realizados pelo INAMPS e, por conseqüência, da capacidade instalada. Assim, os menores valores *per capita* continuam sendo os dos estados do norte e do nordeste, sendo o do Acre e do Amapá, com R\$ 25,00, seguidos do Amazonas com R\$ 26,84, de Roraima com R\$ 27,49 e de Sergipe com R\$ 28,66 (Tabela 3).

Por outro lado, os maiores *per capita* são os dos estados do sul e do sudeste, sendo, São Paulo com R\$ 57,78, Paraná com R\$ 53,18, Rio de Janeiro com R\$ 51,78, Minas Gerais com R\$ 46,88 e Santa Catarina com R\$

44,73. Aqui merece destaque o Distrito Federal com o terceiro maior *per capita* entre os estados (R\$ 52,55) (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta um comparativo entre a distribuição dos recursos e de população, por região, em 1994.

TABELA 4 - LIMITES FINANCEIROS ANUAIS E RESPECTIVO VALOR *PER CAPITA* POR REGIÃO, BRASIL, 1994

| Regiões | Teto financeiro anual | | Valor per capita | População | |
|---------------|-----------------------|---------------|------------------|--------------------|---------------|
| Centro-Oeste | 453.936.828 | 6,4% | 45,19 | 10.045.199 | 6,5% |
| Nordeste | 1.643.094.672 | 23,3% | 36,87 | 44.569.802 | 29,0% |
| Norte | 305.974.656 | 4,3% | 29,66 | 10.316.586 | 6,7% |
| Sudeste | 3.477.358.344 | 49,4% | 52,89 | 65.741.256 | 42,8% |
| Sul | 1.162.357.956 | 16,5% | 50,42 | 23.052.830 | 15,0% |
| Brasil | 7.042.722.456 | 100,0% | 45,81 | 153.725.673 | 100,0% |

Fonte: Portarias SAS de nº 172 a 198, de 31 de outubro de 1994.

Constata-se que as regiões sudeste e sul recebem recursos numa proporção bem maior que a sua população e que assim, enquanto o valor *per capita* do Brasil é de R\$ 45,81, o da região sudeste é de R\$ 52,89 e o da região sul é de R\$ 50,42, enquanto o valor *per capita* da região norte é de apenas R\$ 29,66 e da região nordeste é de R\$36,87(Tabela 4).

Durante o ano de 1995 foram feitas alterações nos tetos financeiros dos estados resultando num total de R\$ 7.080.125.352, com um *per capita* nacional de R\$ 45,44 (Tabela 5).

Mais uma vez os menores *per capita* são os dos estados da região norte:

- Amapá – R\$ 25,08;
- Pará – R\$ 26,36;
- Acre – R\$ 27,26;
- Amazonas – R\$ 27,39;
- Roraima – R\$ 27,98;
- Rondônia – R\$ 31,21 e
- Tocantins – R\$ 36,12

e da região nordeste:

- Bahia – R\$ 30,72;
- Sergipe – R\$ 35,30 e
- Maranhão – R\$ 36,21

Os maiores *per capita* estão entre os estados das regiões sul e sudeste e mais o Distrito Federal:

- São Paulo – R\$ 56,41,
- Paraná – R\$ 54,92,
- Rio Grande do Sul – R\$ 50,51,
- Rio de Janeiro – R\$ 49,71 e
- Distrito Federal – R\$ 49,42.

O maior *per capita* (do Estado de São Paulo) era 2,25 vezes maior que o menor que era do Estado do Amapá.

TABELA 5 - LIMITES FINANCEIROS ANUAIS E RESPECTIVO VALOR
PER CAPITA POR UF, BRASIL, 1995

(Em R\$ 1,00)

| Unidade Federada | População | Teto financeiro anual | Valor per capita |
|---------------------|--------------------|-----------------------|------------------|
| São Paulo | 33.699.405 | 1.901.016.048 | 56,41 |
| Paraná | 8.712.805 | 478.485.096 | 54,92 |
| Rio Grande do Sul | 9.578.691 | 483.864.780 | 50,51 |
| Rio de Janeiro | 13.296.442 | 660.905.664 | 49,71 |
| Distrito Federal | 1.737.813 | 85.879.152 | 49,42 |
| Minas Gerais | 16.505.371 | 800.971.680 | 48,53 |
| Santa Catarina | 4.836.588 | 215.474.172 | 44,55 |
| Pernambuco | 7.445.215 | 325.996.608 | 43,79 |
| Goiás | 4.308.541 | 186.746.748 | 43,34 |
| Mato Grosso do Sul | 1.912.841 | 81.121.500 | 42,41 |
| Ceará | 6.714.296 | 281.464.716 | 41,92 |
| Mato Grosso | 2.313.648 | 94.640.484 | 40,91 |
| Rio Grande do Norte | 2.582.305 | 101.776.116 | 39,41 |
| Piauí | 2.724.982 | 105.071.340 | 38,56 |
| Paraíba | 3.339.959 | 128.209.248 | 38,39 |
| Alagoas | 2.685.400 | 99.332.400 | 36,99 |
| Espírito Santo | 2.786.656 | 101.381.796 | 36,38 |
| Maranhão | 5.231.256 | 189.406.152 | 36,21 |
| Tocantins | 1.006.991 | 36.368.496 | 36,12 |
| Sergipe | 1.605.253 | 56.662.620 | 35,30 |
| Rondônia | 1.339.506 | 41.802.132 | 31,21 |
| Bahia | 12.645.885 | 388.471.632 | 30,72 |
| Roraima | 262.194 | 7.334.952 | 27,98 |
| Amazonas | 2.320.229 | 63.540.864 | 27,39 |
| Acre | 455.253 | 12.410.760 | 27,26 |
| Pará | 5.448.585 | 143.609.352 | 26,36 |
| Amapá | 326.186 | 8.180.844 | 25,08 |
| Brasil | 155.822.296 | 7.080.125.352 | 45,44 |

Fonte: SAS/MS

Em 06 de novembro de 1996, o Ministro da Saúde baixa a Portaria nº. 2.203 que institui a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 96).

Quanto ao financiamento, a NOB SUS 96 estabelece no item 10. FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, no subitem 10.3. Transferências Intergovernamentais e Contrapartidas: “As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo (grifo nosso), em conformidade com as normas legais vigentes”. Mais uma vez se registra a tentativa de contar com a participação

de estados e municípios no financiamento do SUS. E mais uma vez não se obtém sucesso, pelo menos quanto à explicitação dos valores.

E no seu subitem 10.4. Tetos financeiros dos Recursos Federais estabelece que: “Os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG), cujo valor, para cada estado e cada município, é definido com base na PPI (Programação Pactuada Integrada). O teto financeiro do estado contém os tetos de todos os municípios, habilitados ou não a qualquer uma das condições de gestão. O Teto Financeiro Global do Estado (TFGE) é constituído, para efeito desta NOB, pela soma dos Tetos Financeiros da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).”

No item 12. CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL institui o Piso Assistencial Básico (PAB) que como detalharemos mais adiante se constitui na primeira grande mudança na lógica de alocação de recursos federais.

No item 15. estabelece as condições de gestão do município em:

- GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA; e
- GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

No item 16. estabelece as condições de gestão do estado em:

- GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL; e
- GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.

Com relação às condições de gestão, tanto de estados quanto de municípios, pretende concluir o processo de transição ao abandonar condição “incipiente” e “semi” para adotar o conceito de “gestão plena”.

Todo o ano de 1997 foi consumido pela negociação do MS com estados e municípios tendo como espaço as reuniões da Comissão Intergestores Tripartite. O principal ponto desse longo processo de negociação foi a definição do valor per capita a ser adotado para o Piso de Atenção Básica, já que estados e municípios pretendiam obter o maior volume possível de recursos federais novos a serem somados àqueles que já eram gastos por meio da remuneração da prestação de serviços tendo por base a tabela do SIA.

Apenas a partir de março de 1998 com a edição da Portaria nº 2.121/GM se implanta o Piso da Atenção Básica (PAB) e, em decorrência, dá-se a subdivisão dos recursos federais transferidos para estados e municípios para o custeio da assistência em:

- Atenção Básica e
- Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

O PAB de cada município que é calculado tendo por base um valor *per capita* é transferido de forma automática “fundo a fundo” mudando a forma anterior de financiamento por prestação de serviços e passando para uma lógica de transferência de recursos em troca de o município assumir a responsabilidade sanitária por este nível de atenção.

Vale destacar que enquanto os recursos do PAB fixo são transferidos tendo por base o valor *per capita*, o valor do PAB variável depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais e a ações estratégicas tais como a Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

O Manual da Atenção Básica, aprovado pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1.998, define a Atenção Básica como “o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”.

E frisa ainda que “Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo de Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso da Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente”.

Com a Portaria GM/MS nº 2.121 (março de 1998), o Ministério da Saúde concretizou o primeiro e significativo passo para a construção de um sistema de saúde que não se reduza a apenas um componente de assistência médica e para avançar na redução das desigualdades regionais quanto à

distribuição dos recursos. Ou seja, a partir desse ato se inicia o processo de rompimento com o modelo do SUDS e dá um passo significativo na implantação do SUS. Porém, no que se refere à assistência de média e alta complexidade ainda continuou o processo de aperfeiçoamento do SUDS.

A existência, em 1996, portanto no momento da instituição do PAB, de 582 municípios que não recebiam recursos federais para as ações e serviços de saúde comprova esta afirmativa. Também para reforçar essa afirmativa basta comparar o valor *per capita* efetivamente aplicado em 1997, por estado, nos procedimentos que passaram a constituir o PAB com o valor *per capita* do PAB (fixo mais variável) em vigor em 1998, apresentado na Tabela 6.

Pode-se observar na Tabela 6 que o incremento no *per capita* ocorrido entre 1997 e 1998, enquanto na média do Brasil foi de 34,72%, chegou a ser negativo no Estado do Paraná (-1,71%) e abaixo da média para os Estados de Minas Gerais, Mato Grosso, São Paulo, Piauí e Rio de Janeiro.

Por outro lado, os maiores percentuais de aumento foram dos Estados:

- Bahia: 116,71%;
- Pará: 109,03%; e
- Espírito Santo: 106,80%.

Estes estados ocupavam posições bastante desvantajosas nos limites financeiros para a assistência estabelecidos em 1994 (17º, 20º e 21º valor *per capita*).

TABELA 6 - TETO FINANCEIRO ANUAL E VALOR PER CAPITA - ATENÇÃO BÁSICA, BRASIL, 1997 E 1998

| UNIDADES FEDERADAS | 1997 | | 1998 | | VARIÇÃO % PER CAPITA 97/98 |
|-----------------------|----------------------|-------------|----------------------|---------------|----------------------------------|
| | VALOR | PER CAPITA | VALOR | PER CAPITA | |
| BA | 82.996.848 | 6,53 | 181.868.807 | 14,15 | 116,71 |
| PA | 37.562.259 | 6,65 | 80.154.532 | 13,90 | 109,03 |
| ES | 16.943.918 | 5,94 | 35.561.945 | 12,28 | 106,80 |
| AM | 15.740.211 | 6,40 | 29.804.708 | 11,82 | 84,84 |
| RS | 61.923.733 | 6,34 | 115.076.923 | 11,66 | 83,86 |
| AC | 3.793.285 | 7,58 | 6.826.117 | 13,28 | 75,10 |
| MA | 53.312.434 | 10,07 | 84.691.142 | 15,81 | 57,04 |
| TO | 10.538.536 | 9,75 | 16.413.808 | 14,82 | 51,95 |
| DF | 16.577.926 | 8,83 | 25.627.424 | 13,32 | 50,86 |
| SC | 42.446.585 | 8,56 | 62.989.625 | 12,53 | 46,33 |
| RO | 12.455.619 | 9,92 | 18.291.726 | 14,33 | 44,48 |
| AP | 3.572.340 | 8,89 | 5.385.927 | 12,80 | 43,99 |
| GO | 40.003.768 | 8,62 | 58.773.730 | 12,39 | 43,69 |
| MS | 17.551.991 | 8,93 | 25.329.173 | 12,69 | 42,07 |
| AL | 31.903.496 | 11,98 | 45.047.479 | 16,76 | 39,88 |
| CE | 83.733.478 | 12,10 | 118.576.059 | 16,91 | 39,73 |
| RR | 2.369.433 | 9,31 | 3.376.321 | 12,95 | 39,10 |
| SE | 20.340.071 | 12,27 | 28.595.011 | 16,97 | 38,27 |
| RN | 27.972.890 | 10,78 | 39.039.055 | 14,88 | 37,96 |
| PB | 37.490.961 | 11,25 | 51.549.374 | 15,37 | 36,60 |
| RJ | 115.809.930 | 8,54 | 156.536.257 | 11,44 | 33,92 |
| PE | 90.953.660 | 12,18 | 122.072.556 | 16,22 | 33,20 |
| PI | 35.377.364 | 13,12 | 46.080.982 | 16,97 | 29,34 |
| SP | 339.525.818 | 9,77 | 390.219.844 | 11,06 | 13,20 |
| MT | 29.132.811 | 12,73 | 33.460.092 | 14,35 | 12,70 |
| MG | 214.452.884 | 12,69 | 237.869.211 | 13,91 | 9,65 |
| PR | 127.037.069 | 13,90 | 126.457.534 | 13,66 | -1,71 |
| BR | 1.571.519.318 | 9,84 | 2.145.675.362 | 13,26 | 34,72 |

Fonte: SE/MS

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos tetos financeiros anuais para a Atenção Básica e seu respectivo Valor *Per Capita*, por UF, no ano de 1.998.

TABELA 7 - TETO FINANCEIRO ANUAL E VALOR PER CAPITA DA ATENÇÃO BÁSICA, POR UF, BRASIL, 1998.

(Em R\$ 1,00)

| Unidade Federada | População | Teto financeiro anual | Valor per capita |
|---------------------|--------------------|-----------------------|------------------|
| Piauí | 2.714.999 | 46.754.951 | 17,22 |
| Sergipe | 1.684.953 | 29.009.302 | 17,22 |
| Ceará | 7.013.376 | 120.306.132 | 17,15 |
| Alagoas | 2.688.117 | 45.713.247 | 17,01 |
| Pernambuco | 7.523.755 | 123.939.249 | 16,47 |
| Maranhão | 5.356.853 | 86.015.005 | 16,06 |
| Paraíba | 3.353.624 | 52.382.292 | 15,62 |
| Rio Grande do Norte | 2.624.397 | 39.687.640 | 15,12 |
| Tocantins | 1.107.803 | 16.683.996 | 15,06 |
| Mato Grosso | 2.331.663 | 34.032.053 | 14,60 |
| Rondônia | 1.276.173 | 18.605.606 | 14,58 |
| Bahia | 12.851.268 | 185.046.243 | 14,40 |
| Minas Gerais | 17.100.314 | 242.095.455 | 14,16 |
| Pará | 5.768.476 | 81.567.202 | 14,14 |
| Paraná | 9.258.813 | 128.743.088 | 13,90 |
| Distrito Federal | 1.923.406 | 26.096.678 | 13,57 |
| Acre | 514.050 | 6.951.163 | 13,52 |
| Roraima | 260.705 | 3.439.946 | 13,19 |
| Amapá | 420.834 | 5.486.406 | 13,04 |
| Mato Grosso do Sul | 1.995.578 | 25.820.324 | 12,94 |
| Santa Catarina | 5.028.339 | 64.229.209 | 12,77 |
| Goiás | 4.744.174 | 59.933.676 | 12,63 |
| Espírito Santo | 2.895.547 | 36.275.219 | 12,53 |
| Amazonas | 2.520.684 | 30.419.858 | 12,07 |
| Rio Grande do Sul | 9.866.928 | 117.517.451 | 11,91 |
| Rio de Janeiro | 13.681.410 | 159.925.171 | 11,69 |
| São Paulo | 35.284.072 | 398.907.901 | 11,31 |
| Brasil | 161.790.311 | 2.185.584.463 | 13,51 |

Fonte: Portarias/MS

Ao analisarmos a Tabela 7, podemos observar que em valores absolutos, em 1998 os maiores *per capita* do PAB são os dos estados do Nordeste, que historicamente recebiam menos recursos federais que os estados das regiões Sul e Sudeste:

- Piauí (R\$17,28),
- Sergipe (R\$ 17,28),
- Ceará (R\$ 17,15),
- Alagoas (R\$17,01),
- Pernambuco (R\$ 16,47),
- Maranhão (R\$ 16,06),

Enquanto que os menores valores *per capita* são os de:

- São Paulo (R\$ 11,31),
- Rio de Janeiro (R\$ 11,69) e
- Rio Grande do Sul (R\$ 11,91).

Isto significa um avanço, já que os estados mais pobres passam a receber mais recursos para a atenção básica.

A Tabela 8 apresenta a evolução dos valores *per capita* da Atenção Básica no período de 1997 a 2001, classificando segundo o percentual de crescimento.

TABELA 8 - EVOLUÇÃO DOS VALORES *PER CAPITA* DA ATENÇÃO BÁSICA POR UF, BRASIL, 1997 A 2001

| UF | VALORES PER CAPITA EM R\$ 1,00 | | | | | VARIACÃO % 1997/2001 |
|----|--------------------------------|-------|-------|-------|--------|-------------------------|
| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | jun/01 | |
| AC | 7,58 | 13,28 | 16,83 | 19,89 | 29,96 | 295,09 |
| BA | 6,53 | 14,15 | 16,00 | 18,21 | 20,88 | 219,74 |
| PA | 6,65 | 13,90 | 16,75 | 18,61 | 20,58 | 209,64 |
| TO | 9,75 | 14,82 | 19,43 | 24,36 | 29,75 | 205,10 |
| ES | 5,94 | 12,28 | 13,40 | 14,49 | 17,98 | 202,70 |
| DF | 8,83 | 13,32 | 16,78 | 20,79 | 24,71 | 179,81 |
| AM | 6,40 | 11,82 | 13,83 | 14,75 | 16,81 | 162,83 |
| AP | 8,89 | 12,80 | 15,62 | 17,36 | 22,57 | 153,89 |
| MS | 8,93 | 12,69 | 14,46 | 16,38 | 21,71 | 143,05 |
| AL | 11,98 | 16,76 | 20,52 | 24,51 | 27,59 | 130,29 |
| RO | 9,92 | 14,33 | 17,76 | 21,58 | 22,84 | 130,26 |
| RS | 6,34 | 11,66 | 13,19 | 14,38 | 14,46 | 127,92 |
| SE | 12,27 | 16,97 | 19,28 | 22,76 | 27,00 | 120,01 |
| MA | 10,07 | 15,81 | 17,75 | 20,19 | 22,00 | 118,49 |
| CE | 12,10 | 16,91 | 19,25 | 22,64 | 25,85 | 113,61 |
| PB | 11,25 | 15,37 | 17,73 | 21,04 | 24,03 | 113,52 |
| RR | 9,31 | 12,95 | 14,39 | 15,84 | 19,70 | 111,62 |
| GO | 8,62 | 12,39 | 14,08 | 15,28 | 18,21 | 111,23 |
| SC | 8,56 | 12,53 | 14,16 | 15,83 | 17,17 | 100,54 |
| RN | 10,78 | 14,88 | 16,94 | 19,99 | 21,46 | 99,04 |
| PI | 13,12 | 16,97 | 18,68 | 21,46 | 25,80 | 96,60 |
| PE | 12,18 | 16,22 | 19,13 | 22,59 | 22,85 | 87,58 |
| RJ | 8,54 | 11,44 | 12,63 | 13,24 | 14,00 | 63,92 |
| MT | 12,73 | 14,35 | 15,94 | 17,65 | 20,78 | 63,19 |
| MG | 12,69 | 13,91 | 14,99 | 16,3 | 17,84 | 40,59 |
| SP | 9,77 | 11,06 | 12,37 | 12,65 | 13,56 | 38,81 |
| PR | 13,90 | 13,66 | 16,09 | 17,85 | 18,00 | 29,51 |

Fonte:SE/MS

Na Tabela 8 está demonstrado que os estados que tiveram os maiores percentuais de incremento no período foram:

- Acre (295,09%),
- Bahia (219,74%),
- Pará (209,64%) e
- Tocantins (205,10%)

Os estados do Paraná (29,51%) de São Paulo (38,81%), Minas Gerais (40,59%) tiveram, no mesmo período, os menores incrementos.

A partir da Portaria GM n°. 1.399, de 15 de dezembro de 1.999, que regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças e define a sistemática de financiamento, no ano 2.000 o Ministério da Saúde, através da FUNASA, começou a implementar o processo de descentralização dessa área.

Com esse processo de descentralização concluído no final do ano 2.000, pelo menos para os estados, em 2.001 passou a existir o teto financeiro para os estados para o financiamento da Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças.

Assim, a partir de junho de 2.001, o volume de recursos anuais do Ministério da Saúde para os estados para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde passou a ser subdividido em:

- Recursos para a Atenção Básica (PAB Fixo e PAB Variável).
- Recursos para a Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças
- Recursos para a Assistência de Média Complexidade
- Recursos para a Assistência de Alta Complexidade

Esses recursos federais que, estima-se, correspondem a mais de 70% do total, progressivamente vêm sendo repassados a estados e municípios, através de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos

estaduais e municipais, conforme mecanismo instituído pelo Decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994.

Como já citamos, o SUS teve início tendo como principal fonte de financiamento os recursos da Previdência Social, por meio do orçamento do INAMPS que perdurou até maio de 1993. A partir daí o SUS entrou em um período de grave crise de financiamento que só começou a ser resolvida com a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira – CPMF, em outubro de 1996, com a Lei nº. 9.311.

O Art. 18 da Lei nº. 9.311 estabelece que “O produto da arrecadação da contribuição de que trata esta Lei será destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde, sendo que sua entrega obedecerá aos prazos e condições estabelecidos para as transferências de que trata o art. 159 da Constituição Federal”.

Recentemente, em setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29), que determina a vinculação de receitas dos três níveis para o sistema.

A Emenda Constitucional 29 define que até o exercício financeiro de 2004:

- A União deverá aplicar:
 - a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento.
 - b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB.
- Os Estados e Distrito Federal deverão aplicar doze por cento do produto da arrecadação dos impostos, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios.
- Os Municípios e o Distrito Federal deverão aplicar quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos.

Define ainda que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados 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.

Por fim, a EC 29 estabelece que “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 pelo Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal”.

Os recursos federais, na dependência da habilitação de estados e municípios na condição de gestão plena do sistema, vêm progressivamente sendo repassados, através de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, conforme mecanismo instituído pelo Decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994.

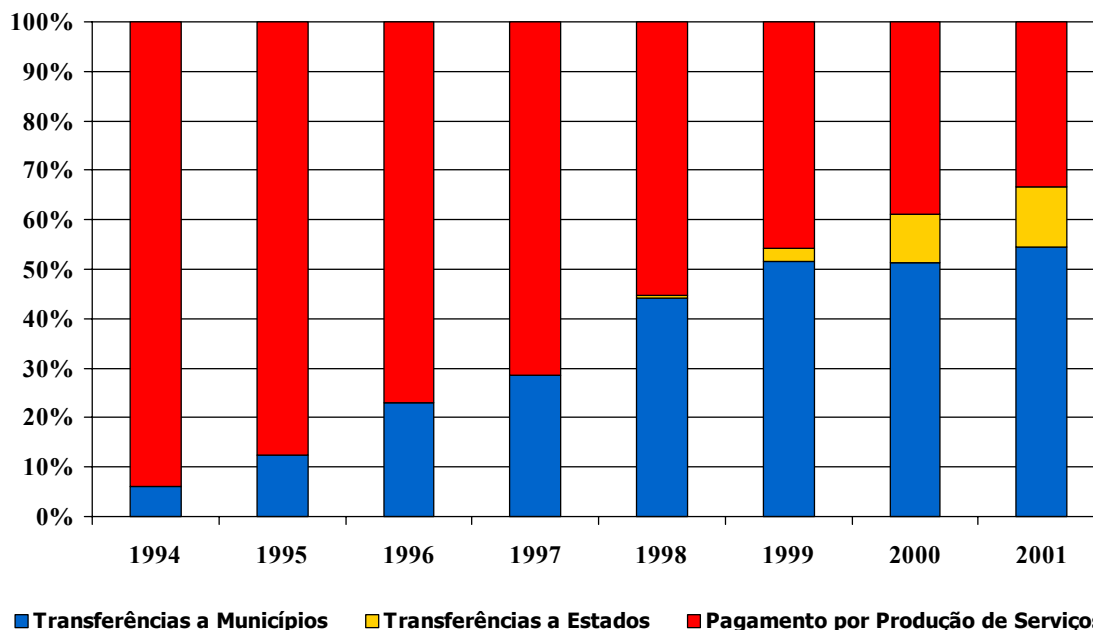
A intensa habilitação de municípios e estados, a partir da edição da NOB SUS 96, gerou um expressivo aumento dessas transferências diretas fundo a fundo, fazendo com que em dezembro de 2001, a maior parte dos recursos da assistência já fosse transferida nessa modalidade, em contraposição à predominância de pagamento federal direto aos prestadores de serviços. (Quadro 2, Figura 3)

QUADRO 2 - INDICADORES DE EVOLUÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO NO SUS - POSIÇÃO NO FINAL DE CADA EXERCÍCIO – 1997/2001

| Indicador / Ano | Dez/97 | Dez/98 | Dez/99 | Dez/00 | Dez/01 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| N.º de municípios recebendo recursos fundo a fundo | 144 | 5049 | 5350 | 5450 | 5516 |
| N.º de estados recebendo recursos fundo a fundo | - | 2 | 7 | 8 | 12 |
| % da população residente nos municípios que recebem \$ fundo a fundo | 17,3% | 89,9% | 99,26% | 99,72% | 99,90% |
| % do total de recursos assistenciais transferido fundo a fundo | 24,1% | 52,5% | 58,1% | 63,2% | 66,90% |

Fonte: Ministério da Saúde – Dados de Habilitação SAS/SPS (1997/2001).

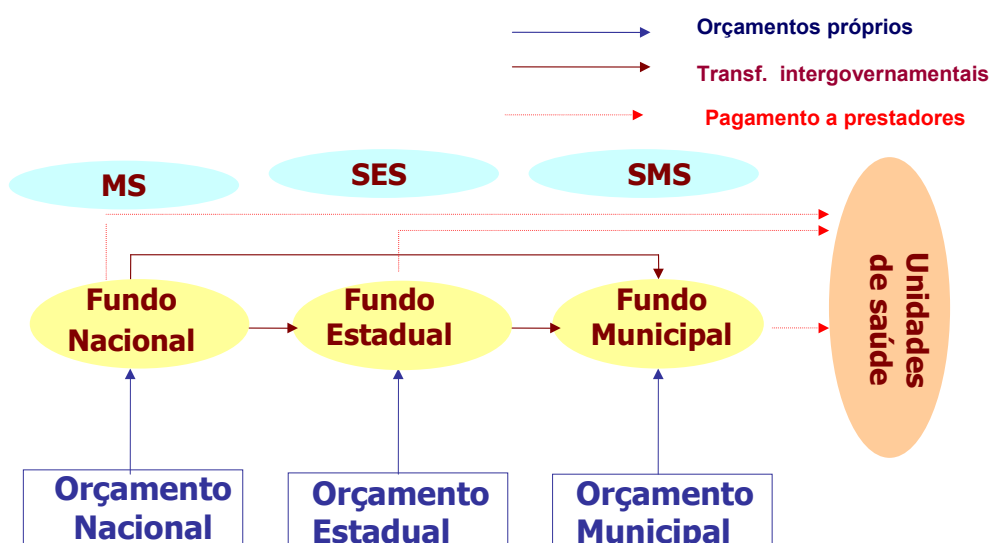
FIGURA 3 - RECURSOS FEDERAIS DA ASSISTÊNCIA, SEGUNDO MODALIDADE DO PAGAMENTO – BRASIL, DEZEMBRO DE CADA ANO – 1994 A 2001



Fonte: 1996 a 2001: TABNET/DATASUS - 1994 E 1995: SAS/MS

Além das transferências do Fundo Nacional de Saúde, os fundos estaduais e municipais recebem aportes de seus próprios orçamentos. Alguns estados promovem repasses de recursos próprios para os fundos municipais de saúde, de acordo com regras definidas no âmbito estadual (Figura 4).

FIGURA 4 – FLUXO DE FINANCIAMENTO DO SUS



Quanto aos gastos com fonte nos orçamentos estaduais e municipais não se dispõe de dados exatos, em virtude de se manter até os dias atuais, uma prática semelhante à época do INAMPS, nos moldes das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do SUDS de se programar a aplicação apenas os recursos de origem federal. Essa resistência de estados e municípios em programar a aplicação dos seus recursos financeiros para a assistência à saúde faz com que se reforce a idéia de que se tenha desenvolvido nos últimos anos um processo que mais significou um aperfeiçoamento do SUDS do que de efetiva implantação do SUS.

A esfera federal ainda é a responsável pela maior parcela do financiamento do SUS, embora haja estimativas de que a participação dos municípios venha crescendo ao longo dos últimos dez anos, e haja a perspectiva de que a parcela dos recursos estaduais no financiamento do sistema aumente significativamente, em decorrência da aprovação da EC-29.

O pagamento aos prestadores de serviços de saúde é feito pela esfera de governo responsável por sua gestão. Vale destacar que após mais de 10 anos do início da implantação do SUS o Ministério da Saúde ainda realiza pagamento direto a prestadores de serviços.

Independente da esfera de governo que execute o pagamento, o SUS utiliza um mesmo sistema de informações para os serviços ambulatoriais – o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e outro para os serviços hospitalares – o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). No caso específico das internações hospitalares, embora o pagamento pelos serviços prestados esteja, numa proporção significativa, descentralizado para o nível de governo responsável por sua gestão, o processamento das informações relativas a todas as internações financiadas pelo Sistema Público de Saúde é realizado de forma centralizada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) órgão do Ministério da Saúde.

Do mesmo modo, todo o Sistema Público utiliza uma única Tabela de Preços, definida pelo MS, para o pagamento aos prestadores de serviços. Vale destacar que essa tabela ainda é utilizada como instrumento de definição dos valores a serem transferidos do Ministério da Saúde para alguns estados. Essa

prática é um dos elementos fundamentais de preservação da lógica do SUDS em plena vigência do SUS.

Em que pese as divergências quanto a divisão de poder entre as esferas de governo, a tendência é que os municípios assumam cada vez mais a responsabilidade pelo relacionamento com os prestadores de serviço, à medida que se habilitem às condições de gestão descentralizada do sistema.

A Norma em vigor (NOAS-SUS 01/01), instituída pelo MS (os objetivos e mecanismos de elaboração destas Normas serão de detalhadas mais adiante) define duas condições de participação do município na gestão do SUS:

- (a) **Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada**, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base per capita para o financiamento das ações de atenção básica; e
- (b) **Gestão Plena do Sistema Municipal**, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território. Cabe esclarecer que o financiamento por base per capita não dispensa o gestor de alimentar o sistema de informações ambulatoriais, cuja produção servirá como insumo para futuras negociações de alocação de recursos financeiros.

Apesar do incremento das habilitações de estados e municípios, e do conseqüente aumento do volume de recursos repassados diretamente aos fundos de saúde subnacionais, um terço dos recursos federais ainda é empregado em pagamentos diretos a prestadores de serviços de saúde. Tal situação decorre do processo de contratação e pagamento centralizado que vigorou durante o período do INAMPS, que antecedeu à implementação do SUS e, em certa medida, ainda não foi plenamente substituído pelo processo de descentralização, dado o caráter não compulsório e progressivo deste último, reforçando assim a idéia da influencia da estrutura do INAMPS sobre o SUS.

A NOB SUS - 01/96, na tentativa de definir o papel de cada um dos gestores nas três esferas de governo e induzir divisões de responsabilidades que facilitassem a organização do SUS, propôs inicialmente que o gestor do

sistema municipal fosse o responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados no seu município. Com relação aos estados, a NOB SUS - 01/96 definiu como uma das suas responsabilidades nucleares, a mediação das relações entre os sistemas municipais, ou seja, a gestão do sistema estadual de saúde.

Embora a NOB/SUS 01/96 tenha inicialmente proposto uma definição para as responsabilidades de gestão dos níveis de governo, em decorrência da impossibilidade de se chegar a um consenso com as representações dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, atribuiu às Comissões Intergestores Bipartites de cada estado a prerrogativa de, excepcionalmente, definir outra divisão de responsabilidades entre esses gestores.

A ocorrência de pactos de gestão variados nos estados brasileiros é identificada atualmente, como um problema para a organização do SUS. Em alguns casos, os pactos são “desorganizativos”, ocasionando conflitos permanentes entre os gestores estadual e municipal, e levam ao rompimento do princípio do comando único sobre o sistema em cada nível de governo.

Nesse sentido, uma definição clara das responsabilidades de cada esfera de governo, no contexto da implementação do processo de regionalização desencadeado pela publicação da NOAS-SUS 01/01, é fundamental para a consolidação do SUS. Para o êxito da estratégia da regionalização, cada esfera de governo deverá desempenhar suas responsabilidades operacionais e de gestão de forma harmônica e cooperativa. Desse modo, será possível avançar na superação dos desafios enfrentados na construção do SUS e garantir à população brasileira uma atenção à saúde de qualidade, de modo a cumprir o que determina a Constituição Brasileira de 1988.

3.6. NOB 96 – OS AVANÇOS DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS

Como se procurou demonstrar, pode-se concluir que as NOB de 1991, 1992 e 1993 apresentaram poucos avanços para a real implementação do SUS que começou a se efetivar com a NOB 96.

O período de implementação da NOB SUS 01/96, compreendido entre os anos 1998 a 2000 (as habilitações na referida norma, no ano 2001, foram residuais), foi marcado por uma série de importantes avanços do processo de implantação do Sistema Único de Saúde. Entre esses avanços cabe destacar:

1. *No âmbito do financiamento:*

- a) a implementação do Piso da Atenção Básica para o financiamento das ações de atenção básica desenvolvidas pelos municípios, representando a introdução de uma lógica de financiamento *per capita* pela primeira vez no SUS, o que é um avanço no sentido da superação dos mecanismos de pós-pagamento;
- b) a adoção de incentivos específicos para áreas estratégicas, e o aumento expressivo de transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Fundos Municipais de Saúde;
- c) a adoção de critérios para alocação de recursos federais para o custeio das ações e serviços de saúde que contribuíssem para a redução das desigualdades regionais;
- d) a realização de investimentos na rede de serviços, com prioridade para as regiões norte, nordeste e centro-oeste. Dentre os projetos executados nesse período se destaca o REFORSUS com financiamento do Banco Mundial e de Banco Interamericano de Desenvolvimento.

O resultado desses avanços é demonstrado nas tabelas apresentadas a seguir.

TABELA 9 - INAMPS X SUS - A SUPERAÇÃO DAS DESIGUALDADES NA DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DOS RECURSOS PARA A ASSISTÊNCIA SAÚDE. BRASIL, 1986 - 2001

| Regiões | % dos Recursos | | % da População | |
|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
| | 1986 - 2001 | | 1986 - 2001 | |
| Norte | 2,27 | 6,46 | 5,48 | 7,53 |
| Nordeste | 18,10 | 26,96 | 28,82 | 28,08 |
| Sudeste | 59,28 | 44,38 | 43,79 | 42,58 |
| Sul | 15,14 | 15,45 | 15,12 | 14,88 |
| Centro-Oeste | 5,02 | 6,75 | 6,78 | 6,94 |
| Brasil | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

Fonte:SAS/MS

Comparando-se a distribuição dos recursos do INAMPS por região, em 1.986 com a atual distribuição dos recursos federais constata-se que houve uma significativa redução na desigualdade na distribuição desses recursos entre as regiões com uma aproximação entre os valores repassados e a população correspondente.

Enquanto que em 1986 a região norte (com 5,8% da população do país) recebia apenas 2,27% do total dos recursos destinados aos estados, em 2.001 (com 7,5% da população) recebe 6,46% desse total. Por outro lado, a região sudeste que em 1986 recebia 59,28% do total dos recursos destinados aos estados, em 2.001 recebe 44,38% desse total(Tabela 9).

A Tabela 10 apresenta o comparativo entre os valores financeiros anuais e respectivos per capita por região em 1994 e em 2001 e se compara o per capita de cada região com o per capita do Brasil.

Enquanto que em 1994, o valor menor *per capita* que era da região norte correspondia a 64,7% do *per capita* nacional, em 2.001 passou a corresponder a 85,8%. Enquanto isso, o valor *per capita* da região nordeste passou de 80,5%, do *per capita* nacional em 1.994 para 96%, em 2.001.

Por outro lado, o valor *per capita* da região sudeste, que em 1.994 correspondia a 115% do *per capita* nacional, em 2.001 passou a corresponder a 104,2%. Enquanto que o valor *per capita* da região sul que correspondia a 110,1% do *per capita* nacional, em 2.001 passou a 103,8%.

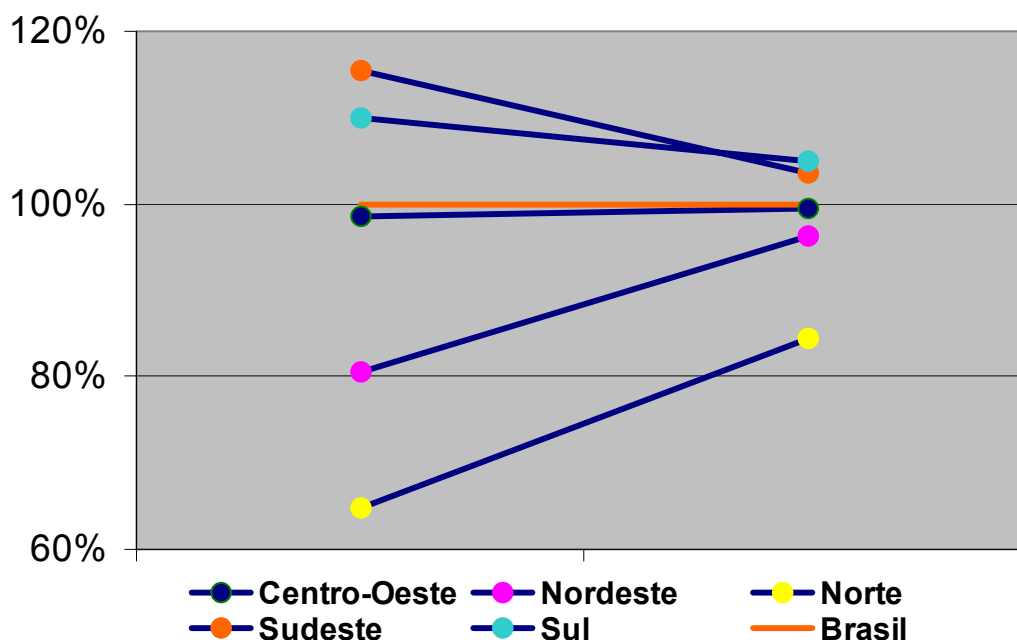
TABELA 10 - COMPARATIVO ENTRE OS LIMITES FINANCEIROS ANUAIS, RESPECTIVOS VALORES PER CAPITA E PROPORÇÃO EM RELAÇÃO AO PER CAPITA NACIONAL, POR REGIÃO, BRASIL. 1994 – 2001

| Regiões | 1994 | | | 2001 | | |
|----------------|-------------------------------------|------------------|-------------------------|-------------------------------------|------------------|--------------------------|
| | Teto financeiro anual Em R\$ 1,0 | Valor per capita | P. C. região X P.C. Br. | Teto financeiro anual Em R\$ 1,0 | Valor per capita | P. C. região X P. C. Br. |
| Centro-Oeste | 453.936.828 | 45,19 | 98,6% | 926.906.870 | 79,39 | 97,3% |
| Nordeste | 1.643.094.672 | 36,87 | 80,5% | 3.700.355.525 | 78,31 | 96,0% |
| Norte | 305.974.656 | 29,66 | 64,7% | 886.593.125 | 69,99 | 85,8% |
| Sudeste | 3.477.358.344 | 52,89 | 115,5% | 6.091.272.389 | 85,00 | 104,2% |
| Sul | 1.162.357.956 | 50,42 | 110,1% | 2.120.075.641 | 84,69 | 103,8% |
| Brasil | 7.042.722.456 | 45,81 | 100,0% | 13.725.203.550 | 81,56 | 100,0% |

Fonte: SAS/MS

Este mesmo comparativo entre a proporção do per capita de cada região com o per capita nacional em 1994 e 2001 é apresentado na Figura 5.

FIGURA 5 - COMPARATIVO ENTRE A PROPORÇÃO DO PER CAPITA DE CADA REGIÃO COM O PER CAPITA NACIONAL, BRASIL - 1994 E 2001



Pode-se verificar na Tabela 11 o avanço havido na redução das desigualdades regionais no período, quanto a alocação dos recursos federais para as ações e serviços de saúde. A região norte, com 7,53% da população

recebe 6,46% dos recursos, e a região sudeste com 42,58% da população recebe 44,38% dos recursos.

TABELA 11 -LIMITES FINANCEIROS ANUAIS, POPULAÇÃO E RESPECTIVO VALOR PER CAPITA, POR REGIÃO, BRASIL, 2001

| Regiões | Teto financeiro anual | | per capita | População | |
|--------------|-----------------------|---------|------------|-------------|---------|
| Centro-Oeste | 926.906.870 | 6,75% | 79,39 | 11.675.381 | 6,94% |
| Nordeste | 3.700.355.525 | 26,96% | 78,31 | 47.250.352 | 28,08% |
| Norte | 886.593.125 | 6,46% | 69,99 | 12.666.944 | 7,53% |
| Sudeste | 6.091.272.389 | 44,38% | 85,00 | 71.662.769 | 42,58% |
| Sul | 2.120.075.641 | 15,45% | 84,69 | 25.033.302 | 14,88% |
| Brasil | 13.725.203.550 | 100,00% | 81,56 | 168.288.748 | 100,00% |

Fonte: SAS/MS

2. *No âmbito do modelo assistencial e da organização dos serviços:*

- a) a expansão da estratégia de Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde;
- b) a implementação de experiências inovadoras de atenção no âmbito local e avanços, tanto na organização da atenção básica como na organização de redes de referência em vários municípios e estados;

3. *No âmbito da gestão:*

- a) milhares de municípios foram habilitados de acordo com as condições de gestão da NOB SUS 01/96, integrando-se de forma voluntária e assumindo responsabilidades no Sistema Público de Saúde;
- b) houve uma intensa transferência negociada de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para municípios e estados;

Ao final do período de vigência da NOB SUS 01/96, mais de 99% dos municípios brasileiros estavam habilitados a uma das condições de gestão da referida norma, sendo 89% em Gestão Plena da Atenção Básica e 10,1% em Gestão Plena do Sistema Municipal (Tabela 12). A maior parte dessas habilitações ocorreu ainda em 1998, no primeiro ano de implantação da NOB/96.

Entretanto, o percentual de municípios habilitados em cada uma dessas condições de gestão é bastante variável entre os estados, sugerindo a existência de diferentes ritmos e modelos de descentralização. Cabe lembrar que o processo de habilitação depende da iniciativa dos gestores subnacionais, Conforme já mencionado, os estados e municípios voluntariamente se submetem ao processo de habilitação, assumindo responsabilidades e fazendo jus ao repasse de recursos e responsabilidades a partir do cumprimento dos requisitos definidos nas Normas Operacionais.

TABELA 12 - HABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS, POR ESTADO, NA NOB SUS 01/96. SITUAÇÃO EM DEZEMBRO DE 2001

| UF | Total Municípios | Plena da Atenção Básica | | Plena do Sistema Municipal | | Total de Pleitos Aprovados | |
|---------------|------------------|-------------------------|--------------|----------------------------|--------------|----------------------------|--------------|
| | | Municípios | % | Municípios | % | Municípios | % |
| AC | 22 | 17 | 77,27 | 1 | 4,55 | 18 | 81,82 |
| AL | 102 | 87 | 85,29 | 15 | 14,71 | 102 | 100,00 |
| AM | 62 | 52 | 83,87 | 7 | 11,29 | 59 | 95,16 |
| AP | 16 | 13 | 81,25 | 1 | 6,25 | 14 | 87,50 |
| BA | 417 | 394 | 94,48 | 19 | 4,56 | 413 | 99,04 |
| CE | 184 | 155 | 84,24 | 29 | 15,76 | 184 | 100,00 |
| ES | 78 | 43 | 55,13 | 35 | 44,87 | 78 | 100,00 |
| GO | 246 | 231 | 93,90 | 15 | 6,10 | 246 | 100,00 |
| MA | 217 | 171 | 78,80 | 44 | 20,28 | 215 | 99,08 |
| MG | 853 | 784 | 91,91 | 57 | 6,68 | 841 | 98,59 |
| MS | 77 | 67 | 87,01 | 9 | 11,69 | 76 | 98,70 |
| MT | 139 | 125 | 89,93 | 1 | 0,72 | 126 | 90,65 |
| PA | 143 | 98 | 68,53 | 44 | 30,77 | 142 | 99,30 |
| PB | 223 | 215 | 96,41 | 8 | 3,59 | 223 | 100,00 |
| PE | 185 | 166 | 89,73 | 19 | 10,27 | 185 | 100,00 |
| PI | 222 | 221 | 99,55 | 1 | 0,45 | 222 | 100,00 |
| PR | 399 | 386 | 96,74 | 13 | 3,26 | 399 | 100,00 |
| RJ | 92 | 71 | 77,17 | 21 | 22,83 | 92 | 100,00 |
| RN | 167 | 157 | 94,01 | 10 | 5,99 | 167 | 100,00 |
| RO | 52 | 41 | 78,85 | 11 | 21,15 | 52 | 100,00 |
| RR | 15 | 14 | 93,33 | 1 | 6,67 | 15 | 100,00 |
| RS | 497 | 486 | 97,79 | 11 | 2,21 | 497 | 100,00 |
| SC | 293 | 273 | 93,17 | 20 | 6,83 | | 100,00 |
| SE | 75 | 73 | 97,33 | 2 | 2,67 | 75 | 100,00 |
| SP | 645 | 482 | 74,73 | 161 | 24,96 | 643 | 99,69 |
| TO | 139 | 130 | 93,53 | 9 | 6,47 | 139 | 100,00 |
| Brasil | 5.560 | 4.952 | 89,06 | 564 | 10,14 | 5.516 | 99,21 |

Fonte: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência – SAS- MS.

Nota: Não está incluído o DF

Já o processo de habilitação dos estados foi mais lento e irregular (Quadro 3). Em dezembro de 2001, cinco estados estavam habilitados na condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual e sete estados na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual.

QUADRO 3 - HABILITAÇÃO DOS ESTADOS BRASILEIROS E DISTRITO FEDERAL NA NOB SUS 01/96. SITUAÇÃO EM DEZEMBRO DE 2001

| Situação de Habilitação | Nº de UFs | % de Ufs | UFs |
|-------------------------------------|-----------|----------|--|
| Gestão Avançada do Sistema Estadual | 5 | 18,5% | Bahia, Minas Gerais, Paraíba, Rio Grande do Sul* e São Paulo. |
| Gestão Plena do Sistema Estadual | 7 | 25,9% | Alagoas, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Pará, Paraná, Santa Catarina. |
| Não Habilitados | 15 | 55,6% | Acre, Amazonas, Amapá, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso*, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima, Sergipe e Tocantins. |

Fonte: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência – SAS – MS.

*Nota: Os estados do Rio Grande do Sul e de Mato Grosso já tiveram a aprovação da Comissão Intergestores Tripartite para habilitação em Gestão Plena do Sistema Estadual, mas a habilitação não foi publicada, por solicitação dos próprios Secretários Estaduais de Saúde.

3.7. NOB 96 – AS DIFICULDADES DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS

Os avanços da descentralização no período levantam novas questões críticas para a implementação do SUS. No final da década de 90, acentua-se o debate sobre alguns problemas e desafios até então não equacionados, tais como:

a) Divisão de responsabilidades entre estados e municípios:

Parcela significativa dos pactos de gestão entre estados e municípios sobre os prestadores de serviços de saúde foi estabelecida segundo critérios pouco adequados a organização funcional do sistema e ao comando efetivamente

público do sistema, tais como partilhas de gestão por natureza jurídica dos prestadores de serviços (públicos X privados).

Em alguns estados, ainda há unidades básicas de saúde sob gestão estadual e/ou conflitos relacionados a persistência de hospitais estaduais que não estão sob gestão de municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal.

b) Processo de habilitação:

Em muitos casos, a habilitação ocorreu de forma cartorial.

O processo de habilitação dos estados nem sempre apresentou uma relação direta com a capacidade efetiva da Secretaria de Estado da Saúde de exercer todas as suas funções gestoras.

A maciça habilitação dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica representou um avanço do ponto de vista da responsabilização de milhares de gestores municipais e aumento da equidade na alocação de recursos por meio da implantação do PAB, mas não assegurou a qualidade e efetividade da atenção básica em todos esses municípios, nem foi suficiente para garantir o acesso dos cidadãos aos demais níveis de atenção.

A habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal, por sua vez, representou um avanço para centenas de municípios que passaram a dispor de maior autonomia de gestão; por outro lado, não foi suficiente para assegurar sua inserção no Sistema Estadual de Saúde e seu papel na garantia do atendimento às populações referidas de outros municípios com menor capacidade assistencial.

c) Financiamento do sistema

Mesmo com o avanço que significou a implantação do PAB e os esforços para reduzir as desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a assistência de média e alta complexidade, a alocação dos recursos financeiros

permanecia, em parte, vinculada à lógica da oferta. Esta situação fez com que permanecesse um certo nível de concentração de recursos em áreas (regiões, estados e municípios) mais desenvolvidas e em ações nem sempre as mais prioritárias para o atendimento das necessidades da população.

No âmbito dos estados, os critérios adotados para a distribuição de recursos entre os municípios eram, em geral, pouco explícitos.

d) *Planejamento e organização funcional do sistema*

Embora muitos estados tenham conduzido os processos de Programação Pactuada e Integrada ((PPI) com seus municípios, sua implementação foi efetiva em poucos casos, dificultando a integração intermunicipal.

As limitações da capacidade de planejamento e coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde aumentavam o risco de atomização dos sistemas municipais, da incorporação tecnológica irracional e da adoção de barreiras de acesso entre municípios.

A prática de contratação de serviços privados e da construção de unidades públicas, sem a prévia análise da adequação do perfil da oferta existente às necessidades da população, dificultava a estruturação de uma rede regionalizada e resolutive de unidades.

Por outro lado, a expansão de serviços nas décadas precedentes produziu um conjunto de unidades com oferta desordenada e relações frágeis entre os serviços, dificultando a reorientação do modelo de atenção e a conformação de redes regionalizadas e resolutivas.

e) *Resolutividade e acesso aos serviços*

A configuração do elenco de procedimentos incluídos na atenção básica (Piso de Atenção Básica fixo – PAB fixo) era

restrita, apresentando baixa capacidade de resolução dos problemas mais freqüentes dos usuários.

Simultaneamente, ocorriam dificuldades de acesso à assistência de média e alta complexidade, relacionadas à concentração desses serviços em poucos municípios ou mesmo à inexistência de determinados serviços de alta complexidade em diversos estados.

O instrumental utilizado para as referências intermunicipais e interestaduais tem sido insuficiente para garantir o acesso, carecendo de mecanismos efetivos de relação entre gestores e entre serviços.

f) *Monitoramento e avaliação contínua de desempenho*

Em geral não existia avaliação rotineira e sistemática do desempenho dos órgãos gestores e de monitoramento da implementação das atividades previstas nos Planos de Saúde e processos de programação. O controle e a auditoria da prestação de serviços por terceiros e do conseqüente faturamento apresentavam fragilidades e descontinuidades.

Em síntese, tanto o Ministério da Saúde quanto a maior parte dos estados não dispunham de diagnósticos precisos do funcionamento dos sistemas estaduais e municipais para o desenvolvimento adequado de estratégias de cooperação técnica e decisões de investimento.

g) *Processo de habilitação das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e transferências fundo a fundo*

O processo de habilitação dos municípios atingiu seu ápice, sendo residual o número de municípios que ainda não se encontra em uma das condições de gestão previstas na NOB 96.

A taxa de crescimento do volume de recursos transferidos fundo a fundo, bastante significativa no primeiro ano de vigência da referida Norma, apresentou uma desaceleração no

período de dezembro de 1998 a dezembro de 2000, indicando a necessidade do desenvolvimento de novos mecanismos para ampliar a descentralização dos recursos financeiros e buscar a superação progressiva do financiamento pela compra de serviços para mecanismos de repasse de recursos entre gestores por produção de serviços.

Face aos avanços e problemas descritos, ainda durante a fase de implementação da NOB SUS 01/96, os diversos atores envolvidos no processo de consolidação do SUS passaram a discutir as estratégias necessárias para enfrentar os grandes desafios colocados para as políticas de descentralização na saúde. Desse processo resultou a publicação da Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS SUS 01/01).



CONSIDERAÇÕES FINAIS



4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

4.1. NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE - NOAS SUS 01/01

Ao longo de todo o ano 2000, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com a Secretaria de Políticas de Saúde e a Secretaria Executiva, coordenou um intenso processo de debate e negociação com as representações nacionais dos secretários estaduais (CONASS) e municipais (CONASEMS) de saúde no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), acerca do aperfeiçoamento e consolidação do processo de implantação do Sistema Único de Saúde.

A publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/01 em janeiro de 2001 é fruto desse longo processo de negociação. O objetivo geral da referida norma é: "Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção".

Para atingir esse objetivo, a NOAS adotou a regionalização como macro-estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização, nesse momento específico da implantação do SUS, e propôs três grupos de estratégias articuladas, como forma de promover a descentralização com equidade no acesso:

1. Elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando a conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis.
2. Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, que compreende um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento, programação,

regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores.

3. Atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS, visando torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas.

Um dos pontos mais importantes da NOAS SUS 01/01 diz respeito ao processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização, coordenado pelo gestor estadual, com a participação do conjunto de municípios. Esse Plano deve conter minimamente:

- a) a divisão do território estadual em regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade;
- b) o diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção;
- c) a constituição de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que garantam o primeiro nível da média complexidade, visando garantir o suporte às ações de Atenção Básica;
- d) os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal;
- e) a organização de redes assistenciais específicas;
- f) o Plano Diretor de Investimentos, que procura suprir as lacunas assistenciais identificadas, de acordo com as prioridades de intervenção.

No que diz respeito à organização da assistência, enfatiza-se a importância de qualificar e melhorar a resolutividade da atenção básica em todos os municípios brasileiros, a partir da identificação de áreas estratégicas mínimas, relacionadas a problemas de saúde de abrangência nacional (saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase). Complementarmente, os gestores

estaduais e municipais podem definir outras áreas estratégicas, de acordo com as especificidades locais.

Além das ações mínimas de atenção básica a serem asseguradas em todos os municípios brasileiros, a NOAS SUS 01/01 propõe a formação de módulos assistenciais resolutivos formados por um ou mais municípios, que garantam no âmbito microrregional o acesso ágil e oportuno de todos os cidadãos a um conjunto de ações de saúde freqüentemente necessárias para atender os problemas mais comuns, que nem sempre podem ser oferecidas em todos os municípios pelo seu pequeno porte populacional. A proposta de qualificação de regiões/microrregiões na assistência à saúde apresentada na referida Norma se fundamenta, portanto, na busca de garantia de acesso a ações resolutivas para além dos limites municipais, considerando critérios de qualidade e economia de escala.

Ainda no que tange à assistência à saúde, a NOAS SUS 01/01 estabelece diretrizes gerais para a organização das demais ações de média e alta complexidade, e preconiza que o plano de regionalização compreenda o mapeamento das redes de referência em áreas estratégias específicas (gestação de alto risco, urgência e emergência, hemoterapia, entre outras).

Esse tipo de regionalização, incentivado pela NOAS SUS 01/01, requer a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação estadual, que deve se dar através da programação pactuada e integrada (PPI). Além disso, é necessário o fortalecimento da capacidade gestora de estados e municípios para exercer as funções de regulação, controle e avaliação do sistema, em uma nova perspectiva.

Do ponto de vista do financiamento, a NOAS SUS 01/01 pressupõe um aumento do componente de financiamento federal calculado em uma base *per capita*, ao propor uma ampliação do Piso de Atenção Básica - fixo e que o financiamento das ações do primeiro nível da média complexidade ambulatorial passe a também a se dar com base em um valor *per capita* nacional. Esse aspecto é importante por assinalar uma tendência de superação da lógica anterior de financiamento, fortemente orientada pela oferta pré-existente de serviços, a partir da expansão dos mecanismos de pré-pagamento, que requerem um papel mais ativo dos gestores no planejamento da oferta, de acordo com as necessidades da população e prioridades identificadas.

Uma vez publicada a NOAS em janeiro de 2001, ao longo do ano a Secretaria de Assistência à Saúde acompanhou e apoiou sistematicamente os processos de regionalização nos estados, considerando as especificidades de cada um, bem como buscou desenvolver estratégias e instrumentos de gestão e de organização da assistência de apoio aos estados e municípios no processo de regionalização.

Ao longo do ano 2001, observou-se um grande dinamismo nos estados, no que diz respeito aos processos de articulação entre gestores estaduais e municipais para a elaboração dos planos diretores de regionalização, de investimentos e da programação pactuada e integrada. Todos os estados já elaboraram esboços desses planos e, e a maior parte está adotando medidas significativas de organização da rede de serviços voltadas à melhoria do acesso.

4.2. PERSPECTIVAS DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS

Em primeiro lugar quero deixar registrada a minha confiança na continuidade e, cada vez mais célere, implantação do SUS. Entendo que os aparentes desacertos ocorridos no passado foram os melhores caminhos possíveis em cada momento de implantação do SUS.

Como se procurou demonstrar neste trabalho, o processo de implantação SUS apresentou poucos avanços até a edição da NOB 96. Com essa NOB se iniciou uma fase de avanços com alterações significativas na lógica do financiamento e na divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Porém, muitas dificuldades nesses mesmos campos persistiram.

Com a NOAS se procurou superar tais dificuldades o que se conseguiu em alguns aspectos e outros ainda não foram suficientemente resolvidos.

Dentre os elementos que dificultam o processo de implantação do SUS, embora não seja o mais importante, deve se destacar a inconveniente estrutura organizacional do Ministério da Saúde. Essa estrutura mantém uma lógica de um antigo ministério, pré-SUS, que absorveu o INAMPS. Essa forma de organização do ministério induz a que as SES se organizem de modo semelhante como forma de viabilizar uma relação mais produtiva com o ministério. A maior motivação para essa busca de semelhança é, ao nosso ver, a participação

majoritária do nível federal no financiamento do sistema. Ou seja, as SES se vêm obrigadas a se adaptar da melhor forma possível para possibilitar uma maior captação de recursos do ministério. Essa condição, em menor grau, também se reflete nas secretarias municipais de saúde. Essa situação leva a uma fragmentação das ações de saúde com um inevitável domínio da área de assistência à saúde com graves reflexos sobre a integralidade da atenção a saúde.

Assim, torna-se indispensável a definição de um “novo Ministério da Saúde” que não resulte de mais reformas mas que seja um projeto novo, compatível com o papel necessário a ser desempenhado pelo gestor federal, no presente estágio de implantação do SUS.

Outro elemento importante nesse processo é o fato de muitos estados ainda não terem assumido suas responsabilidades e deveres definidos na Constituição Federal e na Lei 8080. Essa posição é, em grande medida, determinada por uma estratégia adotada pelos estados para obter mais recursos do governo federal. Esta situação deveria ser superada com a aprovação da EC 29, o que até o presente momento não ocorreu. Assim, entendemos ser necessária a revisão do pacto político que estabelece como voluntária a adesão do estado à Gestão Plena do Sistema Estadual passando, de imediato, todos os estados a assumir seu integral papel na condução do SUS. Dessa forma se estaria encerrando essa fase de transição que se arrasta há mais de dez anos.

Para que esse novo pacto seja possível é necessário mudar de forma radical a estratégia de participação do MS no financiamento do SUS. A atual estratégia que não consegue se desvencilhar da série histórica de gastos do INAMPS, por um lado, mantém a remuneração de serviços, particularmente na área de assistência de média e alta complexidade, como base para o financiamento dos estados. Por outro, leva a uma enorme fragmentação do financiamento fazendo com que o resultado se equivalha a uma relação de compra e venda de serviços, mesmo quando disso não se trata.

Embora seja indispensável para o Ministério da Saúde, exercendo o seu papel de gestor nacional do SUS, adotar políticas de incentivo a determinadas ações e serviços de saúde, o fracionamento do financiamento que resulta da atual sistemática acarreta graves dificuldades para a organização dos sistemas estaduais e municipais de saúde.

No entanto para que isto possa ocorrer de modo conseqüente e responsável é necessário que os Fundos Estaduais de Saúde sejam efetivamente implantados e funcionem como tal, recebendo não só os recursos federais, mas também todo o volume de recursos do orçamento estadual destinado à saúde. E, também, que o conjunto destes recursos (federais e estaduais) sejam objeto de programação na PPI.

A execução das ações prioritárias definidas pelo MS, bem como a garantia do fiel cumprimento das obrigações constitucionais e legais por parte dos estados seriam definidas e acompanhadas por meio de um Termo de Compromisso ou Contrato de Metas ou um instrumento equivalente.

Dessa forma seria possível ao MS alterar a lógica de sua participação no financiamento extinguindo a utilização da tabela de serviços como base para o financiamento bem como o fracionamento em diversos incentivos. De qualquer modo seria recomendável a manutenção do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC, com uso restrito a essas ações. O limite de um percentual máximo dos recursos para compor o FAEC poderia ser negociado entre as esferas de governo.

Outro aspecto importante para viabilizar de forma responsável a conclusão desse processo de transição é o fortalecimento técnico-operacional das Secretarias Estaduais de Saúde, particularmente dos estados menos desenvolvidos. Nesse processo o CONASS, contando com o apoio do Ministério da Saúde, deve desempenhar papel fundamental.

Outra questão importante para o futuro da implantação do SUS se refere aos espaços de pactuação política: as Comissões Intergestores Bi e Tripartite. Embora seja inevitável reconhecer o quanto criativa e inovadora foi esta solução, é inegável que as mesmas já não cumprem de forma satisfatória os seus papéis. A situação parece ser mais grave no que se refere à Comissão Intergestores Bipartite. A idéia de que uma comissão numericamente paritária entre representações (estado e municípios) com poder político desigual pudesse funcionar como um espaço democrático de negociação tem se demonstrado irreal ao longo dos últimos anos. Esta dificuldade decorre, dentre outros fatores, da desproporção do peso político entre a representação do Governo Estadual e a dos municípios que é ainda agravada pela dificuldade da representação municipal de conseguir um consenso entre municípios que são heterogêneos desde o porte

populacional até a rede de serviços que possui. Os pactos, principalmente de divisão de poder em relação aos prestadores de serviços, que têm sido celebrados por essas Comissões mostram, de forma inequívoca, a necessidade de se pensar uma nova alternativa para esse espaço de pactuação. Não parece simples encontrar esse novo caminho. De qualquer modo, parece-nos inadiável o início de um debate sobre o tema.

A Comissão Intergestores Tripartite não tem sido utilizada como um espaço de discussão dos aspectos políticos fundamentais do processo de implantação do SUS. Frequentemente tem sido usado para uma aliança entre os municípios (CONASEMS) e estados (CONASS) como uma arena para exercer pressão sobre o ministério, principalmente em busca de mais recursos.

Por fim, entendemos que embora a efetiva implantação da NOAS de certo significará um grande avanço na implantação do SUS não será suficiente para resolver todos os problemas existentes. Dessa forma, torna-se indispensável a celebração de um novo pacto político entre as três esferas de governo que finalmente conclua a fase de transição que já se arrasta há mais de dez anos.

Para a celebração deste novo pacto uma maior aproximação entre o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite pode criar as condições necessárias ao início dos debates e elaboração de proposições.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

ALMEIDA C.M.. **“Novos modelos de reforma sanitária: bases conceituais e experiências de mudança” – Política de saúde e Inovação Institucional.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

_____ Reforma do estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudanças. **Revista Ciência e Saúde Coletiva:** ABRASCO, vol.4, número 2, 1999.

ANDRADE Luiz Odorico Monteiro de. **SUS passo a passo: gestão e financiamento.** São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva, 2001. Saúde em Debate; 139p. Série Didática;10.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Avaliação do processo de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil.** Relatório. Brasília: Ministério da Saúde 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/96.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar.** Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Série A, n.º 116. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. **Coletânea da Legislação Básica (SUDS).** Brasília: Governo Federal, 1989. Brasil, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução INAMPS n.º 98, de 18 de outubro de 1985. Trata do atendimento médico nos hospitais e postos de assistência médica do INAMPS. **Boletim de Serviço N° 206, de 25 de outubro, Anexo II.** Brasília, 1985.

Brasil, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução INAMPS n.º 115, março de 1986. Dispõe sobre equiparação da assistência à saúde, prestada pela Previdência Social, às clientela da área urbana e rural. **Boletim de Serviço N° 54, de 22 de março, Anexo II.** Brasília, 1986.

Brasil, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução INAMPS n.º 138, de 10 de dezembro de 1986. Dispõe sobre a existência da Carteira de Identidade de Beneficiário nos casos que especifica. **Boletim de Serviço N° 86, de 17 de dezembro, Anexo II.** Brasília, 1986.

Brasil. Decreto n.º 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de desenvolvimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, p. 11503, seção I, 21/ jul/1987.

Brasil, Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria n.º. 4169, de 25 de janeiro de 1988. Aprova a estrutura transitória da direção Geral do INAMPS e de suas direções regionais, para os Estados nos quais venha a ser instituído o Sistema unificado e Descentralizado de Saúde SUDS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p., 3.385, seção I, 02/mar/1988.

Brasil, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social NOB/SUDS – INAMPS, junho de 1988. Estabelece instruções aos servidores do INAMPS responsáveis pela análise dos Planos de Aplicação de Recursos de convênio SUDS e das Prestações de contas correspondentes. Brasília: INAMPS 1988.

Brasil, Senado Federal. **Constituição 1988: República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998.

Brasil. Decreto n.º 99.060 de 7 de março de 1990. Vincula o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p.4652, seção I, 08/mar/1990.

Brasil. Lei n.º. 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p.018055, seção I, 20/ set./1990.

Brasil. Lei 8.142, 28 de dezembro de 1990. dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área e saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p.025694, seção I, 31/ dez./1990.

Brasil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social Resolução INAMPS n.º 258, de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/NOB-SUS n.º 01/91, sobre a nova política de financiamento do SUS para 1991. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p. 641, seção I, 10/jan./1991.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/SNAS/INAMPS n.º 19 de 08 de janeiro de 1991. defini a quantidade de AIH (Autorização de Internação hospitalar) a ser distribuída, mensalmente, para cada Estado da Federação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p.641, seção I, 10/jan/1991.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/SNAS/INAMPS n.º 20, de 08 de janeiro de 1991. Estabelece critérios para aplicação da unidade de cobertura ambulatorial-UCA nas transferências de recursos/SUS aos estados, Distrito Federal e municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p. 641, seção I, 10/ jan./1991.

Brasil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução INAMPS n.º 273, de 17 de julho de 1991. Reedição da Norma Operacional Básica/ NOB SUS n.º 01/91. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p.14216, seção I, 18/jul./1991.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/SNAS n.º 234, de 07 de fevereiro de 1992. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB –SUS/92). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p.1584, seção I, 10/fev./1992.

Brasil. Lei 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p.10573, seção I, 28/ jul./1993.

Brasil. Portaria GM/MS n.º 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica, SUS 01/93. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p.6961, seção I, 24/maio./1993.

Brasil. Decreto n.º 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do DF, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p.13093, seção I, 31/ago./1994.

BRASIL – Portaria GM/MS n.º 1.827, 31 de outubro de 1994. Define os tetos de cada estado relativo ao custeio das atividades de Assistência Ambulatorial e hospitalar (SIA e SIH/SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p.16458, seção I, 1º ago./1994.

Brasil. Portaria SAS 172 a 198 de outubro de 1994. Cada portaria define o teto financeiro por estado. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, págs.16522 a 16527, seção I, 03/11/1994.

Brasil. Lei n.º 9.311, de 24 de outubro de 1996. Institui a Contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira CPMF, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p.21877, seção I, 25/out./ 1996.

Brasil. Portaria GM/MS n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p.22932, seção 1, 06/jul./1991.

BRASIL – Portaria GM/MS n.º 2.121, de 09 de março de 1998. Define recursos federais no ano de 1998, por estado e Distrito Federal, a atenção básica, assistência ambulatorial de média e alta complexidade e assistência hospitalar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p.21, seção 1, 10/mar./1998.

Brasil. Portaria GM/MS n.º 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p. 23 a 30 seção I, 10/nov./1998.

Brasil. Portaria GM/MS n.º1.399, de 15 de dezembro de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p.21, seção I, 16/dez./1991.

Brasil. Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. Define a participação das esferas federal, estadual e municipal de governo no financiamento das ações e serviços de saúde do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p.01, seção I, 14/set./1991.

Brasil. Portaria GM/MS n.º 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, p.15, seção I, 29/ set./ 2001.

FINKELMAN, J. **Análise de Equidade – Saúde: Brasil**, OPAS 2000.

LEVICOVITZ E. **Transição X Consolidação: O Dilema Estratégico da Construção do SUS: Um Estudo Sobre as Reformas da Política Nacional de Saúde – 1974/1996**. Tese de Doutorado Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, Rio de Janeiro, 1997.

MINAIO, Maria Cecília de Souza. **Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social**. In: Minayo, M.C. de S. Pesquisa Social(org.) Petrópolis. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

SANTOS, L.A. A ilegitimidade das normas baixadas pelo Inamps de financiamento do SUS para 1991. **Saúde em Debate**, 31:14-8, 1991b.

SILVA LMV. “Avaliação do Processo de Descentralização das Ações de Saúde”. **Revista Ciência e Saúde Coletiva – ABRASCO**, vol.4, nº. 2, 1999.

VERGARA C. “El Contexto de las Reformas Del Sector de la Salud”. **Revista Panam Salud Pública/ Pan Am / Public Health** ; 2



ANEXO I



ANEXO 1**Documentos analisados**

1. Resolução INAMPS 98 de outubro de 1985
2. Resolução INAMPS 115 de março de 1986
3. Resolução INAMPS 138 de dezembro de 1986
4. Decreto 94.657 de julho de 1987
5. Portaria 4169 do Ministro da Previdência e Assistência Social de janeiro de 1988
6. NOB/SUDS – INAMPS – junho de 1988
7. MPAS - Coletânea da Legislação Básica – SUDS, janeiro de 1989;
8. Constituição Federal – 1988
9. Decreto 99.060 de 7 de março de 1990
10. Lei 8.080 de setembro de 1990
11. Lei 8.142 de dezembro de 1990
12. Resolução INAMPS 258 de janeiro de 1991 – NOB SUS 91
13. Portaria MS/SNAS/INAMPS 19 de janeiro de 1991
14. Portaria MS/SNAS/INAMPS 20 de janeiro de 1991
15. Resolução INAMPS 273 de julho de 1991 – reedição da NOB-SUS/91
16. Portaria MS/SNAS 234 de fevereiro de 1992 – NOB –SUS/92
17. Lei 8.689 de 27 de julho de 1993
18. Portaria GM 545 de maio de 1993
19. Decreto 1.232 de agosto de 1994
20. Portaria GM 1.827 de outubro de 1994
21. Portaria SAS 172 de outubro de 1994

22. Portaria SAS 173 de outubro de 1994
23. Portaria SAS 174 de outubro de 1994
24. Portaria SAS 175 de outubro de 1994
25. Portaria SAS 176 de outubro de 1994
26. Portaria SAS 178 de outubro de 1994
27. Portaria SAS 179 de outubro de 1994
28. Portaria SAS 180 de outubro de 1994
29. Portaria SAS 181 de outubro de 1994
30. Portaria SAS 182 de outubro de 1994
31. Portaria SAS 183 de outubro de 1994
32. Portaria SAS 184 de outubro de 1994
33. Portaria SAS 185 de outubro de 1994
34. Portaria SAS 186 de outubro de 1994
35. Portaria SAS 187 de outubro de 1994
36. Portaria SAS 188 de outubro de 1994
37. Portaria SAS 189 de outubro de 1994
38. Portaria SAS 190 de outubro de 1994
39. Portaria SAS 191 de outubro de 1994
40. Portaria SAS 192 de outubro de 1994
41. Portaria SAS 193 de outubro de 1994
42. Portaria SAS 194 de outubro de 1994
43. Portaria SAS 195 de outubro de 1994
44. Portaria SAS 196 de outubro de 1994
45. Portaria SAS 197 de outubro de 1994
46. Portaria SAS 198 de outubro de 1994
47. Lei 9.311 de outubro de 1996

48. Portaria GM 2.203 de novembro de 1996 NOB-SUS/96
49. Portaria GM 2.121 de março de 1998
50. Portaria GM 3.925 de novembro de 1998
51. Portaria GM 1.399 de dezembro de 1999
52. Emenda Constitucional 29 - de setembro de 2000
53. Portaria GM 95 de janeiro de 2001 NOAS-SUS/01



ANEXO II



ANEXO 2

SIGLAS UTILIZADAS

- AIH - Autorização de Internação Hospitalar
- CES - Conselho Estadual de Saúde
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CIT - Comissão Intergestores Tripartite
- CMS - Conselho Municipal de Saúde
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CONASP – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
- MS - Ministério da Saúde
- NOB - Norma Operacional Básica
- NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
- PAB - Piso Assistencial Básico.
- PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PDR – Plano Diretor de Regionalização
- PDI –Plano Diretor de Investimentos
- PPI - Programação Pactuada e Integrada
- GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal
- GPAB – Gestão Plena da Atenção Básica

- GPABA - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
- PSF - Programa de Saúde da Família
- SAS - Secretaria de Assistência à Saúde
- SNAS - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
- SES - Secretaria Estadual de Saúde
- SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
- SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde
- SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde