

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA

GABRIELE MORAZ

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL:
UMA AVALIAÇÃO DO SEU FUNCIONAMENTO

Porto Alegre

2011

GABRIELE MORAZ

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL:
UMA AVALIAÇÃO DO SEU FUNCIONAMENTO

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Economia, modalidade Profissionalizante, com ênfase em Economia Aplicada.

Orientador: Prof. Dr. Eugenio Lagemann

Porto Alegre

2011

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
Responsável: Biblioteca Gládis W. do Amaral, Faculdade de Ciências Econômicas
da UFRGS

M832s	<p>Moraz, Gabriele O Sistema Único de Saúde no Brasil : uma avaliação do seu funcionamento / Gabriele Moraz . – Porto Alegre, 2011. 163 f.</p> <p>Orientador: Eugênio Lagemann.</p> <p>Ênfase em Economia Aplicada.</p> <p>Dissertação (Mestrado Profissional em Economia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Ciências Econômicas, Programa de Pós-Graduação em Economia, Porto Alegre, 2011.</p> <p>1. Economia da saúde.. 2. Financiamento : Saúde pública. I. Lagemann, Eugênio. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Ciências Econômicas. Programa de Pós-Graduação em Economia. III. Título.</p> <p>CDU 61:33</p>
-------	--

GABRIELE MORAZ

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL:
UMA AVALIAÇÃO DO SEU FUNCIONAMENTO

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Economia, modalidade Profissionalizante, com ênfase em Economia Aplicada.

Aprovada em: 09 de setembro de 2011.

Prof. Dr. Eugenio Lagemann – Orientador

UFRGS

Prof. Dr. Stefano Florissi

UFRGS

Prof. Dr. Giacomino Balbinotto Neto

UFRGS

Prof. Dr. Carlos Nelson dos Reis

PUCRS

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, prof. Dr. Eugenio Lagemann, pela sua presteza, pelas recomendações para a dissertação, por sua contribuição no meu aprendizado e, principalmente, por acreditar que é possível para um profissional de formação em saúde aprender a relacionar e a escrever sobre saúde e economia.

A todos os professores do mestrado profissional que também contribuíram para o meu aprendizado e me inspiraram a desejar aprender mais sobre economia.

Aos colegas de turma do mestrado profissional que muito me auxiliaram no decorrer do curso, estando sempre disponíveis para sanar qualquer dúvida.

Aos diversos autores que se dedicam ao estudo do Sistema Único de Saúde, analisando-o, propondo melhorias e fornecendo informações aos novos interessados no tema.

Aos colegas de trabalho que auxiliaram na indicação e empréstimo de referências literárias e no fornecimento de informações relativas às vivências diárias da prática do SUS.

À minha família, principalmente ao meu pai Pedro e à minha mãe Maria, que sempre me incentivaram e incentivam a buscar o conhecimento, a enfrentar os desafios e a crescer profissional e pessoalmente, através do amor verdadeiro e incondicional.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), descrevendo como ocorre a captação dos recursos a serem utilizados no financiamento das ações e serviços de saúde, bem como o fluxo que eles seguem até a sua destinação para a cobertura dos custos de consultas médias, exames diagnósticos, cuidados de enfermagem, entre outros. Além disso, são analisadas as propostas do Ministério da Saúde de melhoria ou transformação do sistema. O trabalho releva que além de se questionar o percentual adequado ao financiamento da saúde no Brasil é preciso que haja um entendimento claro e o cumprimento das determinações legais por todas as esferas de governo.

Palavras-chave: Brasil. Financiamento. Saúde pública. SUS.

ABSTRACT

In this work I analyze the functioning of the Sistema Único de Saúde (SUS, Unified Health System), describing how the fundraising that promotes health actions and services is made. I also describe how these resources get to their destinations to cover costs with consultations, diagnostic tests, nursing care, among others. Furthermore, I analyze the proposals of the Secretary of Health to improve or transform the system. The work highlights that, in addition to questioning the appropriate percentage given to health financing policies in Brazil, is it necessary to promote the clear understanding and the compliance with legal requirements on all spheres of the Government.

Keywords: Brazil. Financing. Public health. SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Evolução do superávit da seguridade social – 2000 a 2009 (em milhões R\$).....	90
Quadro 1 – Responsabilidades da gestão estadual segundo a NOB 93.....	34
Quadro 2 – Requisitos à gestão estadual segundo a NOB 93	35
Quadro 3 – Operacionalização para a gestão estadual segundo a NOB 93	35
Quadro 4 – Responsabilidades da gestão municipal segundo a NOB 93	36
Quadro 5 – Requisitos à gestão municipal segundo a NOB 93.....	37
Quadro 6 – Operacionalização para a gestão municipal segundo a NOB 93....	37
Quadro 7 – Responsabilidades da gestão estadual segundo a NOB 96.....	42
Quadro 8 – Requisitos à gestão estadual segundo a NOB 96	43
Quadro 9 – Prerrogativas à gestão estadual segundo a NOB 96	43
Quadro 10 – Responsabilidades da gestão municipal segundo a NOB 96	44
Quadro 11 – Requisitos à gestão municipal segundo a NOB 96	44
Quadro 12 – Prerrogativas à gestão municipal segundo a NOB 96.....	45
Quadro 13 – Requisitos à gestão estadual segundo a NOAS 01	47
Quadro 14 – Requisitos à gestão municipal segundo a NOAS 01	48
Quadro 15 – Requisitos à gestão estadual segundo a NOAS 02	49
Quadro 16 – Requisitos à gestão municipal segundo a NOAS 02.....	49
Quadro 17 – Demonstrativo das habilitações em GPSM, GPAB, GPABA e Pacto..	56
Quadro 18 - Quantidade de municípios brasileiros que compõem a Rede Nacional de Promoção à Saúde	58
Quadro 19 – Percentual de gastos do governo com saúde, do total de gastos com saúde nos países da OCDE e no Brasil.	70
Quadro 20 – Percentual de gastos do governo com saúde, do total de gastos com saúde nos países da América Latina.	71
Quadro 21 – Composição dos gastos com saúde no Brasil em 2008.....	72
Quadro 22 – Análise dos atendimentos passíveis de ressarcimento ao SUS (período: setembro de 1999 a junho de 2006)	74
Quadro 23 – Financiamento do SUS segundo a Lei nº 8.080/90	77

Quadro 24 – Financiamento do SUS segundo a Lei nº 8.142/90	81
Quadro 25 – Alguns dos fatores, frações, índices, pisos e tetos criados pela NOB 96.....	94
Quadro 26 – Composição da base vinculável das receitas de estados e municípios para cumprimento da EC nº 29/00	101
Quadro 27 – Percentuais de recursos próprios aplicados em saúde pelos estados brasileiros	102
Quadro 28 – Cumprimento da EC 29/00 pelos municípios gaúchos.....	103
Quadro 29 – Despesas com saúde e percentuais das três esferas de governo brasileiras	105

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADCT	Atos das Disposições Constitucionais Transitórias
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANFIP	Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APA	Autorização para Procedimento Ambulatorial de alto-custo
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/ Custo
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF 1988	Constituição Federal de 1988
CGU	Controladoria Geral da União
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMDE	Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Comissão Nacional de Assistência à Saúde da Previdência
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido

CSS	Contribuição Social para a Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DF	Distrito Federal
DRU	Desvinculação das Receitas da União
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC 29/00	Emenda Constitucional nº 29 de 2000
EPU	Encargos Previdenciários da União
FAE	Fator de Apoio ao Estado
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FAM	Fator de Apoio ao Município
FAS	Fundo de Assistência Social
FAT	Fundo de Assistência ao Trabalhador
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FEGE	Fator de Estímulo à Gestão Estadual
FEM	Fator de Estímulo à Municipalização
FES	Fundo Estadual de Saúde
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados e do DF
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FSE	Fundo Social de Emergência
GASE	Gestão Avançada do Sistema Estadual
GED	Grupo Especial de Descentralização
GM/MS	Gabinete do Ministro da Saúde
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPSE	Gestão Plena do Sistema Estadual
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPI	Incentivo de Assistência à População Indígena

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação
ICMS Exportação	Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação destinado às Exportações
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IESLLIF	Imposto Extraordinário Sobre o Lucro Líquido das Instituições Financeiras
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPI Exportação	Imposto sobre Produtos Industrializados Exportados
IPTU	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IR	Imposto de Renda
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITBI	Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis Intervivos
ITCMD	Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação de Bens e Direitos
ITR	Imposto Territorial Rural
IVVC	Imposto sobre Vendas a Varejo de Combustíveis Líquidos e Gasosos
IVHE	Índice de Valorização Hospitalar de Emergência
IVISA	Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária
IVQ	Índice de Valorização de Qualidade
IVR	Índice de Valorização dos Resultados
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MAC	Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
MF	Ministério da Fazenda
MPS	Ministério da Previdência Social

MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBVS	Piso Básico de Vigilância Sanitária
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PEC	Projeto de Emenda à Constituição
PIB	Produto Interno Bruto
PIS/ PASEP	Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PL	Projeto de Lei
PLC	Projeto de Lei da Câmara
PLP	Projeto de Lei Complementar
PLS	Projeto de Lei do Senado
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNPS	Programa Nacional de Promoção da Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPI	Programação de Pactuação Integrada
PQS	Plano Quinquenal da Saúde
PRONAF	Programa Nacional de Agricultura Familiar
PROS	Programação e Orçamentação da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RCA	Recursos de Cobertura Assistencial
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
RPS	Remuneração Por Serviços Produzidos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAQS	Sistema de Avaliação de Qualidade em Saúde
SAS	Secretaria da Assistência à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde

SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIOPS	Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos de Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFA	Teto Financeiro da Assistência
TFAE	Teto Financeiro da Assistência ao Estado
TFAM	Teto Financeiro da Assistência ao Município
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TFECD	Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
TFVS	Teto Financeiro da Vigilância Sanitária
TRAFF	Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
URV	Unidade Real de Valor

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 HISTÓRICO DA FORMAÇÃO DO SUS E OS PROGRAMAS DE SAÚDE DESENVOLVIDOS POR ESSE SISTEMA	19
2.1 NOB 91	25
2.2 NOB 92	28
2.3 NOB 93	32
2.4 NOB 96	38
2.5 NOAS 01	45
2.6 NOAS 02	48
2.7 PROGRAMAS DE SAÚDE E O PACTO	50
2.8 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	57
3 FINANCIAMENTO DO SISTEMA, ORIGEM E DESTINO DAS VERBAS CONFORME AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO.....	61
3.1 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO PRÉ-SUS	61
3.2 O FINANCIAMENTO DO SUS NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	64
3.3 O FINANCIAMENTO DO SUS E AS LEIS Nº. 8.080/90 E Nº. 8.142/90	77
3.4 FINANCIAMENTO DO SUS NA NOB 91	81
3.5 O FINANCIAMENTO DO SUS NA NOB 92	83
3.6 O FINANCIAMENTO DO SUS NA NOB 93	84
3.7 O FINANCIAMENTO DO SUS E A CONTRIBUIÇÃO PROVISÓRIA SOBRE MOVIMENTAÇÕES FINANCEIRAS – CPMF	91
3.8 O FINANCIAMENTO DO SUS NA NOB 96	92
3.9 O FINANCIAMENTO DO SUS NA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 29/00	96
3.10 O FINANCIAMENTO DO SUS CONFORME O PACTO PELA SAÚDE	111
4 AS PROPOSTAS DE MUDANÇA PARA O FINANCIAMENTO DO SUS	120

4.1 PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR (PLP) Nº 01/03 E PROJETO DE LEI DA CÂMARA (PLC) Nº 89/07	121
4.2 PROJETO DE LEI DO SENADO (PLS) Nº 121/07 E PLP Nº 306/08.....	134
4.3 PLS Nº 156/07	142
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
REFERÊNCIAS.....	153

1 INTRODUÇÃO

Atualmente a saúde deixou de ser apenas um estado de ausência de doença para transformar-se em um conceito muito mais amplo, que vai desde a ausência da doença até o bem-estar completo e complexo de vida. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (OLIVEIRA, 2003, p. 29). A saúde é, sem dúvida, uma das mais importantes preocupações das pessoas, das famílias, dos governos e das diversas entidades relacionadas.

A assistência à saúde no Brasil passou por diversas fases até chegar à constituição do seu atual sistema, o Sistema Único de Saúde – SUS. Contudo, temos, na prática, grandes dificuldades para alcançar a universalidade, a equidade e a integralidade, que são três dos princípios do sistema. O SUS ainda está em desenvolvimento, pois possui muitas lacunas para serem preenchidas.

Para dar sustentabilidade a um sistema complexo como o SUS, o governo brasileiro, através do Ministério da Saúde, promove diversas ações que relacionam programas de saúde de acordo com as necessidades e características regionais, com a descentralização das tomadas de decisões e até mesmo dos investimentos financeiros.

Porém, há serviços de saúde que se caracterizam por serem mais complexos e por dispensarem maiores recursos financeiros. Esses serviços normalmente encontram-se localizados nas capitais ou regiões metropolitanas e, para que todos os usuários possam fazer uso desses recursos, o sistema estabeleceu as relações de referência e contrarreferência.

A construção e reconstrução do SUS ocorrem de forma democrática, contando com a colaboração de membros da população, dos prestadores de serviços de saúde e dos gestores em saúde através das Comissões Bipartite e Tripartites. Trata-se de um sistema completo, pois oferece assistência desde a prevenção até a recuperação da saúde, e único, pois todas as pessoas em território brasileiro podem usufruir dele em qualquer região do país com o mesmo direito.

A saúde é um dos maiores bens da humanidade, tanto que provoca a intervenção do governo quando o mercado não consegue atender adequadamente

cada um dos seus integrantes. Há também, uma importante relação entre o estado de saúde da população e o crescimento econômico do país, pois o primeiro altera diretamente a capacidade produtiva dos indivíduos. Há evidências empíricas que demonstram como se dá a relação entre saúde e o crescimento econômico e uma delas considera que ao longo do tempo o estoque de saúde do indivíduo diminui, mais ou menos, dependendo, por exemplo, do acesso desses indivíduos aos serviços de saúde e dos hábitos de vida e consumo. Nesse sentido o SUS caminha para a efetiva universalidade do acesso e promove estratégias de melhoria dos hábitos de vida da população. Outras importantes variáveis que podem influenciar o crescimento econômico do país são as taxas de mortalidade infantil, doenças ocupacionais, doenças transmissíveis, doenças evitáveis por saneamento básico e doenças evitáveis por vacinação (FIGUEIREDO, 2003, p. 8 e 12).

A saúde pública é um desafio nem sempre bem resolvido, principalmente em países menos ou pouco desenvolvidos. Nesse sentido, o modelo do SUS, adotado e utilizado pelo Brasil há mais de 20 anos, é comentado e serve de exemplo para muitos países. Sabe-se, porém, que os custos para garantir o direito à universalidade, integralidade e equidade da assistência à saúde são bastante elevados e que o sistema ainda permanece envolto num manto de desconfiança da população brasileira, que vê a imprensa relatar diariamente suas falhas e imperfeições, destacando, principalmente, o sofrimento causado pela demora no atendimento de pacientes.

Diante disso, justifica-se um estudo a respeito do SUS que busque analisar seu funcionamento, cobrindo desde o levantamento dos recursos até a sua aplicação na ponta. Além disso, é importante analisar se as fontes de financiamento do sistema são adequadas aos custos dos serviços oferecidos, se esses serviços estão de acordo com as necessidades de saúde da população e se as novas propostas de financiamento podem melhorar o sistema.

O objetivo deste estudo é descrever como ocorre a captação dos recursos a serem utilizados no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, bem como o fluxo que eles seguem até a sua destinação para a cobertura dos custos de consultas médicas, exames-diagnósticos, cuidados de enfermagem, entre outros.

Além disso, pretende-se analisar esses procedimentos e destacar as alterações que o Ministério da Saúde está propondo para melhorar ou transformar o sistema.

O objetivo geral é descrever e analisar as normas e métodos que determinam o financiamento e funcionamento do SUS no Brasil.

Como objetivos específicos apresentam-se:

- 1) descrever o sistema de financiamento do SUS, demonstrando a origem dos recursos captados;
- 2) descrever os serviços custeados pelo sistema, situando-os no contexto da prestação de serviços de saúde;
- 3) analisar as novas propostas do Ministério da Saúde para a mudança ou transformação desse sistema.

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa descritiva, pois com ela pretende-se observar, registrar e analisar o funcionamento do Sistema Único de Saúde sob uma perspectiva econômica e de saúde. A avaliação econômica e técnica do funcionamento do SUS oferece uma base de informação importante para a tomada de decisões no que concerne à sustentabilidade do sistema, manutenção e criação de políticas de saúde e investimento financeiro, estrutural e educacional (profissional e populacional) no setor da saúde.

A base das informações contidas neste estudo é composta por livros, artigos de revistas, artigos disponíveis na internet, publicações do Ministério da Saúde e publicações disponíveis no site do Senado Federal e da Câmara dos Deputados do Brasil.

O texto, além desta introdução e das considerações finais, está estruturado em três capítulos.

No capítulo 2 será apresentado um histórico da formação do SUS, suas leis e diretrizes básicas. Também serão descritos os diversos programas que compõem esse complexo sistema de saúde, não deixando de explicitar os que são de responsabilidade de gestão do governo federal, dos estados e dos municípios.

No capítulo 3 será abordado o financiamento do sistema, identificando as fontes de captação dos recursos, bem como os seus destinos e no que eles se transformam, ou seja, consultas médicas, exames de diagnose, procedimentos cirúrgicos, entre outros.

No capítulo 4 serão descritas as propostas do governo brasileiro para melhorar o sistema de financiamento do SUS, sob o aspecto econômico e de saúde. Por último, apresentam-se as nossas considerações finais.

2 HISTÓRICO DA FORMAÇÃO DO SUS E OS PROGRAMAS DE SAÚDE DESENVOLVIDOS POR ESSE SISTEMA

Todos os cidadãos brasileiros, desde o dia de seu nascimento, têm direito a utilizar os serviços de saúde públicos gratuitamente. Isso é possível no Brasil, pois há mais de 15 anos vem-se implantando o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema foi criado para atender os mais de 180 milhões de habitantes do país, sem nenhum tipo de discriminação.

O direito à saúde, hoje, faz parte dos direitos humanos e compreende o direito ao bem-estar completo e complexo que implica condições de vida relacionadas biológica, cultural, social, psicológica e ambientalmente.

A saúde também é considerada na sua complexidade como um bem econômico que não se restringe ao mercado como forma de vida da sociedade, e sim como direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantia ao acesso universal, qualidade e hierarquização (BRASIL, 2006b, p. 18).

Apesar dos conceitos citados acima, a história mostra que em um passado recente o acesso aos serviços de saúde era privilégio de poucos. No fim da década de 70 e início da década de 80, com o desgaste da ditadura militar, tinha-se um modelo fragmentado e desigual que privilegiava o acesso à saúde para os ricos (setor privado), assalariados seletos (planos de saúde) e para os pagantes da previdência (serviços públicos) (BRASIL, 2006b, p. 38). Porém, já em 1963, segundo Carvalho (2002, p. 54), a III Conferência Nacional de Saúde definia o direito à saúde para todos e a municipalização como caminho ideal para se implantá-lo.

Em 1979 deu-se mais um importante passo na constituição do SUS. Foi nesse ano que ocorreu o I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, o qual apontou, através do pensamento crítico oposicionista-reformista, a necessidade de democratização da sociedade como requisito para a superação da crise do sistema de saúde do país com a proposta da criação do SUS (BRASIL, 2006b, p. 40).

Em 1981, segundo Carvalho (2002, p. 61 e 64), o país passava por uma crise na Previdência, causada pelo equivocado modelo de assistência que se baseava, exclusivamente, na assistência curativa. Sendo assim, foi criada a Comissão

Nacional de Assistência à Saúde da Previdência (CONASP), que vem para financiar os serviços públicos de saúde no atendimento a previdenciários. Com essa experiência criaram-se as Ações Integradas de Saúde (AIS) entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde (MS) e as secretarias estaduais de saúde.

Foram introduzidas, também, na ocasião, as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Essas ações procuraram dar um redirecionamento ao modelo assistencial no plano geral, promover a transferência financeira do governo federal para as demais unidades federadas do país, conforme o princípio de universalização do direito à saúde e de responsabilidade pública de sua garantia (BRASIL, 2006b, p. 43).

Mas é com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, que o movimento sanitário teve seu momento culminante, mediante a consolidação de todas as propostas da chamada Reforma Sanitária. Essa conferência contou com a participação de um leque diversificado de sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada, em número de 5.000 (cinco mil). Uma das diretrizes resultantes dessa conferência propunha a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde (CNS) composto por representantes de diversas entidades e com a atribuição de orientar o desenvolvimento e avaliação do SUS, incluindo a definição de políticas, orçamentos e ações (BRASIL, 2006b, p. 46).

Atualmente, também existem os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e ambos são, efetivamente, compostos por representantes de diversas entidades, quais sejam: representantes de usuários (50%), de profissionais da saúde (25%), da gestão (governo) e de prestadores de serviços de saúde (25% para os dois últimos). Mesmo com a possibilidade de participação com representação (e isso significa dizer direito a voto) e reuniões abertas ao público em geral, pode-se verificar, no cotidiano, que a participação da população ainda é incipiente.

Após a conferência, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que entre agosto de 1986 e maio de 1987 dedicou-se a sistematizar as propostas e a articular nacionalmente o movimento sanitário. Um dos documentos apresentados pela CNRS foi a proposta para a Nova Lei do Sistema Nacional de Saúde, na qual é importante destacar um dos pontos, fundamentais ao processo de instituição efetiva do SUS: a subordinação do Fundo Nacional de Saúde (FNS), Fundo Estadual de Saúde (FES) e Fundo Municipal de Saúde (FMS) a um novo

Ministério, com a administração colegiada e designada pelos conselhos de saúde das três esferas de governo (BRASIL, 2006b, p. 49-50).

Em 1987, segundo Carvalho (2010, p. 65), as AIS transformaram-se no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o qual passou a contar com mais recursos da previdência, transferidos a estados e municípios. Seria uma antecipação ao SUS.

A concepção, em termos legais, do SUS deu-se através da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e sua regulamentação deu-se com as Leis nº 8.080 de 19 de setembro (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142 de 28 de dezembro, ambas do ano de 1990. Segundo Lazzari (2003, p. 17), a CF 1988 passou a tratar a saúde como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, sendo que o direito deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem, além da redução do risco de adoecimento e outros agravos, ao acesso igualitário e universal às ações e serviços de saúde, os quais devem promover a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O financiamento do SUS ficou sob responsabilidade da União, estados e municípios, mas somente foi definido um percentual (30% dos recursos da seguridade social) de aplicação mínimo para a União. Esse percentual foi fixado para o ano de 1989. Para os anos seguintes, haveria negociação com o governo e votação pelo Legislativo na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) (CARVALHO, 2002, p. 77-78).

A saúde é parte integrante da seguridade social, a qual compreende ainda a previdência e a assistência social. Mesmo antes da concepção e regulamentação do SUS, com a Lei nº 8.080/90, alguns princípios já haviam sido determinados na CF 1988, como: a) universalidade do acesso; b) equidade na forma de participação no custeio; c) caráter democrático e descentralizado da administração, com participação dos trabalhadores, empregadores, aposentados e Governo; d) descentralização com direção única em cada esfera de governo; e) atendimento integral; e f) participação da comunidade, entre outros (BRASIL, 1990b).

Mas, segundo Carvalho (2002, p. 19), a Lei nº 8.080/90 foi vetada pelo Governo Collor na questão do financiamento e da participação social, o que somente pôde ser revertido após negociação com o Congresso entre os meses de setembro e dezembro no mesmo ano.

Se analisarmos o processo de construção da própria CF 1988, podemos verificar que o mesmo se deu após um período de governo ditatorial em que a democracia não existia. Portanto, fica fácil o entendimento do desejo das pessoas por um regime que se preocupasse mais com demandas como a seguridade social e a atenção à saúde.

Além de regulamentar as determinações da CF 1988, as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 focam na descentralização dos poderes e na municipalização das ações e serviços de saúde. A Lei nº 8.080/90 trata da organização básica das ações e serviços de saúde quanto à direção e gestão, competência e atribuições dos três níveis de governo (BRASIL, 1990b). Já a Lei nº 8.142/90 trata das disposições legais para a participação social e as formas e condições das transferências intergovernamentais (BRASIL, 1990a).

Para traçar uma linha de entendimento, é preciso compreender o SUS em suas atribuições, objetivos, princípios e diretrizes. As atribuições estão previstas no artigo nº 200 da CF 1988 e regulamentadas pelo artigo 6º da Lei nº 8.080/90, conforme segue:

- I – Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III – ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde;
- IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988, on-line).

As atribuições definidas para o SUS são complexas e ousadas, pois abrangem importantes variáveis relacionadas ao bem-estar, ou à saúde humana, como: a) meio ambiente; b) ambiente laboral; c) ingestão alimentar; d) consumo de medicamentos; e e) substâncias a que as pessoas estão expostas diariamente. São

variáveis que podem direcionar o ser humano tanto para um estado saudável quanto para um estado doentio.

Já os objetivos do SUS estão previstos no artigo 5º da Lei nº 8.080/90, conforme segue:

- I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do dever do Estado de garantir a saúde;
- III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990b, on-line).

Para se determinar os objetivos de um sistema de saúde, deve-se partir do conceito de saúde e doença para uma população conhecida, ou seja, a partir de um diagnóstico. Isso porque não é prudente traçar um planejamento de ações sem conhecer o cenário em que se trabalha. Uma vez conhecido o diagnóstico, é possível definir ou estimar com segurança quais ações deverão ser implementadas e em quanto isso irá onerar o Estado, que é o provedor.

Durante o processo de identificação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde e da formulação das políticas públicas, é importante lembrar que o Brasil é um país de etnias e culturas diversas e que os conceitos de saúde e doença podem variar de um grupo a outro. Sendo assim, a medicina alopática pode não ser aceita pelos povos indígenas, por exemplo. Percebe-se que, na forma como os objetivos do SUS foram definidos, existe a possibilidade de se prover a saúde conforme as necessidades de cada grupo populacional, o que é desejado por esses grupos e esperado em um sistema democrático.

Os princípios e diretrizes aplicáveis ao SUS estão previstos no art. 198 da CF 1988 e regulamentados pelo art. 7º da Lei nº 8.080/90, conforme segue:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – igualdade da assistência à saúde, sem, preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;
- IX – descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para o município;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI – conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990b, on-line).

Pode-se dizer que a universalidade, integralidade e equidade são princípios éticos ou doutrinários e que a descentralização, regionalização, hierarquização e a participação social são princípios organizacionais e operativos do SUS.

Para Santos (2008, p. 2010), atualmente a equidade ainda é nivelada por baixo, ou seja, o sistema vem sendo subfinanciado e subofertando serviços aos incluídos. Isso gera recursos a serem transferidos aos excluídos e faz com que as camadas médias optem por planos de saúde privados. Faz-se necessário o nivelamento por cima, ou seja, garantir o pleno acesso de todos em todos os níveis de atenção, através de investimentos estratégicos com dotação adicional de recursos.

Em resumo, os princípios e diretrizes do SUS visam a promover a liberdade das três esferas de governo para atuar conforme as necessidades de saúde de sua população. Como exemplo disso, podemos citar as diferenças de perfil epidemiológico entre as populações nordestinas e sulistas, sendo que a primeira apresenta índices mais altos de desnutrição e doenças infecciosas e a segunda já convive com doenças relacionadas ao estresse e à obesidade. Outro fator importante e claro nas diretrizes é o atendimento integral à população, ou seja, os indivíduos devem ser assistidos no momento em que não há doença (prevenção), quando estão doentes (curativo) e quando a saúde precisa ser restabelecida

(reabilitação). Mais uma vez a participação da população é citada, a fim de se promover a democracia e de se identificarem os problemas e suas possíveis soluções pelos olhos de quem os vivencia.

A partir de 1991, outras regulamentações complementares passaram a dar solidez aos princípios organizacionais do SUS, através de ações e intervenções. São as Normas Operacionais Básicas (NOB) para o SUS: 91, 92, 93 e 96; as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS): 01 e 02; e o Pacto pela Saúde. A primeira delas foi a NOB 91, de 07 de janeiro de 1991.

2.1 NOB 91

A NOB 91 foi aprovada através da Resolução nº 258, sendo seu Anexo I (BRASIL, 1991). Essa norma tratava da nova política de financiamento do SUS para o ano de 1991, e seu objetivo era fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS. Segundo a NOB 91, o financiamento se dividiria em cinco itens:

- 1) financiamento da atividade ambulatorial, em que, para tanto, seria utilizado o instrumento convencional de transferência de recursos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para os estados, Distrito Federal (DF) e municípios. A União firmaria convênios com os estados, DF e municípios, os quais conteriam as políticas relativas à programação, execução e controle das ações em saúde, que por sua vez seriam aprovadas no Plano Nacional de Saúde. Além disso, estaria previsto no convênio o montante de recursos a ser transferido, conforme as seguintes diretrizes: a) critério populacional conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); b) empenho global (valor semestral ou anual); e c) índice de reajuste com base na Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Outra importante incumbência dos estados, DF e municípios para o recebimento dos recursos seria a constituição do seu Fundo de Saúde. Caso não atendessem aos critérios citados acima, os municípios teriam seus recursos repassados à Secretaria Estadual de Saúde (SES) em uma conta especial, e caberia a estas secretarias a

adoção de critérios próprios para a distribuição do dinheiro. Além disso, as SES deveriam se responsabilizar pela cobertura assistencial e pela cooperação técnica com os respectivos municípios, a fim de auxiliar no cumprimento dos requisitos. Para os municípios que se interessassem, poder-se-ia estabelecer consórcios a fim de concentrar os atendimentos em uma determinada especialidade, abrangendo a população de uma região ou microrregião, conforme as normas contempladas na própria NOB 91. Os prestadores de serviços em saúde contratados ou conveniados às SES e às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) seriam remunerados por suas atividades pela contratante através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Sendo assim, pode-se verificar que a NOB 91 contemplava o programa de descentralização e municipalização, previsto na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990b);

- 2) recursos transferidos na forma de AIH a cada unidade executora, os quais seriam proporcionais à população;
- 3) custeio da máquina administrativa do INAMPS;
- 4) custeio de programas especiais em saúde;
- 5) investimentos alocados em lei orçamentária, os quais seriam previstos no Plano Quinquenal e aprovados pelo Congresso Nacional (BRASIL 1991).

Na NOB 91 também estavam previstos os instrumentos de controle e avaliação das ações. Dentre eles, podemos citar:

- 1) Conselhos de Saúde: deveriam ser constituídos de forma paritária (50% de representantes dos governos, prestadores de serviços e profissionais de saúde e 50% de representantes dos usuários do sistema) e ter um caráter permanente e deliberativo. O objetivo de sua constituição era a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde em sua instância correspondente;
- 2) Fundos de Saúde: deveriam ser previamente autorizados pelo Legislativo, e a aplicação de suas receitas seria feita através de dotação determinada na Lei do Orçamento nº 4.320, de 17 de Março de 1964. A NOB 91 já vedava levar a crédito de qualquer fundo recursos que não fossem especificamente destinados e a utilização de recursos em despesas que não estivessem definidas no objeto dos convênios firmados, exceto em casos de calamidades públicas. Sendo assim, a aplicação dos recursos

destinados aos fundos deveria constar de programação. Periodicamente, a prestação de contas dos fundos deveria integrar a da respectiva SES e/ou SMS;

- 3) Consórcios Administrativos Intermunicipais: poderiam ser firmados entre entidades da mesma espécie (exemplo: municípios), a fim de alcançar objetivos de interesse comum;
- 4) Relatórios de Gestão: deveriam abordar as atribuições das entidades, seus planos de trabalho elaborados e executados, bem como os resultados alcançados;
- 5) Programação e Orçamentação da Saúde (PROS): deveriam demonstrar a compatibilidade entre as necessidades da política de saúde e a disponibilidade de recursos, tornando-se dessa forma a base das ações de cada nível de direção do SUS. Vale lembrar que as diretrizes da PROS deveriam ser estabelecidas pelo CNS;
- 6) Planos de Aplicação: deveriam, obrigatoriamente, acompanhar a Lei do Orçamento nº 4.320/64 e contemplariam a descrição do que se pretendia realizar e a demonstração da origem e destino dos recursos (BRASIL, 1991).

Na NOB 91 estava definido que o acompanhamento das ações pelo Ministério Público (MP) se daria através de seu sistema de auditoria e seria verificada a conformidade entre a programação aprovada e a aplicação dos recursos repassados aos estados, DF e municípios. Em caso de detecção de alguma inconformidade, caberia ao Ministério da Saúde (MS) a aplicação das medidas cabíveis. Ainda nas disposições gerais da NOB 91, estava definido que os governos estaduais e municipais deveriam alocar um mínimo de 10% (dez por cento) do seu orçamento em 1991 na área da saúde. Ao estabelecer esses percentuais de aplicação de recursos, a NOB 91 cria um embrião da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29/00) (BRASIL, 1991).

Segundo Carvalho (2010, p. 4-5), a operacionalização do SUS dependia de leis que a regulamentassem, como a NOB 91, porém o INAMPS, na prática, a negou e assumiu o papel do MS, dando as coordenadas. Os estados e municípios eram tratados como prestadores de serviços privados do INAMPS, e a lógica do financiamento baseava-se na prestação de serviços (se produzisse receberia, se não produzisse não receberia). Os recursos continuariam vindo da União, estados e

municípios, com o crescente aumento da aplicação do último e redução dos dois primeiros.

2.2 NOB 92

Na sequência da NOB 91, foi aprovada no Anexo I da Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992, a NOB 92, a qual tinha como objetivo definir normas para a assistência à saúde no SUS, além de estimular sua implantação, desenvolvimento, funcionamento e operacionalizar a efetivação do conceito de saúde e assistência à saúde, conforme a constituição. Em sua introdução, a NOB 92 reforçou esse conceito ao citar alguns dos princípios do SUS, como acesso universal e equânime às ações e serviços de saúde organizados e articulados de forma regionalizada e hierarquizada, conforme art. 7º da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1992).

Com a experiência da NOB 91 pode-se perceber que, conforme as definições legais foram sendo aprovadas, os estados e municípios, ao implantá-las, encontraram diferentes dificuldades e passaram a dar diferentes respostas. Sendo assim, o país tinha um SUS em diferentes estágios de implantação nas diversas regiões. Na NOB 92 reconheceu-se que, devido a isso, houve uma superposição de papéis entre as três esferas de governo e que era necessário um diálogo permanente e a pactuação da cogestão entre União, estados e municípios. Sendo assim, a NOB 92 propunha-se definir uma base operacional para o SUS através da explicitação e clarificação de papéis como a metodologia de financiamento federal e o processo de municipalização, ou seja: “[...] quem faz o quê em termos de planejamento, auditoria, controle e avaliação [...]” (BRASIL, 1992).

Em relação ao planejamento, a NOB 92 definiu que o mesmo compete e deve ser elaborado de forma integrada entre as três esferas de governo. Para elaborar tal planejamento, os gestores deveriam ter um diagnóstico¹ da situação de saúde de sua população e, progressivamente, o modelo assistencial deveria passar a integrar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esses três itens vão ao

¹ “[...] O primeiro passo no processo de planejamento é a análise da realidade através do levantamento dos problemas de saúde, suas causas e pontos críticos e os recursos disponíveis: ‘do quê e como as pessoas estão adoecendo ou morrendo?’, ‘o que deve ser feito para melhorar os indicadores de vida/morte, saúde/doença?’ [...]” (BRASIL, 1992, on-line).

encontro da segunda diretriz do SUS, constante no artigo 7º da Lei nº 8.080/90, que trata da assistência integral (BRASIL, 1990b). Em termos práticos, eles abrangem as seguintes ações: a) Promoção à saúde: ações educativas em saúde que visam à oferta de conhecimentos para que a população possa executar o autocuidado e, conseqüentemente, reduzir os fatores de risco para as doenças; b) Proteção: ações de vigilância epidemiológica como as imunizações e ações de vigilância sanitária no sentido de busca pela qualidade dos produtos de consumo, do meio ambiente e do local de trabalho; e c) Recuperação: ações baseadas nos problemas de saúde, ou doenças, de cada grupo populacional e nos serviços de saúde (ambulatoriais ou hospitalares) existentes. Ao fim da elaboração do planejamento deveriam ser traçadas as metas, as atividades a serem desenvolvidas para alcançar essas metas, definidos os recursos financeiros disponíveis e o estabelecimento de um cronograma de execução (BRASIL, 1992).

A NOB 92 também define como competência das três esferas de governo o financiamento das ações planejadas e classifica os recursos como: a) custeio: utilizados para pagar as ações e serviços ambulatoriais, hospitalares e complementares; e b) investimento: utilizados para a construção e recuperação de unidades de saúde (postos, ambulatórios, hospitais, clínicas etc.). O financiamento das atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar se daria através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e seu formulário específico de AIH. Os quantitativos de AIH seriam proporcionais à população, e caberia às Secretarias e Conselhos de Saúde definir a distribuição entre os prestadores de serviços, conforme os seguintes critérios:

- 1) número de AIH equivalente a um duodécimo de 8% da população: para os municípios que atendessem aos critérios da municipalização², quais sejam: constituição do FMS e do CMS; elaboração do Plano Municipal de Saúde e do Relatório de Gestão; comprovação da contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e a composição da Comissão de elaboração do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS);

² A municipalização refere-se à responsabilidade do município em administrar as ações e serviços de saúde em sua área de abrangência, com planejamento e liberdade para decidir e gerir recursos humanos, materiais e financeiros.

- 2) número de AIH equivalente a um duodécimo de 2% da população: seria mantido sob gestão da SES, em fundo especial de compensação³ (BRASIL, 1992).

A NOB 92 permitia que os estados estabelecessem um programa próprio de distribuição dos percentuais citados acima, inclusive alterando-os. Sendo assim, a distribuição poderia ser definida de duas formas: a) planejada de forma integrada entre estado e seus municípios; e b) de forma matemática, através do quociente populacional. Vale lembrar que os contratos firmados com os hospitais que contemplariam a rede suplementar competiriam às SMS (BRASIL, 1992).

Os recursos para custeio das atividades assistenciais realizadas em regime ambulatorial obedeceriam à UCA, que por sua vez teria seu valor fixado através de Resolução da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (atual SAS) do MS e deveria seguir os critérios de população⁴, capacidade instalada, desempenho financeiro e da auditoria estadual em 1991. Além disso, o financiamento dessas ações se basearia no SIA/SUS. As SES ficariam responsáveis pela gestão dos valores a serem repassados aos municípios que não atendessem aos critérios⁵. O detalhamento do valor mensal a ser transferido aos estados, DF e municípios está contido no item 2.2.8 da Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 1992).

Para estimular o processo de municipalização, a NOB 92 introduziu o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM), que teria seu valor correspondente a 5% da UCA do estado e multiplicado pelo número de habitantes do município⁶ *municipalizado*⁷ (BRASIL, 1992).

Os recursos destinados aos investimentos (reposição e modernização tecnológica dos equipamentos da rede pública estadual e municipal) seriam transferidos ao DF e aos estados que tivessem cumprido o disposto⁸ no art. 4º da Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990a). A definição desses valores se daria através do

³ Trata-se do fundo para onde os municípios poderiam pleitear AIH's adicionais, nos casos de estarem sendo referência para os municípios vizinhos.

⁴ Os recursos destinados anualmente aos Estados e Distrito Federal serão obtidos através da multiplicação do valor da UCA pela população de cada Unidade da Federação.

⁵ Os municípios deverão contar com Fundo Municipal de Saúde, CMS, Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, Contrapartida dos recursos para a saúde no respectivo orçamento, Comissão de Elaboração do PCCS.

⁶ O produto desta operação será dividido por doze e o duodécimo encontrado será transferido mensalmente.

⁷ O município municipalizado era aquele que já havia assumido, através da habilitação, a responsabilidade de prover a assistência à saúde.

⁸ Os municípios, estados e DF deverão contar com Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão e Contrapartida dos recursos para a saúde no respectivo orçamento.

Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE), que corresponderia a um percentual entre 1% e 5%, inversamente proporcional ao valor mensal calculado para a cobertura das atividades ambulatoriais⁹ (BRASIL, 1992).

Consta ainda, na NOB 92, o Pró-Saúde, que era um programa destinado à reorganização dos serviços de saúde para os municípios que se caracterizassem como polo de referência macrorregional, tivessem uma população igual ou superior a 200.000 habitantes ou fossem capitais de estados. Outros recursos para investimentos poderiam ser pleiteados ao MS pelos estados, DF e municípios através de justificativa em função dos Planos de Saúde (BRASIL, 1992).

A produtividade e qualidade das ações assistenciais também foram temas constantes da NOB 92. Esse incentivo foi percebido com a modalidade de pagamento conforme a quantidade e complexidade dos procedimentos realizados. Além disso, como objetivo em última instância, a NOB 92 pretendia assegurar que fossem realizadas ações integrais de saúde com o melhor resultado e o mínimo recurso disponível. Os gestores municipais e/ou estaduais deveriam, ainda, implantar o Sistema de Avaliação de Qualidade em Saúde (SAQS), que teria um caráter pedagógico e orientar-se-ia pelas seguintes medidas incentivadoras: a) Índice de Valorização de Qualidade (IVQ)¹⁰; b) documento básico sobre “Direitos dos Usuários do SUS”; e c) organização de “Comissões Internas de Avaliação e Controle de Qualidade” (BRASIL, 1992).

Nas disposições gerais, a NOB 92 definiu que deveriam ser elaboradas, de forma integrada entre estados e municípios, normas específicas para o uso de órteses e próteses ambulatoriais, medicamentos especiais, tratamento fora de domicílio (TFD) e campanhas de vacinação (BRASIL, 1992).

Em setembro de 1992, durante a vigência da NOB 92, é realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema *A Municipalização é o caminho*, o que também serviu de estímulo para o processo de municipalização (CARVALHO, 2010, p. 5).

⁹ Exemplo: as Unidades Federadas com a UCA mais elevada terão o percentual do FEGE mais próximo de 1% e as Unidades Federadas com a UCA mais baixa terão o percentual do FEGE mais próximo de 5%.

¹⁰ O IVQ corresponderia ao acréscimo de 20% sobre o faturamento da unidade sob a rubrica de Serviços Hospitalares para todos os hospitais integrantes da rede SUS, conforme critérios definidos pela SNAS em comum acordo com o CONASS e CONASEMS.

2.3 NOB 93

Em 20 de maio de 1993, através da Portaria nº 545, foi aprovada a NOB 93 como anexo único da mesma. Assim como as demais normas operacionais do SUS, a NOB 93 veio para regulamentar o processo de descentralização da gestão dos serviços de saúde e estabelecer mecanismos de financiamento das ações de saúde e dos investimentos no setor, especificamente os relativos à assistência ambulatorial e hospitalar. O objetivo principal da NOB 93 foi disciplinar o processo de descentralização e, além de fundamentar-se nas leis que regulamentam o SUS (Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90), a norma também teve como base o documento: “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, de 15 de abril de 1993 (BRASIL, 1993).

Segundo Carvalho (2010, p. 5), com a NOB 93 foi colocada em funcionamento a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que já havia sido criada, mas que nunca havia se reunido. A motivação era promover uma forma de gestão trilateral entre as esferas de governo. Além disso, foi criado o Grupo Especial de Descentralização (GED) para promover o diálogo com todos os setores do MS e com os secretários estaduais e municipais de saúde. Através do GED, preparou-se a NOB 93 a fim de efetivar o processo de descentralização.

Disciplinar o processo de descentralização significava definir procedimentos e instrumentos operacionais para ampliação e aprimoramento das condições de gestão nas três esferas de governo. Esse processo teve como eixo principal a prática do planejamento integrado em cada uma das esferas, com a estruturação dos trabalhos dos Conselhos de Saúde e das Comissões Intergestores. Para tanto, a NOB 93 adotou os seguintes pressupostos:

- 1) redistribuição do poder de gestão aos estados e municípios;
- 2) existência de diálogo, negociação e pactuação entre os atores (União, estados, DF e municípios);
- 3) compartilhamento da responsabilidade pela gestão do financiamento entre os atores;
- 4) transformação do sistema de saúde (respeitando a capacidade de absorção das responsabilidades gerenciais e políticas de cada ator);

- 5) reformulação do modelo assistencial para um integral, universal e equânime;
- 6) articulação e mobilização, com fins de cooperação, entre os municípios (BRASIL, 1993).

2.3.1 Financiamento e Condições de Gestão para os Estados

Em relação ao financiamento das atividades ambulatoriais, a NOB 93 trouxe como novidade o formulário para Autorização para Procedimento Ambulatorial de alto-custo (APA)¹¹, sendo que sua emissão somente poderia ser autorizada por médico (sem vínculo com o prestador solicitante) encarregado pelo gestor. Além disso, criou-se o Fator de Apoio ao Estado (FAE) para os estados habilitados nas condições de gestão Parcial ou Semiplena, o qual extinguiu o FEGE criado pela NOB 92. Os valores que compunham o FAE seriam destinados ao custeio das atividades de TFD, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais. O cálculo do FAE corresponderia à multiplicação do número de habitantes do estado por 5% do valor da UCA do mesmo e o valor mensal a ser transferido seria o resultado dessa operação dividido por doze. Os estados teriam um teto financeiro para as ações ambulatoriais, a ser calculado deduzindo-se de seu Recursos de Cobertura Assistencial (RCA)/mês os tetos fixados aos seus municípios. Já o teto financeiro para as ações hospitalares seria obtido pela multiplicação do quantitativo de AIH pela média histórica da AIH no estado, de janeiro a dezembro de 1992, corrigida na mesma proporção que a tabela de procedimentos hospitalares. A NOB determinou que a definição das prioridades de financiamento deveria obedecer aos dados epidemiológicos, características demográficas e capacidade instalada de serviços (BRASIL, 1993).

Em maio de 1993, segundo Carvalho (2010, p. 6), a implantação da NOB 93 foi bloqueada devido a uma decisão do Ministro da Previdência Social de sustar a transferência mensal ao MS. Sendo assim, o MS ficou 110 (cento e dez) dias sem pagar os serviços prestados pelo setor privado e sem realizar transferências a

¹¹ Atual Autorização para Procedimento de Alta Complexidade/ Custo (APAC).

estados e municípios. Para que essa situação fosse revertida, foi definida a transferência fundo a fundo, que eliminava a exigência de a passagem de recursos da NOB 93 serem feitas por um convênio com decreto presidencial.

A partir da NOB 93, os estados poderiam habilitar-se em gestão incipiente, parcial ou semiplena e nesse caso teriam prioridade no recebimento dos recursos de investimento. Os estados que não tivessem condições técnicas e materiais para se enquadrar numa dessas opções permaneceriam na condição de gestão incipiente. Segue abaixo um quadro comparativo entre as responsabilidades, requisitos e operacionalização de cada uma das condições de gestão citadas.

Incipiente	Parcial	Semiplena
Autorizar o cadastramento de prestadores.	Fazer a Programação Integrada com seus municípios.	Gerir a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento.
Programar, autorizar e utilizar os procedimentos ambulatoriais e hospitalares.	Fazer o cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares.	
Desenvolver ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho.	Fazer o controle e avaliação da rede de serviços.	Gerir os recursos de investimento próprios e transferidos pela esfera federal.
Controlar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares.	Formular e coordenar as políticas do TFD, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais.	
Coordenar e executar as ações de vigilância epidemiológica e sanitária.	Coordenar, no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, hemocentros e rede pública de laboratórios.	
	Coordenar a rede de referência estadual e gerir os sistemas de alta complexidade.	
	Receber, mensalmente, a diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado ao conjunto de unidades do Estado e dos municípios que não estiverem enquadrados na gestão incipiente, parcial ou semiplena.	
	Formular e executar e controlar as ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho.	

Quadro 1 – Responsabilidades da gestão estadual segundo a NOB 93

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (1993).

Incipiente	Parcial	Semiplena
Comprovar o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde.		
Comprovar o funcionamento do Fundo Estadual de Saúde.		
Disponível de Comissão Bipartite em atividade.		
Disponível de médico responsável pela emissão de AIH.	Manter permanentemente o SIA/SUS.	Apresentar o Termo de Compromisso que contemple as metas para um ano de gestão à Comissão Tripartite.
Disponível de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços.	Disponível de condições técnicas e materiais para assumi-las.	
Manter permanentemente o SIA/SUS e o SIH/SUS.	Apresentar, anualmente, o Plano Estadual de Saúde, o Relatório de Gestão, a contrapartida dos recursos próprios do Tesouro Estadual para a saúde, o comprovante da existência da comissão de PCCS da saúde ou plano já elaborado e a Programação Integrada à CIT.	
	Manter o registro e a remessa mensal de dados de saúde definidos pela esfera federal.	
	Manifestar o interesse em assumir as responsabilidades à Comissão Tripartite.	

Quadro 2 – Requisitos à gestão estadual segundo a NOB 93

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (1993).

Incipiente	Parcial	Semi-plena
As unidades hospitalares e ambulatoriais serão cadastradas através de fichas específicas (FCH e FCA).		Os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais serão definidos pelos estados, observada a necessidade de manutenção dos bancos de dados federais.
A SES fará a distribuição de cotas de AIH.		
A emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado pelo gestor.		
As FPO dos serviços ambulatoriais serão preenchidas sob a responsabilidade da SES.		
O BPA e o BDP serão assinados pelo gestor estadual.		
Os hospitais deverão apresentar à SES, mensalmente, as AIH utilizadas.		
	O repasse financeiro relativo aos saldos dos tetos e a prestação de contas serão feitos conforme legislação vigente.	

Quadro 3 – Operacionalização para a gestão estadual segundo a NOB 93

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (1993).

2.3.2 Financiamento e Condições de Gestão para os Municípios

Com a NOB 93 foi criado o Fator de Apoio aos Municípios (FAM) para os municípios enquadrados em gestão incipiente, parcial ou semiplena. O FAM extinguiu o FEM previsto na NOB 92. O valor do FAM seria obtido através da multiplicação do número de habitantes do município por 5% da UCA do seu estado e deste resultado dividido por doze, seria definida a parcela mensal a ser transferida. Assim como os estados, os municípios teriam um teto financeiro, para as ações ambulatoriais, que seria calculado através da média histórica de seus gastos, entre

janeiro e dezembro de 1992, corrigido pela sua capacidade potencial de produção, população adscrita e complexidade da rede de serviços. Já o teto financeiro para as ações hospitalares seria obtido pela multiplicação do quantitativo de AIH pela média histórica da AIH no estado, de janeiro a dezembro de 1992, corrigido na mesma proporção que a tabela de procedimentos hospitalares (BRASIL, 1993).

O cálculo do teto financeiro baseado na produção e série histórica pode produzir iniquidade na alocação dos recursos, pois quem muito produz receberá mais e quem pouco produz receberá menos e não terá a oportunidade de melhorar sua rede assistencial. Em relação à série histórica, ainda podem ocorrer divergências na adequada valorização do teto, devido a problemas no momento da alimentação dos bancos de dados.

A partir da NOB 93 os municípios poderiam habilitar-se na gestão incipiente, parcial ou semiplena. Os municípios *municipalizados* pela NOB 92 seriam automaticamente incluídos na condição de gestão parcial, desde que manifestassem ao MS o interesse para tanto. Segue abaixo um quadro comparativo entre as responsabilidades, requisitos e operacionalização de cada uma das condições de gestão citadas (BRASIL, 1993).

Incipiente	Parcial	Semiplena
Programar, autorizar e utilizar os quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais.		
Controlar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares.		
Contratar e autorizar o cadastramento de prestadores.	Autorizar o cadastramento de prestadores.	
Demonstrar condições de assumir a gestão das unidades ambulatoriais públicas.	Assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas.	
Demonstrar condições de assumir a incorporação à rede de serviços de ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária.	Assumir a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho.	
Demonstrar condições de assumir o desenvolvimento de ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho.	Receber mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades.	
		Incorporar à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária.

Quadro 4 – Responsabilidades da gestão municipal segundo a NOB 93

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (1993).

Incipiente	Parcial	Semiplena
Manifestar o interesse em assumir as responsabilidades à CIB.		
Comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.		
Comprovar do funcionamento do Fundo Municipal de Saúde.		
Manter o registro e a remessa mensal de dados de saúde definidos pelas esferas federal e estadual.		
Encaminhar a proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas à CIB.		Dispor de condições técnicas e materiais para assumir as responsabilidades.
Dispor de médico responsável pela autorização das internações hospitalares.		Manter permanentemente o SIA/SUS e o SIH/SUS.
Dispor de condições para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços.		Apresentar à CIB o Termo de Compromisso que contemple as metas para um ano de gestão.
	Apresentar à CIB, anualmente, o Plano Municipal de Saúde, o Relatório de Gestão, a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde e o comprovante da existência da comissão de PCCS da saúde ou plano já elaborado.	

Quadro 5 – Requisitos à gestão municipal segundo a NOB 93

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (1993).

Incipiente	Parcial	Semiplena
As unidades hospitalares e ambulatoriais serão cadastradas através de fichas específicas (FCH e FCA).		Os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais serão definidos e executados pelos municípios, observada a necessidade de manutenção dos bancos estaduais e federais.
A SMS fará a programação de cotas de AIH.		
A emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado pelo gestor.		
As FPO dos serviços ambulatoriais serão preenchidas sob a responsabilidade da SMS.		
As unidades ambulatoriais encaminharão à SMS, mensalmente, os BPA.		
Os hospitais deverão apresentar à SMS, mensalmente, as AIH utilizadas.		
	O repasse financeiro relativo aos saldos dos tetos e a prestação de contas serão feitos conforme legislação vigente.	

Quadro 6 – Operacionalização para a gestão municipal segundo a NOB 93

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (1993).

A NOB 93 ainda definiu, tanto para estados quanto para municípios, que os recursos a serem utilizados em investimentos deveriam conter sua alocação prevista no Plano Nacional de Prioridades em Investimento, o qual seria aprovado pelos respectivos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1993).

Segundo Carvalho (2010, p. 5), a NOB 93 tinha mais acertos que as anteriores e assumiu um caminho de como conseguir cumprir a lei com os conceitos de gestão incipiente, parcial e semi-plena.

2.4 NOB 96

Em 6, de novembro de 1996 foi assinada a Portaria nº 2.203, contendo em seu anexo uma nova NOB, a NOB 96 (BRASIL, 1996). A nova edição teve como finalidade consolidar o pleno exercício da função de gestor da atenção à saúde por parte dos municípios e seus munícipes, com a redefinição das responsabilidades de estados, DF e da União. A norma ainda pretendia induzir a conformação de um novo modelo de atenção à saúde, focado na direção única de cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços. Para tanto, era necessário que houvesse cooperação técnica e financeira entre as três esferas de governo.

Diferentemente de todas as outras normas, a NOB 96 lembrou a importância do papel das famílias, comunidades e dos próprios indivíduos na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1996).

Segundo Carvalho (2010, p. 7), a NOB 96 só entrou realmente em vigor no ano de 1998 e até esse momento as habilitações ficaram congeladas. As habilitações da NOB 96 também estavam impossibilitadas de ocorrer, pois faltavam os pareceres dos Conselhos de Saúde, além de o processo ser interrompido pela troca do Ministro da Saúde. A consequência desses acontecimentos foi a paralisia do processo de descentralização por quase dois anos completos.

Em relação à transformação do modelo de atenção à saúde, a NOB 96 incluiu a redefinição dos mecanismos e fluxos de financiamento a fim de promover o pagamento com base nas programações pactuadas e integradas, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração dos serviços prestados por produção. Outro item importante foi a prática de acompanhamento, controle e avaliação do sistema que deveria valorizar os resultados advindos da execução das ações programadas em detrimento do faturamento de serviços produzidos (BRASIL, 1996).

Na prática, o financiamento somente ocorreu de forma regular e automática com o PAB Fixo, que obedecia critérios populacionais. Os demais recursos eram transferidos conforme tarefas universais, e essa prática levava o nome de financiamento por caixinhas (na época, havia mais de 130 caixinhas) (CARVALHO, 2010, p. 7).

A NOB 96 também definiu dois propósitos para a composição do novo modelo de atenção à saúde, sendo um deles a criação de vínculos entre diferentes segmentos sociais com o SUS e o outro a criação de condições fundamentais para a eficiência, eficácia e qualidade gerenciais. Na prática, o primeiro propósito quer dizer que gestores, prestadores de serviços e usuários deveriam participar da programação das ações, acompanhar suas execuções e avaliar a sua eficácia. Como exemplo de instrumento para a concretização desse vínculo, a norma determinou a criação do Cartão SUS, que possuía uma numeração nacional e poderia identificar o usuário com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional.¹² O segundo propósito, resumidamente, poderia ser factível através da identificação dos elementos essenciais para uma gestão eficiente e uma produção eficaz, que eram os usuários dos serviços, os produtores desses serviços e a programação pactuada com o correspondente orçamento participativo (BRASIL, 1996).

Para melhor definir as ações de saúde, a NOB 96 classificou o campo da atenção em três grandes grupos (que, por sua vez, contemplavam os níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde), quais sejam: a) Assistência à saúde: dirigida tanto ao indivíduo quanto à coletividade, nos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar; b) Intervenções ambientais: com ênfase nas condições sanitárias dos ambientes de vida e trabalho; e c) Políticas externas ao setor saúde: relativas às políticas macroeconômicas, emprego, habitação, educação, lazer e qualidade dos alimentos. A atenção à saúde ainda continha, obrigatoriamente, as ações de comunicação e educação em saúde (BRASIL, 1996).

Como o processo de fortalecimento da gestão municipal era o foco principal da descentralização das ações, a NOB 96 reforçou algumas condições, já definidas nas demais normas, para o desenvolvimento dos sistemas municipais de saúde e trouxe à tona o conceito de gerência e gestão relativos a esse processo. A gerência foi conceituada como sendo a administração de um estabelecimento de saúde, caracterizado como prestador de saúde, enquanto que a gestão tratava da responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou federal) que, por sua vez, é composto por diversos prestadores de serviços. Como o SUS é público, os seus gestores são os Secretários Municipais de Saúde (representando o

¹² O Cartão SUS vigora até hoje, porém sua apresentação não é exigida em todos os estabelecimentos públicos de saúde e privados conveniados ao SUS.

governo municipal), os Secretários Estaduais de Saúde (representando o governo estadual) e o Ministro da Saúde (representando o governo federal) (BRASIL, 1996).

Já se dizia na NOB 93 que o processo de descentralização e fortalecimento da gestão municipal poderia e deveria promover maior quantidade e qualidade de acesso aos serviços de saúde, de forma universal, integral e equânime. Porém, a NOB 96 alertou para o risco de alguns sistemas municipais se desenvolverem em detrimento da submissão e enfraquecimento de outros, ameaçando a unicidade do SUS. Nesse caso, fica evidente a importância do papel dos estados e União, prestando cooperação técnica e financeira aos municípios. Sempre que um município não assumisse a gestão do sistema municipal, essa função ficaria com o estado, de maneira provisória, pois o mesmo deveria estimular a gestão municipal (BRASIL, 1996).

Para que a relação entre os municípios fosse harmônica, a NOB 96 reforçou algumas regras já definidas nas demais normas e inovou, criando normas que definiam que os recursos destinados ao pagamento das ações prestadas entre municípios seriam alocados previamente pelo gestor que demandasse o serviço, e, posteriormente, pagos ao município que ofertasse o serviço, ou seja, o município sede do estabelecimento incorporaria o teto financeiro de seu referenciado, para determinado tipo de serviço prestado (BRASIL, 1996).

O gestor estadual teve quatro funções básicas, definidas pela NOB 96: a) exercer a gestão do SUS em seu âmbito; b) promover e incentivar o poder municipal para que esse assumisse a gestão da atenção à saúde; c) assumir a gestão dos municípios que ainda não se habilitaram para tanto, mas provisoriamente; e d) promover a harmonização, integração e modernização dos sistemas municipais. Para tanto, os estados deveriam ter a sua disposição sistemas de apoio logístico relativos à informática, ao financiamento, à programação, ao acompanhamento, controle e avaliação, à avaliação econômica, ao desenvolvimento de recursos humanos, científicos e tecnológicos e à comunicação e educação em saúde (BRASIL, 1996).

O gestor federal também teve quatro funções básicas, definidas pela NOB 96: a) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional; b) promover e incentivar os gestores estaduais em sua função de capacitar os municípios para a gestão da atenção à saúde; c) promover a harmonização, integração e modernização dos sistemas estaduais; e d) coordenar e normalizar (no sentido de criar normas) a

gestão nacional do SUS. Para tanto, a União deveria dispor dos mesmos sistemas de apoio logístico citados anteriormente (BRASIL, 1996).

Em relação ao financiamento, diferentemente das demais normas, a NOB 96 definiu as fontes específicas da seguridade social. As principais incidiam sobre a folha de salários, o faturamento – Contribuição para o Financiamento Social (COFINS) e o lucro – Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido (CSLL). Essas fontes, até 1992, integravam o orçamento do MS, além de haver o aporte de fontes fiscais como recursos ordinários provenientes principalmente da receita de impostos e taxas. Em 1993, a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários deixou de ser repassada para o MS e criou-se a Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira (CPMF) (BRASIL, 1996).

Na NOB 96 ficou definido que o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial poderia ser feito de duas formas: a) Transferências regulares e automáticas fundo a fundo: tratava-se da transferência de valores diretamente do FNS ao FES e ao FMS, e esses valores poderiam corresponder ao Piso da Atenção Básica (PAB), incentivo aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, Fração Assistencial Especializada, Teto Financeiro da Assistência do Município, Teto Financeiro da Assistência do Estado e Índice de Valorização de Resultados; e b) Remuneração por serviços produzidos: tratava-se do pagamento feito diretamente aos prestadores de serviços (estatais ou privados contratados e conveniados), contra apresentação de faturas, conforme autorização prévia do gestor e valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do MS que era a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS).¹³ Esses valores seriam executados mediante ordens de pagamento por parte do gestor e referiam-se à remuneração de internações hospitalares,¹⁴ remuneração de procedimentos ambulatoriais de alto custo/complexidade,¹⁵ remuneração transitória por serviços produzidos¹⁶ e fatores de incentivo e índices de valorização¹⁷ (BRASIL, 1996).

¹³ A SAS continua, até hoje, tendo essa função.

¹⁴ O pagamento dos valores era apurado através do SIH/SUS, com base na AIH.

¹⁵ O pagamento dos valores era apurado através do SIA/SUS, com base na Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/ Custo – APAC.

¹⁶ Responsabilidade do MS, somente para os municípios que não estivessem na condição de gestão semiplena da NOB 93 ou nas condições de gestão municipal definidas na NOB 96.

¹⁷ Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde – FIDEPS e o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência – IVH-E.

O custeio das ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e das ações de controle de doenças também foi definido pela NOB 96 e seguia a mesma lógica da assistência, citada no parágrafo anterior (BRASIL, 1996).

A NOB 96 estabeleceu novas condições de gestão para estados e municípios, sendo que os estados poderiam habilitar-se na Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE) ou Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE). Já os municípios poderiam se habilitar na Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) ou Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Segue abaixo um quadro demonstrativo com as responsabilidades, requisitos e prerrogativas de cada uma dessas modalidades (BRASIL, 1996).

Plena do Sistema Estadual	Avançada do Sistema Estadual
Elaborar a Programação Pactuada Integrada (PPI) do estado contendo a referência intermunicipal e coordenação negociada na CIB para alocação dos recursos.	
Elaborar e executar o Plano Estadual de Prioridades de Investimentos.	
Gerenciar as unidades estatais da hemorrede e de laboratórios de referência.	
Formular e executar a política de sangue e hemoterapia.	
Organizar os sistemas de referência, normalizar e operar a câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e/ou alta complexidade.	
Formular e executar a política de assistência farmacêutica.	
Elaborar normas complementares de mecanismos de controle da oferta de prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do TFD e dos medicamentos e insumos especiais.	
Manter o cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão.	
Cooperar técnica e financeiramente com os municípios.	
Implementar as políticas de integração das ações de saneamento às da saúde.	
Coordenar as atividades de vigilância epidemiológica e controle de doenças.	
Executar as operações complexas de controle de doenças que possam beneficiar a economia de escala.	
Coordenar as atividades de vigilância sanitária referentes aos municípios não habilitados nesta NOB.	
Executar as ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal.	
Executar o PDAVS.	
Fornecer apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas.	
Operar o SIA/SUS e o SIH/SUS.	Operar o SIA/SUS.
Contratar, controlar, auditar e realizar o pagamento do conjunto de serviços sob gestão estadual.	Contratar, controlar, auditar e realizar o pagamento do conjunto de serviços, sob gestão estadual, contidos no PAB dos municípios não habilitados.
	Contratar, controlar, auditar e realizar o pagamento do conjunto de serviços, sob gestão estadual, contidos na Fração Assistencial Especializada.
	Ordenar o pagamento dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais sob sua gestão.

Quadro 7 – Responsabilidades da gestão estadual segundo a NOB 96

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (1996).

Gestão Plena do Sistema Estadual	Gestão Avançada do Sistema Estadual
Comprovar o funcionamento do CES.	
Comprovar o funcionamento da CIB.	
Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde.	
Apresentar o Plano Estadual de Saúde, contendo: metas pactuadas; programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças, de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde e às relativas a ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas; estratégias de descentralização das ações; estratégias de reorganização do modelo de atenção; critérios e indicadores utilizados para o acompanhamento das ações.	
Apresentar o Relatório de Gestão.	
Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados.	
Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA.	
Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto à contratação, pagamento, controle e auditoria e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre a saúde da população do estado.	
Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior.	
Formalizar o pleito da habilitação junto à CIT.	
Comprovar a criação do Comitê Internacional de Epidemiologia, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde.	
Comprovar o funcionamento do serviço de vigilância sanitária no estado.	
Comprovar o funcionamento do serviço de vigilância epidemiológica no estado.	
Comprovar a implementação da PPI ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração.	Apresentar a PPI ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração.
Disponer de 80% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas na NOB 96 independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios habilitados, desde que, nesses, resida 80% da população do estado.	Disponer de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas na NOB 96; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nesses, resida 60% da população do estado.
Disponer de 50% do valor do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.	Disponer de 30% do valor do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.
Comprovar a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto/custo e ou complexidade e de marcação de consultas especializadas.	

Quadro 8 – Requisitos à gestão estadual segundo a NOB 96

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (1996).

Plena do Sistema Estadual	Avançada do Sistema Estadual
Transferir regular e automaticamente os recursos do PBVS relativos aos municípios não habilitados.	
Transferir regular e automaticamente os recursos do IVISA.	
Transferir os recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.	
Remunerar por serviços produzidos na área de vigilância sanitária.	
Transferir regular e automaticamente os recursos correspondentes ao TFA, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas aos municípios habilitados.	Transferir regular e automaticamente os recursos da Fração Assistencial Especializada e do PAB relativos aos municípios não habilitados.
Transferir regular e automaticamente os recursos do IVR.	
Criar normas complementares em relação ao pagamento de prestadores de serviços sob sua contratação, inclusive quanto à alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima.	

Quadro 9 – Prerrogativas à gestão estadual segundo a NOB 96

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (1996).

Plena da Atenção Básica	Plena do Sistema Municipal
Elaborar o programa municipal dos serviços básicos e a proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.	
Reorganizar as unidades sob gestão pública, introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS.	
Manter o cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão.	
Avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde da população.	
Gerenciar as unidades ambulatoriais próprias.	Gerenciar as unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
Gerenciar as unidades ambulatoriais do estado ou da União.	Gerenciar as unidades ambulatoriais e hospitalares do estado ou da União.
Realizar os procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhar os demais procedimentos referenciados aos seus municípios.	Garantir a prestação de serviços em seu território aos seus municípios e aos referenciados, conforme PPI.
Contratar, controlar, auditar e pagar os prestadores de serviços contidos no PAB.	Contratar, controlar, auditar e pagar os prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares cobertos pelo seu teto.
Operar o SIA/SUS quanto aos serviços cobertos pelo PAB.	Operar o SIA/SUS e SIH/SUS.
Autorizar as AIH e APAC realizados no município.	Administrar a oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade, conforme PPI.
Executar as ações de Vigilância Sanitária.	Executar as ações básicas, de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária.
Executar as ações básicas de epidemiologia, controle de doenças e de ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas.	Executar as ações de epidemiologia, controle de doenças e de ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas.
Elaborar o relatório anual de gestão.	Normalizar e operar centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência de seus municípios e referenciados.

Quadro 10 – Responsabilidades da gestão municipal segundo a NOB 96

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (1996).

Plena da Atenção Básica	Plena do Sistema Municipal
Comprovar o funcionamento do CMS.	
Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.	
Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e implementação da PPI.	
Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades quanto à contratação, pagamento, controle e auditoria.	
Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior.	
Formalizar o pleito da habilitação junto ao gestor estadual.	
Disponer de médico responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.	
Comprovar a disponibilidade de estrutura e recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, profissionais e serviços realizados.	
Comprovar a capacidade para o desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária.	Comprovar o funcionamento e a capacidade para o desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária.
Comprovar a capacidade para o desenvolvimento das ações de Vigilância Epidemiológica.	Comprovar estruturação de serviços e atividades de Vigilância Epidemiológica e controle de Zoonoses.
	Apresentar o Plano Municipal de Saúde, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação na rede estadual e as respectivas responsabilidades na PPI do estado, com o detalhamento da programação municipal e seus indicadores de acompanhamento.
	Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito da habilitação.
	Assegurar a oferta, em seu território, de todos os procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.
	Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria - SNA.

Quadro 11 – Requisitos à gestão municipal segundo a NOB 96

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (1996).

Plena da Atenção Básica	Plena do Sistema Municipal
Transferir, regular e automaticamente, os valores correspondentes ao Piso Básico de Vigilância sanitária - PBVS.	
Transferir, regular e automaticamente, os valores correspondentes ao PAB.	Transferir, regular e automaticamente, os valores correspondentes ao Teto Financeiro da Assistência - TFA.
Transferir, regular e automaticamente, os valores correspondentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.	Transferir recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.
Subordinar à gestão municipal todas as unidades básicas de saúde estabelecidas em seu território.	Subordinar à gestão municipal todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares estabelecidas em seu território.
	Remunerar por serviços de Vigilância Sanitária de média e alta complexidade.
	Criar normas complementares em relação ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto à alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima.

Quadro 12 – Prerrogativas à gestão municipal segundo a NOB 96

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (1996).

As responsabilidades definidas na NOB 96 para uma das modalidades de gestão citadas nos quadros acima, constituíam um elenco mínimo, ou seja, não havia impedimento para a incorporação de outras, desde que pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e aprovadas pelo CES. Tanto estados como municípios teriam suas habilitações permanentemente acompanhadas e avaliadas e, em caso de descumprimento das normas, a habilitação poderia ser perdida (BRASIL, 1996).

2.5 NOAS 01

A partir do momento em que se publicou a primeira norma operacional da saúde, em 1991, o SUS foi se aprimorando em alguns aspectos e revelando dificuldades em outros. A experiência acumulada com as tentativas de efetivar o processo de regionalização fez com que se repensassem as especificidades do papel do gestor estadual no SUS, já que no final do ano 2000 apenas oito estados encontravam-se habilitados nas condições de gestão previstas na NOB 96. Com as dificuldades para efetivação do processo de descentralização do SUS, foi possível identificar os seguintes obstáculos: a) dividir adequadamente as responsabilidades

da gestão entre estados e municípios, pois ainda havia unidades básicas de saúde e hospitais sob gestão estadual; b) habilitar, de forma equilibrada, estados e municípios nas condições de gestão, pois os estados não estavam acompanhando o mesmo ritmo dos municípios; c) basear o financiamento na lógica da oferta de serviços, pois isso mantinha a concentração de recursos nas áreas mais desenvolvidas; d) planejar e organizar o sistema de forma funcional, pois a implementação das PPI tinha sido pouco efetiva; e) resolver os problemas de saúde da população e promover o acesso aos serviços de saúde, pois, devido à restrição do elenco de procedimentos básicos (PAB fixo), a resolutividade dos problemas era baixa e havia concentração de serviços em poucos municípios; f) monitorar e avaliar periodicamente o desempenho da implementação das atividades previstas nas PPI e Planos de Saúde, o que em geral não acontecia; e g) reverter o processo de desaceleração da transferência de recursos fundo a fundo, que passou a ocorrer com o ápice do processo de habilitação dos municípios, nas condições de gestão (BRASIL, 2001).

Em dezembro de 2000, o CNS tornou públicas uma proposta de apoio ao processo de regionalização do sistema de saúde e uma resolução estabelecendo princípios norteadores para tanto. A CIT, então, aprovou a minuta de regulamentação do processo, chamada NOAS 01/2001, em 26 de janeiro de 2001, através da Portaria nº 95 (BRASIL, 2001).

A NOAS 01 teve como objetivo geral a promoção do aumento da equidade em relação à distribuição dos serviços de saúde e ao acesso da população aos mesmos, em todos os seus níveis de atenção. Para alcançar esse objetivo e contribuir para o processo de regionalização e descentralização em saúde foram definidos os seguintes grupos de estratégias: a) elaborar o Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para organizar a assistência de forma regionalizada, o que significava delimitar as regiões de saúde que dessem cobertura em todo o estado e planejar as ações e serviços de saúde com enfoque no território e população; b) fortalecer e consolidar o caráter público da gestão do sistema, através da efetiva implementação da PPI, da garantia do acesso da população referenciada entre municípios e da regulação, controle e avaliação do sistema; e c) atualizar os critérios e processos de habilitação dos estados (Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual) e municípios (Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal) (BRASIL, 2001).

Em relação às condições de habilitação, os municípios teriam dois novos instrumentos de acompanhamento dos Planos de Saúde e do Relatório de Gestão, que eram a Agenda de Compromissos e o Quadro de Metas, detalhados em manual específico. Além disso, passaram a ser exigidas a alimentação periódica do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e a adequação da aplicação dos recursos financeiros da receita própria conforme definições da EC 29/00 (BRASIL, 2000). Em relação às condições de habilitação dos estados, a NOAS 01 procurou ressaltar suas atribuições de coordenação do sistema estadual de saúde. Segue abaixo um quadro, resumido, das alterações propostas para cada condição de gestão específica (BRASIL, 2001):

Gestão Plena do Sistema Estadual	Gestão Avançada do Sistema Estadual
Apresentar seu Plano Estadual de Saúde, contendo o Plano Diretor de Regionalização, a Agenda de Compromissos estadual harmonizada com a agenda nacional e o Quadro de metas.	
Coordenar o processo de elaboração e de implementação da PPI, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação para a alocação de recursos, bem como celebrar os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso com os municípios-polo correspondentes.	
Coordenar os sistemas de referências intermunicipais, organizando o acesso da população e a compensação para internações, procedimentos especializados e de alta complexidade/custo.	
Alimentar regularmente o SIOPS a fim de comprovar a dotação orçamentária de acordo com a EC 29/00.	

Quadro 13 – Requisitos à gestão estadual segundo a NOAS 01

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2001).

No que concerne aos municípios, a NOAS 01 demonstrou preocupação com a capacidade de prover a assistência à saúde propriamente dita, com rede básica e por vezes sendo polo de referência a outros municípios. Também é importante ressaltar a exigência de alimentação do SIOPS, para a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, pois é extremamente importante o registro regular das informações financeiras de cada esfera de governo. Segue abaixo um quadro resumido com os novos requisitos:

Plena da Atenção Básica Ampliada	Plena do Sistema Municipal
Alimentar regularmente os sistemas de informação do SUS, que inclui o SIOPS.	Dispor de uma rede assistencial capaz de ofertar serviços de média complexidade como: laboratório de patologia clínica, radiologia simples, ultrassonografia obstétrica, primeiro nível de atendimento a distúrbios psicossociais, fisioterapia, algumas ações de odontologia especializada, pequenas cirurgias ambulatoriais ginecológicas e leitos hospitalares.
Mostrar o desempenho nos indicadores da Atenção Básica.	Comprometer-se, formalmente a desempenhar o papel de polo de referência para outros municípios.
Demonstrar a capacidade de oferecer todas as atividades de saúde em número suficiente e com qualidade.	
Estabelecer o Pacto da Atenção Básica para o ano de 2001.	

Quadro 14 – Requisitos à gestão municipal segundo a NOAS 01

Fonte: Elaborado pela autora a partir d Brasil (2001).

2.6 NOAS 02

A NOAS 02 foi aprovada através da Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, e sua principal motivação foi a detecção, por algumas unidades da federação, de entraves no estabelecimento do comando único do SUS sobre os prestadores de serviços de saúde, na totalidade da gestão municipal das sedes dos módulos assistenciais e na explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais. As diretrizes organizativas definidas pela NOAS 01 foram mantidas pela NOAS 02, que procurava oferecer alternativas à superação de dificuldades e impasses (BRASIL, 2002).

A NOAS 02 também procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Segundo essa norma, os estados poderiam habilitar-se na Gestão Avançada do Sistema Estadual ou na Gestão Plena do Sistema Estadual. Já os municípios poderiam habilitar-se na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada ou na Gestão Plena do Sistema Municipal. Seguem abaixo os quadros resumidos, com as atualizações referentes aos critérios de habilitação para estados e municípios (BRASIL, 2002):

Requisitos	
Gestão Plena do Sistema Estadual	Gestão Avançada do Sistema Estadual
Comprovar a descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Básicas de Saúde.	
Avaliar os municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal a partir de visita técnica realizada pela SES.	

Quadro 15 – Requisitos à gestão estadual segundo a NOAS 02

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2002).

Requisitos
Plena do Sistema Municipal
Estabelecer o Pacto da Atenção Básica para o ano em curso.
Comprovar o comando único sobre a totalidade dos prestadores de serviços de saúde do SUS localizados no território municipal.
Comprovar a oferta de ações do primeiro nível de média complexidade e de leitos hospitalares.
Comprovar adesão ao cadastramento dos usuários através do Cartão SUS.

Quadro 16 – Requisitos à gestão municipal segundo a NOAS 02

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2002).

Segundo Carvalho (2010, p. 8-9), tanto a NOAS 01 como a NOAS 02, efetivamente, não surtiram os efeitos desejados, e o financiamento, na prática, continuava baseado nas caixinhas. Era o mesmo sistema do INAMPS, de pagamento por procedimentos, sendo agora por grupos. O mesmo autor ainda coloca que desde a NOB 93 a União, os estados e municípios financiam o sistema com grande ônus para os municípios.

Para Santos (2008, p. 2011) o modelo de atenção à saúde pouco mudou desde a vigência das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Segundo o autor, a atenção básica expande-se às maiorias pobres da população com baixa qualidade e resolutividade e não consegue se constituir como porta de entrada para o sistema. Os serviços de média e alta complexidade são cada vez mais demandados, mas a oferta não acompanha o mesmo ritmo. Devido a essa repressão, a população média-média e média-alta está utilizando a judicialização para ter acesso aos serviços, aumentando a iniquidade e fragmentação do sistema. Para concluir, o autor ainda coloca que o modo de produzir serviços permanece centrado em procedimento de diagnose e terapia.

2.7 PROGRAMAS DE SAÚDE E O PACTO

Desde a implantação e implementação do SUS, muitas ações foram se transformando a fim de atender às necessidades de saúde das diferentes regiões e federações do país. O processo de descentralização ampliou o contato do sistema com a realidade social, política e administrativa dessas regiões, tornando-o cada vez mais complexo. Para auxiliar no trabalho dos gestores locais e regionais, o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) pactuaram responsabilidades entre as três esferas de governo. Esse pacto respeita:

[...] as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo. (BRASIL, 2006c, p. 7).

A implantação desse Pacto, em 2006, com a Portaria nº 699 de 30 de março, teve como objetivo alcançar uma maior efetividade, eficiência e qualidade das ações de saúde. Além disso, ele representou um compromisso entre os gestores do SUS em relação às necessidades de saúde da população brasileira (BRASIL, 2006c, p. 8). Em 2007, com a Portaria nº 91, de 10 de janeiro, houve a unificação do processo de pactuação, e o Pacto pela Saúde passou a contemplar as seguintes dimensões: a) Pacto pela Vida; b) Pacto em Defesa do SUS; e c) Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida teve como foco a elaboração de prioridades expressas em objetivos, metas e indicadores e definidas nacionalmente, mas que permita aos gestores basearem-se em sua realidade local. As metas estabelecidas devem estar contidas no Plano de Saúde, que é o instrumento que guiará os gestores. A intenção é que esses gestores olhem para a sua região, para os lugares onde as pessoas moram, para as suas condições de vida e proponham as melhorias necessárias a esse contexto. Assim que forem estabelecidas as prioridades, é necessário

estabelecer os recursos financeiros para colocá-las em prática (BRASIL, 2009d, p. 11-12).

Segundo Brasil (2006a, p. 9), são seis as prioridades a serem pactuadas para o alcance das metas definidas:

- 1) Saúde do idoso: o programa de saúde do idoso está destinado às pessoas com 60 anos de idade ou mais. Esse programa possui dez diretrizes a serem seguidas, quais sejam: promoção do envelhecimento saudável e ativo; atenção integral e integrada à saúde; incentivo às ações intersetoriais; implantação dos serviços de atenção domiciliar; estabelecimento do acolhimento preferencial em unidade de saúde, sempre respeitando o critério de risco; provimento de recursos que sejam capazes de assegurar a qualidade do atendimento; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde na área da saúde do idoso; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso para profissionais, gestores e usuários do SUS; promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde do idoso e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas nessa área. O programa conta com sete ações estratégicas para o seu desenvolvimento, quais sejam: a) elaboração da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, onde constarão as informações relevantes sobre a saúde da pessoa; b) elaboração do Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa, que determina as ações de saúde baseando-se na Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa; c) estabelecimento de Programa de Educação Permanente à Distância na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para os profissionais da atenção básica à saúde; d) realização do Acolhimento nas unidades de saúde; e) garantia da Assistência Farmacêutica, desenvolvendo ações que visem à qualificação na dispensação e no acesso ao idoso; e f) promoção da Atenção Diferenciada na Internação, com a implementação da avaliação geriátrica global, que deve ser realizada por equipe multidisciplinar e promover a Atenção Domiciliar, valorizando o efeito favorável do ambiente residencial na recuperação da saúde do idoso;
- 2) Controle do câncer do colo do útero e da mama: esse programa tem dois objetivos principais, que são a cobertura de 80% para exames preventivos

do câncer de colo do útero e o incentivo para a realização de cirurgia de alta frequência¹⁸. As metas desse programa, para o ano de 2006, eram ampliar para 60% a cobertura de exames de mamografia e realizar a punção em 100% dos casos necessários;

- 3) Redução da mortalidade infantil e materna: em relação à mortalidade infantil, os objetivos e metas procuraram, no ano de 2006, reduzir a mortalidade neonatal em 5% e reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e em 20% por pneumonia. Além disso, o programa teve como objetivos, para o mesmo ano, o apoio à elaboração de propostas para a qualificação da atenção às doenças prevalentes e a criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes. Já em relação à redução da mortalidade materna, os objetivos e metas eram os seguintes: reduzir em 5% a razão da mortalidade em 2006; garantir o tratamento das gestantes com síndrome hipertensiva do parto e qualificar os hemocentros para que atendessem às necessidades das maternidades e demais locais onde se realizam os partos;
- 4) Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergenciais e endemias: ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza: em relação ao controle da dengue, os objetivos e metas para o ano de 2006 tendiam à elaboração do Plano de Contingência para atenção aos pacientes e à redução para menos de 1% dos 30% da infestação predial por *Aedes aegypti* nos municípios prioritários. Em relação ao controle da hanseníase, o objetivo para 2006 era atingir o patamar de eliminação da doença como problema de saúde pública, o que significava ter menos de 1 caso para cada 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários. Em relação ao controle da tuberculose, a meta é curar, ao menos, 85% de casos novos diagnosticados a cada ano. Em relação ao controle da malária, a meta para 2006 era reduzir em 15% a incidência anual na região da Amazônia Legal. Em relação ao controle da influenza,

¹⁸ Trata-se de uma técnica que utiliza instrumental especial para realizar a retirada de lesões do colo uterino com o mínimo dano possível. Esse procedimento pode ser realizado em regime ambulatorial, e o pagamento ao serviço é diferenciado.

o objetivo para 2006 era implantar o Plano de Contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação SIVEP-GRIPE;

- 5) Promoção da saúde: a promoção à saúde baseava-se em cinco objetivos, que começam com a elaboração e implementação da Política de Promoção da Saúde, que é de responsabilidade dos três gestores, ou seja, municípios, estados e união. Os objetivos seguem com a ênfase na mudança de comportamento da população a fim de assumir a responsabilidade individual da prática de hábitos de vida saudáveis; articulação e promoção dos programas de atividade física e apoio ao desenvolvimento de novos programas; promoção de medidas para opção de um hábito de alimentação saudável e elaboração e pactuação da Política Nacional de Promoção da Saúde que respeite as especificidades dos estados e municípios, com início no ano de 2006;
- 6) Fortalecimento da atenção básica: são dez os objetivos dessa prioridade, e o primeiro deles é assumir a Estratégia de Saúde da Família para o fortalecimento da atenção básica, considerando as diferenças loco-regionais. Além disso, devem-se desenvolver ações de qualificação dos profissionais através de educação permanente e oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional em saúde da família. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família também deve acontecer nos pequenos e médios municípios e deve-se buscar a ampliação dessa nos grandes centros urbanos. Nos locais onde há Unidades Básicas de Saúde, deve-se dotá-las de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o desenvolvimento das ações. Deve-se, ainda, garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e aprimorar a inserção dos profissionais nas redes locais por meio de vínculos de trabalho que favoreçam a fixação desses profissionais. Ainda na atenção básica, deve-se implantar o processo de monitoramento e avaliação, nas três esferas de governo, a fim de qualificar a gestão descentralizada. Por fim, devem-se apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da atenção básica que considere os princípios da Estratégia de Saúde da Família.

Atualmente, o Brasil tem 13 milhões de hipertensos e 4,5 milhões de diabéticos, todos correndo risco de agravamentos como insuficiência renal, acidente

vascular cerebral (AVC) e doenças vasculares. Há mais de 90 mil portadores de câncer aguardando pelo acesso à radioterapia e 25% dos portadores de tuberculose, hanseníase e malária ainda estão sem acesso oportuno e sistemático ao SUS. Apesar de ter o melhor acompanhamento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) entre os países em desenvolvimento, o Brasil possui uma incidência anual de 33 mil casos da doença (SANTOS, 2008, p. 2012).

O Pacto em Defesa do SUS, segundo Brasil (2009, p. 12 e 13), objetiva repolitizar o debate em torno dos princípios fundamentais do sistema, reafirmando seu significado e a importância para toda a população. Pois, para a efetivação da política pública de saúde, é fundamental a sua compreensão por parte dos cidadãos. Esse pacto tem duas diretrizes operacionais, quais sejam: a) demonstrar os compromissos entre os gestores do SUS para que se consolide a reforma sanitária no Brasil; e b) promover o desenvolvimento de ações de gestão no âmbito regional, estadual e federal com o objetivo de assegurar o SUS como política pública de saúde. Para que essas diretrizes sejam seguidas, o pacto propõe três frentes de ação:

- 1) implementar o processo de divulgação da saúde como direito de todos e do SUS como política pública que visa a responder a esse direito. Como instrumento de divulgação, foi elaborada a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS;
- 2) mobilizar a sociedade para que se tenham mais recursos para a saúde (a perspectiva gira em torno da regulamentação da EC 29/00, que será comentada no Capítulo II). A política de financiamento, segundo o pacto, deve garantir a estabilidade de aplicação dos recursos com aumento progressivo dos valores;
- 3) ampliar o diálogo com a sociedade, pois a participação, a capacidade de mobilização e a pressão são os motores das mudanças na saúde. A participação dos cidadãos não deve se encerrar na esfera dos Conselhos de Saúde, portanto, é preciso reconhecer outras formas de participação, sem necessariamente criar novas instâncias, e dar autonomia para a sociedade organizada construir e propor estratégias e ações para o desenvolvimento da política pública. Dentre outras, algumas ações devem ser desenvolvidas pelos gestores, a fim de promover a participação e o controle social do Termo de Compromisso de Gestão: a) informar e

promover o conhecimento do SUS para a população; b) apoiar a educação popular em saúde; e c) implantar e implementar ouvidorias nos municípios e estados.

Segundo Brasil (2009, p. 25), o Pacto de Gestão diz respeito ao processo de regionalização, ao planejamento e financiamento, à PPI, à regulação e à gestão do trabalho. O mesmo ainda reafirma a participação e controle social e a educação em saúde. Em relação ao financiamento, a intenção do pacto é dar mais autonomia para estados e municípios, regulamentando a transferência dos recursos federais para o custeio das ações e serviços de saúde através de seis blocos. O objetivo dessa mudança é reduzir as mais de cem caixinhas de repasse de recursos para menos de cinquenta. Os seis blocos são:

- 1) Atenção Básica;
- 2) Atenção de Média e Alta Complexidade;
- 3) Vigilância em Saúde;
- 4) Assistência Farmacêutica;
- 5) Gestão do SUS;
- 6) Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Em relação à gestão, Santos (2008, p. 2012) afirma que os trabalhadores da saúde e os prestadores de serviços veem-se em um sufoco para atender os sofrimentos e urgências e são forçados a reprimir as demandas priorizando os casos mais graves. Esses atores sabem que ações preventivas e diagnósticos precoces podem reverter essa situação penosa. O autor aponta que o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão é coerente com as diretrizes constitucionais, mas com o subfinanciamento do sistema as ações ficam ameaçadas. Essa política pública de saúde é um reflexo da concepção avançada de política socioeconômica e de democratização, contrapondo-se à concepção de que a política econômica e política social estejam separadas.

Segue abaixo um quadro demonstrativo com as habilitações dos estados e seus municípios nas condições de gestão citadas ao longo deste capítulo:

Habilitação dos Estados e número de municípios, conforme condições de gestão estabelecidas pela NOB, NOAS até setembro de 2004 e Adesão ao Pacto até julho de 2010												
Estado	Sigla	Número de municípios	Habilitação NOB				Habilitação NOAS				Adesão ao Pacto	%
			GPSM	%	GPAB	%	GPABA	%	GPSM	%		
Acre	AC	22	0	0,00	19	86,36	0	0,00	0	0,00	4	18,18
Alagoas	AL	102	2	1,96	83	81,37	4	3,92	15	14,71	77	75,49
Amapá	AP	16	0	0,00	12	75,00	0	0,00	0	0,00	6	37,50
Amazonas	AM	62	2	3,23	48	77,42	7	11,29	8	12,90	1	1,61
Bahia	BA	417	15	3,60	287	68,82	121	29,02	18	4,32	131	31,41
Ceará	CE	184	6	3,26	114	61,96	27	14,67	43	23,37	184	100,00
Distrito Federal	DF	1	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00
Espírito Santo	ES	78	35	44,87	0	0,00	78	100,00	0	0,00	67	85,90
Goiás	GO	246	6	2,44	218	88,62	12	4,88	15	6,10	164	66,67
Mato Grosso	MT	141	1	0,71	124	87,94	7	4,96	8	5,67	114	80,85
Mato Grosso do Sul	MS	78	0	0,00	46	58,97	19	24,36	13	16,67	78	100,00
Maranhão	MA	217	41	18,89	160	73,73	19	8,76	7	3,23	103	47,47
Minas Gerais	MG	853	49	5,74	753	88,28	38	4,45	10	1,17	798	93,55
Pará	PA	143	22	15,38	79	55,24	21	14,69	23	16,08	113	79,02
Paraíba	PB	223	1	0,45	176	78,92	21	9,42	30	13,45	117	52,47
Paraná	PR	399	1	0,25	356	89,22	30	7,52	12	3,01	399	100,00
Pernambuco*	PE	184	19	10,33	158	85,87	26	14,13	6	3,26	14	7,61
Piauí	PI	224	0	0,00	217	96,88	0	0,00	8	3,57	5	2,23
Rio de Janeiro	RJ	92	16	17,39	69	75,00	0	0,00	7	7,61	42	45,65
Rio Grande do Norte	RN	167	10	5,99	121	72,46	38	22,75	1	0,60	167	100,00
Rio Grande do Sul**	RS	496	0	0,00	35	7,06	448	90,32	15	3,02	2	0,40
Rondônia	RO	52	11	21,15	39	75,00	4	7,69	3	5,77	49	94,23
Roraima	RR	15	1	6,67	14	93,33	0	0,00	0	0,00	9	60,00
Santa Catarina	SC	293	20	6,83	139	47,44	151	51,54	0	0,00	267	91,13
São Paulo	SP	645	159	24,65	221	34,26	377	58,45	9	1,40	644	99,84
Sergipe	SE	75	2	2,67	3	4,00	69	92,00	3	4,00	0	0,00
Tocantins	TO	139	7	5,04	131	94,24	1	0,72	0	0,00	62	44,60

Quadro 17 – Demonstrativo das habilitações em GPSM, GPAB, GPABA e Pacto

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2010a).

Nota:

*Neste quadro não está contabilizado o Distrito Estadual de Fernando de Noronha.

**São Borja e Gravataí

Até setembro de 2004 havia 15 municípios que não optaram por qualquer tipo de habilitação.

A partir de 2005, 5 novos municípios foram instalados.

Segundo Carvalho (2010, p. 9-10), na prática o pacto não teve a significância e o impacto desejados, apesar da inovação em relação às caixinhas de transferência de recursos para os blocos de financiamento. O autor também coloca que a lógica do sistema ainda está distante da mandatória da CF 1988 e das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

2.8 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

O modelo de atenção à saúde almejado e proposto pelo SUS desde a sua concepção é voltado para a prevenção e promoção da saúde, e um exemplo dessa busca é verificado na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Em 28 de dezembro de 2005, através da portaria GM/MS nº 2.608, todos os estados e capitais brasileiras receberam um total de R\$ 9.259.338,00 em recursos financeiros para implementação de ações relativas a uma estratégia global da OMS, a qual se baseia em atividade física, alimentação saudável e controle do tabagismo. Em 2006, foram cento e trinta e dois entes federados os beneficiados com o repasse de R\$ 7.780.000,00; em 2007, foram 209 entes federados, e o valor total repassado foi de R\$ 16.720.000,00; em 2008 foram aprovados 525 projetos com valor total de repasse de R\$ 27.532.639,41.

A PNPS tem como objetivo promover a qualidade de vida, a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, trabalhando com os seus determinantes e condicionantes, quais sejam: hábitos de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação e lazer, entre outros.

Para o alcance dos objetivos citados anteriormente, a PNPS estabeleceu o seguinte conjunto de ações específicas que devem ser priorizadas:

- 1) prática de atividade física;
- 2) redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito;
- 3) prevenção da violência e estímulo à paz;
- 4) redução da morbimortalidade por abuso de álcool e uso de outras drogas;
- 5) prevenção e controle do tabagismo;
- 6) alimentação saudável;
- 7) promoção e desenvolvimento sustentável.

Sendo assim, o MS está financiando a implementação de projetos que busquem fortalecer as ações específicas da PNPS, citadas acima. O repasse dos valores é feito pelo Teto Financeiro da Vigilância em Saúde e a adesão dos municípios e estados é espontânea. Segue abaixo um quadro com os estados e o número respectivo de municípios que têm projetos financiados pela PNPS:

Estado	Nº municípios	Estado	Nº municípios
Acre	06	Paraíba	20
Alagoas	72	Pernambuco	61
Amazonas	07	Piauí	47
Amapá	02	Paraná	94
Bahia	83	Rio de Janeiro	46
Ceará	58	Rio Grande do Norte	92
Espírito Santo	23	Rondônia	04
Goiás	97	Roraima	14
Maranhão	90	Rio Grande do Sul	72
Minas Gerais	167	Santa Catarina	41
Mato Grosso do Sul	20	Sergipe	35
Mato Grosso	54	São Paulo	262
Para	10	Tocantins	40

Quadro 18 - Quantidade de municípios brasileiros que compõem a Rede Nacional de Promoção à Saúde

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (2010).

Para Santos (2008, p. 2010), o SUS se transformou no maior projeto público de inclusão social e possui o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo. Os avanços foram possíveis através da municipalização, da criação e funcionamento da CIB, CIT e Conselhos de Saúde, dos fundos de saúde e suas transferências, com a direção em cada esfera de governo e com o contágio e influência dos valores éticos e sociais da política pública. O autor cita alguns números do ano de 2007:

- 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais;
- 610 milhões de consultas;
- 10,8 milhões de internações;
- 212 milhões de atendimentos odontológicos;
- 403 milhões de exames laboratoriais;
- 2,1 milhões de partos;
- 13,4 milhões de exames de ultrassonografia, tomografias computadorizadas e ressonâncias magnéticas;

- 55 milhões de sessões de fisioterapia;
- 23 milhões de ações de vigilância sanitária;
- 150 milhões de vacinas;
- 12 mil transplantes;
- 3,1 milhões de cirurgias;
- 215 mil cirurgias cardíacas;
- 9 milhões de seções de radio e quimioterapia;
- 9,7 milhões de seções de hemodiálise.

O modelo e gestão do SUS ainda apresenta obstáculos para o avanço do sistema. Santos (2008, p. 2010-2011) define alguns deles, quais sejam: a) falta de interação entre gestores; b) subfinanciamento público; c) fragmentação dos repasses federais; d) predomínio do pagamento dos serviços por produção; e) ausência das práticas de metas, desempenho e resultados; e f) ausência de regulação da demanda dos planos privados aos serviços do SUS¹⁹.

Segundo Palermo (2003, p. 3), a estrutura do SUS, atualmente, é muito mais complexa do que a proposta em 1998, pois o sistema engloba milhares de serviços de saúde, profissionais, fornecedores de materiais, medicamentos e equipamentos e uma grande burocracia de governo, além de se propor a atender mais de 170 milhões de brasileiros segundo os princípios da Lei nº 8.080/90.

Segundo Andrade e Lisboa²⁰ (2001 apud PALERMO, 2003, p. 2), o setor de bens e serviços de saúde requer uma atenção sofisticada por ser diferente dos demais em quatro aspectos fundamentais, quais sejam:

- 1) muitos dos bens e serviços de saúde caracterizam-se por necessitarem de indicação de uso, ou seja, são credenciais;
- 2) existe uma importante separação entre o consumidor e o indicador da necessidade de uso de um determinado bem de saúde;
- 3) os bens e serviços de saúde caracterizam-se por necessitarem de elevados custos empregados em pesquisa e desenvolvimento, que por sua vez podem levar longos períodos de tempo para serem amortizados;

¹⁹ Quando um usuário que possui plano privado de saúde é atendido pelo SUS, o seu plano deveria ressarcir o SUS por esse atendimento. Como exemplo disso, pode-se citar a necessidade de realização de um exame de tomografia computadorizada que pode demorar até 48h para ser autorizado pelos planos privados e que no SUS, em determinados serviços de saúde, é feito imediatamente após a solicitação médica.

²⁰ ANDRADE, M. V.; LISBOA, M. B. A regulação dos contratos de seguro-saúde no Brasil: gerando seleção adversa. *Seminário 05/01*. Brasília: UnB, 2001. (Seminários Acadêmicos).

- 4) o consumo de muitos desses bens de saúde produz externalidades difusas positivas sobre os demais indivíduos.

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) (SALAZAR et al., 2003, p. 11) considera o SUS como um sistema, pois o mesmo se constitui de várias instituições dos três níveis de governo e pelo setor privado, em que são contratadas empresas para a prestação de serviços e ações de saúde.

Essa complexidade já foi vislumbrada na elaboração da legislação, no item IX, letra a, do art. 7º da Lei nº 8.080/90, que definiu a necessidade da composição de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1990b). Regionalizada, pois deve contar com prestadores de serviços alocados estrategicamente. Como exemplo disso, podemos citar a compra de um equipamento de ressonância magnética por um município que possui baixa demanda pelo serviço e que não possui receita suficiente para sustentar os seus custos de execução e manutenção. Hierarquizada, pois deve se enquadrar aos normativos da gestão local e existe uma sistematização para a entrada nos serviços. Exemplo: o usuário, para acessar um serviço de alta complexidade em oncologia, precisa ser atendido e referenciado/encaminhado pela atenção básica.

A formação do SUS foi acompanhada por diversas discussões que contaram com a representatividade de sujeitos das mais variadas entidades sociais e políticos da sociedade civil organizada. Apesar de ter uma base sólida, pode-se dizer que o SUS ainda encontra-se em implantação.

Pode-se perceber também que o sistema de financiamento do SUS é tão complexo quanto a sua própria organização. São diversos programas que relacionam entre si a assistência propriamente dita, a gestão, a regulação e até mesmo os programas de educação em saúde. Porém, é preciso atentar para a realidade em que ele está inserido, ou seja, num país em desenvolvimento que possui uma das maiores cargas tributárias do mundo e com uma população de baixos níveis de escolaridade, que é um dos fatores que influencia na determinação das necessidades e potencialidades em saúde de uma nação.

3 FINANCIAMENTO DO SISTEMA, ORIGEM E DESTINO DAS VERBAS CONFORME AS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

Este capítulo abordará o financiamento da saúde no Brasil, respeitando a ordem cronológica dos fatos, conforme segue: período pré-SUS; a nova Constituição Federal de 1988; as Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90); as Normas Operacionais Básicas (NOB 91, 92, 93 e 96); a criação e extinção da CPMF; a Emenda Constitucional nº 29; e o Pacto pela Saúde.

3.1 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO PRÉ-SUS

Para realizar investimentos, manter as redes assistenciais, fornecer insumos e medicamentos, desenvolver ações de vigilância, promover a saúde e prevenção de doenças, realizar a educação em saúde, entre outros, são necessários recursos financeiros (BRASIL, 2005, p. 8).

O modelo de financiamento para um sistema que pretende atender a princípios básicos como os do SUS, que são a universalidade, a equidade e a integralidade, precisa: a) ser traduzido em leis que garantam o compromisso dos gestores; b) ser flexível para atender à diversidade da população brasileira; c) oferecer agilidade no repasse dos recursos; e d) contar com um sistema de informações orientado para a transparência que, por sua vez, possibilite o controle social dos processos. Além disso, o modelo de financiamento precisa prever o crescimento dos custos, que se dão principalmente pela incorporação de novas tecnologias e pela necessidade de unir o acesso aos serviços, a resolutividade das ações, a humanização e a qualidade do atendimento que são algumas das premissas do SUS (BRASIL, 2005, p. 8).

Para compreender o modelo de financiamento do SUS em seus erros e acertos, é preciso recordar como o mesmo foi se constituindo dentro do sistema. Segundo Jorge et al. (2007, p. 1), antes da constituição do SUS o modelo de financiamento da saúde baseava-se em contribuições individuais, e foi no início do

século XX que começaram a surgir iniciativas de proteção social através da organização de algumas categorias profissionais. Como exemplo disso, podemos citar as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) que seguiam o princípio de seguro privado, pois não havia na época a compreensão de que a cobertura dos riscos sociais deveria ser responsabilidade do Estado.

A Lei Eloy Chaves, de 29 de março de 1923, determinou a criação de uma CAP para cada empresa de estradas de ferro do Brasil. Os fundos das Caixas eram formados por contribuições mensais de empregados e anuais de empregadores, entre outras. Esses fundos e as rendas obtidas eram propriedades (exclusivas) das CAP e não poderiam ser empregados em outros fins. As empresas que não depositassem os valores nas CAP nos prazos definidos na lei recebiam multa diária até que o depósito fosse efetuado. Com a criação das caixas, os empregados das empresas de estradas de ferro (mensalistas ou diaristas) passaram a ter direito a:

- a) socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habita sob o mesmo teto e sob a mesma economia; b) medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; c) aposentadoria e d) a pensão para seus herdeiros em caso de morte (BRASIL, 1923, p. 2).

No caso da aposentadoria, o benefício poderia ser ordinário (por tempo de serviço e idade) ou por invalidez. As aposentadorias ordinárias eram vitalícias e as por invalidez eram concedidas em caráter provisório e sujeitas à revisão. Quando os fundos da CAP não podiam suportar os encargos e enquanto essa situação durasse, os valores das aposentadorias podiam ser reduzidos. Os empregados passaram a receber uma caderneta de nomeação, onde constava sua identificação, as funções exercidas, a data da nomeação, promoções e vencimentos recebidos. Essa caderneta permitia que empregados e empregadores pudessem consultar o histórico do trabalhador e se tornou um embrião da carteira de trabalho, documento indispensável atualmente.

Na década de 1930 surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que tinham como objetivo prover a cobertura contra alguns riscos sociais para os trabalhadores dos mais diversos segmentos e que acabaram por absorver a maioria das antigas CAP (JORGE et al., 2007, p. 2). O Decreto que criou os IAP foi o

de nº. 24.615, de 08 de junho de 1934, e os mesmos destinavam-se a conceder aos seus associados os benefícios da aposentadoria e aos herdeiros o benefício da pensão. No texto do decreto consta que, além dos benefícios anteriormente citados, o IAP poderia manter serviços de assistência médica, cirúrgica e hospitalar. A renda do IAP era constituída, entre outras, pelas contribuições mensais de empregados, empregadores e estado. Assim como nas CAP, as aposentadorias e benefícios poderiam ser concedidos por invalidez ou por velhice e, no caso da primeira, o benefício estava sujeito à revisão por um prazo de cinco anos a contar da data da concessão.

Em 1966, através do Decreto nº. 72, ocorreu a agregação dos IAP e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), mas essa mudança não alterou a lógica do seguro. Assim como os benefícios previdenciários e as pensões, a assistência médica estava atrelada à contribuição previdenciária, feita pelos trabalhadores formais e restrita a esses. Para os indivíduos que não contribuía para o INPS, restava a assistência em forma de caridade ou filantrópica, prestada pelas Santas Casas de Misericórdia (JORGE et al., 2007, p. 2).

Os serviços de saúde prestados aos beneficiários da previdência e pensões eram oferecidos, em sua maioria, pela iniciativa privada. Segundo Ugá e Marques (2005, p. 193), isso promovia a expansão da assistência médica privada, pois o governo financiava os serviços prestados através do Fundo de Assistência Social (FAS). Assim, garantia-se a demanda para o setor com a compra dos serviços de saúde oferecidos por hospitais e clínicas privadas.

Nesse mesmo período, até aproximadamente 1980, os planos de estabilização macroeconômica focalizavam o equilíbrio da balança de pagamentos, produzindo efeitos residuais nas políticas sociais que eram consequência da diminuição de recursos para o seu financiamento e o empobrecimento da população. A contração da demanda diminuía a oferta de emprego e o valor dos salários, o que acarretava na redução da principal fonte de recursos para o financiamento das políticas sociais. Essa diminuição do emprego e do valor dos salários reduzia o número de contribuintes aos sistemas de arrecadação (exemplo: previdência social) e o valor monetário da mesma. Como se não bastasse, o desemprego gerava um aumento do número de pessoas descobertas por qualquer tipo de seguro social (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 195).

A partir da segunda metade da década de 1980 os programas de ajuste macroeconômico provocaram a transformação da essência das políticas sociais, correspondendo a um projeto global de reorganização da sociedade, no qual a face econômica é a mais discutida. O modelo de intervenção no campo social ocorreu em meio a transformações como a derrota do socialismo no Leste Europeu, a onda de inovações tecnológicas com a Terceira Revolução Industrial, a redistribuição de renda e do emprego, as relações entre as classes e entre as economias nacionais e a ideologia e a nova ordem político-econômica mundial (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 195).

Nesse cenário internacional constituiu-se uma nova maneira de olhar as novas organizações em torno das seguintes questões: a) a superioridade do livre mercado, que aloca de forma mais eficiente os recursos; b) o indivíduo no centro das atenções da sociedade, em contrapartida às associações; e c) a preferência pela liberdade e diferenciação do indivíduo, que no campo social significa poder escolher os bens e serviços a serem consumidos (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 196-197).

A eficiência na alocação de recursos pela iniciativa privada e as dificuldades do Estado em ser o provedor desses serviços acarretou na privatização dos serviços públicos. Os motivos pelo qual o Estado não conseguia (e não consegue) ser tão eficiente são os custos de produção, devido aos encargos sociais e porque no setor público não se tem, necessariamente, os recursos aplicados a partir da lógica da maximização da utilidade.

Em relação à possibilidade dos indivíduos em escolher os bens e serviços a serem consumidos, ou seja, em alocar seus recursos pessoais, promove o direcionamento das políticas sociais públicas aos indivíduos mais carentes e incapazes de fazer essas escolhas. Segundo Ugá e Marques (2005, p. 199), esse direcionamento das políticas públicas pode resultar na criação de serviços pobres para os pobres.

3.2 O FINANCIAMENTO DO SUS NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A CF 1988 e as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 já continham as diretrizes para o financiamento do SUS. Porém, a Lei Orgânica da seguridade social nº 8.212, de 24 de julho de 1991, trouxe mais dois artigos que, por se referirem ao Orçamento da

Seguridade Social (OSS), influenciaram diretamente o setor saúde. No artigo nº. 16 ficou definido que a União seria responsável pela cobertura de eventuais insuficiências de recursos da seguridade social, quando as mesmas ocorressem devido a pagamentos de benefícios da Previdência Social. O artigo nº. 19 definiu que o Tesouro Nacional entregaria os recursos do OSS aos respectivos órgãos e unidades gestoras e que esses recursos somente poderiam ser utilizados para ações nas áreas da saúde, serviço social e previdência social.

Na CF 1988 o financiamento da saúde foi definido da seguinte forma:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

- a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;
- b) a receita ou o faturamento;
- c) o lucro;

II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;

III – sobre a receita de concursos de prognósticos.

§1º As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§2º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos. (BRASIL, 1988, on-line).

Pode-se verificar que no texto constitucional não foram definidos os percentuais que cada esfera de governo deveria aplicar na seguridade social, porém essa lacuna foi preenchida no parágrafo segundo do art. 195, o qual determinou que a proposta de orçamento fosse elaborada pelas três áreas da seguridade, obedecendo ao estabelecido na sua lei de diretrizes orçamentárias. Outro importante aspecto que pode ser observado no texto é que os recursos da folha de salários não seriam, exclusivamente, destinados à previdência social.

No texto constituinte também é possível perceber que houve uma preocupação em se criar as fontes de financiamento que garantiriam as ações e a

promoção dos serviços de saúde, comprometendo a União, estados, DF e municípios. Além disso, ela estabeleceu que o financiamento da seguridade social fosse um dever de toda a sociedade, direta ou indiretamente.

A definição das fontes, formas e critérios de financiamento da seguridade social contidas na CF 1988 se baseiam no princípio da diversidade da base de financiamento, previsto no artigo 194,¹ parágrafo único. Esse princípio é complementado pelo da solidariedade contributiva, que está descrito no artigo 195,² também da CF 1988. Juntos, eles definem que a base de financiamento não se concentrará em uma só fonte de tributos, para que um maior número de pessoas possa contribuir e para que haja uma garantia de constância maior nas entradas, ou seja, para que exista uma garantia de investimentos na área da saúde pública. Sendo assim, definiu-se que a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta ou indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, estados, DF e municípios, de contribuições dos empregadores, empresas, trabalhadores e demais segurados da previdência social. No artigo 196³ da CF 1988 ressalta-se que não poderá ser instituída a cobrança dos usuários pelas ações e serviços públicos de saúde e assistência social (LAZZARI, 2003, p. 21).

Segundo Travassos (1997, p. 8), a universalidade no acesso aos serviços de saúde é condição para a equidade no SUS e essa universalidade é garantida pela gratuidade dos serviços. A gratuidade, por sua vez, evita que barreiras econômicas restrinjam o consumo dos bens e serviços de saúde, porém há custos adicionais ao atendimento propriamente dito, quais sejam: transporte, espera para o atendimento, aquisição de medicamentos, entre outros. Nesse caso, o valor a ser pago dependerá da disponibilidade financeira do cidadão, ou seja, é proporcional à renda. Normalmente, encontram-se maiores grupos de menor renda que habitam regiões com poucos serviços de saúde, dificultando o acesso universal ao SUS.

¹ “Art. 194. [...] Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: [...] VI – diversidade da base de financiamento [...]”. (BRASIL, 1988, on-line).

² “Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios [...]”. (BRASIL, 1988, on-line).

³ “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988, on-line).

Recorrentemente pessoas têm apelado à Justiça para acessar de forma prioritária os serviços de saúde de que necessitam com urgência. Por vezes ocorre que mandados judiciais são emitidos para a realização de procedimentos eletivos, os quais não representam risco de morte iminente ao paciente. Quando isso ocorre, o gestor ou o serviço de saúde é obrigado, por determinação judicial, a priorizar esse atendimento em detrimento de outro, “pulando a fila”. Além disso, o curto prazo para cumprimento da ordem judicial e a urgência do atendimento de saúde podem não permitir ao gestor fazer uma adequada negociação de valores com os prestadores de saúde privados. Como essas ações judiciais são realizadas com a intervenção de profissional do Direito, observa-se que há, nesse caso, um privilegiamento de pessoas em condições financeiras melhores de desfrutar de serviços em detrimento de outros com menores recursos financeiros. Para as pessoas que não possuem condições de pagar por esses serviços existe a Defensoria Pública, que presta atendimento de forma gratuita, inclusive aos fins de semana, porém muitos cidadãos ainda desconhecem esse recurso.

Outra forma de corromper o princípio da equidade do sistema é a cobrança por procedimentos cobertos pelo SUS. Há casos em que o usuário do sistema acata a cobrança por entender a necessidade do serviço prestado e por não conhecer a legislação vigente. Porém, também é crescente o número de reclamações de usuários nos órgãos de escuta oficiais a fim de manifestar a insatisfação e de requerer o reembolso de valores pagos indevidamente a prestadores de serviços de saúde.

Mas, quando a nova Constituição Federal foi elaborada, havia mais do que desigualdade no acesso aos serviços de saúde, havia também a necessidade de se ter recursos exclusivos para a seguridade social. Segundo Ugá e Santos (2005, p. 205), os constituintes observaram que se praticou o desvio de verbas da área da saúde, durante o período militar, para a construção da represa de Itaipu e da Ponte Rio-Niterói, entre outros. As autoras ainda afirmam que nenhum governo que se seguiu à promulgação da CF 1988 conseguiu cumprir esse dispositivo. Com isso, fica o seguinte questionamento: como é possível que o próprio governo deixe de cumprir a legislação maior sem responder por tal e sem que a população seja recompensada pelo dano causado? Provavelmente há lacunas no texto constitucional e nas legislações complementares e diferentes formas de interpretação das mesmas.

Segundo Jorge et al. (2007, p. 3-4), ao estabelecer as fontes de receita do OSS e introduzir novas bases para o financiamento, os constituintes também estavam preocupados em blindar o financiamento contra as flutuações cíclicas da economia. As contribuições tradicionais que provinham principalmente da folha de pagamento acompanhavam as variações da massa salarial, que por sua vez eram consequência das flutuações da economia. Porém, naquele momento, os recursos que compunham o OSS não foram vinculados a cada uma das áreas, exceto pelos Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP) que ficaram reservados ao Fundo de Assistência ao Trabalhador (FAT) para custear o seguro-desemprego, o abono PIS/PASEP e as ações do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

Dentre as ações do BNDES relativas à saúde, podemos destacar o Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde, criado em 2004 e baseado na necessidade de incentivar as indústrias da saúde como fonte de desenvolvimento industrial e difusão de tecnologia, além de oferecer melhorias na assistência à saúde. No mesmo ano, com a criação do Profarma,⁴ o BNDES passou a disponibilizar um programa específico de financiamento à cadeia farmacêutica e que mais tarde foi estendido ao setor de materiais e equipamentos para a saúde.

Segundo Dain (2007, p. 1863), o SUS e o governo também poderiam usar os mecanismos de financiamento direto e indireto ao setor privado para desenvolver ações no campo industrial e da inovação tecnológica, a fim de aumentar o poder de competitividade da indústria nacional e garantir a oferta de insumos, medicamentos e equipamentos de saúde, promovendo um impacto positivo sobre a renda, o emprego, o produto nacional e o gasto público.

A criação do SUS, instituída no novo texto constitucional de 1988, pressupôs não somente uma ruptura com o modelo de assistência, mas também com o modelo de financiamento das ações de saúde. Isso foi possível pela inserção do setor saúde no sistema da seguridade social e pela vinculação do financiamento setorial ao OSS e aos Tesouros Federal, Estaduais e Municipais. O OSS tinha como fontes as contribuições sobre a folha de salários, a CSLL e a COFINS, antigo Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), além dos recursos dos Tesouros, na quantidade

⁴ Segundo Pieroni, Reis e Souza (2010, p. 215), o Profarma é o principal programa do BNDES no apoio à indústria de equipamentos e materiais médicos, hospitalares e odontológicos – EMHO e, para esse setor, há 12 projetos em carteira, com financiamento superior a R\$ 50 milhões.

que se fizessem necessárias. O percentual de 30% dos recursos do OSS (excluído o seguro-desemprego) para a saúde foi definido somente no artigo nº. 55⁵ do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), até que fosse aprovada a LDO. Segundo Jorge et al. (2007, p. 7), em 1991 o total aplicado na saúde foi de 33,1%, porém no ano seguinte o percentual reduziu-se para 20,95%.

Já no primeiro ano de vigência, a CF 1988 deixou de ser cumprida, pois os recursos do FINSOCIAL e da CSLL foram alocados majoritariamente nos Encargos Previdenciários da União (EPU), que não constituem uma despesa da previdência social da seguridade social, e sim a cota da União no financiamento das aposentadorias dos servidores federais. Segundo Ugá e Marques (2005, p. 206), em 1990 esse despropósito desapareceu, porém, três anos após, o governo não repassou os 15,5% da receita de contribuições de empregados e empregadores para a área da saúde, tendo em vista o aumento da demanda por aposentadorias ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS).

Historicamente, os recursos federais financiaram majoritariamente os gastos públicos com a saúde, sendo que na década de 1980 esses recursos representavam 77,7%. Até meados da década de 1990, o gasto público em saúde no Brasil caracterizava-se pela forte centralização do financiamento na esfera federal, mas, com a nova Constituição, a competência tributária dos estados e municípios foi ampliada e elevaram-se os níveis de transferência dos tributos federais destinados às demais esferas governamentais. Em seguida, com a implementação do SUS e a respectiva descentralização do financiamento, a participação da União diminuiu para 58,3% em 2000 (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 216).

Atualmente, a estrutura do gasto público em saúde, no Brasil, se assemelha ao padrão estadunidense, que é um sistema típico do modelo liberal de sistemas de saúde. Isso quer dizer que a participação do setor público no gasto nacional em saúde é baixa. Seguem abaixo dois quadros demonstrativos dos percentuais de aplicação de recursos em saúde pelos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), dos países da América Latina e do Brasil.

⁵ “Art. 55. Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor saúde”. (BRASIL, 1988, on-line).

País	Anos													
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alemanha	81,60	82,20	80,80	80,10	79,80	79,70	79,30	79,20	78,70	77,00	77,00	76,80	76,90	76,80
Austrália	65,80	65,20	66,90	66,40	68,40	66,80	66,30	66,90	66,10	66,70	66,90	66,60	67,50	68,00
Áustria	73,90	73,50	75,70	76,00	76,70	76,80	76,10	75,80	75,50	75,70	76,10	75,90	76,40	76,60
Bélgica	79,00	78,80	74,30	73,80	72,50	71,80	71,70	71,20	72,80	73,40	75,20	75,70	74,10	74,30
Brasil	43,00	40,50	43,00	42,60	42,70	40,00	40,50	41,90	41,30	43,30	40,01	41,70	41,60	44,00
Canadá	71,40	70,90	70,10	70,60	70,00	70,40	70,00	69,60	70,20	70,20	70,30	69,80	70,00	69,80
Dinamarca	82,50	82,40	82,30	82,00	82,20	82,40	82,70	82,90	83,90	83,80	83,70	84,10	84,50	84,70
Eslováquia	88,50	88,70	91,70	91,60	89,60	85,00	84,70	86,30	74,80	73,80	74,40	68,30	66,80	66,80
Espanha	72,20	72,40	72,50	72,20	72,00	71,60	71,20	71,30	70,40	70,50	70,60	71,20	71,80	72,80
Estados Unidos	44,90	45,00	44,70	43,50	43,10	43,20	44,20	44,10	43,90	44,30	44,40	45,30	45,50	46,50
Finlândia	72,00	71,90	72,20	71,80	71,50	71,10	71,80	72,30	72,50	73,00	73,50	74,60	74,60	74,80
França	79,70	79,60	79,60	79,50	79,40	79,40	79,40	79,70	79,40	79,30	79,30	79,10	79,00	79,00
Grécia	52,00	53,00	52,80	52,10	53,40	60,00	60,80	58,00	59,80	59,10	60,10	62,00	60,30	60,90
Hungria	84,00	81,60	81,30	74,80	72,40	70,70	69,00	70,20	72,80	72,40	72,30	72,50	70,60	70,30
Irlanda	71,90	71,30	73,90	73,80	73,10	73,50	74,00	75,80	77,70	78,10	77,50	77,50	80,70	82,00
Islândia	83,90	83,30	82,10	80,40	82,20	81,00	81,00	81,90	81,70	81,20	81,40	82,00	82,50	87,50
Itália	70,80	70,60	70,80	70,40	70,70	72,50	74,60	74,50	74,50	76,00	76,20	76,80	76,50	77,40
Japão	83,00	82,80	81,50	80,80	81,10	81,30	81,70	81,50	81,50	81,70	82,70	81,30	81,30	80,90
Luxemburgo	92,40	92,80	92,40	92,40	89,80	89,30	89,80	90,30	89,80	90,10	90,20	90,90	90,90	91,10
México	42,10	41,40	44,70	46,00	47,80	46,60	44,80	43,90	44,20	45,20	45,00	45,20	45,40	46,70
Noruega	84,20	84,20	81,30	82,20	82,60	82,50	83,60	83,50	83,70	83,60	83,50	83,80	84,10	84,20
Nova Zelândia	77,20	76,70	77,30	77,00	77,50	78,00	76,40	77,90	78,30	77,00	76,90	77,50	78,90	78,70
Países Baixos (Holanda)	71,00	66,20	67,80	64,10	62,70	63,10	62,80	62,50	65,40	64,50	64,90	82,30	82,00	82,10
Polónia	72,90	73,40	72,00	65,40	71,10	70,00	71,90	71,20	69,90	68,60	69,40	70,00	70,90	71,00
Portugal	62,60	65,30	65,70	67,10	67,60	72,50	71,50	72,20	73,30	72,00	71,80	71,50	70,60	70,20
Reino Unido	83,90	82,90	80,40	80,40	80,60	79,30	80,00	79,90	80,10	81,60	81,90	82,00	81,70	82,80
República Checa	90,90	90,70	90,30	90,40	90,50	90,30	89,80	90,50	89,80	88,20	87,30	86,70	85,20	84,70
República da Coreia	36,30	39,30	41,70	45,90	46,80	44,90	51,70	50,60	49,80	50,80	52,10	54,60	54,90	54,90
Suécia	86,60	86,90	85,80	85,80	85,70	84,90	81,70	82,10	82,50	81,80	81,60	81,60	81,70	82,00
Suíça	53,60	54,50	55,00	54,70	55,10	55,40	56,90	57,70	58,30	58,40	59,50	59,10	59,30	59,00
Turquia	70,20	69,20	71,60	71,90	61,10	62,90	68,20	70,40	71,60	72,30	71,40	72,50	69,00	69,00

Quadro 19 – Percentual de gastos do governo com saúde, do total de gastos com saúde nos países da OCDE e no Brasil.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de World Health Organization (2000).

Países da América do Sul	Anos													
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Argentina	59,80	57,70	55,70	55,70	56,60	55,50	53,60	50,20	52,30	45,50	44,80	46,40	50,80	49,80
Bolívia	63,80	64,30	66,00	61,20	58,10	60,10	59,30	62,80	66,20	67,10	71,80	70,00	69,20	63,50
Brasil	43,00	40,50	43,00	42,60	42,70	40,00	40,50	41,90	41,30	43,30	40,01	41,70	41,60	44,00
Chile	48,20	47,20	47,10	48,10	49,90	52,10	53,50	54,50	56,00	55,90	56,60	57,80	58,70	59,40
Colômbia	58,60	64,80	64,90	71,90	76,30	80,90	80,20	82,20	84,10	84,10	84,20	84,30	84,20	83,90
Equador	55,40	58,60	53,30	39,00	39,40	31,20	34,50	37,70	38,90	41,30	40,00	43,60	39,10	39,50
Guiana	82,40	82,50	83,90	82,80	82,80	84,50	82,60	83,10	82,60	86,40	87,00	87,80	87,70	87,30
Paraguai	36,00	41,70	39,80	45,50	44,90	40,20	35,20	33,30	31,50	33,70	47,30	45,40	42,40	37,70
Peru	54,40	54,70	52,10	56,00	56,60	58,70	57,90	57,60	58,70	58,80	59,40	59,10	58,40	59,40
Suriname	61,10	53,20	43,10	53,30	51,20	48,80	48,00	47,70	45,90	44,40	44,80	51,10	47,40	47,70
Uruguai	43,90	44,00	37,90	37,10	56,80	54,60	54,00	53,20	50,80	73,30	73,60	74,10	74,00	72,40
Venezuela	42,60	42,40	35,90	32,50	37,00	41,50	40,70	39,30	38,10	41,40	43,30	41,70	46,50	44,90

Quadro 20 – Percentual de gastos do governo com saúde, do total de gastos com saúde nos países da América Latina.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de World Health Organization (2000).

Ao analisar os percentuais dos quadros acima, é possível verificar que os governos de países como a Alemanha, Eslováquia e Luxemburgo aplicaram mais de 80% dos recursos gastos em saúde. Já os governos do Brasil, Estados Unidos e México não chegam a responder por 50% dos gastos em saúde realizados nesses países. Entre os países da América Latina, o Brasil esteve sempre entre os quatro países com menor percentual de gastos do governo com saúde, sendo que em 1996 ele teve o pior percentual.

Segundo Mansur (2001, p. 26), o financiamento de saúde é público, mas a prestação de serviços tanto pode ser pública como privada. Porém, no caso dos países da OCDE em que o financiamento baseia-se em recursos fiscais, a prestação de serviços de saúde também é pública.

Segundo Ugá e Marques (2005, p. 196 e 200), para que o SUS se torne de fato universal, em termos de financiamento, a participação pública no gasto total em saúde deveria ser de aproximadamente 72%, com recursos provenientes de impostos gerais, como funciona no Canadá, por exemplo. Esse país é uma federação dividida em 10 províncias e 3 governos regionais que são responsáveis pela gestão e organização dos serviços de saúde dentro de suas jurisdições. O governo federal administra um sistema de contribuições que são transferidas aos governos provinciais e territoriais sob a condição de que os seus regimes de seguro saúde estejam de acordo com o *Canadá Health Care Act*. Dentre os princípios

estabelecidos pelo governo federal do Canadá estão a universalização, a integralidade, a descentralização da gestão e o financiamento compartilhado entre os níveis de governo, princípios esses que são semelhantes aos do SUS. Segundo Ballinger (2007, p. 116), os governos provinciais e territoriais do Canadá são responsáveis por 65% do financiamento dos serviços de saúde, incluindo a maioria dos serviços públicos. Já o governo federal e os governos locais são responsáveis por 5% da despesa total, e as empresas privadas e famílias são responsáveis pelos demais 30%, percentuais que diferem muito do sistema brasileiro. Segue abaixo um quadro com a composição dos gastos com saúde no Brasil:

Gastos em Saúde	R\$ milhões	%
Gastos do governo	48.670.190,00	31,32
Gastos com planos e seguros de saúde	31.817.633,51	20,48
Gastos direto das famílias	74.909.504,81	48,20

Quadro 21 – Composição dos gastos com saúde no Brasil em 2008

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2010d) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

O gasto total do governo refere-se apenas aos gastos da esfera federal, segundo informações do SIOPS.

Os gastos diretos das famílias e em planos e seguros de saúde referem-se às informações publicadas na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), que é desenvolvida anualmente pelo IBGE. Os gastos diretos das famílias são constituídos pelos seguintes itens: remédios; consulta e tratamento dentário; consulta médica; tratamento médico e ambulatorial; serviços de cirurgia; hospitalização; exames diversos; material de tratamento e outros. O período de realização da POF foi de 19.05.2008 a 19.05.2009 e na publicação os valores referem-se à média dos gastos. Portanto, para definir o gasto total multiplicou-se a despesa média mensal pelo número total de unidades de consumo (famílias) e ainda por doze (quantidade de meses do ano).

Segundo Marques (1999, p. 10), na prática o SUS não se comporta como universalista, devido às várias dificuldades que enfrenta para realizar a cobertura e o

acesso aos serviços e o sistema privado (complementar/supletivo) comporta-se como modalidade seguro, devido aos incentivos fiscais do Estado e aos subsídios que recebe dos serviços públicos, sobretudo nos procedimentos assistenciais de alto custo⁶.

Além disso, há uma prática pouco aplicada, mas prevista em lei⁷, que poderia melhorar o aporte de recursos para o SUS. Trata-se da exigência de ressarcimento ao SUS por parte dos planos de saúde quando do encaminhamento de seus segurados aos serviços públicos de saúde. Segundo Marques (1999, p. 42), Joinville-SC e Itapira-SP são exemplos de municípios que aprovaram leis municipais que preveem a obrigatoriedade de reembolso ao SUS pelos planos privados e seguros de saúde.

Atualmente, está publicado no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a situação de análise dos atendimentos passíveis de ressarcimento ao SUS, com atendimentos realizados entre setembro de 1999 e junho de 2006, conforme segue:

⁶ Há procedimentos de alta complexidade que os planos privados de saúde não oferecem aos seus beneficiários, como transplante de fígado, coração e pulmão, por exemplo, que são realizados somente pelo SUS. Os valores pagos pelo SUS para os transplantes citados são, respectivamente: R\$ 57.089,41; R\$ 31.139,49 e R\$ 44.485,10.

⁷ Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Art. 32: “Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 1998, on-line).

Situação	Valor físico	Valor financeiro
Atendimentos identificados	992.110	R\$ 1.422.472.080,54
Impugnados	720.438	R\$ 1.058.802.398,09
Não impugnados	271.672	R\$ 363.669.682,45
Em análise	231.294	R\$ 337.353.342,94
Deferidos	287.276	R\$ 433.263.929,51
Indeferidos	201.868	R\$ 288.185.125,64
Passíveis de ressarcimento	473.540	R\$ 651.854.808,09
Passíveis de ressarcimento		
Situação	Valor físico	Valor financeiro
Passível de ressarcimento ao SUS	473.540	R\$ 651.854.808,09
Com suspensão (judicial/ administrativa)	91.523	R\$ 125.933.086,00
Em processo de cobrança	20.217	R\$ 28.400.591,00
Cobrados	361.800	R\$ 497.521.131,00
Pagos	76.675	R\$ 97.290.934,00
Em fase de parcelamento	7.596	R\$ 10.333.953,00
Cobrados judicialmente	35.962	R\$ 50.036.167,00
Suspensos por liminar	9.507	R\$ 13.079.645,00
Em liquidação extrajudicial	26.455	R\$ 36.956.52,00
Vencidos e não pagos	241.292	R\$ 339.493.025,00
A vencer	275	R\$ 367.050,00

Quadro 22 – Análise dos atendimentos passíveis de ressarcimento ao SUS (período: setembro de 1999 a junho de 2006)

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2009b).

No quadro podemos observar que o montante de recursos já ressarcidos ao SUS representa 14,93% do total passível de ressarcimento, ou seja, é uma pequena representação. Porém, se a comparação fosse feita com os custos dos atendimentos identificados, esse percentual cairia para 6,84%.

Outras duas importantes informações são os valores cobrados, 76,32% do total passível de ressarcimento; e as cobranças vencidas e não pagas, que representam 52,08%, ou seja, mais da metade do total. Isso significa, na prática, que

o SUS não pode contar sequer com o ressarcimento já identificado como passível de realização, pois os “pagadores” não têm honrado suas dívidas.

Ainda chama a atenção a quantidade de processos suspensos judicial ou administrativamente, 19,32% do total, pois no momento em que o atendimento é identificado como passível de cobrança não deveriam mais haver impedimentos para o pagamento.

Ugá e Marques (2005) ainda afirmam que um dos motivos para que a participação do Estado brasileiro no financiamento público e no gasto total em saúde seja tão baixa é o fato de que, na época da consolidação do SUS, o modelo econômico brasileiro se encontrava sob as rédeas do ajuste macroeconômico. Esse ajuste macroeconômico afetou negativamente o SUS através da contenção de recursos e recorrentes planos de contingenciamentos desses recursos, ações que foram motivadas por fatores vinculados ao ajuste fiscal adotado pelos governos, e não necessariamente por fatores intrínsecos ao modelo do sistema (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 196 e 200).

Sendo assim, pode-se perceber que, para um país que tem em seu texto constitucional a implementação de um sistema de saúde universal e integral, o investimento público não alcança percentuais compatíveis com a legislação.

Atualmente, há uma discussão sobre o novo papel que o Estado deve assumir na economia dos países, ou seja, a busca da denominada 3ª via, que não é o antigo Estado socialista, nem o neoliberalismo do livre mercado. O objetivo da 3ª via é criar uma solução para os males do neoliberalismo, como a exclusão social, que vai de encontro aos problemas de acesso universal à saúde de qualidade, por exemplo (LIMA; LAGEMANN, 1998, p. 145).

Na área da saúde, o Estado, para contribuir com a construção da 3ª via, deve ser visto como regulador ou garantidor, e não necessariamente como provedor direto, ou seja, ele deve garantir o acesso aos serviços de saúde, sem necessariamente provê-los. Um exemplo: o Estado garante ao cidadão a oportunidade de ter um emprego que lhe gere recursos suficientes para acessar os serviços de saúde (LIMA; LAGEMANN, 1998, p. 147-148).

Seguindo a lógica da 3ª via, o Estado, garantindo aos cidadãos recursos para um nível adequado de educação, poderá contribuir para o autocuidado ou a educação em saúde desses cidadãos e, assim, transformar o modelo atual de saúde em um outro, realmente focado na prevenção de doenças e promoção da saúde.

A satisfação das pessoas ao utilizarem um serviço de saúde não está relacionada apenas ao bom atendimento, à resolutividade e à agilidade, mas sim ao poder de escolha do serviço ou profissional de saúde, do dia e horário em que se dará o atendimento, entre outros. Portanto, a proposta da 3ª via é uma alternativa para países como o Brasil, que não consegue aplicar na prática o que está definido na Constituição Federal.

Segundo Marques (1999, p. 53), um antigo diretor da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) defendia o fim da gratuidade de todos os serviços de saúde e a permanência da garantia de apenas uma cesta básica desses serviços por parte do setor público. Essa cesta seria composta de consultas ambulatoriais, vacinação, programas de saneamento e atendimento de baixa complexidade. Os procedimentos mais complexos deveriam ser deixados para o setor privado e o acesso seria mediado pela renda do usuário. A autora afirma que, para os defensores dessa proposta, a cesta básica é um mecanismo que garante o acesso universal da população de baixa renda aos serviços e ações básicas de saúde e constitui um conjunto determinado de atenção à saúde nas áreas de fomento, prevenção e medicina curativa que seria disponibilizado a todos os membros da sociedade, de forma focalizada, conforme o perfil epidemiológico da população e seus diversos graus de risco, atendendo à disponibilidade de recursos de cada país.

Assim, essa proposta da OPAS buscava resolver o problema do financiamento da saúde no Brasil através da combinação da adoção da focalização (cesta básica), o que contraria os princípios da universalidade e integralidade do atual SUS. Na prática, isso já vem ocorrendo: o SUS tem sido utilizado basicamente pela população de mais baixa renda, principalmente quando se trata da atenção básica em saúde. Para os serviços mais complexos, a demanda já é formada largamente por usuários oriundos da classe média e alta (MARQUES 1999, p. 54).

Apesar das dificuldades de financiamento, o SUS vem conseguindo se manter e promover a sua expansão desde a atenção básica, através da Estratégia de Saúde da Família, até o aumento de recursos para a alta e média complexidade. Segundo Ugá e Marques (2005, p. 219), a criação da CPMF e a promulgação da EC 29/00 (assuntos que serão abordados adiante) são exemplos da resistência do SUS às políticas de ajuste macroeconômico.

3.3 O FINANCIAMENTO DO SUS E AS LEIS Nº. 8.080/90 E Nº. 8.142/90

Posteriormente à promulgação da CF 1988, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabeleceu o seguinte em relação ao financiamento:

Origem dos recursos financeiros destinados ao SUS:	
I.	Orçamento da Seguridade Social (Art. 31);
II.	Outras fontes (Art. 32): a) Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, ou seja, aqueles que não interferem no atendimento médico-hospitalar, não estando diretamente ligados ao atendimento assistencial. Por exemplo: as perícias, os laudos, a assistência técnica, etc.; b) Ajudas, contribuições, doações e donativos realizados por terceiros, pessoa física ou jurídica, organismos internacionais; c) Alienações patrimoniais (vendas e permutas) e rendimentos de capital (aluguéis e outros); d) Taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS; e) Rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.
III.	Recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do sistema Financeiro de Habitação;
IV.	Recursos das Universidades, orçamento fiscal, orçamento de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.
Destino dos recursos:	
I.	Ações e serviços públicos de Saúde;
II.	Ações de saneamento executadas supletivamente pelo SUS: neste caso serão utilizados, especificamente, os recursos do item III, supracitados (Art. 32 § 3º);
III.	Atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde: neste caso serão utilizados, especificamente, os recursos do item IV, supracitados (Art. 32 § 5º).
Critérios para estabelecimento dos valores a serem transferidos (Art. 35):	
<ul style="list-style-type: none"> • Perfil demográfico da região: nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos serão ponderados pelo número de eleitores registrados; metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes; • Perfil epidemiológico; • Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; • Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; • Níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; • Previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; • Ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. 	
Planejamento em saúde (Art. 36):	
<ul style="list-style-type: none"> • Os planos de saúde serão a base das atividades e programações do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária (§ 1º); • É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área da saúde (§ 2º); • O CNS estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde (Art. 37). 	

Quadro 23 – Financiamento do SUS segundo a Lei nº 8.080/90

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (1990b).

Quanto à origem dos recursos, a Lei nº 8.080/90 está em consonância com a CF 1988, pois respeita a determinação do orçamento da Seguridade Social em que toda a sociedade é responsável, direta ou indiretamente, pelo seu financiamento. Além disso, estabelece outras fontes de recursos, respeitando o princípio da diversidade do financiamento, também em conformidade com a CF 1988.

Quanto à destinação dos recursos, é importante ressaltar que as ações de saneamento básico serão financiadas de forma supletiva pelo SUS, ou seja, não são ações de responsabilidade da saúde, mas sim determinantes de saúde.

Em relação às ações de saneamento, Carvalho e Santos (1995, p. 223-224) afirmam que a participação do SUS na execução dessas atividades deveria ser de colaboração com os setores diretamente responsáveis pelas ações de saneamento básico. O SUS, então, poderia executar supletivamente essas ações, mas com recursos que não proviriam do setor saúde, pois é falso o argumento de que o saneamento básico é próprio da saúde. Se assim fosse, as ações de saneamento básico deveriam estar sob o comando do Ministério da Saúde. Além disso, é de se frisar que não são apenas essas ações que influenciam no estado de salubridade da população, e sim a educação, a habitação, o transporte, o meio ambiente, o lazer, entre outros.

O financiamento das ações e serviços públicos de saúde e as atividades de desenvolvimento e pesquisa estão muito bem colocados na Lei nº 8.080/90, porém adiante se poderá verificar que a falta de especificação do que são ações e serviços públicos de saúde permitiu que muitos entes federados investissem recursos do SUS em outras áreas.

Estão entre os critérios para o cálculo dos valores a serem transferidos aos estados, distrito federal e municípios, definidos pelo artigo nº 35, o perfil demográfico, epidemiológico e características quantitativas e qualitativas da rede de saúde da área. O perfil demográfico buscou respeitar a proporcionalidade, pois o estado/município mais populoso precisa de mais recursos que aquele com população reduzida. Já o perfil epidemiológico respeita as diferentes características de morbidade e mortalidade conforme as regiões do país. O critério da característica da rede de saúde acaba por privilegiar o estado/município mais desenvolvido em termos de prestadores de serviços de saúde. Por um lado, é adequado que as regiões mais desenvolvidas recebam mais recursos, pois os prestadores próprios ou conveniados/contratados atendem à população local e regional (referenciada pelos

municípios vizinhos incapazes de prover o atendimento), tendo assim mais despesas. Por outro, não se pode deixar de investir para que as outras regiões se desenvolvam e passem a oferecer a quantidade/qualidade de serviços de saúde que sua população necessita. Apesar dos critérios estabelecidos, assim como na CF 1988, a Lei nº 8.080/90 não definiu os percentuais mínimos de recursos a serem aplicados pelas três esferas de governo.

Na Lei nº 8.142, de 12 de dezembro de 1990, o financiamento do SUS foi assim definido:

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I – despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II – investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III – investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV – cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados. [...]. (BRASIL, 1990a, on-line).

Um importante e negativo aspecto a ser comentado em relação à Lei nº 8.142/90 é que o parágrafo primeiro do art. 3º definiu que enquanto não fosse regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei n. 8.080/90, não poderia ocorrer a sua aplicação, quando, na verdade, não há o que regulamentar no artigo citado. Além disso, toda vez que se possibilita a criação de nova norma, ocorrem a demora na implantação das regras definidas e a expectativa de como será essa nova norma. Já um aspecto positivo e também muito importante foi a definição, pela primeira vez, de um percentual de recursos, que foram os 70%

previstos no § 2º do art. 3º da Lei nº 8.142/90, a serem repassados aos municípios e o restante aos estados.

Os condicionamentos para recebimento dos recursos de que tratam os artigos 2º e 3º da Lei nº 8.142/90 foram definidos no artigo 4º, conforme segue:

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, Estados e Distrito Federal deverão contar com:

I – Fundo de Saúde;

II – Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n. 99.438, de agosto de 1990;

III – plano de saúde;

IV: relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V – contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI – comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para a sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo implicará que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União. (BRASIL, 1990a, on-line).

Como pontos positivos, a Lei 8.142/90 trouxe: a) a transferência regular e automática e a exigência de se ter Fundo e Conselho de Saúde, que apareceram pela primeira vez como exigência a estados e municípios na legislação do SUS; e b) a determinação de que quando os municípios, estados e distrito federal não atendessem os requisitos estabelecidos, os recursos passariam a ser geridos pelos estados (no caso dos municípios) e pela União (no caso dos estados). Este último ponto citado é positivo, pois o não atendimento aos requisitos não pode ser “punido” com a suspensão do repasse, a qual afeta diretamente a população usuária do sistema (BRASIL, 1990a).

<p>Destino dos Recursos do Fundo Nacional de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para despesas de custeio e de capital do MS, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; • Para investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; • Para investimentos previstos no Plano Quinquenal do MS; • Para investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.
<p>Forma de transferência dos recursos do item IV: regular e automática aos Municípios, Estados e Distrito Federal, conforme critérios do artigo nº 35 as Lei nº 8.080/90.</p>
<p>Requisitos para o recebimento dos recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter Fundo de Saúde; • Ter Conselho de Saúde; • Elaborar e aprovar Plano de Saúde; • Elaborar os relatórios de gestão; • Elaborar a contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; • Ter comissão de PCCS.

Quadro 24 – Financiamento do SUS segundo a Lei nº 8.142/90

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (1990a).

Conforme foi citado nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, em 1990 elaborou-se um Plano Quinquenal de Saúde (PQS) em que foram feitas considerações necessárias ao adequado financiamento do setor, quais sejam: a) incrementar os recursos com fontes progressivas; b) diminuir a iniquidade no sistema; c) buscar uma composição equilibrada entre os gastos das três esferas de governo, de acordo com suas respectivas competências; d) estabelecer critérios para as transferências de recursos entre as esferas de governo; e e) priorizar os investimentos na recuperação e ampliação dos serviços públicos. Mas, segundo Carvalho (2002, p. 68-69), as principais propostas do PQS foram: a) o aumento da receita federal de 1,8% do Produto Interno Bruto (PIB) para 5,4% e b) participação financeira dos estados e municípios com destinação de, no mínimo, 10% de seus recursos próprios, até 31.12.1992.

3.4 FINANCIAMENTO DO SUS NA NOB 91

Apesar da existência de definições sobre o financiamento do SUS na CF 1988 e nas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, em 1991 foi promulgada a NOB – 91.

Em relação ao financiamento do sistema, a NOB 91 determinou a criação do SIH/SUS, como forma de normatização do pagamento a prestadores de serviços hospitalares. O critério de distribuição das AIHs seria dimensionado pelo parâmetro de 10% da população anual. Anteriormente à NOB 91, esse critério era totalmente baseado na produção, o que privilegiava as regiões demográficas que possuíam maior número de prestadores de serviços.

Com a NOB 91, as AIHs passaram a ser alocadas por estado pelo critério populacional e repassadas aos municípios que atenderam pré-requisitos estabelecidos mensalmente na seguinte proporção: 80% do duodécimo mês e 20% para compensação estadual (ANDRADE, 2007, p. 52).

A NOB 91 também determinou a criação do SIA/SUS, como forma de normatização do pagamento a prestadores de serviços e ambulatoriais. Para cálculo do financiamento dessas atividades criou-se a UCA, a qual, multiplicada pelo número de habitantes, resultava no valor máximo (teto) que cada estado receberia para a implementação das ações ambulatoriais. O valor da UCA era diferente entre os estados brasileiros, e essa diferença baseava-se nos seguintes critérios: a) população; b) capacidade e desempenho da rede de serviços e c) série histórica de custeio.

A transferência dos recursos destinados ao financiamento das ações ambulatoriais foi definida através do estabelecimento de convênios entre os estados, municípios e DF com o INAMPS, determinação que gerou algumas críticas.

[...] a) a descentralização estabelecida pela Constituição da República é essencialmente política, ou político-administrativa; b) sendo política, deve-se concretizar sem nenhum entrave, requisito ou pressuposto administrativo; c) o convênio é um instrumento de descentralização administrativa; d) logo, a efetivação da descentralização política não pode depender de convênio, que é instrumento administrativo de atuação; e) não se opera a descentralização por convênio, uma vez que a descentralização é política nascida da Constituição da República; f) a Lei Orgânica da Saúde é o instrumento nacional garantidor da unicidade conceitual e operativa do sistema (SANTOS, 1991, p. 15).

Segundo Carvalho (2002, p. 72-73), na prática a transferência de recursos por convênios, normalmente, possui regras de uso dos recursos e de prestação de contas que burocratizam o sistema, por vezes prejudicando as esferas receptoras.

Além disso, o pagamento por produção privilegia os locais onde há mais serviços instalados, prática que não vai ao encontro do princípio da equidade.

A NOB 91 previu a implantação de um Sistema de Cobertura Ambulatorial em quatro etapas, quais sejam: 1ª) criação dos FES FMS; 2ª) estabelecimento de requisitos para a transferência de recursos diretamente aos municípios; 3ª) estabelecimento da possibilidade de formação de consórcios; e 4ª) definição do pagamento dos prestadores de serviços pelo INAMPS, através do SIA/SUS, conforme citado anteriormente.

Já em suas disposições transitórias, a NOB 91 afirmou que, até que o CNS aprovasse as normas que se referem às transferências de recursos a estados e municípios, da Lei nº 8.080/90, seria utilizado somente o critério populacional e que os governos estaduais e municipais deveriam alocar no setor saúde, no ano de 1991, no mínimo 10% de seus orçamentos.

Segundo Andrade (2007, p. 58), a NOB 91 representou um avanço por redefinir novos mecanismos para o repasse de recursos para prestadores de serviços de saúde, porém a mesma pouco evoluiu em relação aos critérios relativos ao mesmo assunto, listados no art. nº. 35 da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990b).

Ao definir o sistema de pagamentos por produção, a NOB 91 feriu a determinação da Lei nº 8.142/90, a qual já havia definido que todos os recursos federais deveriam ser repassados aos estados, DF e municípios, exclusivamente pelo critério populacional. Além disso, é possível verificar que se persistiu na concepção fragmentada do OSS.

3.5 O FINANCIAMENTO DO SUS NA NOB 92

A NOB 92, segundo Andrade (2007, p. 59), pode ser considerada como um avanço em relação à NOB 91, por esboçar em seu conteúdo uma carga ideológica de cunho sanitário municipalista. O que evidenciou isso foi a criação de dois mecanismos de incentivo, o FEGE e o FEM. O mesmo autor afirma que essa ação nunca saiu do papel.

Outra característica positiva da norma foi a determinação da alocação dos recursos do INAMPS para constituição do FNS. Porém, quanto aos critérios de

repassa de recursos listados no art. nº. 35 da Lei nº 8.080/90, a NOB 92 apenas reafirmou o texto da NOB 91.

Em relação ao financiamento das ações de saúde em regime hospitalar e ambulatorial, foram mantidas as cotas de 10% das AIHs para os estados e se propôs que 8% desses 10% fossem destinados aos municípios e que os 2% restantes fossem destinados a uma câmara de compensação estadual. O SIA/SUS foi reafirmado como mecanismo de repasse de recursos para custeio das ações ambulatoriais (ANDRADE, 2007, p. 60).

Sendo assim, é possível concluir que a NOB 92 não trouxe grandes modificações em relação ao financiamento do sistema.

3.6 O FINANCIAMENTO DO SUS NA NOB 93

Em 1992 ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde que, em seu relatório, propôs maior agilidade no processo de descentralização e municipalização, o qual foi considerado incipiente. Diante disso criou-se o GED, que, após a finalização dos trabalhos, editou o *Documento da Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*, assuntos já abordados no Capítulo I. Em relação ao financiamento do sistema, esse documento ressaltou que a mesma é responsabilidade a ser compartilhada pelas três esferas de governo, devendo-se assegurar com regularidade o aporte de recursos financeiros aos fundos de saúde.

Segundo Carvalho (2002, p. 74-75), nessa época o CONASEMS apresentou ao novo Ministro da Saúde uma proposta que tinha, como carro-chefe, a descentralização ou municipalização. Anteriormente à IX Conferência Nacional de Saúde, esse Conselho já havia se posicionado em defesa dos seguintes critérios para o financiamento: a) 50% dos recursos por quociente populacional e b) 50% pelo perfil epidemiológico, demográfico, rede instalada, desempenho técnico e financiamento no ano anterior. Vale lembrar que nesse ano o país passava pelo processo de *impeachment* do Presidente da República Fernando Collor de Mello, que acabou por renunciar.

Em 2002 eclodiu uma crise no financiamento da saúde no Brasil, a qual se agravou em 1993 devido à não aplicação do percentual de 30% na saúde e da

suspensão, pelo Ministério da Previdência Social (MPS), do repasse (à saúde) dos valores arrecadados pelo INSS e os previstos no orçamento da saúde, dando exclusividade às contribuições de benefícios previdenciários (exclusividade que foi regulamentada através da emenda constitucional da Previdência Social). Segundo Carvalho (2002, p. 91), isso descumpria a Lei Orçamentária de 1993, que havia determinado o repasse de 15,5% da receita líquida sobre as contribuições de empregados e empregadores (folha de pagamentos) para o SUS. Esse montante, na época, representava 35,3% das despesas orçadas (atenção ambulatorial e hospitalar) para o MS. Para tal ato, o governo usou a justificativa da necessidade do ajuste fiscal e a presença da inflação galopante que sufocava a economia.

Apesar de inconstitucional, a proposta da área econômica para resolver o problema era substituir essa fonte (arrecadação sobre a folha de pagamentos) por outra, mas devido à urgência foi solicitado um empréstimo junto ao FAT, que administrava os recursos⁸ advindos do recolhimento do PIS-PASEP.

Segundo Carvalho (2002, p. 87, 92 e 187), essa atitude do MPS levou ao fechamento, por falência, de diversos prestadores de serviços de saúde. A crise foi se agravando e o Ministério da Saúde viu-se obrigado a solicitar novos empréstimos ao FAT. Isso fez com que surgissem, no mesmo ano e nos que se seguiram, diversas propostas de emendas constitucionais com o objetivo de vincular recursos à saúde. A primeira delas foi o Projeto de Emenda à Constituição (PEC) nº 169, apresentado à Câmara dos Deputados em 1993 e que definia a transferência de 30% do OSS e 10% da receita de impostos para a saúde, por parte da União. A PEC nº 169 ainda definia que estados e municípios aplicassem, na saúde, nunca menos de 10% ao ano de suas receitas com impostos. Houve mais três propostas, quais sejam: a) Resoluções nº 67 (23.08.93, implementada) e nº. 68 (23.08.93, em vigor) do CNS que definiram diretrizes para a elaboração do orçamento da saúde com os mesmos percentuais da PEC nº 169; b) 100% da CSLL e da COFINS; e c) 5% do PIB. Nenhuma das propostas foi aprovada no ano de 1993 e nem nos seguintes, permanecendo a crise da saúde sem solução.

Em meio a todos esses acontecimentos surgiu a NOB-93, originária da necessidade de se mudar o sistema de repasse por produção para estados e municípios.

⁸ Esses recursos eram, e são até hoje, destinados ao financiamento do auxílio-desemprego e à criação de novas oportunidades de trabalho.

Em relação ao financiamento das ações ambulatoriais, a NOB 93 manteve a UCA que, com seu montante de recursos, passou a compor os RCA. O RCA era repassado anualmente aos estados e DF e o cálculo do seu valor era obtido pela multiplicação da UCA e o número de habitantes, como na NOB 91. O custeio das ações e serviços (públicos e privados) passou a ser realizado através do sistema de financiamento ambulatorial, que tinha como instrumento de operacionalização o SIA/SUS.

O FEM foi substituído pelo FAM, no qual se tratava de recursos de custeio aos municípios habilitados nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena. O valor do FAM era obtido pela multiplicação de 5% da UCA do estado e o número de habitantes do município. O resultado da multiplicação era dividido por doze, resultando no FAM mensal.

O FEGE também foi substituído, mas pelo FAE, no qual se tratava de recursos de custeio aos estados habilitados nas condições de gestão parcial e semiplena. O FAE era destinado ao custeio dos TFDs, da aquisição de medicamentos especiais e da provisão de órteses e próteses ambulatoriais (em programa que seria aprovado pela CIB).

Segundo Andrade (2007, p. 72), assim como o FEM e o FEGE, o FAM e o FAE nunca foram implementados na prática, e o argumento utilizado pelo MS foi a falta de recursos.

Em relação ao custeio das atividades hospitalares, a NOB 93 incluiu como instrumento o SIH/SUS e seu formulário próprio, a AIH. O quantitativo das AIHs manteve-se como na NOB 91: 10% da população por estado; aos municípios o teto quantitativo mensal foi de 8% de sua população; aos estados o teto quantitativo mensal foi de 2% de sua população acrescidos do quantitativo dos municípios que não estavam habilitados em nenhuma forma de gestão.

O cálculo do teto da AIH dos estados e municípios se dava pela multiplicação do seu quantitativo de AIH com o valor da sua média histórica de produção.

A criação da condição de gestão semiplena, constante na NOB 93, mas que somente foi posta em prática em 1994 com o Decreto 1.232, de 30 de agosto do mesmo ano (assunto que será abordado adiante), pode ser considerado um avanço, pois nessa condição o município habilitado recebe todos os recursos para o custeio das ações ambulatoriais e hospitalares diretamente do FNS direcionados ao FMS. As limitações da norma foram a ausência de definições acerca do financiamento das

ações de vigilância sanitária, epidemiológica e para o controle de endemias (ANDRADE, 2007, p. 78).

No primeiro trimestre de 1994, o Brasil estava implantando o Plano Real e fazendo a transição entre a Unidade Real de Valor (URV) e a nova moeda, o Real. Devido a isso, os setores da economia brasileira precisavam negociar com o Ministério da Fazenda (MF) qual seria o valor de conversão entre as moedas antiga e nova. O setor saúde contou com diversos “negociadores”, entre os quais podemos destacar o CONASS, CONASEMS e CNS. Segundo Carvalho (2002, p. 115 a 119), o MS tinha três grandes grupos de despesas, quais fossem: a) transferências governamentais da União para as demais esferas de governo; b) pagamento de serviços produzidos pelos prestadores públicos e privados contratados ou conveniados; e c) ações desenvolvidas pelo MS, despesas com pessoal e pagamento de dívidas (como, por exemplo, os empréstimos feitos junto ao FAT). Para tanto, o mesmo autor afirma que os recursos necessários ao pagamento desses três grupos de despesas, no mês de julho, eram da ordem de R\$ 600 milhões. Ao fim das negociações, o MF definiu que o montante a ser transferido para o MS seria de R\$ 400 milhões, tendo em vista a média mensal do que havia sido pago até a implantação do Real. É preciso lembrar que a média utilizada estava distorcida pela crise do ano anterior. Com um montante de recursos consideravelmente inferior ao necessário, estados e municípios deixaram de honrar seus débitos com diversos prestadores de serviços de saúde.

Em todo o primeiro semestre do ano de 1994, foi realizada uma série de estudos por parte do setor saúde a fim de definir e aprovar medidas necessárias à implantação da descentralização do financiamento do SUS. Em 30 de agosto do mesmo ano foi promulgado o Decreto nº 1.232 que dispunha sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do FNS para os fundos de saúde estaduais, municipais e do DF. Nesse decreto definiu-se o seguinte:

Art. 1º Os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados ao Fundo Nacional de Saúde e destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde a serem implementados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios serão a estes transferidos, [...], independentemente de convênio ou instrumento congênere [...].

§ 1º Enquanto não forem estabelecidas, com base nas características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais previstas no art. 35 da Lei nº 8.080, de 1990, as diretrizes a serem observadas na

elaboração dos planos de saúde, a distribuição dos recursos será feita exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE, obedecidas às exigências deste decreto.

§ 2º Fica estabelecido o prazo de 180 dias, a partir da data de publicação deste Decreto, para que o Ministério a Saúde defina as características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais referidas no parágrafo anterior.

Art. 2º A transferência de que trata o art. 1º fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município. [...]

§ 2º O plano de saúde discriminará o percentual destinado pelo Estado e pelo Município, nos respectivos orçamentos, para financiamento de suas atividades e programas. (BRASIL, 1994, p. 1).

O Decreto nº 1.232/94 retomou algumas definições coerentes com a CF 1988, com as leis orgânicas da saúde e com a NOB-93. Como exemplo disso é possível citar: a) a transferência de recursos a estados e municípios deveria ocorrer independentemente de convênios, o que teoricamente permitiria a aplicação desses recursos de acordo com as necessidades específicas de cada região; b) a discriminação dos percentuais a serem aplicados por estados e municípios (de seus recursos próprios) estaria contida nos respectivos planos de saúde (municipal e estadual) e c) o quociente populacional como critério exclusivo para a distribuição dos recursos. Porém, repetindo o disposto na Lei nº 8.142/90, o Decreto deixou explícito que haveria necessidade de regulamentação do art. 35 da Lei nº 8.080/90, mas de uma forma mais clara, especificando que se tratava das diretrizes para elaboração dos planos de saúde (que conteriam os percentuais a serem aplicados por estados e municípios, de seus próprios orçamentos). Ressalta-se o longo prazo de 180 dias para que o MS definisse as características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais, as quais são imprescindíveis para a elaboração do plano de saúde. Segundo Carvalho (2002, p. 155), a promulgação desse decreto representou conquistas em relação à descentralização do SUS, principalmente no que tange aos repasses financeiros.

Em 31 de outubro de 1994 foi editada a Portaria nº 1.827, que determinava no seu art. 1º que a SAS seria responsável pela definição dos tetos financeiros relativos ao custeio das atividades de assistência ambulatorial e hospitalar de cada estado. Porém, a definição desse teto obedeceria à programação das ações desenvolvidas

pela rede própria, contratada e conveniada de cada estado, e não a critérios epidemiológicos, como determinava o § 2º do Decreto nº 1.232/94.

Sendo assim, em 03 de novembro de 1994 foram editadas diversas portarias pela SAS, estabelecendo, a partir da população estimada pelo IBGE, o teto físico da AIH e o teto financeiro de cada estado. De certa forma, essas portarias estavam de acordo com o § 1º do Decreto nº 1.232/94, já citado anteriormente (BRASIL, 1994).

Ainda em 1994, tendo em vista a estabilidade da moeda, foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE), o qual foi renomeado em 1997 como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e em 2000 como Desvinculação das Receitas da União (DRU) (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 206-207). A DRU afeta negativamente a seguridade social e conseqüentemente o SUS, pois permite que 20% das receitas de impostos e contribuições sejam livremente alocados pelo governo federal, inclusive para pagamento dos juros da dívida.

Desde a promulgação da CF 1988 os governos tentaram combater os processos inflacionários e os diversos planos econômicos desorganizaram a economia, criando ambientes incertos para a receita de contribuições de empregados e empregadores, que eram e são as principais fontes da seguridade social. Como exemplo de tentativas para melhorar a situação econômica do país, podemos citar os juros altos para conter a demanda agregada (para estancar o aumento dos preços), o acordo com o Fundo Monetário Internacional (FMI) para resolver a problemática das dívidas internas e externas, o qual exigiu a privatização de empresas públicas, a realização da reforma previdenciária, a abertura comercial e da conta capital no balanço de pagamentos e a obtenção de superávits primários nas contas públicas (o qual conta, até hoje, com recursos da seguridade social). Como consequência dessas ações, os investimentos baixaram e a taxa de desemprego aumentou (UGÁ; MARQUES, 2005, p. 208-209). Segue, abaixo, a evolução do superávit da seguridade social de 2000 a 2009:

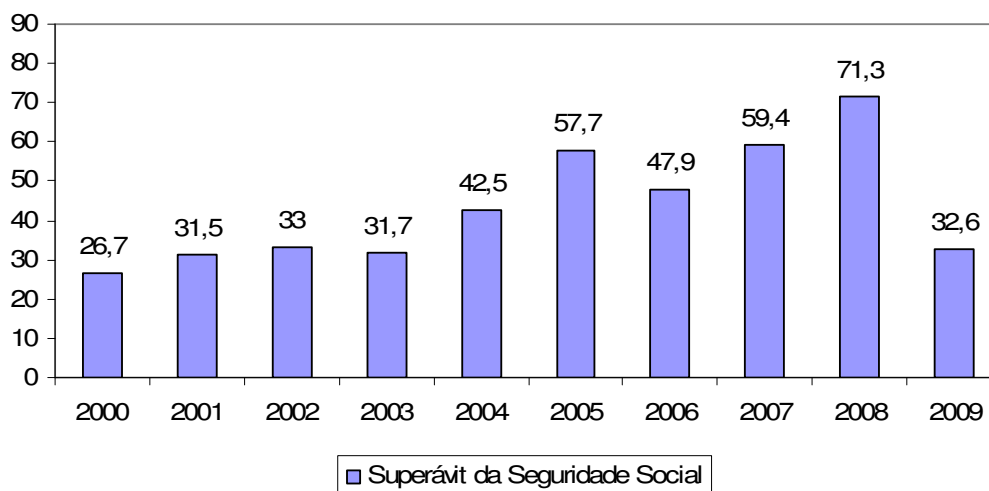


Gráfico 1 – Evolução do superávit da seguridade social – 2000 a 2009 (em milhões R\$)

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal (2007) para os dados de 2000 a 2006; Controladoria Geral da União (2007a, 2008a) para os dados de 2007 e 2008; e Costa (2010) para os dados de 2009.

Há de se considerar que, frequentemente, o governo anuncia o déficit da previdência social e que para tal o mesmo está considerando somente as contribuições de empregados e empregadores, ou seja, a contribuição para o INSS. No caso do superávit da seguridade social, estão sendo consideradas pelos analistas as contribuições para o INSS, a COFINS e a CPMF.

Outra consideração importante a ser feita é que, além da seguridade social, outras áreas também são afetadas pelo acordo de se manter superávits primários, entre elas a área da educação e a área de infraestrutura. Além disso, esta medida proposta pelo FMI e aceita pelo Brasil reflete o desejo do credor em receber de volta um montante de recursos emprestados.

Sempre que a taxa de desemprego aumenta ou que o trabalho formal diminui, a arrecadação sobre a folha de pagamentos se reduz. Sendo essa uma das principais fontes de recursos da seguridade social, a redução afetava o setor saúde diretamente até 1993. Após a definição ilegal da exclusividade desses recursos à previdência social, esse foi o setor que passou a ser o mais prejudicado.

3.7 O FINANCIAMENTO DO SUS E A CONTRIBUIÇÃO PROVISÓRIA SOBRE MOVIMENTAÇÕES FINANCEIRAS – CPMF

Em 1995, com o histórico de recursos escassos para a saúde e com o argumento das dificuldades financeiras, surgiu a PEC para a criação da CPMF. Outro argumento utilizado pelos que defenderam a criação dessa contribuição era o caráter quase insonegável da arrecadação. Já o empresariado ficou contra, por ter mais uma contribuição a fazer. Em 24 de outubro de 1996 foi aprovada a lei que criou a CPMF, com a alíquota inicial de 0,25% e vigência máxima de 13 meses. Nessa lei estava definido que o produto da arrecadação deveria ser destinado integralmente ao FNS. A CPMF foi sendo prorrogada, teve sua alíquota aumentada e parte de seu produto de arrecadação desviado para outras ações, como o pagamento da dívida ao FAT, ao MPS, ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza e até mesmo para manter o superávit primário. Além disso, após a sua vigência, o MF diminuiu o repasse de recursos provenientes de outras fontes para a saúde.

A Lei da CPMF foi aprovada em 24 de outubro de 96, só tendo seus efeitos a partir de 23 de janeiro de 1997 (90 dias após como manda a CF). Em 1997, os recursos arrecadados pela CPMF representaram R\$ 6,9 bi. A expectativa de todos os brasileiros, incluindo técnicos em financiamento da saúde, era de que esses recursos deveriam se somar aos R\$ 14,3 bi que foram o total de recursos do Ministério da Saúde em 1996. Isso daria um orçamento do MS de R\$ 21,2 bi em 1997 (14,3 de 96 + 6,9 da CPMF de 97). Entretanto, a execução do orçamento do MS, em 1997, foi de R\$ 17,6. Subtraindo o que deveria ter sido (21,2 bi) ficaram faltando na conta R\$ 6,3 bi. Como assim? Então o recurso da CPMF não foi todo para a saúde? Claro que foi todo destinado à saúde, só que com uma mão se colocou a CPMF para a saúde e com a outra, foram subtraídas outras fontes que a vinham financiando, como COFINS, CSLL, etc. (CARVALHO, 2002, p. 185).

Assim, cidadãos e parlamentares que haviam votado a favor da criação da CPMF sentiram-se traídos, e o setor saúde permaneceu sem receber mais recursos. Isso significa que a contribuição, em todos os seus anos de vigência, não solucionou o problema da escassez de recursos.

Segundo Cintra (2004, p. 1), a CPMF é um tributo praticamente insonegável para o contribuinte comum, porém, como a sua operacionalização era feita pelo sistema bancário, poderia sofrer com a má-fé e conivência dos bancos. Em 2000 foram publicadas as primeiras suspeitas de evasão da CPMF. Naquela época a Receita Federal autuou grandes bancos por falta de recolhimento do tributo. A Receita Federal revelou que o valor das autuações atingiu mais de R\$ 1 bilhão no ano de 2003 e que esse valor representou cerca de 26% do total das autuações fiscais feitas contra os bancos.

Com isso podemos dizer que, pela diminuição da arrecadação de outras fontes e pela má-fé de alguns grandes bancos, a CPMF não trouxe os recursos suficientes de que tanto o setor saúde esperava. Em 2007 ela foi extinta.

3.8 O FINANCIAMENTO DO SUS NA NOB 96

Em setembro de 1996 foi publicada a NOB 96, que inicialmente procurou dividir a responsabilidade do financiamento do sistema entre as três esferas de governo, porém, seguindo o exemplo das demais normas, não viabilizou a aplicação dos critérios do art. nº. 35 da Lei nº 8.080/90.

Como ponto positivo da NOB 96 pode-se citar a garantia do repasse automático de recursos financeiros às ações básicas de saúde com a criação do (PAB), que tinha seu valor calculado de acordo com um *per capita* nacional multiplicado pela população de cada município, ou seja, tinha um critério exclusivamente populacional. Também foi estabelecido um acréscimo percentual ao montante do PAB para os municípios que tivessem atuando junto à sua rede básica equipes de saúde da família compostas por agentes comunitários de saúde (ACS) (ANDRADE, 2007, p. 84 e 88).

Para Dain⁹ (2000, p. 109 apud MANSUR, 2001, p. 95), o uso do critério populacional para o cálculo dos valores a serem transferidos pode colocar recursos do SUS em municípios sem oferta ou rede estruturada. Sendo assim, este esforço

⁹ DAIN, S. *Do direito social à mercadoria*. Rio de Janeiro: UERJ, 2000. Tese apresentada para concurso de professor titular no Instituto de Medicina Social da UERJ.

distributivo pode resultar numa política pulverizadora de recursos ou induzir maior responsabilização das municipalidades beneficiadas.

As ações de vigilância sanitária, epidemiológica e controle de doenças puderam contar, pela primeira vez, com recursos exclusivos. Além disso, outra definição inovadora da norma foi o reembolso ao SUS das despesas realizadas com os atendimentos prestados em unidades públicas ou privadas (do SUS) aos beneficiários de planos de saúde privados. Nesse caso, os valores deveriam voltar diretamente ao fundo da respectiva esfera de governo (ANDRADE, 2007, p. 85 e 87).

Para os recursos destinados a ações de investimentos ficou definido que seriam alocados pelo MS, mediante a apresentação pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) da programação de prioridades. Essa programação deveria ser negociada na CIB e aprovada no CES, porém, o quantitativo financeiro seria estabelecido no orçamento do MS.

A NOB 96 criou uma série de tetos, frações, pisos e índices financeiros a fim de permitir maior transparência no repasse de recursos e aprimorar as transferências intergovernamentais, conforme segue:

Identificação	Função
Fração Assistencial Especializada	Custeio dos procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e TFD, sob gestão do estado.
Índice de Valorização de Resultados – (IVR) ¹	Incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população.
Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (Ivisa) ²	Incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre as condições de saúde da população, segundo critérios definidos na CIT.
Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) ³	Custeio de procedimentos e ações básicas da vigilância sanitária, de responsabilidade tipicamente municipal.
Teto Financeiro da Assistência (TFA) ⁴	Custeio da assistência hospitalar e ambulatorial
Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS) ⁴	Custeio das ações de vigilância sanitária.
Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) ⁵	Custeio das ações de epidemiologia e controle de doenças não constantes no elenco de procedimentos do SIA/SUS e SIH/SUS.
Teto Financeiro da Assistência ao Município (TFAM) ⁶	Custeio das ações assistenciais assumidas pela SMS.
Teto Financeiro da Assistência ao Estado (TFAE) ⁷	Custeio das ações assistenciais assumidas pela SES.
Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS)	
Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVHE)	

Quadro 25 – Alguns dos fatores, frações, índices, pisos e tetos criados pela NOB 96

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Andrade (2007, p. 86-87).

Nota: ¹ Equivalente a 2% do teto financeiro da assistência do estado, transferido de forma regular e automática do FNS ao FES; ² Equivalente a 2% do teto financeiro da vigilância sanitária do estado transferido de forma regular e automática do FNS ao FES; ³ Definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município; ⁴ O pagamento pode ser executado de duas formas: transferência regular e automática (Fundo a Fundo) e por produção; ⁵ Recursos provenientes da esfera federal; ⁶ Transferido de forma regular e automática do FNS ao FMS. ⁷ Corresponde ao TFA fixado na CIT e formalizado em portaria da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS).

A valorização dos fatores, frações, índices, pisos e tetos financeiros criados pela NOB 96 seriam definidos na PPI,¹⁰ que por sua vez deveria ser negociada na CIB e CIT, formalizada em atos dos gestores estadual e federal e aprovada no CES e CNS previamente. A única área que teve, exclusivamente, o coeficiente populacional como critério de repasse foi o PAB, o qual não consta na tabela acima, pois já foi citado anteriormente.

¹⁰ Programação que contém as responsabilidades de cada município quanto à garantia de acesso da população aos serviços de saúde e que envolve atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e controle de doenças.

3.8.1 A Regulamentação da NOB 96

A fim de regulamentar a NOB 96 foi editada uma série de portarias. Como exemplo, podemos citar a Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde (GM/MS) nº. 1.884 de 22.12.1997, que fixou, para o ano de 1998, o valor da parte fixa do PAB em R\$ 10,00 para fins de cálculo do montante de recursos a ser transferido aos municípios habilitados na GPAB e GPSM. Sem considerar se esse valor era adequado ou não para o ano de 1998, é importante pontuar que os municípios em questão, a princípio, já possuíam uma rede assistencial básica bem estruturada, pois já estavam habilitados junto ao sistema (ANDRADE; MARTINS JÚNIOR, 2007, p. 103).

Outra importante portaria a ser citada é a nº. 1.885 de 22.12.1997, que estabeleceu o repasse de 201 milhões de reais para o Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 159 milhões de reais à assistência farmacêutica, 159 milhões de reais para o programa de combate às carências nutricionais e 42 milhões para as ações básicas da vigilância sanitária (ANDRADE; MARTINS JÚNIOR, 2007, p. 103-104).

Já a Portaria nº. 1.883 de 22.12.1997 estabeleceu o repasse de recursos para o TFA, a ser transferido de forma regular e automática do FNS aos FES dos estados habilitados na GASE e GPSE. Nesse caso, é importante ressaltar que os estados não habilitados continuariam a receber os recursos por produção de serviços, o que se tornava desfavorável quando se tratava de estados desprovidos de uma rede assistencial bem estruturada e produtiva, condição comum dos estados não habilitados nas condições de GASE e GPSE (ANDRADE; MARTINS JÚNIOR, 2007, p. 104).

Muitas regras, valores e percentuais criados na norma ficaram aguardando normatizações que deveriam ser definidas pela SAS, pelo CNS e pela CIT. Segundo Carvalho (2002, p. 199-200), seguem quatro exemplos de indefinições da NOB-96:

- 1) PAB: ficou para a CIT propor o elenco de procedimentos que seriam custeados com os recursos do PAB;
- 2) IVR: os recursos do IVR poderiam ser transferidos pelas SES às SMS, segundo critérios definidos pela CIT e fixados, em Portaria, pela SAS;
- 3) Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo (TRAFF): as condições de gestão deveriam ser aprovadas na CIT e no CNS;

- 4) Remuneração Por Serviços Produzidos (RPS) (pagamento por produção): as ações de epidemiologia e controle de doenças deveriam ser remuneradas conforme tabela de procedimentos negociados na CIB e aprovados pelo CNS.

Devido a essas e outras indefinições, até o final de 1998, municípios e estados não podiam se habilitar na NOB 93, que estava interrompida, e nem na NOB 96.

Durante todo esse período, várias decisões levaram à insuficiência de recursos para o setor saúde e, segundo Carvalho (2002, p. 209), havia um consenso de que a saída para a crise só seria possível com a determinação legal de fontes de financiamento definidas, definitivas e suficientes para a saúde.

Porém, é possível afirmar que, se as primeiras definições legais relativas ao financiamento da seguridade social fossem cumpridas, os recursos não seriam escassos e obrigatoriamente a qualidade e quantidade dos serviços públicos de saúde seriam adequadas às necessidades da população brasileira.

3.9 O FINANCIAMENTO DO SUS NA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 29/00

Desde a promulgação da primeira NOB, iniciou-se a discussão de diversas propostas de Emendas Constitucionais para o financiamento da saúde e, em 1999, criou-se uma Comissão Especial para compatibilizá-las. A análise dessas propostas resultou na PEC 82A, que após mais algumas discussões foi aprovada no Senado, em 13 de setembro de 2000, sob a identificação de Emenda Constitucional 29 (BRASIL, 2000).

A EC 29/00 alterou os artigos nº 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da CF 1988 e acrescentou o artigo nº 77 ao ADCT, a fim de assegurar os recursos mínimos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2000). As alterações foram as seguintes:

Art. 34.

(Capítulo VI DA INTERVENÇÃO) Art. 34. A União não intervirá nos Estados nem no Distrito Federal, exceto para: [...] VII – assegurar a observância dos seguintes princípios constitucionais: [...]; e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida

a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988, on-line).

No novo texto do artigo fica clara a possibilidade de intervenção da União nos estados e no DF quando esses não aplicarem os percentuais mínimos na saúde, porém não foi definido como se daria essa intervenção. Em um primeiro momento, parece justo pensar na suspensão de parte dos valores transferidos pela União aos estados e DF. No entanto, esse tipo de intervenção recairia, em dose dupla, sobre a população usuária do SUS da seguinte forma: a) quando estados e DF deixarem de aplicar os percentuais mínimos na saúde; e b) quando a União deixar de transferir os recursos aos estados e ao DF, que conseqüentemente terão menos dinheiro para aplicar na saúde. Sendo assim, é desejável que as intervenções sejam diferentes da suspensão da transferência de recursos.

Art. 35.

(Capítulo VI DA INTERVENÇÃO) Art. 35. O Estado não intervirá em seus Municípios, nem a União nos Municípios localizados em Território Federal, exceto quando: [...] III – não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde; [...]. (BRASIL, 1988, on-line).

Nesse caso, podemos usar o mesmo raciocínio da crítica em relação ao novo texto do art. 34, comentado anteriormente.

Art. 156.

(TÍTULO VI: Da Tributação e do Orçamento – Capítulo I: Do Sistema Tributário Nacional – Seção V: Dos Impostos dos Municípios) Art. 156. Compete aos Municípios instituir impostos sobre: [...] § 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182,¹¹ § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá: I – ser progressivo em razão do valor do imóvel; e II – ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel. [...]. (BRASIL, 1988, on-line).

¹¹ “Art. 182. Trata-se do seguinte imposto: IPTU – Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana”. (BRASIL, 1988, on-line).

Essa alteração permite aos municípios aumentarem sua arrecadação tributária através do Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU). Nada mais justo, já que os municípios tiveram suas responsabilidades financeiras e assistenciais aumentadas com o processo de descentralização do SUS.

Art. 160.

(TÍTULO VI: Da Tributação e do Orçamento – Capítulo I: Do Sistema Tributário Nacional – Seção VI: Da Repartição das Receitas Tributárias) Art. 160. É vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, nesta Seção, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos. Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos: I – ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias; II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III. (BRASIL, 1988, on-line).

Inicialmente, o novo texto desse artigo veda a restrição e não transferência de recursos para estados, distrito federal e municípios. Porém, o parágrafo único permite que a União não transfira recursos aos estados que não estejam aplicando seus recursos próprios no SUS. Da mesma forma, os estados podem deixar de transferir recursos aos municípios que não estejam aplicando seus recursos próprios no SUS. O ideal seria que a “punição” pela não aplicação dos recursos próprios fosse diferente da suspensão das transferências intragovernamentais, conforme comentado nos arts. nº 34 e nº 35.

Art. 198.

(TÍTULO VIII: Da Ordem Social – Capítulo II: Da Seguridade Social – Seção II: Da Saúde) Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...] § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155¹² e dos recursos de que tratam os arts. 157¹³ e

¹² Art. 155. Trata-se dos seguintes impostos: ITCMD – Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação de Bens e Direitos; ICMS – Impostos sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação; IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores e ICMS Exportação. (BRASIL, 1988).

¹³ Art. 157. Trata-se do IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte. (BRASIL, 1988).

159,¹⁴ inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios; III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156¹⁵ e dos recursos de que tratam os arts. 158¹⁶ e 159,¹⁷ inciso I, alínea b e § 3º. § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: I – os percentuais de que trata o § 2º; II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas, distrital e municipal; IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União [...]. (BRASIL, 1988, on-line).

Nesse artigo pode-se verificar que os valores a serem aplicados referem-se a percentuais mínimos, ou seja, não há impeditivo legal para que União, estados, DF e municípios apliquem mais do que o mínimo. Um ponto negativo do texto do artigo é que não há definição do percentual mínimo a ser aplicado pela União, e sim apenas a determinação de que isso será definido em lei complementar.

Art. 167.

(TÍTULO VI: Da Tributação e do Orçamento – Capítulo II: Das Finanças Públicas – Seção II: Dos Orçamentos) Art. 167. São vedados: [...] IV – a vinculação de receita de impostos a órgão fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção e desenvolvimento do ensino como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, e 212,¹⁸ e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165¹⁹ § 8º, bem como o disposto no § 4º²⁰ deste artigo; [...]. (BRASIL, 1988, on-line).

¹⁴ Art. 159. Trata-se dos seguintes impostos: IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte; IPI Exportação – Imposto sobre Produtos Industrializados. (BRASIL, 1988).

¹⁵ Art. 156. Trata-se dos seguintes impostos: IPTU – Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana; ITBI – Imposto sobre a Transmissão Intervivos de Bens e Direitos sobre Imóveis; ISS – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza. (BRASIL, 1988).

¹⁶ Art. 158. Trata-se dos seguintes impostos: IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte; ITR – Imposto Territorial Rural; IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores e ICMS – Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação. (BRASIL, 1988).

¹⁷ Art. 159. Trata-se do FPM – Fundo de Participação dos Municípios e do IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados. (BRASIL, 1988).

¹⁸ “Art. 212. A União aplicará, anualmente, nunca menos de dezoito, e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios vinte e cinco por cento, no mínimo, da receita resultante de impostos, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino”. (BRASIL, 1988, on-line).

¹⁹ “Art. 165. § 8º A lei orçamentária anual não conterá dispositivo estranho à previsão da receita e à fixação da despesa, não se incluindo na proibição a autorização para abertura de créditos suplementares e contratação de operações de crédito, ainda que por antecipação de receita, nos termos da lei”. (BRASIL, 1988, on-line).

Nesse caso, trata-se de garantir a destinação de recursos à saúde, afetando a destinação da receita de impostos, em princípio negada pela CF 1988 no próprio art. 167, item IV.

Uma falha presente nos demais artigos e que ainda não foi comentada é a ausência de um conceito de ações e serviços públicos de saúde, ou seja, quais procedimentos podem ser considerados como tal. Posteriormente à aprovação da EC 29/00, o CNS, através da Resolução nº 322 de 08 de maio de 2003 (BRASIL, 2003b), definiu quais as ações e serviços públicos de saúde podem ser financiados conforme a emenda, os quais serão detalhados adiante.

Art. 77.

Art. 77. Até o exercício de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União:

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;

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

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

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

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

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74²¹ da Constituição Federal.

§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo. (BRASIL, 1988, on-line).

²⁰ “Art. 167 - § 4º É permitida a vinculação de receitas próprias geradas pelos impostos a que se referem os arts. 155 e 156, e dos recursos de que tratam os arts. 157, 158 e 159, I, a e b, e II, para a prestação de garantia ou contragarantia à União e para pagamento de débitos para com esta”. (BRASIL, 1988, on-line).

²¹ “Art. 74. A União poderá instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de crédito e diretor de natureza financeira [...]”. (BRASIL, 1988, on-line).

Em relação a esse artigo, é possível fazer duas considerações importantes. A primeira delas diz respeito à vinculação da variação percentual do PIB nominal ao aumento dos recursos a serem aplicados na saúde, pois quando o crescimento da economia do país não avança tanto quanto as demandas em saúde, os usuários do sistema são afetados. Além disso, em tempos de crise, esses usuários possivelmente sofrerão duplamente, uma vez com o desemprego e outra com a dificuldade de acesso ao setor saúde ou a serviços de saúde de boa qualidade. A segunda consideração diz respeito aos percentuais de aplicação na saúde. Conforme dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos da Saúde (SIOPS) que serão demonstrados a seguir, no ano de 2000 86,93% dos municípios do Rio Grande do Sul já aplicavam mais de 15% de suas arrecadações na saúde. Já em relação aos estados, também segundo dados do SIOPS, em 2002 apenas cinco dos vinte e sete estados não aplicavam o mínimo de 7% definido na EC 29/00 (BRASIL, 2000).

Receitas de impostos estaduais	ICMS – Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores ITCMD – Imposto sobre Transmissão <i>Causa Mortis</i> e Doação de Bens e Direitos
Receitas de impostos municipais	IPTU – Imposto sobre a Propriedade Predial Territorial Urbana ISS – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza ITBI – Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis Intervivos
Receitas de impostos transferidas pela União aos estados	FPE – Fundo de Participação dos Estados e do DF IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte IPI Exportação – Imposto sobre Produtos Industrializados Exportados ICMS Exportação (Lei Kandir) – Lei Complementar n. 87/96
Receitas de impostos transferidas pela União aos municípios	ITR – Imposto Territorial Rural FPM – Fundo de Participação dos Municípios, IRRF, IPI Exportação, ICMS Exportação (Lei Kandir)
Transferências financeiras constitucionais e legais dos estados aos municípios	ICMS (25%), IPVA (50%), IPI Exportação (25%), ICMS Exportação – Lei Kandir (25%)
Receita de Dívida Ativa Tributária de Impostos	

Quadro 26 – Composição da base vinculável das receitas de estados e municípios para cumprimento da EC nº 29/00

Fonte: Ugá e Santos (2005, p. 13).

A seguir, são demonstrados os percentuais aplicados em ações e serviços de saúde pelos estados.

ESTADOS	ANO							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	%	%	%	%	%	%	%	%
Acre	13,46	12,96	12,48	12,05	13,77	13,82	14,34	17,23
Alagoas	9,39	8,96	12,08	12,01	12,00	12,00	12,20	12,12
Amazonas	25,11	20,37	21,15	20,78	23,47	22,17	19,21	23,23
Amapá	12,52	14,99	14,14	11,31	12,93	13,74	13,91	12,03
Bahia	9,41	10,38	12,15	12,15	12,17	12,63	12,77	13,89
Ceará	8,18	8,74	12,70	11,97	14,21	12,14	14,36	15,80
Distrito Federal	9,78	11,06	13,27	15,51	16,56	20,25	17,49	14,38
Espírito Santo	12,91	12,65	12,23	12,05	10,43	9,88	10,24	11,80
Goiás	8,12	10,12	12,46	12,05	12,90	12,30	12,87	13,13
Maranhão	5,56	7,98	13,23	12,73	11,17	11,77	12,06	12,61
Minas Gerais	6,36	10,20	12,16	12,33	13,20	13,30	12,19	14,67
Mato Grosso do Sul	9,22	8,61	12,14	12,57	12,25	13,46	12,98	14,78
Mato Grosso	7,72	9,09	11,01	11,19	11,07	11,90	11,24	11,66
Pará	9,88	10,31	12,04	12,41	12,74	12,61	12,77	12,44
Paraíba	10,52	10,62	9,59	10,32	12,91	12,72	12,49	16,03
Pernambuco	11,59	11,88	12,00	12,23	13,24	14,11	14,80	15,81
Piauí	6,07	7,48	11,62	12,64	13,48	13,71	12,16	10,06
Paraná	5,98	5,75	6,14	8,35	11,55	9,22	9,79	9,76
Rio de Janeiro	6,28	10,85	11,92	11,92	10,37	10,92	12,63	12,15
Rio Grande do Norte	13,30	14,58	12,02	12,63	14,43	17,53	16,52	16,34
Rondônia	9,47	10,54	11,42	12,11	12,10	12,00	12,78	12,58
Roraima	10,14	13,26	11,53	12,77	13,22	13,64	14,95	12,32
Rio Grande do Sul	5,62	4,32	5,20	4,80	5,40	5,80	6,53	7,24
Santa Catarina	5,90	8,18	11,25	10,79	13,09	13,35	12,47	12,14
Sergipe	8,06	10,07	12,04	12,14	11,11	12,44	12,70	12,65
São Paulo	11,76	12,26	13,74	12,95	12,80	13,07	13,46	12,66
Tocantins	11,48	11,32	12,02	12,05	13,52	14,74	13,79	15,67

Quadro 27 – Percentuais de recursos próprios aplicados em saúde pelos estados brasileiros

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2010b).

Ao analisar o quadro, é possível verificar que entre os anos de 2002 e 2004, quando o percentual mínimo de aplicação era de 7%, apenas sete estados deixaram de cumprir esse dispositivo da EC 29/00, tendo como destaque a região Sul, que teve todos os seus estados em discordância com a emenda. Ainda em relação à região Sul, pode-se perceber que o Paraná e o Rio Grande do Sul não aplicaram os percentuais mínimos em nenhum dos anos demonstrados. Os dados que compõem os indicadores do SIOPS são enviados pelos entes federados através de um *software* disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Esses dados podem ser extraídos dos relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos, e o setor responsável por esse trabalho é o da contabilidade. Há duas versões para envio das informações, sendo uma

semestral e outra anual, mas o preconizado é que a periodicidade das publicações seja semestral.

Em relação aos estados que não aplicam o percentual mínimo definido pela emenda, fica o seguinte questionamento: há algum tipo de intervenção por parte da União para que a população não seja afetada negativamente pelo não cumprimento da emenda ou os municípios desses estados estão compensando os recursos que deixaram de ser aplicados na saúde?

Relativo ao Rio Grande do Sul	2000		2001		2002		2003	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
Municípios que aplicaram mais ou igual a 15%	406	86,93	120	24,14	194	39,03	218	43,86
Municípios que aplicaram menos de 7%	61	13,06	31	6,23	9	1,81	não consta	
Relativo ao Rio Grande do Sul	2004		2005		2006		2007	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
Municípios que aplicaram mais de 20%	64	12,9	52	10,48	95	19,15	93	20
Municípios que aplicaram até 15%	60	12,09	21	4,23	4	0,8	7	1,41
Relativo ao Rio Grande do Sul	2008		2009					
	Quantidade	%	Quantidade	%				
Municípios que aplicaram mais de 20%	75	15,12	124	25				
Municípios que aplicaram até 15%	22	4,43	12	2,41				

Quadro 28 – Cumprimento da EC 29/00 pelos municípios gaúchos

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2010c).

Em relação aos municípios do Rio Grande do Sul, pode-se verificar que entre os anos de 2000 e 2003 apenas 7,03% (em média) deixaram de aplicar os percentuais definidos na EC 29/00. Já para os anos de 2004 a 2009 esse percentual baixou para 4,22%. Para fazer esta análise, entre os anos de 2000 e 2003 foi utilizado como base o percentual de aplicação de 7% dos recursos próprios, conforme definição da emenda. Entre 2004 e 2009 foi utilizado como base o percentual de aplicação de 15%.

Conforme já comentado anteriormente, mesmo no ano da aprovação da EC 29/00, 86,93% dos municípios já aplicavam percentuais superiores aos definidos na emenda. Desde o ano de 2000, o percentual de municípios que deixaram de cumprir o disposto da emenda vem caindo, porém podem-se verificar importantes oscilações, quais sejam:

- 1) a quantidade de municípios que aplicaram mais de 15% de seus recursos em saúde no ano de 2004 é de 406, enquanto que no ano seguinte esse número cai para 120;
- 2) a quantidade de municípios que aplicaram mais de 20% de seus recursos próprios em saúde entre os anos de 2004 e 2009 oscilou entre 52 e 124.

Esses números geram um questionamento importante: os municípios estão aplicando na saúde um percentual maior do que o disposto na emenda por terem suas receitas próprias aumentadas ou por estarem adequando-se às suas necessidades locais ou para compensar uma possível carência de recursos transferidos da União e dos estados?

3.9.1 Comentários e Considerações em relação à Emenda Constitucional 29/00

A CF 1988, nas Disposições Transitórias, definiu a vinculação de 30% dos recursos do OSS no setor saúde até que fosse aprovada a primeira LDO. A partir disso, essa LDO definiria, anualmente, o percentual a ser aplicado, mas, segundo Ribeiro, Piola e Servo (2006, p. 291), esse dispositivo jamais foi adequadamente implementado. Além disso, esse percentual esteve definido somente até a LDO de 1993. Sendo assim, o principal objetivo da EC 29/00 era garantir recursos estáveis para a saúde, evitando o prejuízo à população em relação às oscilações dos gastos públicos, porém o maior avanço ocorreu com o aumento da participação de estados e municípios no financiamento do SUS e, conseqüentemente, fortaleceu-se a responsabilidade dessas instâncias no arranjo federativo que sustenta o sistema.

Para que estados e municípios pudessem aumentar sua participação nos gastos com saúde, foi preciso que a arrecadação direta de impostos aumentasse, sendo que o aumento da carga tributária geral possibilitou essa capacidade. Segundo Afonso e Castro (2009, p. 39), a carga tributária no Brasil cresceu 13,39% em relação ao PIB entre 1988 e 2008, chegando ao percentual de arrecadação de 35,82%, em relação ao PIB em 2008. Já o gasto público social no Brasil, em percentual do PIB, era de 11,83% em 1988 e de 23,35% em 2008.

Após a reforma tributária introduzida pela CF 1988, os estados tiveram aumentado o percentual de transferência do FPE de 14% para 21,5% do Imposto de

Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) arrecadados pela União. Os estados que exportam produtos industriais passaram a serem ressarcidos pela União das suas perdas de receita de ICMS pela desoneração das exportações de produtos industrializados mediante a destinação de 10% da receita do IPI para essa finalidade. Os estados de regiões pobres que são beneficiários do Fundo Especial para Fomento às Regiões Pobres passaram a receber 3% da arrecadação do IPI e do IR através dos bancos regionais de desenvolvimento. Segundo Ugá e Porto (2008, p. 490-491), os estados passaram a reter 26% da arrecadação tributária legal.

Já os municípios passaram a receber recursos de dois novos impostos: Imposto sobre Vendas a Varejo de Combustíveis Líquidos e Gasosos (IVVC) e ITBI. Com o FPM os municípios passaram a absorver 22,5%²² do IPI e do IR (que anteriormente era 17%); 50% do ITR; 25% do ICMS transferido pelo Estado (que era 20%); 50% do IPVA transferido pelo Estado. Segundo Afonso²³ (1994 apud UGÁ; PORTO, 2008, p. 491), os municípios chegaram a reter 34% da carga tributária brasileira.

Segundo dados do SIOPS, demonstrados abaixo, após a aprovação da EC 29/00 o percentual de aplicação da União reduziu-se, enquanto o percentual dos estados e municípios aumentou.

ANO	FEDERAL		ESTADUAL		MUNICIPAL		TOTAL
	Despesa	%	Despesa	%	Despesa	%	
2000	20.351,492	59,79	6.313,436	18,55	7.370,539	21,66	34.035,467
2001	22.474,070	56,14	8.268,296	20,65	9.290,321	23,21	40.032,687
2002	24.736,843	52,58	10.278,420	21,85	12.029,372	25,57	47.044,635
2003	27.181,155	51,20	12.144,792	22,88	13.765,417	25,93	53.091,364
2004	32.703,495	50,20	16.028,249	24,61	16.408,719	25,19	65.140,463
2005	37.145,779	49,75	17.236,138	23,09	20.281,227	27,16	74.663,144
2006	40.750,155	48,45	19.798,770	23,54	23.555,008	28,01	84.103,933
2007	44.303,497	47,52	22.566,270	24,20	26.368,683	28,28	93.238,450
2008	48.670,190	44,71	27.926,885	25,65	32.267,633	29,64	108.864,708

Quadro 29 – Despesas com saúde e percentuais das três esferas de governo brasileiras

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2008c).

²² Acrescido de 1% pela Emenda Constitucional nº 55/2007.

²³ AFONSO, J. R. *Descentralização fiscal e financiamento da saúde: algumas idéias ou provocações*. Brasília, DF: IPEA, 1994. (Série Economia e Financiamento, v. 4).

Segundo Barros (2003, p. 39), a razão para que o impacto da EC 29/00 não fosse tão significativo foram as pequenas taxas de crescimento do PIB no período, uma vez que o valor a ser aplicado pela União deve ser o mesmo do ano imediatamente anterior acrescido de 5% da variação nominal do PIB.

Porém, a redução percentual da participação da União no financiamento da saúde é uma tendência, e isso não significa, necessariamente, uma redução dos recursos federais, e sim o crescimento das despesas dos demais níveis de governo. A implantação da EC 29/00, no plano federal, dissociou a saúde do aumento da receita das contribuições sociais, pois os recursos em saúde deixaram de estar atrelados ao OSS.

Já as razões para o aumento da participação dos estados e municípios vão desde as explicitadas nos parágrafos anteriores até o próprio processo de descentralização da gestão do SUS, evidenciado pelas NOBs.

Apesar do aumento dos percentuais a serem aplicados e da definição da participação de todas as esferas de governo no financiamento da saúde, a seguridade social e os FPE e FPM foram muito prejudicados com a DRU, citada anteriormente. Pode-se concluir que a DRU é um mecanismo que possibilita o desvio de recursos do seu destino original constitucionalmente determinado. No ano de 2003 a vigência da DRU foi promulgada até o ano de 2007, com o argumento de que era necessária cautela até que as condições macroeconômicas e as incertezas do cenário internacional desaparecessem, apesar da melhora dos indicadores econômicos. Segundo Ugá e Santos (2005, p. 207), a fala do governo estava equivocada, pois os indicadores econômicos não haviam melhorado²⁴ e não se tratava de cautela, e sim de auxiliar na manutenção do nível do superávit primário²⁵ acordado com o FMI.

Segundo Dain (2007, p. 1854), durante os anos 2000 o gasto social total no Brasil justifica apenas 50% do crescimento da arrecadação tributária do governo federal. Já os demais 50% foram alocados no superávit primário acordado para fins de ajuste fiscal.

²⁴ Conforme dados do Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA), a taxa média de desemprego no Brasil em 2002 foi de 11,66% e em 2003 a mesma subiu para 12,31%. Já a média dos rendimentos médios reais efetivamente recebidos pelas pessoas em 2002 foi de R\$ 1.376,44 e em 2003 baixou para R\$ 1.204,83. Esses dados referem-se às populações das Regiões Metropolitanas brasileiras.

²⁵ Superávit primário é o excedente entre a receita e a despesa não financeira do governo federal.

Outra importante decisão do governo influenciou negativamente o montante de recursos que seriam destinados ao setor saúde. Ao se definir esse montante de recursos a serem aplicados no ano de 2001, considerou-se o orçamento de 1999, que foi de 19 bilhões, em detrimento do orçamento de 2000, que foi de 20 bilhões. Em relação à variação nominal do PIB, considerou-se a previsão de 2001/2000, que foi de 9%, ao invés da variação de 2000/1999, que era de 13%. A diferença de quatro pontos percentuais significou 800 milhões que, somados ao um bilhão citado anteriormente, representam 1,8 bilhão de recursos que deixaram de ser destinados ao setor saúde (JORGE et al., 2007, p. 9).

Com isso, podemos verificar que o não cumprimento dos dispositivos legais foi sendo realidade na aplicação de recursos para o setor saúde.

Apesar de ser considerada como um avanço para o financiamento do SUS, a EC 29/00, nos termos em que foi aprovada, despertou críticas. Segundo Carvalho (2002, p. 251), os percentuais determinados demonstram que o governo está deixando, mais uma vez, o social à deriva, desresponsabilizando a União e descarregando mais ônus sobre estados e municípios.

Complementando a análise de Jorge et al. (2007, p. 9), Ugá e Santos (2005, p. 220) afirmam que o MS e o MF não interpretam da mesma forma um item da EC 29/00, que é o percentual de aplicação da União no setor saúde. Para o MS o ano-base para efeito de cálculo do valor a ser aplicado seria o de 2000, enquanto o MF fixava como base de cálculo o ano de 1999. A diferença de interpretação significou, em 2001, um valor que poderia, por exemplo, ter duplicado os recursos do PACS.

Dain (2001, p. 136) afirma que a EC 29/00 acarretou em três sérios problemas, quais sejam: a) o virtual abandono do OSS, que conforme o texto constituinte previa solidariedade no financiamento das três áreas que o compõem²⁶; b) a dissociação da trajetória dos recursos da saúde em relação ao crescimento da arrecadação das contribuições sociais – que tem sido mais veloz; e c) a vinculação ao PIB nominal, que condena a população mais carente e dependente do SUS a ser atingida em caso de estagnação da economia pela queda da renda e aumento do desemprego de um lado e pela diminuição dos recursos federais destinados à saúde de outro.

²⁶ A implementação da pretendida solidariedade entre as três áreas da Seguridade Social sempre foi dificultada em nome da austeridade fiscal (quando o governo reduz seus gastos e ou aumenta as taxas de utilização e impostos para pagar os credores) e/ou ajuste das contas da Previdência Social.

A ausência da definição do que são ações e serviços públicos de saúde foi um fator que permitiu aos gestores de estados e municípios contabilizar a aplicação de recursos em saneamento básico, merenda escolar, gastos com inativos e serviços de saúde para clientela fechada, a fim de atingirem os percentuais definidos na EC 29/00 (JORGE et al., 2007, p. 10).

Apesar da aprovação da Resolução nº 322/03 do CNS (BRASIL, 2003b), tentou-se, em 2004, incluir no grupo das ações e serviços de saúde as despesas realizadas com os EPU, com o serviço da dívida e com o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, porém o CNS e a Frente Parlamentar da Saúde protestaram. Com isso o Poder Executivo criou o parágrafo 3º para o artigo nº. 59 da LDO que determinava a dedução dos EPU e dos serviços da dívida, porém em relação ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não houve menção e sua previsão de recursos para aquele ano foi de R\$ 3.571 milhões. Novamente pode-se verificar a tentativa de desvio dos recursos do setor saúde para outras ações.

Ribeiro, Piola e Servo (2006, p. 293) também concordam que a EC 29/00 apresenta dois dissensos, quais sejam: a) a ausência de definição de quais gastos podem ser considerados como ações e serviços públicos de saúde; e b) o embate entre base fixa e base móvel para utilização no cálculo da previsão mínima de recursos a serem aplicados pela União. O autor ainda comenta outro sério problema da emenda, que é a transferência direta de renda para programas sociais como o Bolsa-Família, que é possível, pois há recomendação do CNS para que se descontem, além do previsto na LDO, os gastos do Ministério da Saúde com ações de transferência direta de renda. É preciso ressaltar que a parcela de recursos destinada para o Bolsa-Família (que não pode ser considerado como ação ou serviço de saúde) poderia ser contabilizada no Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, como é feito no Ministério de Desenvolvimento Social, o que seria o ideal, pois estão excluídos da EC 29/00 os gastos realizados pelo fundo, o qual foi criado por uma emenda constitucional específica. Sendo assim, dependendo do entendimento e dos critérios utilizados para tal, pode-se concluir que o governo federal está cumprindo duas emendas constitucionais com os mesmos recursos ou que está descumprindo a EC 29/00.

Desde a promulgação da EC 29/00 há um debate entre a área da saúde e a das finanças. Exemplo disso é que os secretários de finanças defendem (erroneamente em relação à EC 29/00) que o percentual mínimo de 15% é

exatamente o que deve ser aplicado, mesmo que haja uma demanda superior a tal. Isso demonstra que, como no plano macroeconômico, a descentralização do financiamento da saúde segue a lógica “econômico-contábil”, em que a receita condiciona a despesa (UGÁ; SANTOS, 2005, p. 221).

Brasil (2008b, p. 7) afirma que os recursos financeiros são findáveis e a aplicação de verbas no setor saúde, em termos relativos, não teve incrementos significativos nos últimos anos. À medida que a demanda pelos serviços de saúde aumenta e os recursos se tornam mais escassos, o sistema é forçado a reexaminar os benefícios e custos das ações a fim de que a aplicação dos recursos seja efetiva em termos assistenciais e financeiros.

A XI Conferência Nacional de Saúde, em seu relatório final, afirmou que a EC 29/00 criou horizontes mais favoráveis quanto aos montantes destinados à saúde e desafiou o controle social quanto ao melhor e mais adequado destino dos recursos. Em relação às restrições da emenda, afirmou-se que a mesma não veio acompanhada de uma regulamentação imediata que assegurasse o aumento dos recursos, principalmente pela falta de definição sobre o que será admitido como gastos em ações e serviços de saúde.

Apesar dos esforços realizados desde a aprovação da EC 29/00, ainda se faz necessária uma regulamentação eficaz e eficiente do dispositivo legal, por meio de lei complementar, que já está em elaboração. Convém salientar que se trata de um processo:

Deixando de lado a discussão sobre se esse volume foi suficiente para atender as necessidades e também desconsiderando o grau de eficácia dos gastos, é significativo o fato de que essa área, apesar de todas as dificuldades e constrangimentos, conseguiu elevar seu orçamento ao longo dos anos. Para esse resultado foi fundamental o fato dessa área contar com um amplo movimento de apoio, formado por profissionais da área e pesquisadores, muitos deles antigos militantes do então chamado movimento sanitário dos anos 1970-1980, instrumento chave da luta pela universalização da saúde (UGÁ; SANTOS, 2005, p. 219).

3.9.2 Ações e Serviços Públicos de Saúde, segundo a Resolução nº 322 de 08 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde

A Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003 do CNS, aprovou dez diretrizes acerca da aplicação da EC 29/00, sendo que uma delas, a sexta diretriz, está relacionada às ações e serviços públicos de saúde. Ficou definido, então, que são consideradas “[...] despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde” (BRASIL, 2003b). Dentro desse conceito estão incluídas:

- I – vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- II – vigilância sanitária;
- III – vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
- IV – educação para a saúde;
- V – saúde do trabalhador;
- VI – assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- VII – assistência farmacêutica;
- VIII – atenção à saúde dos povos indígenas;
- IX – capacitação de recursos humanos do SUS;
- X – pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
- XI – produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
- XII – saneamento básico do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
- XIII – serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.
- XVI – atenção especial aos portadores de deficiência.
- XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores; [...] (BRASIL, 2003b, on-line).

A definição dos itens da lista acima como ações relativas à saúde dos indivíduos preencheu a lacuna deixada pelo texto da EC 29/00 (BRASIL, 2000), porém o décimo segundo item, ao trazer o termo saneamento básico, permite que se abra um precedente para que despesas não relativas à saúde sejam contabilizadas no momento da aplicação do percentual mínimo no setor.

A sétima diretriz é tão importante quanto a sexta, pois define as despesas que não podem ser consideradas como ações e serviços públicos de saúde, quais sejam:

- I – pagamento de aposentadorias e pensões;
- II – assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);
- III – merenda escolar;
- IV – saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;
- V – limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);
- VI – preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;
- VII – ações de assistência social não vinculadas diretamente à execução das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;
- VIII – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na primeira diretriz; [...] (BRASIL, 2003b, on-line).

Com os itens da sétima diretriz ficou ainda mais claro o que se pode ou não considerar como despesa em saúde.

3.10 O FINANCIAMENTO DO SUS CONFORME O PACTO PELA SAÚDE

Entre 17 e 20 de março de 2004, aconteceu em Natal, Rio Grande do Norte, o XX Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde juntamente com o I Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não Violência. Desse encontro resultou a Carta de Natal que teve, entre outras, a proposição de desenvolver um novo modelo de financiamento para o SUS, que: a) tenha como base a equidade; b) respeite as especificidades loco-regionais; c) estimule a solidariedade entre as três esferas de governo, especialmente com garantia de maior participação da esfera estadual; d) supere o repasse fragmentado de recursos; e e) apoie a regulamentação da EC 29/00.

Em 22 de fevereiro de 2006 foi publicada a Portaria GM/MS nº. 399, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006a). Em seu Anexo II a portaria define, entre outras prioridades: a) o alcance, no curto prazo, da regulamentação da EC 29/00 (com a aprovação do Projeto de Lei (PLP) nº. 01/03); b) a garantia, no longo prazo, do incremento dos recursos financeiros para a saúde; e c) a aprovação de um orçamento do SUS composto pelos orçamentos das três esferas de governo. Já no Anexo III afirma-se que o Pacto explicita as diretrizes para um sistema de financiamento público tripartite para a saúde: a) respeitando a equidade; b) reforçando os mecanismos de transferência fundo a fundo; e c) integrando o financiamento federal em grandes blocos, entre outros.

Em 29 de janeiro de 2007 foi publicada a Portaria GM/MS nº. 204, a qual regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma de cinco blocos de financiamento, quais sejam: I – Atenção Básica; II – Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III – Vigilância em Saúde; IV – Assistência Farmacêutica; e V – Gestão do SUS. Os recursos referentes a cada bloco somente poderão ser aplicados nas ações e serviços de saúde relativos ao próprio bloco. Porém, está previsto no parágrafo 3º do art. 6º das disposições gerais que a possibilidade de remanejamento dos recursos entre os blocos será regulamentada em portaria específica (BRASIL, 2007c).

A transferência dos recursos ocorrerá de forma fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento e, no caso do bloco da assistência farmacêutica, os recursos devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco.

Um dos pontos mais importantes da regulamentação do financiamento dentro do Pacto pela Saúde é o abordado nas disposições gerais, Art. 6º, Parágrafo § 2º e § 3º:

Os recursos referentes aos blocos da Atenção Básica, Atenção de Média a Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e de Gestão do SUS devem ser utilizados considerando que fica vedada a utilização desse para pagamento de:

- I – servidores inativos;
 - II – servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previsto no Plano de Saúde;
 - III – gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
 - IV – pagamento de assessorias/ consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e
 - V – obras de construção novas, exceto as que se referem a reformas e adequação de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ ou serviços de saúde.
- § 3º Os recursos do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para cada componente do bloco (BRASIL, 2007c, p. 2).

Pode-se dizer que, apesar de ainda haver dúvidas quanto ao conceito de ações e serviços de saúde para fins de aplicação da EC 29/00, não ficaram dúvidas quanto às ações para as quais não se podem utilizar os recursos dos blocos de financiamento do SUS. A seguir, serão detalhados cada um dos blocos de financiamento citados anteriormente.

3.10.1 Bloco da Atenção Primária

Esse bloco é formado pelos pisos fixo e variável da atenção básica: PAB Fixo e PAB Variável. Para recebimento dos valores do PAB Variável, os municípios deverão aderir e implementar as ações a que se destinam, e as mesmas precisam constar no Plano de Saúde.

O PAB Fixo refere-se aos recursos financeiros transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do FNS ao Fundo de Saúde do DF e aos FMS, para as ações de atenção básica da saúde.

O PAB Variável refere-se aos recursos financeiros destinados às seguintes estratégias:

- 1) saúde da família;
- 2) ACS;
- 3) saúde bucal;

- 4) compensação de especificidades regionais²⁷;
- 5) fator de incentivo para a atenção à saúde indígena;
- 6) incentivo para a atenção à saúde do sistema penitenciário;
- 7) incentivo para a atenção à saúde do adolescente em conflito com a lei, em regime de internação provisória ou não;
- 8) outros que venham a ser instituídos posteriormente.

A transferência dos recursos que compõem este bloco poderá ser suspensa caso não sejam alimentados os bancos de dados nacionais obrigatórios por dois meses consecutivos ou três meses alternados, no prazo de um ano.

3.10.2 Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Esse bloco é formado pelo componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e pelo componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O repasse dos recursos será feito fundo a fundo, conforme a PPI publicada em ato normativo específico.

O MAC destina-se ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente. Como exemplo dessas ações, podemos citar: os procedimentos cirúrgicos, as internações clínicas e cirúrgicas, o incentivo aos Hospitais Amigos da Criança e o incentivo (financeiro) a partos normais em detrimento das cesarianas.

O FAEC destina-se ao financiamento de:

- 1) Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;
- 2) Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- 3) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- 4) Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, de Pequeno Porte e Filantrópicos;
- 5) FIDEPS;

²⁷ Correspondem a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado.

- 6) Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena (IAPI);
- 7) Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS;
- 8) Outros que venham a ser instituídos posteriormente.

O FAEC ainda se destina a alguns procedimentos que, teoricamente, estariam dentro do MAC, quais sejam:

- 1) procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC)²⁸;
- 2) transplantes e procedimentos vinculados;
- 3) ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário²⁹, que contemplam os projetos de cirurgia eletiva de média complexidade.

A transferência dos recursos que compõem esse bloco poderá ser suspensa caso não sejam alimentados os bancos de dados nacionais³⁰ obrigatórios por dois meses consecutivos ou três meses alternados, no prazo de um ano. A suspensão também pode ocorrer quando for verificada a ausência de pagamento dos prestadores de serviços de saúde (públicos ou privados, hospitalares ou ambulatoriais) até o 5º dia útil após o MS efetuar o crédito na conta bancária do FES, Fundo de Saúde do DF e FMS, excetuando-se as situações excepcionais devidamente justificadas.

3.10.3 Bloco da Vigilância em Saúde

Esse bloco é formado pelo Componente da Vigilância Sanitária e pelo Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, e os recursos dos dois componentes podem ser compartilhados entre si. O uso dos recursos deve se dar conforme a PPI e orientações do Plano de Saúde.

Os recursos da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde destinam-se às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, as quais

²⁸ Revascularização do miocárdio, cirurgia bariátrica, exploração diagnóstica da epilepsia, embolização de aneurisma cerebral, artrodese cervical anterior e internação para quimioterapia de leucemia aguda ou crônica agudizada.

²⁹ Campanha de cirurgias de catarata e de varizes.

³⁰ SIH/SUS, SIA/SUS e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

compõem atualmente o TFVS. Os recursos também são destinados aos seguintes incentivos:

- 1) Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;
- 2) Laboratório de Saúde Pública;
- 3) Atividade de Promoção à Saúde;
- 4) Registro de Câncer de Base Populacional;
- 5) Serviço de Verificação de Óbito;
- 6) Campanhas de Vacinação;
- 7) Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o *Aedes aegypti*, vetor das diversas formas da Dengue;
- 8) Contratação dos Agentes de Campo;
- 9) Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids; e
- 10) Outros que venham a ser instituídos posteriormente.

Os recursos da Vigilância Sanitária irão compor o Teto Financeiro de Vigilância Sanitária e destinam-se a ações como o controle sanitário de medicamentos, alimentos e bebidas, saneantes, equipamentos médico-odonto-hospitalares, entre outros.

A transferência dos recursos que compõem esse bloco poderá ser suspensa caso seja verificada a ausência de movimentação da conta bancária e saldo correspondente a seis meses de repasse, sem justificativa.

3.10.4 Bloco da Assistência Farmacêutica

Esse bloco é formado pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica, pelo Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e pelo Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE).

Os recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica destinam-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da atenção básica, como anti-hipertensivos e antiglicemiantes. Esses recursos dividem-se em uma parte fixa e outra variável. A parte fixa é baseada num valor *per capita* e seu montante é transferido a estados, DF e municípios conforme pactuação nas CIB. A parte variável também se baseia num valor *per capita*, porém

especificamente para a aquisição de medicamentos destinados aos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Somente os recursos destinados aos medicamentos e insumos dos Programas de Saúde Mental, da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo poderão ser centralizados pelo Ministério da Saúde, os demais devem ser descentralizados para estados, DF e municípios. Os recursos destinados ao medicamento Insulina Humana serão executados exclusivamente de forma centralizada no Ministério da Saúde, conforme Pactuação na CIT.

Os recursos do componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destinam-se aos seguintes programas:

- 1) controle de endemias como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras de abrangência nacional ou regional;
- 2) antirretrovirais do programa DST/Aids;
- 3) sangue e hemoderivados; e
- 4) imunobiológicos.

Os recursos do CMDE destinam-se à aquisição de medicamentos como toxina botulínica (bloqueador neuromuscular), morfina (hipnoanalgésico), sinvastatina (hipolipemiante), ciprofloxacina (antibiótico) e levotiroxina (regulador da atividade dos hormônios da tireoide). Esse sub-bloco de financiamento é de responsabilidade do MS e dos estados, conforme Pactuação na CIT, e a sua dispensação requer a emissão (pelos gestores estaduais) de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/ Custo (APAC). Os valores a serem transferidos às SES serão publicados através de portarias do MS, trimestralmente, e baseados na média (trimestral) das APACs.

3.10.5 Bloco da Gestão do SUS

O objetivo do estabelecimento desse bloco é o apoio à implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema. Esse bloco é formado pelo componente da Qualificação da Gestão do SUS e

pelo componente da Implantação de Ações e Serviços de Saúde. A transferência dos recursos do componente da Qualificação da Gestão do SUS somente se dará após a adesão ao Pacto pela Saúde pelos estados, DF e municípios. A transferência dos recursos do componente da Implantação de Ações e Serviços de Saúde se dará em parcela única, de acordo com os critérios estabelecidos em cada uma das políticas, as quais serão citadas a seguir.

Os recursos do componente da Qualificação da Gestão do SUS destinam-se às seguintes ações:

- 1) regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento;
- 2) planejamento e orçamento;
- 3) programação;
- 4) regionalização;
- 5) gestão do trabalho;
- 6) educação em saúde;
- 7) incentivo à participação e controle social;
- 8) informação e informática em saúde;
- 9) estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica;
- 10) outros que vierem a ser instituídos posteriormente.

Os recursos do componente da Implantação de Ações e Serviços de Saúde destinam-se aos seguintes incentivos:

- 1) implantação e qualificação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- 2) implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
- 3) fomento para ações de redução de danos em CAPS AD (Álcool e Drogas);
- 4) inclusão social pelo trabalho de pessoas portadoras de transtornos mentais e outros decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- 5) implantação de CEOs;
- 6) implantação de SAMUs;
- 7) reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;
- 8) implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- 9) outros que vierem a ser instituídos posteriormente.

No capítulo III, art. 37, está determinado que as transferências fundo a fundo do FNS aos demais fundos podem ser suspensas quando da indicação de relatório de Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitando o prazo de defesa do ente auditado.

4 AS PROPOSTAS DE MUDANÇA PARA O FINANCIAMENTO DO SUS

Desde 1988, com a nova Constituição Federal, vem se buscando adequar a forma de financiamento do SUS à legislação. Há autores que remetem os insucessos à falta de regulamentação e outros à falta de recursos. Na prática, o que se pode verificar é que há demandas reprimidas no sistema e que cada vez mais são disponibilizados tratamentos de saúde através de mandados judiciais, os quais produzem altos custos que recaem, geralmente, para os municípios e estados (solidariamente). Nesses casos, os usuários que contribuem para os recursos da saúde através da arrecadação de tributos pagam novamente, mas através do tempo de espera para o atendimento necessário. Seria esse um modelo de financiamento justo para as esferas de governo e para a população usuária? Para fazer essa verificação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000, p. xiv-xv) desenvolveu um indicador que mede o grau de justiça dos diversos modelos de financiamento no setor saúde. Para essa instituição, um sistema de financiamento é considerado justo quando há proporcionalidade entre a contribuição efetuada e a renda dos indivíduos. Nesse caso, não é desejável que quem possa mais contribua mais do que o proporcional à sua renda, ou quem tenha uma renda menor contribua mais do que o proporcional à sua renda.

Para Ugá e Santos (2005, p. 4; 2006, p. 1597), um sistema de saúde inserido num sistema de seguridade social e inspirado nos padrões *welfaristas*, em que o acesso esteja definido pela necessidade da população e não pela capacidade de pagamento, deve ter o financiamento setorial pautado pela progressividade, ou seja, devem contribuir mais aqueles com maior renda. Em outras palavras, quer dizer que o ônus do financiamento deve ser inversamente proporcional à renda dos indivíduos. Nesse caso, um sistema é progressivo quando tiver um impacto redistributivo sobre a estrutura de renda da sociedade e regressivo quando contribuir para a concentração de renda depois de realizados os pagamentos relativos aos gastos com planos de saúde privados e aos tributos que financiam o sistema de saúde público.

Conforme discorrido no capítulo anterior, o sistema de financiamento do SUS possui formas redistributivas de arrecadação e transferência quando se trata da

relação União e estados. Já em relação à arrecadação e transferências da União e estados aos municípios, o financiamento pode ser considerado regressivo. Na assistência propriamente dita, segundo Brasil (2009, p. 5), o usuário do SUS se depara com situações reversas ao preconizado na legislação e que vai de encontro à falta de recursos, como a indisponibilidade de medicamentos e a falta de equipamentos, além das grandes e demoradas filas de espera para atendimento e profissionais mal remunerados.

Segundo Brasil (2009, p. 5), o financiamento do setor ainda é insuficiente e está sendo tratado como uma das dificuldades a serem superadas. Com a EC 29/00 foi dado um importante passo por estabelecerem-se os recursos percentuais mínimos de aplicação de recursos para cada esfera de governo, porém a falta de regulamentação da emenda fez com que muitos gestores deixassem de cumpri-la, atribuindo ao setor gastos que não se relacionam às ações e serviços de saúde.

4.1 PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR (PLP) Nº 01/03 E PROJETO DE LEI DA CÂMARA (PLC) Nº 89/07

Em 2003 foi elaborado o PLP nº 1, que busca regulamentar o § 3º do art. 198 da CF 1988, o qual trata da aplicação de recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2003a). Segundo Brasil (2009, p. 5), o objetivo do projeto vai além, buscando dar força de lei à Resolução nº 322/2003 do CNS, que define as diretrizes para aplicação da EC 29/00.

Em 18 de março de 2003, o PLP nº 1/03 foi publicado no Diário da Câmara dos Deputados. O mesmo propõe que a partir do exercício financeiro de 2005 a União destine o mínimo de onze e meio por cento à saúde, calculado sobre o total de receitas de impostos e contribuições da União, descontadas as transferências constitucionais, e que o referido montante não poderá ser inferior ao empenhado no exercício anterior, corrigido pela variação nominal do PIB ou pela taxa de incremento populacional, optando-se pela que for maior. Ainda nesse PLP, determina-se que os estados e o DF destinarão ao financiamento das ações e dos serviços de saúde o mínimo de 12% do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo nº 155 da CF 1988. Os municípios e o DF destinarão ao financiamento das ações e dos

serviços de saúde o mínimo de 15% do produto de arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156 da CF 1988 (BRASIL, 2003a).

A transferência dos recursos dos Estados e DF, arrecadados através dos impostos e destinados aos municípios, deverá proceder da seguinte forma:

- 70% serão destinados aos municípios, conforme a seguinte distribuição: a) 15% (quinze por cento), no mínimo, proporcionalmente ao número de habitantes, em ações e serviços de saúde; e b) o restante, até completar a quota de 70%, segundo análise técnica de programas e projetos e de acordo com a combinação dos critérios definidos no § 1º;
- os 30% restantes ficarão nos estados, com base nos critérios definidos no § 1º, quais sejam: a) perfil demográfico da região; b) perfil epidemiológico da população a ser coberta; c) características quantitativas e qualitativas da rede de saúde da área; d) desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; e) níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; f) previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; e g) ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Em caso de descumprimento do que determina esta lei complementar, os gestores públicos responsáveis sujeitam-se às seguintes penalidades:

- I – intervenção federal, na forma do que dispõe o artigo 34, VII, e, da Constituição Federal, nos casos de Estados e Municípios;
- II – impedimento para receber transferências voluntárias;
- III – impedimento para obter garantia, direta ou indireta, de outro ente;
- IV – impedimento para contratar operações de crédito. (BRASIL, 2003a, on-line).

Ainda nesse Diário da Câmara dos Deputados, publicou-se uma justificativa para as alterações sugeridas na EC 29/00, conforme segue:

A Constituição de 1988, num ato de equilíbrio e justiça, deliberou que o direito à saúde passaria a ser universal, criando o Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, os técnicos em saúde pública e diversos segmentos da sociedade detectaram um ponto fraco do sistema: o baixo orçamento de saúde (a soma dos orçamentos federal, estaduais e municipais) e a heterogeneidade de gastos, prejudicando os estados e os municípios que

têm orçamentos mais generosos, pela migração de doentes de locais onde os orçamentos são mais restritos. [...];
Com as alterações introduzidas pela EC 29/2000, o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal determinou que os percentuais e os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à Saúde, assim como as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas nas esferas federal, estadual, distrital e municipal e as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União, serão estabelecidos em lei complementar, que deverá ser reavaliada a, pelo menos, cada cinco anos. [...];
Em respeito ao definido no artigo 77 do ADCT, manteve-se o critério de incrementar o montante dos recursos da União vinculados à Saúde pela variação nominal do PIB até o ano de 2004, para, então, vincular, a partir de 2005, uma parcela fixa da arrecadação.
O percentual de 11,5% foi calculado com base no valor empenhado no ano de 2000 para essas ações e esses serviços (R\$ 20.351.487.871,00), acrescido de 5% em relação ao total da arrecadação de impostos e contribuintes (R\$ 224.801.106.456,75) descontadas as transferências constitucionais para Estados e Municípios (R\$ 31.933.739.077,00). [...];
Institui-se, portanto, como piso, sempre o valor empenhado no ano anterior corrigido pelo índice populacional, o que for maior.
No que respeita a Estados e Municípios, a proposta mantém o definido na Emenda Constitucional: os mínimos de 12% e 15% do arrecadado com os tributos de sua competência, respectivamente [...]. (BRASIL, 2003a, on-line).

Após a publicação em 18 de março de 2003, o projeto inicial tramitou pela Comissão de Seguridade Social e Família, pela Comissão de Finanças e Tributação e Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, onde foi sofrendo alterações.

Em 30 de março de 2004 a Comissão de Seguridade Social e Família propôs, entre outras, as alterações abaixo comentadas.

A União aplicará 10% das receitas correntes, ao invés de 11,5% sobre o total de receitas advindas de impostos e contribuições (BRASIL, 2003a).

A Comissão demonstrou a seguinte comparação em relação ao ano de 2002:
a) Se utilizado o critério de 11,5%, os recursos destinados à saúde seriam de R\$ 28 bilhões; e b) Se utilizado o critério de 10% das receitas correntes, os recursos destinados à saúde seriam de R\$ 34 bilhões.

Definiu que a transferência dos recursos do FNS aos estados, DF e municípios se dará de forma regular e automática, conforme as cotas previstas na programação e cronograma elaborados pelo MS e aprovados pelo CNS (BRASIL, 2003a). Isso reafirma a importância dos fundos e conselhos de saúde.

Em parágrafo único, definiu-se que em situações específicas a transferência dos recursos poderá ocorrer mediante a celebração de convênio ou outros instrumentos congêneres e, até mesmo, diretamente aos prestadores de serviços da rede conveniada e contratada do SUS (BRASIL, 2003a). O disposto no parágrafo

único não condiz com as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, que definiram a forma regular e automática para transferir os recursos sem mencionar a necessidade de estabelecimento de convênios ou outros. Além disso, o pagamento direto da União aos prestadores de serviços de saúde conveniados ou contratados pelos estados e municípios seria semelhante ao método utilizado pelo INAMPS há 20 anos.

Acrescentou um artigo definindo que estados e municípios deverão observar o disposto nas respectivas constituições ou leis orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem maiores que os fixados nessa lei complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2003a). Isso reafirma que estados e municípios devem se voltar para as necessidades de saúde da população e aplicar os recursos necessários para tal, e não apenas o percentual mínimo definido em lei.

Acrescentou um artigo esclarecendo que, para a fixação inicial dos valores correspondentes aos percentuais mínimos estatuídos nessa lei complementar, será considerada a receita estimada na lei orçamentária anual (BRASIL, 2003a). O novo artigo conta com um parágrafo único que determina que os valores fixados devam ser recalculados sempre que a receita for ajustada por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais. A especificidade relativa ao valor que será tomado como base para o cálculo do montante de recursos a serem destinados à saúde é de extrema importância, tendo em vista a diferença de interpretação que ocorreu entre o MS e o MF quando a EC 29/00 foi aprovada.

Acrescentou um artigo definindo que os recursos mínimos a serem aplicados pela União, estados, DF e municípios não serão objetos de contingenciamento de qualquer natureza (BRASIL, 2003a). Essa definição assegura maior estabilidade ao setor, porém seria mais adequado que se incluísse a DRU dentre esses contingenciamentos para que o setor saúde contasse com maior aporte de recursos, sem que as contribuições e impostos sofressem reajustes.

Ainda em relação à transferência dos recursos, a Comissão alterou o texto do art. 6º § 1º, definindo que a partilha será realizada de acordo com as necessidades de saúde da população, que levem em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, respeitando o princípio de igualdade de recursos para necessidades iguais. Essa alteração pouco melhora o texto original e a forma como já vêm sendo partilhados os recursos destinados à saúde. Esses critérios têm o objetivo de alcançar a equidade na forma de participação do custeio, definida na CF

1988, art. 194. Porém, na prática, pode-se observar que a dimensão populacional, por exemplo, é um critério que favorece apenas as regiões mais populosas que, conseqüentemente, já possuem uma rede de prestadores de serviços maior e mais bem estruturada, enquanto que os municípios menos populosos por vezes não conseguem sequer constituir ou desenvolver a própria rede por contarem com baixos montantes de recursos.

Quanto ao conceito de ações e serviços públicos de saúde, a Comissão baseou-se no disposto no art. 3º da Resolução nº 322/03 do CNS, porém não a citou como base (BRASIL, 2003b). Seria ideal que o novo texto se reportasse à resolução supracitada, tendo em vista a valorização do trabalho do CNS e a adequada conceituação de ações e serviços públicos de saúde, excetuando-se o item que diz respeito às ações de saneamento básico próprio do nível domiciliar ou de pequenas comunidades, que, se determinantes de saúde, não são ações de saúde propriamente ditas.

A Comissão também acrescentou um artigo definindo as despesas que não podem ser consideradas como ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2003a). Os itens também se baseiam na Resolução nº 322/03 do CNS e, novamente, a mesma não foi citada. Dentre os itens desse novo artigo estão as obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde (BRASIL, 2003a), que deveriam ser consideradas como ação de saúde, uma vez que indispensáveis à construção de unidades de saúde, unidades de pronto atendimento e até mesmo hospitais. Na Resolução nº 322/03 do CNS esse item também está presente, porém nas despesas consideradas como ações e serviços públicos de saúde consta outro com o seguinte texto: investimentos na rede física do SUS, que inclui a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2003b). Esse último item não está contemplado no novo texto da Comissão, de modo que as despesas com investimentos na rede física não estão previstas em nenhum artigo.

Em 11 de maio de 2004 a Comissão de Seguridade Social e Família propôs novas alterações, conforme seguem abaixo.

Após a aprovação da lei orçamentária anual, a previsão dos valores a serem transferidos da União aos estados, DF e municípios e dos estados aos municípios basear-se-á na habilitação da gestão e na prestação de serviços pela rede conveniada e contratada do SUS (BRASIL, 2003a). Porém, a habilitação ou

assinatura do pacto não deve ser um critério para repasse de recursos, e sim oferecer vantagens e regras passíveis de cumprimento que estimulem estados e municípios a assumirem o compromisso.

Em relação à celebração de convênios e outros instrumentos congêneres para a transferência de recursos, especificou-se a transferência voluntária, não podendo compor os valores das transferências obrigatórias (BRASIL, 2003a). Parece adequado estabelecer convênios quando ocorrerem transferências voluntárias, a fim de especificar os valores a serem transferidos, para que serão utilizados e a forma como se dará a prestação de constas.

Quanto ao conceito de ações e serviços públicos de saúde, acrescentaram-se os investimentos na rede física do SUS, como obras de manutenção, reformas, ampliação e construção de estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2003a). Essa inclusão é extremamente importante, pois o crescimento populacional acarreta na necessidade de ampliação e construção de novos serviços, além da manutenção das construções já existentes, que tem necessidade periódica.

Em 22 de junho de 2004 a Comissão de Seguridade Social e Família propôs novas alterações, conforme seguem abaixo.

Detalhou que as receitas relativas ao montante de recursos a serem aplicados pela União serão as brutas, constantes do orçamento fiscal e da seguridade social. Também se detalhou quais são as receitas correntes brutas: integralidade das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, de transferências correntes e outras receitas também correntes. Isso demonstra a preocupação de não se perder, ainda mais, o vínculo da saúde com a seguridade social, determinado na CF 1988, e a preocupação com a possibilidade de divergência de interpretação no momento do cálculo do montante de recursos a serem transferidos.

Segundo Santos (2007, p. 1-2), a proposta dos 10% das receitas correntes brutas resolve em definitivo o início da recuperação da retração histórica da contrapartida federal e garante a permanência do critério da evolução do financiamento, proporcionando confiança e previsão de futuro. Além disso, a forma como os gestores públicos e a gestão participativa formularam as estratégias e etapas colocam o “barco do SUS” no rumo das diretrizes Constitucionais, o que até hoje foi pouco ensejado.

Em 28 de outubro de 2004 a Comissão de Finanças e Tributação propôs, entre outras, a alteração abaixo comentada.

As formas de movimentação dos recursos repassados aos fundos de saúde dos estados, DF e dos municípios também poderão ser feitas através de transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada sua destinação e, no caso de pagamento, o credor. Nas demais proposições de alteração citaram-se o cheque nominativo e a ordem bancária (BRASIL, 2003a). A ampliação das formas de transferência facilita a atividade dos fundos, porém é fundamental que os conselhos de saúde verifiquem constantemente a regularidade dessas atividades e a divulguem à população usuária.

Em 31 de outubro de 2007 propôs uma subemenda substitutiva com as alterações abaixo comentadas.

A União aplicará anualmente em ações e serviços de saúde o montante correspondente ao empenhado para essa finalidade no exercício financeiro anterior acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB que se refere à lei orçamentária (BRASIL, 2007a). Essa proposta pouco altera o método utilizado atualmente, que não tem sido suficiente para atender às necessidades de saúde da população brasileira.

Segundo Dain (2007, p. 1852, 1857 e 1863), a adoção da receita corrente bruta é a alternativa mais promissora para a Saúde, pois associa sustentabilidade e estabilidade, em caso de flutuações cíclicas, não garantidas por cada receita isoladamente. Além disso, a comparação entre a evolução das receitas correntes brutas e as despesas em relação ao PIB nominal é suficiente para sugerir a adoção da receita corrente como base de cálculo. Entre os anos de 2000 e 2006, a diferença acumulada entre o gasto efetivo e o gasto caso a base de cálculo fosse 10% das receitas correntes brutas foi de quase R\$ 80 bilhões a mais.

Segundo Mendes e Marques (2009, p. 848-849), para os que defendem a atual orientação econômica, o conteúdo do PLP 01/2003 (BRASIL, 2003a) é visto como um retrocesso, pois o mesmo contraria o esforço de geração de superávit primário e limita o poder discricionário do governo federal, que não poderia alocar os recursos de acordo com seus interesses.

Os recursos transferidos da União aos estados terão sua alocação feita de forma inversamente proporcional à capacidade da rede assistencial de saúde de

cada estado (BRASIL, 2007a). Essa metodologia pode ser uma opção para alcançar de fato a equidade na alocação de recursos, definida no art. 194 da CF 1988.

Quanto ao descumprimento dos percentuais mínimos pelos estados, DF e municípios, o Tribunal de Contas proporá a retenção dos recursos em conformidade com o art. 160, § único, inciso II¹ da CF 1988, no exercício subsequente à apuração da diferença, para a entrega da mesma ao fundo de saúde correspondente (BRASIL, 2007a). Essa proposição provoca duas importantes observações. A primeira refere-se à ausência da União entre os entes citados, pois a mesma também deve ser questionada quando da não observância dos percentuais determinados. A segunda refere-se à forma de punição sugerida, que prejudica duplamente a população quando o ente deixa de aplicar o percentual determinado e quando o Tribunal de Contas retém os recursos.

Ainda em relação à aplicação dos recursos transferidos a estados, DF e municípios, caberá aos órgãos de controle interno e externo verificar se esses estão sendo utilizados em ações diferentes do que foi definido nessa lei e, nesse caso, determinarão que os recursos sejam entregues ao fundo de saúde da esfera de governo a que foram destinados, para cumprimento do objetivo da transferência (BRASIL, 2007a). O que deixou de ser definido nesse parágrafo é quem fiscalizará e qual a sanção prevista no caso do descumprimento da lei por parte da União.

Em 06 de novembro de 2007 o PLP nº 1/03 foi remetido ao Senado Federal e recebeu nova nomenclatura: PLC nº 89 de 2007. O PLC nº 89/07 possui o mesmo texto da subemenda substitutiva de 31 de outubro de 2007, exceto pela inclusão de um artigo nas disposições finais e transitórias, determinando que a lei complementar será revista por outra, com vigência a partir do exercício de 2012.

¹ “Art. 160. É vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, nesta Seção, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos.

Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos: [...]

II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...] § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: [...] II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os art. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios; III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.” (BRASIL, 1988, on-line).

Em 18 de fevereiro de 2008 a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania fez as proposições abaixo comentadas em relação ao PLC nº 89/07.

Retoma a proposta de 22 de junho de 2004 da Comissão de Seguridade Social e Família em que a União aplicará anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o montante equivalente a 10% de suas receitas correntes brutas, constantes no orçamento fiscal e da seguridade social. Também detalha o que são consideradas receitas correntes brutas e inova introduzindo que, caso a União não esteja aplicando esse percentual no momento da aprovação da lei, deverá elevá-lo gradualmente até o exercício financeiro de 2012, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quarto por ano, sendo que, a partir de 2008, a aplicação será de pelo menos oito por cento (BRASIL, 2007g). Como já estamos em 2011 e a lei não foi aprovada, é provável que esse escalonamento seja atualizado para a aprovação do texto final da lei.

A Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania justificou sua proposição afirmando que, com o cumprimento dessa proposta, a União resgatará seu dever constitucional em responder solidariamente com os municípios, DF e estados, e participará do financiamento tripartite do SUS, de forma a possibilitar maior estabilidade na aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde. Quanto ao escalonamento, a Comissão argumenta que ele permite o ajuste fiscal da União ao novo sistema à semelhança do processo vivido entre 2000 e 2004 pelos estados e municípios. É importante lembrar que muito estados não cumpriram o escalonamento proposto na EC 29/00 e até hoje não aplicam os 12% de recursos próprios determinado pela emenda.

A desatrelação dos recursos da saúde às contribuições sociais tem como vantagem o fato da mesma não sofrer abalos, como o que aconteceu no período da crise financeira do sistema capitalista que se iniciou ao fim do ano de 2008. Segundo Costa (2009), com a crise evidenciou-se a redução de postos de trabalho, queda na produção industrial, o que por sua vez afetou a arrecadação da Cofins, e a perda na lucratividade das empresas acarretou em queda na arrecadação da CSLL. Além disso, medidas de desoneração tributária (exemplo IPI) que foram praticadas na tentativa de alavancar o consumo e diminuir os efeitos da crise afetaram negativamente o OSS.

Atualmente PLC nº 89/07 está na Comissão de Assuntos Econômicos, aguardando designação do relator².

4.1.1 Considerações sobre o PLC nº 89/07

“Art. 3º: [...] Serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde: [...] V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos” (BRASIL, 2007d, on-line). No caso dos medicamentos destinados ao programa de DST/AIDS, é muito importante que se desenvolvam projetos voltados à produção dos princípios ativos desses medicamentos, pois os mesmos representam a maior parte do custo de produção. Atualmente, no Brasil, os princípios ativos são importados.

“Art. 3º: VIII - gestão do sistema público de saúde e operação das unidades prestadoras de serviços públicos de saúde” (BRASIL, 2007d, on-line). É importante que haja um movimento para a profissionalização da gestão que por vezes é composta por cargos comissionados sem formação na área da saúde ou da administração. As equipes de gestão precisam entender de saúde para compreender os problemas da sua população e, assim, elaborar adequadamente políticas públicas que atendam a essas necessidades; precisam conhecer o sistema para saber captar recursos e aplicá-los de forma mais eficiente; precisam, também, oferecer melhor suporte e direcionamento aos profissionais dos serviços públicos de saúde, a iniciar pela oferta de remuneração adequada.

Segundo Perondi (2007, p. 1), a regulamentação da EC 29/00 é fundamental para o enfrentamento do subfinanciamento da saúde e a precarização do trabalho de profissionais como médicos, enfermeiros e agentes de saúde que sustentam os recursos humanos do sistema.

“Art. 4º: não constituem despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos recursos mínimos: I - pagamento de inativos e pensionistas, inclusive os da saúde” (BRASIL, 2007d, on-line). Esse item representa

² Segundo informações de Brasil (2007j), a última movimentação do PLC foi em 12.01.2011.

um avanço em relação à prática atual que é a de utilizar os recursos do setor para pagamento de servidores inativos.

Segundo Santos (2010, p. 12), vários estados não cumprem a EC 29/00 e ainda desoneram o SUS desviando recursos para outros setores, como pagamento dos servidores inativos da saúde, saneamento básico e outros, sob a complacência federal do Executivo, do Legislativo e do Judiciário. Porém, é importante lembrar que anualmente aumenta o número de servidores inativos de todas as áreas, os quais passam a ter seus salários pagos pela previdência social. Ao mesmo tempo, com o aumento da sobrevida no país, os servidores inativos ficam por mais tempo recebendo a aposentadoria. Para que a previdência consiga sustentar esses pagamentos, o país precisa ter, proporcionalmente, uma expressiva quantidade de trabalhadores formais, contribuindo por mais tempo, juntamente com os empregadores, para o INSS. Há de se questionar se os diversos setores deveriam passar a contribuir com determinado percentual para o pagamento de seus inativos. Mas, no caso da saúde, esse percentual não deveria ser somado ao montante de recursos que compõe o mínimo de aplicação em ações e serviços de saúde.

Segundo Dain (2007, p. 1858), é essencial reforçar as vedações, principalmente em relação aos encargos previdenciários e aos gastos com saneamento, pois são áreas onde os governos estaduais deixam de cumprir as determinações da EC 29/00.

“Art. 4º: III – serviços mantidos preferencialmente para o atendimento de servidores ativos e inativos, civis e militares, bem como dos respectivos dependentes e pensionistas” (BRASIL, 2007d, on-line). A aplicação de recursos da saúde com esses serviços iria contra ao princípio da universalidade da atenção.

“Art. 4º: IX – obras de infraestrutura urbana, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde” (BRASIL, 2007d, on-line). Não deveria ser considerado ilegal se parte dos recursos do SUS fosse utilizada para a construção de um novo prédio para o funcionamento da Farmácia Municipal ou de um serviço próprio de Fisioterapia e Reabilitação Física. Porém, aparentemente, isso está contemplado no item IX do art. 3º: ações e serviços públicos de saúde custeados que não os específicos na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos (BRASIL, 2007d).

Segundo Perondi (2007, p. 1), a regulamentação da EC 29/00 é fundamental, pois a União desviou recursos para programas como o “Fome Zero” e os estados

usam o dinheiro para pagar aposentados, obras de restaurante popular, habitação, estradas e saneamento.

Quanto aos percentuais mínimos a serem aplicados pela União, estados, DF e municípios, é importante lembrar que esses percentuais são mínimos e que há liberdade para as três esferas aplicarem mais. Nesse projeto há dois aspectos positivos a serem considerados, quais sejam: a) a retomada da participação do OSS no financiamento do SUS; e b) a desvinculação do percentual à variação nominal do PIB, que gerava prejuízos ao setor em momentos de crise econômica. Segundo Ugá e Santos (2006, p. 1607), a discussão do financiamento do SUS deve ser feita dentro do debate do financiamento da seguridade social. É preciso resgatar o espírito com que foi construído o sistema da seguridade social, pautado pelos princípios de um Estado de Bem-estar Social.

Segundo dados da STN, em 2009 a despesa executada total do MS foi de aproximadamente R\$ 61 bilhões e o total de receitas correntes brutas para o mesmo ano foi de R\$ 839 bilhões. Se, em 2009, as normas para aplicação dos recursos mínimos da União em saúde estivessem de acordo com o PLP nº 01/03, o MS teria disponível para despesas do setor saúde o montante de R\$ 83 bilhões (10% de R\$ 839 bilhões), ou seja, aproximadamente R\$ 22 bilhões a mais (BRASIL, 2009a).

Santos (2010, p. 10-11) afirma que há uma férrea pressão para não aprovação do PLP nº 01/03. Se aprovada a regulamentação conforme dispõe esse projeto, o SUS contaria com aproximadamente: a) 2008: R\$ 59,9 bilhões federais, e não os R\$ 48,4 bilhões dotados, ainda muito aquém dos R\$ 106,6 bilhões federais indicados como mínimo do ADCT; b) 2009: R\$ 69,5 bilhões; c) 2010: R\$ 80,5 bilhões; e d) 2011: 94,3 bilhões.

Quanto ao estabelecimento de convênio ou outros instrumentos congêneres para a movimentação dos recursos da União constantes no parágrafo único do art. 18., há autores que criticam a utilização desses métodos, pois, conforme o texto constituinte, o repasse de recursos deve se dar exclusivamente pelo critério populacional.

[...] a) a descentralização estabelecida pela Constituição da República é essencialmente política, ou político-administrativa; b) sendo política, deve-se concretizar sem nenhum entrave, requisito ou pressuposto administrativo; c) o convênio é um instrumento de descentralização administrativa; d) logo, a efetivação da descentralização política não pode depender de convênio, que é instrumento administrativo de atuação; e) não

se opera a descentralização por convênio, uma vez que a descentralização é política nascida da Constituição da República; f) a Lei Orgânica da Saúde é o instrumento nacional garantidor da unicidade conceitual e operativa do sistema (SANTOS, 1991, p. 15).

Segundo Carvalho (2002, p. 72-73), na prática a transferência de recursos por convênios normalmente possui regras de uso dos recursos e de prestação de contas que burocratizam o sistema, por vezes prejudicando as esferas receptoras. Além disso, o pagamento por produção privilegia os locais onde há mais serviços instalados, prática que não vai ao encontro do princípio da equidade.

Incluiu-se um artigo, nas disposições finais e transitórias, em que se definiu que as infrações aos dispositivos dessa lei configurar-se-ão em ato de improbidade administrativa, conforme a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992,³ sem prejuízo das sanções penais cabíveis, inclusive aquelas previstas no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940;⁴ na Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950;⁵ o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967⁶ (BRASIL, 2007d). A punição aos gestores pelo não cumprimento da EC 29/00 e sua lei complementar deve ser pensada de forma que não haja interrupção das transferências, pois nesse caso a população usuária do sistema é quem será penalizada, indiretamente. Além disso, é necessário que o ente federal também passe por auditorias a fim de se verificar a aplicação dos recursos conforme a legislação e de se punir os responsáveis, quando houver comprovação de fraude ou simples descumprimento das leis.

Para Dain (2007, p. 1863), a reivindicação de financiamento suficiente e sustentável para o SUS reflete a necessidade de o Estado honrar seu compromisso junto à população brasileira e de materializar a saúde como direito social, garantindo a todos o acesso e a utilização de serviços. O gasto em saúde não é sinônimo de desperdício de recursos, mas os gestores da saúde precisam zelar para qualidade de seu gasto e pela racionalização e redução de seus custos, atuando na revisão dos mecanismos de renúncia fiscal e outras formas de financiamento público ao

³ Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências.

⁴ Código Penal.

⁵ Define os crimes de responsabilidade e regula o respectivo processo de julgamento.

⁶ Dispõe sobre a responsabilidade dos Prefeitos e Vereadores, e dá outras providências.

setor supletivo de saúde, a fim de criar contrapartidas e reforçar o papel da regulação estatal sobre o sistema de saúde como um todo.

4.2 PROJETO DE LEI DO SENADO (PLS) Nº 121/07 E PLP Nº 306/08

Além do PLC nº 89/07 há outros dois projetos de lei complementar para regulamentar a EC 29/00, que são o PLS nº 121/07 e o PLP nº 306/08.

O PLS nº 121/07 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, DF e municípios em ações e serviços públicos de saúde; sobre os critérios de rateio dos recursos transferidos; e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2007h).

A proposição é de que a União aplique montante igual ou superior a 10% de suas receitas correntes brutas e define as mesmas como sendo as tributárias, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de contribuições, de serviços e de transferências correntes. 70% dos recursos da União serão distribuídos segundo o coeficiente de sua divisão pelo número de habitantes, independente de qualquer procedimento prévio; 25% dos recursos dos recursos da União serão distribuídos segundo os critérios definidos no art. 35 da Lei nº 8.080/90; 5% serão distribuídos em função de metas pactuadas entre o MS e os demais entes federados, em percentuais inversamente proporcionais à capacidade instalada na unidade federada correspondente (BRASIL, 1990b).

Nesse caso, a determinação da capacidade instalada será calculada através da quantidade e dos valores dos procedimentos realizados no exercício financeiro anterior. Ao menos 15 dos 5% citados anteriormente deverão ser aplicados em ações e serviços básicos de saúde.

A distribuição de parte dos recursos de forma inversamente proporcional à capacidade instalada das unidades federadas é mais adequada do que o simples critério populacional, pois o número de habitantes não representa, necessariamente, o valor ideal de recursos a serem aplicados.

Dos recursos a serem transferidos dos estados para os municípios, 75% serão distribuídos segundo o coeficiente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio, e 25% segundo os critérios

definidos no art. 35 da Lei nº 8.080/90. Ao menos 50 dos 25% citados anteriormente deverão ser aplicados em ações e serviços básicos de saúde (BRASIL, 1990b).

Quanto aos percentuais mínimos a serem aplicados pelos estados, DF e municípios, permanecem os estabelecidos no art. 77 do ADCT (BRASIL, 2007h).

São consideradas ações básicas de saúde as seguintes (BRASIL, 2007h, on-line):

- I – assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério;
- II – acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantis;
- III – vacinações constantes do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
- IV – ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças;
- V – tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- VI – atendimento das afecções agudas de maior incidência;
- VII – atendimento das doenças crônicas de alta prevalência;
- VIII – tratamento clínico e cirúrgico de pequenas urgências ambulatoriais;
- IX – tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes;
- X – tratamento das doenças bucais de maior incidência;
- XI – dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica;
- XII – inspeção sanitária de:
 - a) comércio de alimentos;
 - b) abatedouros;
 - c) creches e estabelecimentos de ensino;
 - d) terminais rodoviários;
 - e) água para consumo humano;
 - f) terrenos baldios;
- XIII – investigação, notificação e bloqueio de casos, surtos e epidemias de doenças sujeitas à vigilância epidemiológica.

No parágrafo único desse artigo, definiu-se que o elenco das ações básicas poderá ser ampliado, sempre que houver necessidade e que a mesma decorra de proposição da comissão intergestores e seja aprovada pelo conselho de saúde (BRASIL, 2007h).

Tanto a definição das ações básicas de saúde quanto a possibilidade de inclusão de novos itens no elenco são muito apropriadas, tendo em vista as diferenças de perfil epidemiológico de região para região e para que os recursos não sejam desviados de sua destinação original.

A justificativa para essa lei complementar faz referência, além de outras, à necessidade de se definir o que são ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2007h). Porém, essa definição já foi dada na Resolução nº 322/03 do CNS (BRASIL, 2003b) e parece ter sido ignorada na elaboração desse projeto. Também se argumenta que a adoção da base populacional para o rateio dos recursos tem como

objetivo fundamental a redução das disparidades regionais identificadas na atual sistemática, sem se destacar que atualmente a parte fixa do PAB já é calculada por esse método e a equidade ainda não foi alcançada.

Em 24 de outubro de 2007 a Comissão de Assuntos Sociais propôs alterações, abaixo comentadas.

Inclusão de um parágrafo relativo à aplicação dos percentuais mínimos pelos estados, que possibilita a elevação gradual desse percentual até o ano de 2011 para os estados que estejam aplicando percentual inferior a 12%. Da mesma forma, foi proposta a inclusão de um parágrafo relativo à aplicação dos percentuais mínimos pelos municípios, que possibilita a elevação gradual desse percentual até o ano de 2011 para os municípios que estejam aplicando percentual inferior a 15% (BRASIL, 2007f). É uma proposição razoável, se deixarmos de lembrar que os percentuais mínimos de aplicação continuam sendo os mesmos determinados pela EC nº 29/00 e que essa possibilidade já havia sido oferecida aos estados e municípios em 2000. Sendo assim, o conteúdo das proposições é excessivamente permissivo aos entes federados.

Quanto aos percentuais mínimos a serem aplicados pela União, também se incluiu um parágrafo permitindo que a equalização seja atingida progressivamente, até o exercício de 2011 (BRASIL, 2007f). Como a União passará a aplicar um percentual maior do que atualmente, a proposição parece adequada, mas tendo em vista o histórico de descumprimento da legislação desde a CF 1988, vale a mesma crítica feita no item anterior.

Quanto ao rateio dos recursos da União a serem transferidos aos estados, DF e municípios e dos recursos dos estados a serem transferidos aos municípios, incluiu-se o critério das necessidades de saúde da população, conforme as dimensões epidemiológica, socioeconômica, espacial, a capacidade de oferta das ações e serviços de saúde e as desigualdades regionais (BRASIL, 2007f).

Assim como na PLC nº 89/07, incluiu-se um parágrafo definindo que a distribuição de recursos para investimentos será feita de forma inversamente proporcional à capacidade da rede de assistência de saúde de cada estado (BRASIL, 2007f).

Retirou os artigos 20 e 21 que definem quais as ações e serviços básicos de saúde que poderiam ser custeadas com os recursos de que tratam essa lei

complementar (BRASIL, 2007f). Essa proposição é inadequada, pois não apresenta outra fonte que defina o que são ações e serviços de saúde.

Altera o parágrafo 4º do art. 29, definindo que o órgão responsável pela administração do sistema de registro eletrônico centralizado das informações referentes aos orçamentos públicos de saúde comunicará, sempre que for verificado o descumprimento das disposições previstas nessa lei, ao chefe do Poder Executivo do ente da federação envolvido, ao respectivo conselho de saúde, ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), ao MS, à CGU e ao Tribunal de Contas com jurisdição no território do ente da Federação, para adoção das medidas cabíveis (BRASIL, 2007f). O cumprimento das disposições legais deve ser verificado diretamente pelos órgãos citados na proposição, principalmente os conselhos de saúde, o DENASUS, a CGU e o Tribunal de Contas, enquanto que o órgão responsável pelo sistema tem outras atribuições, como o acompanhamento da remessa, organização, veracidade dos dados, entre outros.

Em 02 de outubro de 2007 a Comissão de Assuntos Econômicos propôs, dentre outras, as alterações abaixo comentadas.

Altera o art. 2º, que se refere ao percentual mínimo de aplicação de recursos pela União, retomando o critério semelhante ao da EC 29/00:

A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao empenhado para essa finalidade no exercício financeiro anterior acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida entre os dois exercícios financeiros imediatamente anteriores ao que se refere a lei orçamentária (BRASIL, 2007e, p. 16).

A proposição não oferece melhora da situação atual, ou seja, não permite maior estabilidade e maior percentual de recursos para a saúde.

Inclui um parágrafo ao art. 10, que se refere às despesas que serão consideradas para efeito de cálculo dos recursos mínimos, com a seguinte definição:

[...] na eventualidade de aplicação em ações e serviços de saúde de valores abaixo do mínimo estipulado por essa lei em um determinado exercício, a diferença entre o mínimo previsto e o valor efetivamente aplicado, em valores absolutos, deverá ser compensada nos exercícios subsequentes,

conforme disposto em regulamento, sem prejuízo da aplicação de sanções aos gestores, nos termos da legislação vigente. (BRASIL, 2007e, p. 22).

A proposição é totalmente adequada, pois os recursos não aplicados em um determinado exercício significam consultas médicas não realizadas, serviços de diagnóstico e terapia não oferecidos, cirurgias eletivas adiadas, entre outros, e que precisam ser compensadas a fim de se evitar o agravamento dos problemas de saúde da população.

Altera o art. 15, definindo que os critérios para distribuição dos recursos da União aos demais entes federados basear-se-ão nas quotas de distribuição do FPE e do FPM, que são definidos pelo Tribunal de Contas da (BRASIL, 2007e). Alterou o art. 33 definindo que todo o art. 35 da Lei nº 8.080/90 fica revogado (BRASIL, 2007e). A proposição é inadequada, uma vez que os critérios do rateio dos recursos presentes no art. 35 são mais específicos que os propostos na alteração da CAS, realizada em 24 de outubro de 2007, já citada anteriormente.

Quanto ao art. 18, que se refere às ações e serviços públicos de saúde que poderão ser custeados com os recursos de que trata essa lei complementar, a Comissão de Assuntos Econômicos fez as proposições abaixo comentadas.

Acrescentou o item saneamento básico em municípios com até 50.000 habitantes. (BRASIL, 2007e). A proposição é inadequada, pois o saneamento básico é um determinante de saúde, e não uma ação de saúde.

Acrescentou o item construção, ampliação e reforma de estabelecimentos de saúde do SUS (BRASIL, 2007e). A proposição é adequada, pois essas são ações de saúde.

Acrescentou os itens ações de informação e educação para a saúde e serviços de saúde penitenciários (BRASIL, 2007e). A proposição é adequada, pois a educação em saúde é o caminho mais curto para a prevenção das doenças e promoção da saúde. Quanto aos serviços de saúde penitenciários, a proposição afirma o princípio da universalidade do acesso à saúde, prevista no art. 194 da CF 1988.

Quanto ao art. 19, que se refere às ações e serviços públicos de saúde que não poderão ser custeados com os recursos de que trata essa lei complementar, a Comissão de Assuntos Econômicos fez as proposições abaixo comentadas.

Alterou o item pagamento de aposentadorias e pensões, ressalvada, quando servidores da saúde, a complementação resultante da diferença entre a contribuição previdenciária arrecadada e o gasto com pagamento de aposentadorias e pensões. (BRASIL, 2007e). A proposição é inadequada, pois, a partir do momento que o trabalhador se aposenta, sua remuneração é responsabilidade exclusiva da previdência social.

Alterou o item limpeza urbana e remoção de resíduos, ressalvada a remoção do lixo hospitalar. (BRASIL, 2007e). A proposição é inadequada, pois a remoção do lixo hospitalar é um determinante de saúde, e não uma ação de saúde.

Retirou o item ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nessa lei ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde (BRASIL, 2007e). A proposição é adequada, pois há diversas ações de saúde que são custeadas com recursos diversos dos definidos nessa lei e na própria Resolução nº 322/03 do CNS (BRASIL, 2003b). Como exemplo disso, pode-se citar os tratamentos de saúde e as internações hospitalares custeadas pelos municípios e motivadas por ordens judiciais.

No texto final da PLS nº 121/07, o percentual a ser aplicado pela União ficou com o critério do mínimo de 10% da totalidade das receitas correntes brutas, incluindo outras receitas correntes, constantes no anexo da lei orçamentária anual, referente às receitas do orçamento fiscal e da seguridade social, excluídas as restituições tributárias. O percentual dos recursos a ser aplicado deveria evoluir, no mínimo, 8,5% em 2008, 9% em 2009, 9,5% em 2010 e 10% em 2011 (BRASIL, 2008f).

Quanto à transferência dos recursos, o texto final ficou com um artigo novo que define que o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito no exercício seguinte àquele em que houver o descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos. Além disso, incluiu-se um parágrafo a esse novo artigo possibilitando que o percentual que deixou de ser aplicado poderá ser dividido em cotas (BRASIL, 2008f). É uma concessão aparentemente adequada, porém se o ente federado não conseguiu aplicar o percentual mínimo num mês, conseguirá ele aplicar no mês subsequente o percentual mínimo mais uma parcela da dívida do mês anterior?

Outro novo artigo que ficou no texto final refere-se à punição para as infrações dos dispositivos dessa lei. Assim como na PLC nº 89/07, as infrações

serão punidas segundo o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940; a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950; o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967; a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992 e demais normas da legislação pertinente (BRASIL, 2008f).

Em 04 de junho de 2008 o PLS nº 121/07 foi aprovado no Senado Federal e encaminhado à Câmara dos Deputados para fins de revisão e recebeu nova numeração, tornando-se o PLP 306/08.

A Comissão de Finanças e Tributação propôs uma importante e complexa alteração no projeto, que é a instituição da Contribuição Social para a Saúde (CSS), incidente sobre a movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira como fonte adicional aos recursos que devem ser aplicados anualmente em ações e serviços públicos de saúde por parte apenas da União (BRASIL, 2008d).

Em parágrafo exclusivo, definiu-se que poderão ser considerados como movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira: “[...] qualquer operação liquidada ou lançamento realizado pelas instituições referidas no art. 12⁷, que representem circulação escritural ou física de moeda, e de que resulte ou não transferência de titularidade dos mesmos valores, créditos e direitos” (BRASIL, 2008d, p. 18).

Também se definiu que as ações e serviços públicos de saúde custeados com os recursos da CSS serão considerados despesas próprias da União e que o montante total correspondente à arrecadação da nova contribuição será destinado, exclusivamente, para ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2008d).

São detalhados em artigos nesta lei complementar os seguintes aspectos relacionados à CSS: o fato gerador da CSS; em que movimentações ela não incide; quem são os contribuintes e as responsabilidades de retenção e recolhimento; a base de cálculo; a alíquota e período de apuração e a administração da contribuição (BRASIL, 2008d).

O percentual de recursos a serem aplicados pela União será calculado através do valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido de, pelo menos, o percentual correspondente à variação nominal do PIB, ocorrida entre os

⁷ Bancos comerciais, bancos múltiplos com carteira comercial e caixas econômicas.

dois exercícios financeiros imediatamente anteriores ao ano a que se refere a lei orçamentária (BRASIL, 2008d).

Outras alterações foram propostas em relação ao texto inicial da PLS nº 121/07. Seguem abaixo os pareceres para cada uma delas, dados em 10 de junho de 2008.

A Emenda nº 1, Substitutiva Global, propõe a manutenção do texto dado ao § 4º do art. 2º do PLP nº 306/08⁸ como veio do Senado. O voto foi pela rejeição, pois essa emenda é inadequada orçamentária e financeiramente, contraria a legislação fiscal e a lei complementar nº 101/00⁹ (BRASIL, 2008e).

A Emenda nº 2 propõe a incorporação do texto aprovado no Senado e pretende dar outra redação ao § 1º do art. 35 da Lei nº 8.080/90¹⁰, mantendo o seu caput. O voto foi pela rejeição (BRASIL, 1990b).

A Emenda nº 3 propõe a inclusão do art. 64 para estabelecer punições aos gestores de saúde pelo descumprimento dessa lei complementar. A proposição foi acatada*.

A Emenda nº 4 propõe suprimir do art. 11 a expressão “observadas as diferenças metodológicas dos respectivos normativos”. A proposição foi acatada (BRASIL, 2008e).

A Emenda nº 5 propõe a inclusão do inciso VII ao art. 13, com o objetivo de excluir as pessoas físicas que atuam na Agricultura Familiar. O voto foi pela rejeição, pois o Programa Nacional de Agricultura Familiar (PRONAF) já é um programa subsidiado (BRASIL, 2008e).

A Emenda nº 6 propõe a inclusão de um artigo instituindo o Imposto Extraordinário Sobre o Lucro Líquido das Instituições Financeiras (IESLLIF), correspondente a 15% do lucro líquido apurado por essas instituições ao final de cada exercício financeiro. O voto foi pela rejeição da emenda, pois a substituição da CSS por esse novo tributo geraria incerteza na estabilidade do aporte de recursos para a saúde (BRASIL, 2008e).

A Emenda nº 7 propõe a substituição da redação do art. 35, sobre a definição de critérios de transferência do FNS. A proposição foi acatada (BRASIL, 2008e).

⁸ Refere-se às ações e serviços públicos de saúde que não poderão ser consideradas como despesas, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta lei complementar.

⁹ Lei da Responsabilidade Fiscal.

¹⁰ Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independente de qualquer procedimento prévio.

A Emenda nº 8 propõe a substituição da redação do art. 5º dessa lei complementar. A proposição foi acatada (BRASIL, 2008e).

Emenda nº 9 propõe a substituição da redação do § 1º do art. 36 do Substitutivo. O voto foi pela rejeição, pois essa matéria está regulada na Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990a).

A última movimentação do PLP nº 306/08 foi a apresentação de requerimento para inclusão na Ordem do Dia, da Câmara dos Deputados, em 22 de fevereiro de 2011.

4.3 PLS Nº 156/07

Em 28 de março de 2007 foi apresentado o PLS nº 156, que propõe a regulamentação do § 3º do art. 198 na CF 1988 que, por sua vez, trata dos recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2007i).

Quanto aos recursos mínimos a serem aplicados anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, o projeto propõe o percentual de 18% da receita corrente líquida. Os estados, DF e municípios continuarão aplicando o mesmo percentual estabelecido na EC 29/00 (BRASIL, 2000). É adequado aumentar o percentual a ser aplicado em relação às demais propostas de regulamentação, pois a base de cálculo mudou para receita corrente líquida.

A transferência dos recursos ocorrerá através dos fundos de saúde, de forma regular e automática, em conformidade com as cotas previstas na programação e cronograma elaborados pelo MS e aprovados pelo CNS. Fica dispensada a celebração de convênio ou de outros instrumentos jurídicos, mas, em situações excepcionais, as transferências poderão ocorrer através desses instrumentos (BRASIL, 2007i).

O rateio dos recursos se dará segundo o critério das necessidades da população, levando-se em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2007i).

O elenco de ações e serviços públicos de saúde que poderão ser custeadas com os recursos de que trata essa lei é semelhante ao da Resolução nº 322/03 do

CNS, exceto pela inclusão do item investimentos na rede física do SUS, que incluem obras de manutenção, reformas, ampliação e construção de estabelecimentos de saúde. O elenco de ações e serviços públicos de saúde que não poderão ser custeadas com os recursos de que trata essa lei também é semelhante ao da Resolução nº 322/03 do CNS (BRASIL, 2003b).

Assim como os demais projetos de regulamentação da EC 29/00, o PLS nº 156/07 também propõe punição para as infrações, citando as seguintes legislações: Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940; a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950; o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967; a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992 e demais normas da legislação pertinente (BRASIL, 2007i).

Se aprovado, o PLS nº 156/07 revogará o § 1º do art. 35 da lei nº 8.080/90 e o § 1º do art. 3º da lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990a).

Em 25 de março e em 07 de julho de 2010 a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania votou pela aprovação da PLS nº 156/07. Em 12 de janeiro de 2011 o projeto foi para a Comissão de Assuntos Econômicos, onde atualmente aguarda a designação do relator (BRASIL, 2007i).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde 1988 a assistência à saúde é parte da seguridade social e conforme a Constituição Federal, sendo definida como direito dos cidadãos e dever do Estado. Mas o provimento adequado dessa assistência vem sendo um desafio para o país, pois o SUS é um sistema complexo, e o Brasil é um país muito populoso. Através deste estudo, buscou-se avaliar o sistema de financiamento do SUS desde a sua constituição até as propostas atuais do governo para a melhoria do provimento de recursos.

O histórico do sistema de saúde mostra que originariamente o acesso aos serviços de saúde era um privilégio de pessoas ricas (setor privado), de assalariados seletos (planos de saúde) e de pagantes da previdência (serviços públicos). Nesses casos, o financiamento baseava-se em contribuições individuais ou de grupos de trabalhadores. Em destaque, configuraram-se a criação das CAP, posteriormente dos IAP e, em 1972, com a agregação dos IAP, constituiu-se o INPS. Às pessoas que não faziam parte desses grupos restava a assistência à saúde em forma de caridade, prestada pelas Santas Casas de Misericórdia.

Até a década de 1980, os prestadores de serviços de saúde pertenciam basicamente à iniciativa privada, a qual se expandia devido à contratação pelo próprio governo. Nessa época, o país tentou implantar diversos planos de estabilização macroeconômica que focalizavam o equilíbrio da balança de pagamentos e produziam uma contração da demanda, da oferta de emprego e do valor dos salários. O efeito era o empobrecimento da população e a diminuição de recursos para o financiamento das políticas sociais. A diminuição dos postos de emprego reduzia o número de contribuintes da previdência e o montante total das contribuições, enquanto aumentava o número de pessoas totalmente desassistidas em termos de saúde e previdência social.

Apesar de terem sido constituídas de formas elitista, as práticas da época serviram de estímulo à transformação do sistema. Internacionalmente, por exemplo, estava se constituindo uma nova maneira de olhar as organizações, dando preferência para a liberdade e diferenciação do indivíduo, o qual se torna o centro das atenções em contrapartida às associações. No campo social, isso significa dizer

que os indivíduos deveriam ter o poder de escolha dos bens e serviços que iriam consumir, e, com isso, as políticas sociais passariam a ser direcionadas àqueles indivíduos que não possuíam a capacidade de fazer essas escolhas.

No Brasil, eventos como a criação do CONASP, das AIS, a ocorrência da VIII Conferência Nacional de Saúde, a criação da CNRS e a transformação das AIS em SUDS foram determinantes para o início de uma nova forma de pensar a assistência pública à saúde e deram origem a um embrião do SUS. A concepção legal do SUS ocorreu através da CF 1988 e o sistema somente foi regulamentado dois anos após, com a promulgação das Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. Essas leis tratavam, respectivamente, da organização básica das ações e serviços de saúde quanto à direção e gestão, da competência e atribuições dos três níveis de governo; e das disposições legais para a participação social e as formas e condições das transferências intergovernamentais.

Na CF 1988 foram definidos como princípios do SUS a universalidade do acesso; a equidade na forma de participação do custeio; o caráter democrático e descentralizado da gestão, com participação de trabalhadores, empregadores, aposentados e governo; a descentralização com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral e a participação da comunidade. A universalidade do acesso é o princípio que mais favorece a população usuária do sistema, apesar de a demanda por serviços de saúde ser muito superior à oferta.

Conforme a CF 1988, o SUS deveria ser financiado por toda a sociedade de forma direta ou indireta, mediante recursos dos orçamentos da União, estados, municípios e de contribuições sociais, como a folha de salários, a receita e o lucro. O princípio da diversidade da base de financiamento e da solidariedade contributiva tinha como objetivo que um maior número de pessoas pudesse contribuir e que houvesse uma garantia de constância no financiamento da área da saúde pública. Em termos de quantidade, somente foi definido um percentual mínimo de aplicação para a União, ou seja, 30% dos recursos da seguridade social. A constituição do SUS e seus princípios refletem, além da necessidade de assistência à saúde, o desejo do país por uma democracia que não existia no regime militar, período imediatamente anterior à CF 1988. Pois, numa democracia o poder emana do povo e dentre as diretrizes do SUS (item III do art. 198 da CF 1988) está contemplada a participação da comunidade na organização do sistema.

Quanto às atribuições do SUS, constantes no art. 200 da CF 1988, é possível verificar que houve uma adequada preocupação com as diversas variáveis relacionadas à saúde humana, como o meio ambiente, o ambiente de trabalho, a ingestão alimentar e o consumo de medicamentos, por exemplo.

Quanto aos objetivos do SUS, constantes no art. 5º da Lei nº 8.080/90, determinou-se corretamente que se deve partir do conhecimento da população a ser assistida, ou seja, de um diagnóstico. Na sequência devem ser elaboradas políticas de saúde que contemplem ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990b).

Em resumo, os princípios, as atribuições e os objetivos do SUS visam a promover a liberdade das três esferas de governo para atuar conforme as necessidades de saúde de sua população, desde o nível de promoção da saúde até a sua recuperação.

A partir de 1991, o SUS contou com uma série de regulamentações complementares a fim de dar solidez aos seus princípios organizacionais. A primeira delas foi a NOB 91, que tratava da nova política de financiamento do SUS para o ano de 1991 e seu objetivo era fornecer instruções aos gestores para a implantação, a operacionalização, o controle e a avaliação do sistema. Na prática, a NOB 91 teve pouco espaço para se firmar devido à intensa atuação do INAMPS, que era o responsável pela assistência à saúde antes da constituição do SUS.

Quanto ao financiamento, a NOB 91 determinou a criação dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e a criação do SIHSUS e SIASUS como forma de normatização dos pagamentos aos prestadores de serviços de saúde hospitalar e ambulatorial. O critério de distribuição das autorizações de internação hospitalar passou a ser dimensionado pelo número de habitantes, o qual é mais adequado em comparação ao critério da produção de serviços. Para os atendimentos ambulatoriais, o cálculo do teto também passou a se basear no critério populacional. Apesar disso, o pagamento dos prestadores de serviços continuou sendo feito pelo critério da produção, o que era injusto com as regiões que não possuíam uma rede bem estruturada. As transferências dos recursos passaram a se dar através do estabelecimento de convênios entre as três esferas de governo, o que despertou críticas por se tratar de um instrumento administrativo utilizado para efetivar uma descentralização política e por burocratizar as transferências. Duas das determinações mais importantes da NOB 91 foram as seguintes: enquanto não

houvesse regulamentação para o art. 35 da Lei nº 8.080/90, o cálculo do montante de recursos teria como único o critério populacional, e os governos estaduais e municipais deveriam alocar no setor saúde, no ano de 1991, um mínimo de 10% da arrecadação de seus impostos. Pela primeira vez foi definido um percentual mínimo de aplicação para os estados e municípios.

Em 1992 a NOB 92 definiu uma base operacional para o SUS através da explicitação e clarificação do papel a ser assumido por cada esfera de governo em termos de planejamento, auditoria, controle e avaliação. Foi uma necessidade, pois com a experiência da NOB 91 pode-se perceber que os estados e municípios encontraram diferentes dificuldades para implantar as definições legais, ou seja, o país tinha um SUS em diferentes estágios de implantação nas diversas regiões. Durante a vigência da NOB 92 ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema a municipalização como caminho para o adequado funcionamento do SUS.

Quanto ao financiamento, a NOB 92 determinou a criação de fatores de incentivo aos estados e municípios, mas, segundo Andrade (2007, p. 59), essa determinação nunca saiu do papel. Uma das mais importantes determinações da NOB 92 foi a de que se deveriam alocar os recursos do INAMPS para a constituição do FNS. Era uma forma de extinguir totalmente o antigo sistema.

Em 1993 a NOB 93 veio para regulamentar o processo de descentralização da gestão dos serviços de saúde, ou seja, do processo de municipalização. Além disso, a norma estabeleceu os mecanismos de financiamento das ações de saúde e dos investimentos no setor, especificamente os relativos à assistência ambulatorial e hospitalar. A partir dessa norma, os estados e municípios poderiam se habilitar, segundo a sua capacidade de gestão, nas seguintes formas: gestão incipiente, gestão parcial e gestão semiplena.

Quanto ao financiamento, a NOB 93 substituiu os fatores de incentivo da NOB 92 por outros, os quais seriam repassados aos estados e municípios habilitados nas formas de gestão existentes. Segundo Andrade (2007, p. 59), os novos repasses também deixaram de ser implementados sob alegação do MS de que não havia recursos para tal. É importante recordar que em 1992 eclodiu uma grande crise no financiamento da saúde, a qual se agravou com a determinação do Ministro da Previdência Social da interrupção permanente do repasse de parte dos recursos da folha de pagamentos para a saúde, o que violava a própria CF 1988.

Outro importante fato que aconteceu no país, já em 1994, foi a criação do Plano Real, e, com o agravamento da crise da saúde, começaram a surgir propostas de emendas à Constituição a fim de vincular mais recursos para o setor, sendo a PEC nº 169 de 1993 a principal delas. Ainda em 1994, foi promulgado o Decreto nº 1.232 (BRASIL, 1994), que dispunha sobre as condições e a forma de repasse regular e automática de recursos do FNS aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, o que foi uma determinação adequada, já que não poderiam mais ser celebrados convênios para efetuar as transferências. O que não agradou o setor saúde naquele ano, e não agrada até hoje, foi a criação do Fundo Social de Emergência, atual DRU, que permite a utilização livre de 20% das receitas de impostos e contribuições, pelo governo federal. Como os recursos da saúde provêm das receitas de impostos e contribuições, o SUS ficou prejudicado mais uma vez.

A falta de recursos para a saúde determinou a criação da CPMF, que até a aprovação estava definida como exclusiva para a saúde. Porém, a destinação exclusiva de uma contribuição ou imposto é inconstitucional, e a CPMF, após sua aprovação, teve seus recursos compartilhados entre a saúde e a previdência social. Além disso, após a aprovação da nova contribuição, o percentual da COFINS e da CSLL que cabia à saúde foi diminuído. Na prática, não houve aumento dos recursos para a saúde, mas a CPMF continuou vigorando até o ano de 2007.

Em 1996 a NOB 96 teve como finalidade a consolidação do pleno exercício da função dos municípios como gestores da atenção à saúde, com as redefinições das responsabilidades das três esferas de governo. Além disso, a norma pretendia induzir à conformação de um novo modelo de atenção à saúde, focado na direção única de cada esfera de governo (determinação já contida na Lei nº 8.080/90) e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços. Diferentemente das demais normas, a NOB 96 lembrou da importância do papel das famílias, comunidades e dos próprios indivíduos na promoção, proteção e recuperação da saúde. Atualmente, é possível verificar que essa preocupação está estampada, por exemplo, no estímulo às ações individuais de combate à dengue. Como exemplo da não execução do autocuidado podemos citar a adoção de práticas de risco à saúde como o tabagismo e a relação sexual desprotegida. Em relação às formas de gestão, os estados poderiam se habilitar na gestão plena do sistema estadual e na gestão avançada do sistema estadual. Já os municípios poderiam se habilitar na gestão plena da atenção básica e na gestão plena do sistema municipal.

Quanto ao financiamento, a NOB 96 deu continuidade ao repasse regular e automático de recursos e determinou a criação do PAB, que seria calculado exclusivamente pelo critério populacional. Essa é uma determinação que permanece em vigor até hoje. As ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de controle de doenças passaram a ter recursos exclusivos pela primeira vez, e uma das mais importantes determinações da NOB 96 foi a de que o SUS deveria ser ressarcido pelo atendimento prestado para beneficiários de planos e seguros de saúde privados. O que chama a atenção atualmente é que esse ressarcimento não vem ocorrendo em sua totalidade e com a devida agilidade.

A PEC nº 169 de 1993, citada anteriormente, foi aprovada em 2000 como Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000), a qual determinou, entre outros, o percentual mínimo de recursos a serem aplicados na saúde para a União, estados, DF e municípios. Essa emenda teria sido um importante avanço para o setor saúde se os percentuais definidos fossem efetivamente aplicados pela União e pelos estados, já que grande parte dos municípios já aplicava o percentual mínimo definido. Dentre os motivos pelo qual a União deixou de aplicar o percentual mínimo, destaca-se a diferença de interpretação entre o MS e o MF quanto ao ano base utilizado para a realização do cálculo. Além disso, a vinculação de um percentual da variação do PIB nominal não permite a estabilidade do provimento de recursos desejada pelo setor. Quanto aos estados, é importante destacar que dois dos entes federados que menores percentuais aplicam na saúde são o Paraná e o Rio Grande do Sul. Outro aspecto negativo da EC nº 29/00 foi a falta de definição das ações e serviços de saúde que poderiam ser financiados com os recursos mínimos, e, para tanto, em 2003 foi aprovada a Resolução nº 322 do CNS. Além disso, a resolução também definiu as ações que não poderiam ser financiadas com esses recursos, sendo que dentre elas estão o saneamento básico, a assistência à saúde para clientelas fechadas e a merenda escolar. Mesmo assim, alguns gestores ainda computam essas e outras ações no cálculo do percentual mínimo de recursos a ser aplicado.

Ao fim do ano de 2000, apesar das diversas transformações que ocorreram com o SUS, apenas oito estados encontravam-se habilitados em uma das formas de gestão propostas pela NOB 96 e havia diversos obstáculos que impediam a efetiva descentralização do sistema, como a dificuldade de se definir adequadamente as

responsabilidade de gestão de estados e municípios e a base do financiamento na lógica da oferta e produção de serviços.

Em 2001 foi aprovada uma nova minuta de regulamentação do processo de regionalização do SUS e uma resolução que estabelecia os seus princípios norteadores. A NOAS 01 teve como objetivo principal a promoção do aumento da equidade em relação à distribuição dos serviços de saúde e ao acesso da população aos mesmos, em todos os seus níveis de atenção. Quanto às formas de gestão, a NOAS 01 permitia que estados se habilitassem na gestão plena do sistema estadual ou na gestão avançada do sistema estadual. Já os municípios poderiam se habilitar na gestão plena da atenção básica ampliada ou na gestão plena do sistema municipal.

Em 2002, a detecção de entraves no estabelecimento do comando único do SUS sobre os prestadores de serviços de saúde motivou a aprovação da NOAS 02, a qual manteve as diretrizes organizativas da NOAS 01 e procurava oferecer alternativas à superação desses entraves.

Dentre os motivos para os quais as normas operacionais não surtiram os efeitos desejados, podemos citar a manutenção do sistema de financiamento baseado na produção de serviços; a não transformação do modelo de atenção à saúde que deveria se basear primeiramente na promoção e proteção da saúde, e, conseqüentemente, na sua recuperação; e a crescente demanda por serviços de saúde, que é consequência, dentre outros, do simples aumento da população brasileira.

Na contínua tentativa de tornar o SUS efetivamente universal, com oferta de assistência integral à saúde e com financiamento equânime, em 2006 implantou-se o Pacto pela Saúde. Dentre os principais objetivos do Pacto estão o alcance de maior efetividade, eficiência e qualidade das ações de saúde e o estabelecimento de um compromisso entre os gestores do SUS quanto às necessidades de saúde da população brasileira. Ao assumir o Pacto, os gestores passam a ter seis prioridades de atuação, dentre as quais se destacam a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento da capacidade de resposta a doenças emergenciais e endêmicas e o fortalecimento da atenção básica.

Os serviços de saúde oferecidos e custeados pelo SUS contemplam a maioria das necessidades da população, pois vão desde a consulta médica em atenção básica até a realização de transplantes de órgãos. Porém, pode-se perceber que a

forma de acesso aos serviços ofertados precisa ser melhorada a fim de tornar o sistema realmente equânime e integral.

Quanto ao financiamento, o Pacto pela Saúde tem como objetivo propor a regulamentação do financiamento e das transferências de recursos federais na forma de blocos, sendo que os recursos destinados a um determinado bloco somente poderão ser aplicados nas ações que o compõe. Trata-se de uma forma sistemática de regulamentar o financiamento, porém quando os recursos são escassos, o desvio de valores de um bloco para outro se torna uma alternativa para os gestores. Santos (2008, p. 2012) afirma que o Pacto pela Saúde é coerente com as diretrizes constitucionais, mas com o subfinanciamento do sistema as ações ficam ameaçadas. Atualmente, estados e municípios não podem mais se habilitar nas diversas formas de gestão propostas pelas NOB, mas podem optar, ou não, pela assinatura do Pacto.

As fontes de financiamento do SUS já não mais respeitam totalmente a determinação da CF 1988, pois uma das fontes do orçamento da seguridade social, a contribuição sobre a folha de pagamento, passou a ser exclusiva da previdência social. Outras fontes, como a CSLL e a COFINS, não têm seu percentual aplicado exclusivamente na saúde e a maioria dos governos estaduais não aplica o percentual mínimo definido na EC nº 29/00. O governo federal também não aplica o percentual definido na EC nº 29/00, pois há divergências de entendimento entre o MS e o MF no que se refere ao ano que deve considerar o percentual do PIB. Apesar disso, o princípio da diversidade e solidariedade continua sendo respeitado.

Como as determinações da EC nº 29/00 referiam-se até o ano de 2004 e não resolveram a falta de recursos para a saúde, desde 2003 iniciou-se a discussão de alguns projetos de lei complementar, tendo como destaque o PLP nº 01/2003 (BRASIL, 2003a). Esse projeto traz uma proposta diferenciada para a aplicação dos recursos da União, que é o percentual mínimo de 10% sobre as receitas correntes brutas. Segundo dados da STN, essa nova metodologia representaria no ano de 2009 um acréscimo de aproximadamente R\$ 22 bilhões para a saúde. Quanto aos percentuais de estados e municípios, o projeto não sugere modificações.

O PLP nº 01/2003 (BRASIL, 2003a) foi aprovado na Câmara dos Deputados e, atualmente, está tramitando no Senado Federal com o nome de PLS nº 89/2007. Já são oito anos de discussões e tentativas de aprovação de medidas que garantam a aplicação de recursos suficientes para o SUS, porém a sustentabilidade do

sistema também depende de: a) normatizações que visem à racionalização dos recursos, como a adoção de protocolos clínicos, por exemplo; b) profissionais mais bem valorizados, engajados e qualificados, principalmente na atenção básica, que é a porta de entrada para o sistema; e c) acima de tudo, o SUS depende da educação em saúde da população, tanto no autocuidado quanto no conhecimento do sistema para contribuir com sugestões viáveis de melhoria. Todas as novas propostas de regulamentação da EC nº 29/00 e de financiamento do sistema repercutem em aumento dos recursos a serem aplicados na saúde, porém acima de tudo é necessário que as determinações legais sejam rigorosamente seguidas.

REFERÊNCIAS

AFONSO, J. R.; CASTRO, K. P. Gasto social no Brasil pós 1988: uma análise sob a ótica da descentralização fiscal. **Revista de Política, Planejamento e Gestão da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 34-56, jul./set. 2009.

ANDRADE, L. O. M. A situação do financiamento à luz das normas operacionais básicas. In: ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. **SUS passo-a-passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 51-101.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. Pacto pela saúde: o SUS pós-NOB. In: _____. **SUS passo-a-passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 133-40.

ANDRADE, L. O. M.; MARTINS JÚNIOR, T. Regulamentação da NOB-SUS 01/96. In: ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. **SUS passo-a-passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 103-18.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Análise da Seguridade Social em 2006**. Abr. 2007. Disponível em: <<http://www.nap.coppe.ufrj.br/2007/v1/arquivos/an2006.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2011.

BALLINGER, G. Refining estimates of public health spending as measured in national health expenditure accounts: the Canadian experience. **J Public Health Management Practice**, v. 13, n. 2, p. 115-120, 2007. Disponível em: <<http://journals.lww.com>>. Acesso em: 7 jan. 2011.

BARROS, E. **Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n. 4). Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 29 dez. 2010.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1998/lei-9656-3-junho-1998-353439-normaatualizada-pl.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2009.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei Complementar nº 01, de 18 de março de 2003a**. Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal. Diário da Câmara dos Deputados. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/dc_20.asp?selCodColecaoCsv=D&DataIn=18/3/2003&txpagina=7028&altura=700&largura=800>. Acesso em: 27 out. 2009.

_____. Câmara dos Deputados. **Subemenda substitutiva às emendas de plenário e ao substitutivo da Comissão de seguridade Social dos Projetos de Lei Complementar nº 1/2003, nº 159/2004 e nº 181/2004, de outubro de 2007a**. Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/519099.pdf>>. Acesso: 5 mar. 2011.

_____. Controladoria Geral da União. Orçamento fiscal e da seguridade social. **Prestação de contas do presidente da República**, 2007b. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/PrestacaoContasPresidente/2007/Tomo_I/arquivos/partelll/III.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2011.

_____. Controladoria Geral da União. Orçamentos fiscal e da seguridade social. **Prestação de contas do presidente da República**, 2008a. Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/PrestacaoContasPresidente/2008/Partelll/3.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2011.

_____. Controladoria Geral da União. Parte III: orçamento fiscal e da seguridade social. **Prestação de contas do presidente da República**, 2009a. Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/PrestacaoContasPresidente/2009/Arquivos/P3.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS**. 2009b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/data/files/8A958865266CAFE201269651D6E00B55/Caderno_Ressarcimento_Julho2009.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Financiamento da saúde: novos desafios**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. **Correlação entre condições de gestão de municípios habilitados em PAB e GPSM, conforme a NOB 96, PAB-A e GPSM, conforme a NOAS, e Adesão ao Pacto pela Saúde**. 2010a. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/correlacao_pab_020810.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>>. Acesso em: 4 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Despesa total com saúde nas três esferas de governo**. 2008c. <<http://siops.datasus.gov.br/despsaude.php?escacmp=1>>. Acesso em: 4 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990b**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990a**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** 2. ed. Passo Fundo: IFIBE, 2009d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica (NOB 01/96), que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 27 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007c**. Regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>. Acesso em: 6 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e da busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006a**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 25 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Regulamenta os conteúdos, os instrumentos e os fluxos do processo de habilitação e de desabilitação de municípios, de estados e do Distrito Federal em conformidade com as novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/Gm/GM-095.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 234, de 07 de fevereiro de 1992**. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92), conforme texto constante no Anexo I da presente portaria. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991**. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003b**. Aprovar diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm>. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf >. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Histórico do percentual mínimo e aplicado pelos estados de acordo com a EC-29**. 2010b Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/evolpercEC29UF.php>>. Acesso em: 4 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Indicadores municipais**. 2010c. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/CGI/defthtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicRS.def>>. Acesso em: 4 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Visibilidade dos Gastos Públicos com Saúde**. 2010d. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/VisGastosPúblicosSaúde.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2010.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 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 Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm>. Acesso em: 19 nov. 2010.

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.** Altera os arts. 34, 5, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____. Senado Federal. Comissão de Finanças e Tributação. **Parecer ao Projeto de Lei Complementar nº 306, de 2008d.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, institui contribuição social destinada à saúde, estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/572505.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____. Senado Federal. Comissão de Finanças e Tributação. **Parecer às Emendas de Plenário ao Projeto de Lei Complementar Nº 306-B, de 2008e.** Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/574502.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____. Senado Federal. Comissão Diretora. **Parecer s/nº, de 2008f.** Redação final do Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 – Complementar. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/mate-pdf/13112.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____. Senado Federal. **Diário do Senado Federal**, Brasília, DF, ano LXII, n. 179, 7 nov. 2007d. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/diarios/BuscaDiario?tipDiario=1&datDiario=07/11/2007&paginaDireta=39091>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____. Senado Federal. **Parecer s/nº, de 2007e.** Da Comissão de Assuntos Econômicos, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 – Complementar, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os

critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Disponível em:

<<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=23560&tp=1>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____. Senado Federal. **Parecer s/nº, de 2007f**. Da Comissão de Assuntos Sociais, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 - Complementar, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Disponível em:

<<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=23472&tp=1>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____. Senado Federal. **Projeto de Lei da Câmara nº 89, de 2007g**: complementar. Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal e dá outras providências. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/mate-pdf/86236.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 156, de 2007i**: complementar. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, que trata de recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=80388>. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado s/nº, de 2007h**: complementar. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/mate-pdf/9475.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

_____. Senado Federal. Secretaria-Geral da Mesa. **Atividade legislativa**: tramitação de matérias. 2007j. Disponível em:

<<http://legis.senado.gov.br/mate/servlet/PDFMateServlet?s=http://www.senado.gov.br/atividade/materia/MateFO.xsl&o=ASC&o2=A&m=83040>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

CARVALHO, G. C. M. **Financiamento da saúde no Brasil**: resumo executivo desde a pré-história do SUS até os anos de 2010 – DC. 2010. Disponível em:

<<http://www.idisa.org.br/site/download/Financiamento.doc>>. Acesso em: 19 abr. 2010.

_____. **Financiamento público federal do sistema de saúde: 1988-2002**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CINTRA, M. As suspeitas de sonegação da CPMF. Folha de São Paulo, São Paulo, 26 jan. 2004. Disponível em: <http://www.marcoscindra.org/2010/artigos2.cfm?id_artigos=55>. Acesso em: 7 jan. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE. **Nota Técnica 23/2010**: proposta de financiamento das ações da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) para o ano de 2010. 2010. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/nt_23_2010_recursos%20promocao_da_saude.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2011.

COSTA, J. C. Seguridade social mantém superávit em 2009. In: **Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal no Brasil**. 24 ago. 2010. Disponível em: <http://www.anfip.org.br/publicacoes/noticias/publicacoes_noticiasindex.php?id=19286>. Acesso em: 21 fev. 2011.

DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 10, n. 2(17), p. 113-140, dez. 2001. Disponível em: <<http://www.eco.unicamp.br/publicacoes>>. Acesso em: 11 jan. 2011.

_____. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1851-1864, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12s0/08.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2011.

FIGUEIREDO, L. et. al. **Os impactos da saúde sobre o crescimento econômico na década de 90: uma análise para os estados brasileiros**. Belo Horizonte, 2003. disponível em: <<http://www.ppge.ufrgs.br/ats/disciplinas/1/andrade-figueiredo-noronha-2003.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2011.

JORGE, E. A. et al. **Seguridade social e o financiamento do SUS no Brasil**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 10 set. 2008.

LAZZARI, J. B. **As fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: LTr, 2003.

LIMA, A. E.; LAGEMANN, E. A velha social-democracia e a nova direita: é possível uma terceira via? **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 144-149, 1998.

MANSUR, M. C. **O Financiamento federal da saúde no Brasil**: tendências da década de 1990. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MARQUES, R. M. **O financiamento do sistema público de saúde brasileiro**. Santiago, Chile: Cepal, 1999. (Serie Financiamiento del desarrollo, n. 82). Disponível em: <<http://www.eclac.org>>. Acesso em: 9 fev. 2011.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-850, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n3/19.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2011.

OLIVEIRA, R. G. et. al. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

PALERMO, P. U. A assimetria informacional e seus impactos sobre o Sistema Único de Saúde: dois focos em análise. **Texto para Discussão nº 16**: PPGE, Porto Alegre, 2003.

PERONDI, D. **A saída para a saúde**. 2007. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/download/A_saida_para_a_saude.doc>. Acesso em: 19 abr. 2010.

PIERONI, J. P.; REIS, C.; SOUZA, J. O. B. A indústria de equipamentos e materiais médicos, hospitalares e odontológicos: uma proposta de atuação do BNDES. **BNDES Setorial**, n. 31, p. 185-226, 2010. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/bnset/set3105.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2011.

RIBEIRO, J. A.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. Financiamento e gasto das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde, 1995 a 2005. **Análise & Dados**, Salvador, v. 16, n. 2, p. 289-301, set. 2006. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2008.

SALAZAR, A. et al. (Org.). **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. 2. ed. São Paulo: Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, 2003.

SANTOS, L. A ilegalidade das normas baixadas pelo Inamps de financiamento do SUS para 1991. **Saúde em Debate**, 31, p. 14-18, 1991. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=TODOS&pesq=A+ilegalidade+das+normas+baixadas+pelo+Inamps+de+financiamento+do+SUS+para+1991&x=92&y=12>. Acesso em: 22 jan. 2011.

SANTOS, N. R. **Financiamento do Sistema Público de Saúde**: é possível um passo a frente na regulamentação da EC-29? 2007. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/FINANCIAMENTO_6_11_2007.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2011.

_____. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13 (Sup. 2), p. 2009-2018, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a02.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2010.

_____. Sistema Único de Saúde 2010: espaço para uma virada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 8-19, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/01_Sistema%20Unico%20de%20Saude.pdf>. Acesso em: 5 set. 2010.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, abr./jun. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000200024&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 jan. 2011.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da equidade do financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro. **Relatório de Pesquisa**, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ipea_relatorio_final_1.pdf>. Acesso em: 1 set. 2009.

_____. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, ago. 2006.

UGÁ, M. A. U.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 193-233.

UGÁ, M. A. U.; PORTO, S. M. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 473-505.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health systems: improving performance. **The World Health Report**, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/en/>>. Acesso em: 4 fev. 2011.