

**Instituto de Economia da UNICAMP**

**“Saúde Pública no Brasil nos anos noventa: um estudo da política  
e de seus limites e condicionantes macroeconômicos”**

Dissertação apresentada ao Instituto de  
Economia da UNICAMP para obtenção do  
título de Mestre em Economia Social e do  
Trabalho.

Nome: Juliana Pinto de Moura Cajueiro

Orientadora: Prof. Dra. Wilnês Henrique

Campinas, fevereiro de 2004

UNIDADE	T3C
Nº CHAMADA	71/unicamp C1248
V	EX
TOMBO	BC/58873
PROC.	16-P.117-04
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	13/07/2004
Nº CPD	

CM00198313-8

Bibid: 317660

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO  
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO DO INSTITUTO DE ECONOMIA**

C124s

Cajueiro, Juliana Pinto de Moura.

Saude publica no Brasil nos anos 90 : um estudo das politicas e dos seus limites e condicionantes macroeconomicos / Juliana Pinto de Moura Cajueiro. -- Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador: Wilnes Henrique.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia.

1. Saude publica – Financiamento – Brasil. 2. Politica de saude - Brasil. I. Henrique, Wilnes. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. III. Título.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

## DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS

O estudo que realizei, que contribuiu para meu amadurecimento e enriquecimento intelectual e pessoal e que resultou nesta dissertação de mestrado foi possível graças ao meu esforço e dedicação e também à colaboração, carinho e compreensão de várias pessoas e instituições, as quais agradeço e dedico este trabalho.

Foi fundamental a possibilidade de conhecer e de ter trabalhado junto com Wilnês, a qual agradeço a sua preocupação e ajuda e o seu incentivo e aprendizado, além de toda compreensão ao longo do percurso.

Agradeço ao Eduardo Fagnani pelas oportunidades, confiança, ajuda, aprendizado e amadurecimento pessoal e intelectual e pela amizade.

Agradeço à Sulamis Dain pela fundamental contribuição dos seus textos e das suas idéias e críticas, pelas suas aulas, indicações e sugestões e pelo interesse na minha pesquisa.

Agradeço ao Dedecca e ao Pedro Luiz pelo interesse, pelas oportunidades e por todos os ensinamentos, críticas e sugestões.

Agradeço ao Plínio Sampaio pelo interesse, oportunidades, conselhos, amizade e pela minha formação pessoal, profissional e intelectual e pela construção dos meus ideais.

Agradeço aos professores do Instituto de Economia da Unicamp (graduação e pós-graduação) que despertaram meu interesse e dedicação à vida acadêmica e intelectual e me formaram e prepararam para encontrar e seguir o meu caminho profissional. Além da sempre ajuda e dedicação de todos os funcionários do Instituto, em especial a todos que trabalham na secretaria, biblioteca e xerox.

Agradeço à equipe do DIESP da FUNDAP pelo aprendizado inestimável, sem o qual não teria conseguido realizar este trabalho, e pelas amizades que vão ficar para sempre.

Agradeço à equipe do NEPP pela ajuda, dedicação e aprendizado.

Agradeço aos colegas e amigos do NEPP, da Economia – Graduação e Mestrado – e da FUNDAP, em especial, Jane, Camila, Fernanda, Angélica, Hudson, Rogério, Daniel, Daniel, Sofia, Marcelo, Fernanda, Sandro, Isabel, Douglas, Carlos Alberto, Eduardo, Elenira, Renata e, com destaque para a concretização deste trabalho, Milko e Olavo.

Agradeço e dedico ao Adriano pelo carinho, apoio, companheirismo e compreensão.

Agradeço e dedico aos meus pais, responsáveis pela construção dos meus princípios, valores e ideais, pela minha formação e decisões pessoais, profissionais e intelectuais, e por todo carinho, completa dedicação, apoio e compreensão que sempre dirigiram a mim.

Agradeço e dedico aos meus irmãos pelo carinho, apoio e compreensão.

Agradeço aos familiares e às amigas especiais pelo interesse, carinho, apoio, e amizade, sempre; além da grande importância que tiveram as suas opiniões e os seus ideais, valores e princípios, na minha formação e escolhas pessoais, profissionais e intelectuais.

Dedico aos queridos Vô Ivan, Tá e Zazá com muita saudade.

Agradeço a todos que estiveram ao meu lado e me ajudaram de alguma forma.

Campinas, 18 de fevereiro de 2004.

Juliana Pinto de Moura Cajueiro

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
1. <i>Política Macroeconômica</i> .....	2
2. Limites e Condicionantes Macroeconômicos à Política Social .....	7
3. Limites e Condicionantes Macroeconômicos à Política de Saúde .....	10
<b>Capítulo 1 – Evolução Institucional da Política de Saúde nos anos 90</b> .....	<b>15</b>
1. Antecedentes .....	15
1.1 Regime Militar – caracterização do sistema de proteção social e do sistema nacional de saúde .....	15
1.2 O período de reformas .....	20
1.3 Marco histórico legal e institucional: a Constituição Federal de 1988 .....	22
2. Evolução institucional nos anos 90 – O processo de construção do SUS .....	27
2.1 1990-92: Distorções no processo de construção do SUS .....	27
2.2 1993-1998: Tentativa de reorganização do programa de reforma .....	39
2.3 1999-2002: Mudanças recentes e perspectivas .....	56
3. O processo de descentralização .....	60
3.1 Antecedentes .....	60
3.2 O processo de descentralização nos anos 90 .....	63
4. Conclusão .....	66
<b>Capítulo 2 – Financiamento e Gasto do Setor Saúde nos anos 90</b> .....	<b>79</b>
1. Introdução – Financiamento e gasto social nos anos 90 .....	79
1.1 Financiamento da política social .....	79

## ÍNDICE E QUADROS

1.2 Gasto Social .....	83
2. Financiamento do Setor da Saúde .....	88
3. Gasto do Setor da Saúde .....	99
4. Conclusão .....	104
<b>Capítulo 3 – Constrangimentos da política de saúde decorrentes da política macroeconômica adotada nos anos 90 .....</b>	<b>107</b>
1. Financiamento, Gasto e Orçamento da Seguridade Social .....	107
2. O processo de descentralização .....	115
<b>Conclusão .....</b>	<b>123</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>127</b>
Anexo da Introdução .....	127
Anexo do Capítulo 1 .....	129
Anexos do Capítulo 2 .....	131
Anexo do Capítulo 3 .....	155
<b>Bibliografia .....</b>	<b>159</b>
<b>Legislação consultada .....</b>	<b>163</b>

## TABELAS E QUADROS

### Introdução

Tabela 1: Desempenho primário e dívida pública líquida em relação ao PIB – 1994-2003 .....	5
Tabela 2: Gasto social federal: participações percentuais .....	9
Tabela 3: Gasto Social Federal: Comparação com o Produto Interno Bruto .....	9

### Capítulo 1 – Evolução Institucional da Política de Saúde nos anos 90

Tabela 1.1: Percentual da população beneficiária de planos e seguros de saúde- Região – 1998	68
Tabela 1.2: Número de consultas médicas por hab/ano – Brasil e Grandes regiões – 1995/99 .....	69
Tabela 1.3: Número de internações por hab/ano – Brasil e Grandes regiões – 1995/99 .....	70
Tabela 1.4: Estabelecimentos de Saúde em Atividade - Regiões do Brasil – 1999 .....	70
Tabela 1.5: Unidades Amb. do SUS, por Natureza do Prestador – Brasil – 2001 .....	70
Tabela 1.6: Hospitais por Regime segundo Região - Jul/2003 .....	71
Tabela 1.7: Leitos Hospitalares do SUS, por Natureza do Prestador - Regiões do Brasil – 2001 .....	71
Tabela 1.8: Pessoal Ocupado nos Estab. de Saúde, por Esf. Adm. - Regiões do Brasil – 1999 .....	72
Tabela 1.9: Profissionais da área médica – Brasil e Grandes Regiões – 1993-1999 .....	72
Tabela 1.10: Indicadores de evolução da descentralização no SUS, segundo NOBs 93 e 96 .....	73
Tabela 1.11: Municípios, por Situação de Habilitação e Condição de Gestão- Regiões – 2001 .....	73
Tabela 1.12: Estados, por Condição de Habilitação e Tipo de Gestão- Brasil e Regiões – 2001 .....	74
Tabela 1.13: Conselhos Municipais de Saúde Implantados - Regiões do Brasil – 2001 .....	75
Tabela 1.14: Equipes de Saúde da Família Implantadas, Municípios Atendidos e Estimativa de População Coberta pelo Programa de Saúde da Família – PSF - Regiões do Brasil – 2001 .....	75
Tabela 1.15: Municípios com PSF implantado e equipes do PSF – Brasil e Regiões – 1994/00 .....	76
Tabela 1.16: Agentes Comunit. Saúde e Mun. atendidos pelo PACS - Regiões do Brasil – 2001 .....	76
Tabela 1.17: Municípios com PACS implantado e equipes do PACS – Brasil e Regiões – 94/00 .....	76
Tabela 1.18: Mortalidade infantil – Brasil e Regiões – 1989/98 .....	77
Quadro 1.1: Principais normas relacionadas ao setor saúde no período 1990-92 .....	31
Quadro 1.2: Funções das três esferas de governo na gestão do SUS .....	32
Quadro 1.3: Normas Operacionais Básicas 91 e 92 .....	35
Quadro 1.4: Principais normas relacionadas ao setor saúde no período 1993-98.....	41
Quadro 1.5: Norma Operacional Básica 93 .....	42
Quadro 1.6: Norma Operacional Básica 96 .....	49
Quadro 1.7: Principais normas relacionadas ao setor saúde no período 1999-2002 .....	57

### Capítulo 2 – Financiamento e Gasto do Setor Saúde nos anos 90

Tabela 2.1: Distribuição da carga tributária, em % do PIB .....	80
Tabela 2.2: Percentuais das receitas tributárias com relação à carga tributária total .....	80
Tabela 2.3: Gasto Social Federal por Área de Atuação, em R\$ milhões de dez/2001 .....	83
Tabela 2.4: Gasto Social Federal por Área de Atuação, em % do GSF Total .....	84
Tabela 2.5: Gasto Social Federal em comparação com o Produto Interno Bruto .....	84
Tabela 2.6: Gasto Social Federal em comparação com a Despesa Total Efetiva .....	85
Tabela 2.7: Gasto Social Federal e Carga Tributária Bruta no Brasil – 1995-2001 .....	86
Tabela 2.8: MS: Distribuição percentual das fontes de financiamento, 1993-2001 .....	90
Tabela 2.9: Impacto da EC nº 29, por esfera de governo, em R\$ milhões de 2001 e % .....	95
Tabela 2.10: MS: evolução do gasto bruto e líquido em valores absolutos – 1995/2001, em R\$ mil de 1999* .....	100
Tabela 2.11: Execução orçamentária do MS como percentual do PIB – totais conforme definição de “ações e serviços de saúde” – 1995-2001 .....	100
Tabela 2.12: Gasto federal com saúde, como proporção do PIB, segundo item de gasto .....	101
Tabela 2.13: Proporção (%) do gasto federal com saúde, sobre despesas federais totais e não-financeiras .....	101
Tabela 2.14: Despesas realizadas com saúde das três esferas de governo – em % do PIB .....	101
Tabela 2.15: Gasto público com saúde como proporção do PIB, por esfera de governo – 2000 .....	102

Tabela 2.16: Despesas realizadas com saúde das três esferas de governo – em % do total .....	102
Tabela 2.17: Brasil: transferências federais em relação ao gasto federal com saúde – 1995/1999, em R\$ milhões correntes .....	103
Tabela 2.18: SUS: Distribuição dos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial, segundo a forma de execução orçamentária e destinação – 1998 a 2000, em R\$ milhões de dez/2000 .....	104
Tabela 2.19: SUS: Distribuição das transferências para estados e municípios, segundo destinação – 1998 a 2000, em R\$ milhões de dez/2000 .....	104
Quadro 2.1: Recursos transferidos fundo a fundo aos estados e municípios e recursos repassados aos prestadores estaduais e municipais .....	87
Quadro 2.2: Composição Original dos Tetos Financeiros, Parcelas que os Compõem, Ações Financiadas e Valores e Critérios de Descentralização na NOB/96 .....	88
Quadro 2.3: Valores e critérios do PAB .....	89

### Capítulo 3 – Constrangimentos da política de saúde decorrentes da política macroeconômica adotada nos anos 90

Tabela 3.1: Receitas e Despesas da Seguridade Social no Brasil, em R\$ bilhões .....	111
Tabela 3.2: Uso e Desvinculação das Contribuições Sociais, em R\$ bilhões .....	112
Tabela 3.3: Orçamento da Seguridade Social em R\$ milhões correntes .....	113
Tabela 3.4: Orçamento da Seguridade Social em percentual .....	114
Tabela 3.5: Apropriação de proporção do saldo do OSS para o setor da saúde .....	114

### Anexos

#### Introdução

Tabela 4: Finanças do Setor Público - % PIB .....	127
Tabela 5: Porcentagem da pop. Com mais de 60 anos de idade sobre o total: 1990-2150 .....	127
Tabela 6: População e Emprego-1988-99-nº absolutos, relação (%) e número-índice (88=100) ..	127
Tabela 7: Remuneração Sal., dos Aut., Excedente e Tributação: 1988-1999-% PIB anual .....	127
Tabela 8: Desemprego sobre PEA no Brasil: 1988-2000 – em porcentagem (média anual) .....	128
Tabela 9: Crescimento anual do PIB e da arrecadação do INSS: 1988-1999 – em % .....	128

#### Capítulo 1

Tabela 1.1.1: Hospitais – Brasil e Grandes Regiões – 1992-2003 .....	129
Tabela 1.1.2: Leitos hospitalares – Brasil e Grandes Regiões – 1992-2003 .....	129
Tabela 1.1.3: Unidades ambulatoriais – Brasil e Grandes Regiões – 1998-2003 .....	129
Tabela 1.1.4: Estabelecimentos – SUS e Total – Brasil e Grandes Regiões – 2002 .....	129

#### Capítulo 2

##### Anexo nº 1

Tabela 2.1.1: MS: distribuição percentual por categoria econômica – 1993/99 .....	131
Tabela 2.1.2: Distribuição percentual da execução orçamentária do MS por principais grupos de despesa – 1995-2001 .....	132
Tabela 2.1.3: MS: distribuição percentual do gasto por subprograma – 1993/99 .....	133
Tabela 2.1.4: Execução orçamentária do MS por subprograma – 1995 e 2001, em % .....	134
Tabela 2.1.5: MS: evolução do gasto per capita de itens de despesa selecionados (índice de base 1995=100) – 1995-2001 .....	135
Tabela 2.1.6: MS: comparação do gasto bruto e líquido com alguns agregados de despesa federal – 1994/1999 .....	136
Tabela 2.1.7: Gasto público em saúde e saneamento por esfera de governo segundo origem dos recursos e a responsabilidade da execução .....	136
Tabela 2.1.8: Gasto público total em saúde, por instância de governo, segundo os critérios da origem dos recursos e da responsabilidade pelo gasto, 1995 (em R\$ milhões correntes) .....	137
Tabela 2.1.9: Gasto público total em saúde, por instância de governo, segundo os critérios da origem dos recursos, 1995 (em R\$ milhões correntes) .....	137
Tabela 2.1.10: Evolução do gasto pub. saúde, segundo instância de governo, sob a ótica da origem dos recursos, 1994/96 (em R\$ milhões correntes) .....	137

## DE ABREVIATURAS

### Anexo nº 2

Tabela 2.2.1: Execução Orçamentária do Ministério da Saúde (1), segundo Grupos de Despesa e Fontes de Recursos - Brasil - 1995-01 - em mil reais correntes .....	138-9
Tabela 2.2.2: Execução Orçamentária do Ministério da Saúde (1), segundo Unidade Orçamentária - Brasil - 1995-01 - em mil reais correntes .....	140
Tabela 2.2.3: Execução Orçamentária do Ministério da Saúde (1), segundo Grupos de Despesa - Brasil - 1995-01 - Em mil reais correntes .....	140
Tabela 2.2.4: Execução Orçamentária do Ministério da Saúde (1), por Tipo de Despesa com Ações e Serviços Públicos de Saúde - Regiões do Brasil -2000 - em mil reais correntes .....	141
Tabela 2.2.5: Execução Orçamentária do Ministério da Saúde (1), por Tipo de Despesa com Ações e Serviços Públicos de Saúde - Regiões do Brasil - 2001 - em mil reais correntes .....	141
Tabela 2.2.6: Execução Orçamentária do Ministério da Saúde (1), segundo Programas - Brasil - 2000-01 - em mil reais correntes .....	142-3
Tabela 2.2.7: Estimativa de Despesa Pública com Ações e Serviços Públicos de Saúde Financiada com Recursos Próprios, por Esfera de Governo - Regiões do Brasil - 2000 .....	144

### Anexo nº 3

Tabela 2.3.1: Gasto público federal com saúde segundo diferentes metodologias e critérios de apuração - 1994-2001, em R\$ 1,00 .....	147
Tabela 2.3.2: MS: disponibilidade líquida (em percentual) para a execução de serviços de saúde, 1994-2001*, em R\$ milhões de dez/98 .....	147
Tabela 2.3.3: MS: gasto total (A) e gasto considerando apenas o programa saúde(1) (B) - 1995/2001, em R\$ 1,00 .....	148
Tabela 2.3.4: Gasto com programa saúde no MS e no GF como um todo - 1995/2001 .....	148
Tabela 2.3.5: SUS: dispêndio federal do programa de saúde como percentual do gasto total e do gasto líquido do MS - 1995/2001, em R\$ 1,00 .....	148
Tabela 2.3.6: MS: diferença entre o gasto federal com saúde e o gasto total e gasto líquido do MS - 1994/1999, em R\$ 1,00 .....	149
Tabela 2.3.7: Brasil: gasto federal com saúde em valores correntes e constantes - 1994/1999, em R\$ mil de 1998 .....	149
Tabela 2.3.8: MS: despesas de exercícios anteriores e líquidas do exercício, empenho liquidado e regime de competência, 1993/99 .....	150
Tabela 2.3.9: Gasto público total em saúde, por instância de governo, segundo os critérios da origem dos recursos e da responsabilidade pelo gasto, 1995, em R\$ milhões correntes .....	151
Tabela 2.3.10: Gasto público total em saúde, por instância de governo, segundo os critérios da origem dos recursos, 1995, em R\$ milhões correntes .....	151
Quadro 2.3.1: critérios metodológicos mais utilizados para aferir gastos públicos .....	145-6
Quadro 2.3.2: Classificação Funcional Programática .....	147
Quadro 2.3.3: Registros de Informações Financeiras das Ações em Saúde - Principais Fontes de Informação - Natureza do registro dos valores .....	152

### Capítulo 3

Tabela 3.1.1: RESULTADO DO GOVERNO CENTRAL - milhões de reais correntes .....	155
Tabela 3.1.2: OSS: receitas, despesas e saldo - em R\$ mil correntes .....	156
Tabela 3.1.3: Orçamento da Seguridade Social - em R\$ milhões correntes .....	157
Tabela 3.1.4: Orçamento da Seguridade Social - em R\$ milhões correntes .....	157
Tabela 3.1.5: Orçamento da Seguridade Social - em R\$ milhões correntes .....	158

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS . Agentes Comunitários de Saúde  
ADCT . Ato dos Dispositivos Constitucionais Transitórios  
AFB . Assistência Farmacêutica Básica  
AIH . Autorização de Internação Hospitalar  
AIS . Ações Integradas em Saúde  
AMS . Assistência Médico-Sanitária  
ANFIP . Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social  
ANS . Assembléia Nacional Constituinte  
CEME . Central de Medicamentos  
CIB . Comissão Intergestores Bipartite  
CIT . Comissão Intergestores Tripartite  
CNS . Conselho Nacional de Saúde  
COFINS . Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade  
CONASEMS . Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASP . Conselho de Administração da Saúde Pública  
CONASS . Conselho Nacional de Secretários (Estaduais) de Saúde  
CPMF . Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras  
CSLL . Contribuição Social sobre o Lucro Líquido  
CTB . Carga Tributária Bruta  
DATAPREV . Dados da Previdência Social  
DATASUS . Departamento de Informática do SUS  
DLSP . Dívida Líquida do Setor Público  
DRU . Desvinculação das Receitas da União  
EC . Emenda Constitucional  
EPU . Encargos Previdenciários da União  
FAE . Fração da Assistência Especializada  
FAEC . Fundo de Ações Estratégicas e Compensação  
FAM . Fundo de Apoio ao Município  
FAT . Fundo de Amparo ao Trabalhador  
FEM . Fator de Estímulo à Municipalização  
FEF . Fundo de Estabilização Fiscal  
FIDEPS . Fator de Incentivo do Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde  
FINSOCIAL . Fundo de Investimento Social  
FNS . Fundo Nacional de Saúde  
FPAS . Fundo de Previdência e Assistência Social  
FPE . Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal  
FPM . Fundo de Participação dos Municípios  
FSE . Fundo Social de Emergência  
FUNASA . Fundação Nacional de Saúde  
GASE . Gestão Avançada do Sistema Estadual  
GPAB . Gestão Plena da Atenção Básica  
GPSE . Gestão Plena do Sistema Estadual  
GPSM . Gestão Plena do Sistema Municipal  
GSF . Gasto Social Federal  
IAPAS . Instituto Nacional de Administração Financeira  
IBGE . Fundação Instituto de Geografia e Estatística  
ICM . Imposto sobre Circulação de Mercadorias  
ICMS . Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços  
INAMPS . Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INSS . Instituto Nacional do Seguro Social  
IPEA . Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
IPMF . Impostos Provisório sobre Movimentações Financeiras  
IR . Imposto de Renda  
IVH-E . Índice de Valorização Hospitalar de Emergência  
IVISA . Índice de Valorização de Impacto em Vigilância Sanitária  
IVR . Índice de Valorização de Resultados  
LOS . Lei Orgânica da Saúde  
MAC . Média e Alta Complexidade  
MP . Ministério Público  
MPAS . Ministério da Previdência e Assistência Social  
MS . Ministério da Saúde  
NFSP . Necessidade de Financiamento do Setor Público  
NOAS . Norma Operacional da Assistência à Saúde  
NOB . Norma Operacional Básica do SUS  
OGU . Orçamento Geral da União  
OSS . Orçamento da Seguridade Social  
PAB . Piso da Atenção Básica  
PACS . Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PASEP . Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público  
PBVS . Piso Básico de Vigilância Sanitária  
PEC . Projeto de Emenda Constitucional  
PCCN . Programa de Combate a Carências Nutricionais  
PIASS . Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PIB . Produto Interno Bruto  
PIS . Programa de Integração Social  
PPI . Programação Pactuada e Integrada  
PREVSAUDE . Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde  
PRONAN . Programa Nacional de Alimentação e Nutrição  
PSF . Programa de Saúde da Família  
SES . Secretaria Estadual de Saúde  
SIA . Sistema de Informações Ambulatoriais  
SIAFI . Sistema de Administração Financeira  
SIAFEM . Sistema de Acompanhamento das Finanças de Estados e Municípios  
SIDOR . Sistema de Dados Orçamentários  
SINPAS . Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social  
SIOPS . Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde  
SIS . Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde (MS)  
SMS . Secretária Municipal de Saúde  
SNS . Sistema Nacional de Saúde  
SUDS . Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde  
SUS . Sistema Único de Saúde  
TFAE . Teto Financeiro de Assistência ao Estado  
TFAM . Teto Financeiro de Assistência ao Município  
TFECD . Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças  
TFG . Teto Financeiro Global  
TN . Tesouro Nacional

## INTRODUÇÃO

### RESUMO

A partir dos anos 90, ocorre uma profunda inflexão na política econômica do país, refletindo as mudanças no cenário internacional, o que nos deixou sem quase autonomia de política pública. Esse contexto, no qual o Brasil inseriu-se de forma passiva e tardia a partir de 1990, têm condicionado, de forma expressiva, os rumos da política social, de um modo geral, e, especificamente, da política de saúde. Deste modo, a pesquisa realizada visou compreender como a política de saúde se insere neste contexto, sendo que o foco do trabalho se volta para relação entre macroeconomia e política de saúde.

No Capítulo 1, foi realizado um levantamento da evolução Institucional do setor saúde, afim de observar os principais avanços alcançados, os elementos constitutivos e norteadores do SUS e os pontos de estrangulamento e as principais dificuldades enfrentadas. No Capítulo 2, é apresentado um estudo a respeito do financiamento e do gasto do setor saúde nos anos 90, com uma introdução que descreve o financiamento e o gasto social, destacando o caso da Seguridade Social.

No Capítulo 3, é feita a análise específica dos constrangimentos da política de saúde decorrentes da política macroeconômica. Primeiramente, são descritos os pontos referentes ao financiamento, gasto e Orçamento da Seguridade Social (OSS), apresentando no final dois exercícios: um de construção do OSS e outro de comparação entre o gasto efetivo e o gasto potencial no setor da saúde, ambos para o período 1995-2002. Um segundo aspecto abordado neste capítulo trata do processo de descentralização.

Diante disto, foi possível chegar a algumas conclusões com relação aos limites e aos condicionantes da política de saúde frente à política macroeconômica. Entretanto, apesar destes focos de tensão, dos próprios problemas ainda não resolvidos no sistema de saúde e da tendência ao aumento dos gastos com saúde, decorrente de fatores universais e específicos do país, foram observados alguns avanços institucionais no sistema nacional de saúde.

## INTRODUÇÃO

No momento em que começa a se construir no Brasil um Sistema Nacional de Saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS), com a Constituição de 1988, nós navegávamos contra à maré. Isso porque o que se observava, desde os anos 80, nos países centrais, era um movimento de reforma de caráter neoliberal do Estado, não só com relação à política econômica, mas também quanto ao seu aparato administrativo e de proteção social, redefinindo o seu papel e as suas funções na economia.

Contudo, a partir dos anos 90, ocorre uma profunda inflexão na política econômica do país, refletindo as mudanças no cenário internacional – intensificação da globalização financeira e hegemonia dos ajustes de corte neoliberal – o que nos deixou sem quase autonomia de política pública. Esse contexto, no qual o Brasil inseriu-se de forma passiva e tardia a partir de 1990, têm condicionado, de forma expressiva, os rumos da política social, de um modo geral, e, especificamente, da política de saúde.

Na verdade o movimento da política econômica e o movimento da política de saúde, assim como da política social como um todo, apresentam dinâmicas e tensões internas distintas e por vezes contraditórias – no primeiro caso existe o limite estrutural macroeconômico, que é resultado da própria lógica macroeconômica, enquanto no segundo caso está presente ao longo de toda a década de 90 um esforço interno ao setor de construir institucionalmente o SUS segundo os princípios constitucionais, ou de pelo menos não deixar regredir e tornar efetivo o que já foi conquistado, seguindo a lógica política-institucional. Mas estas políticas públicas se esbarram em determinadas conjunturas e momentos e a política de saúde e a social apresentam sempre um menor grau de autonomia dado que o gasto, o montante de recursos financeiros e as demandas sociais estão condicionados pela política econômica.

E isso reflete a manutenção da estratégia governamental adotada ainda em 1964, na qual o perfil e o rumo geral da política social apresentava-se subordinada ao privilégio estatal dado aos rumos do movimento econômico, vinculado a um determinado modelo de desenvolvimento ancorado nos padrões de consumo. Segundo Henrique (1999), *“a política social sempre ocupou um lugar subordinado nas estratégias de desenvolvimento e no seio do próprio Estado. Apesar de sua recorrente prioridade retórica, da configuração de políticas nacionais e da inegável expansão de programas e gastos sociais públicos, sobretudo durante o regime militar, a política social sempre foi*

*subordinada à política econômica*". A política econômica sempre funcionou "como um limite estrutural às prioridades reais das políticas sociais, particularmente no que diz respeito à disponibilidade de recursos financeiros" (71).

Sendo que nos anos 90 essa subordinação torna-se perversa diante do quadro de estagnação do nível de atividade, decorrente da política econômica adotada pelo governo brasileiro, que gera ao mesmo tempo o aumento da demanda social e a restrição das finanças públicas (esta também é resultado direto da política de juros reais elevados).

### **Política Macroeconômica**

O destaque da política macroeconômica brasileira, ao longo dos anos 90, foi o Plano Real, cujas políticas tiveram dois aspectos principais: as aberturas comercial e financeira e o programa de estabilização.

O Plano Real — cuja formulação teve início em meados de 1993 — baseou sua política de controle da inflação na ancoragem cambial. Este modelo de estabilização exigiu como pré-requisito, por um lado, o equacionamento do financiamento externo para equilibrar o balanço de pagamentos e sustentar o nível de reservas, a fim de manter fixa a taxa de câmbio. Por outro, simultaneamente, exigiu o equacionamento do financiamento interno, para esterilizar o aumento da liquidez decorrente da elevação das reservas, de modo a sustentar o nível da taxa de juros e o consumo, para não alterar a taxa de câmbio.

Os formuladores do Plano Real sabiam que as contas públicas das três esferas de governo apresentavam um déficit potencial com inflação zero, dado que a inflação elevada havia estimulado e cristalizado a prática da desvalorização real dos gastos previstos no orçamento em função do adiamento da efetivação da despesa – o chamado efeito Oliveira-Tanzi. Além disso, identificavam os seguintes problemas herdados dos anos 80 e da Constituição de 1988: rigidez na estrutura de gastos, dificuldade para controlar os gastos, má distribuição das responsabilidades entre as três esferas de governo e existência de direitos sem previsão de receitas (Carvalho, 2000).

Diante disso, a estabilização deveria ser precedida de um ajuste fiscal<sup>1</sup>, cujas medidas de preparação adotadas foram o corte de despesas e a redução da rigidez no gasto através da desvinculação de receitas previstas na Constituição, possível com a

criação do Fundo Social de Emergência (FSE)<sup>2</sup>. Este instrumento autoriza o governo federal a retirar recursos (20%) de qualquer lugar do orçamento para realocar onde fosse necessário. Segundo Cordeiro (2001), “*O Fundo Social de Emergência posteriormente designado mais corretamente Fundo de Estabilização Fiscal, representou uma ação concentrada do poder do governo federal imposta pelas medidas de ajuste*” (326).

Além disso, as contas internas deveriam manter-se equilibradas para dar credibilidade ao mercado internacional de capital, que manteria fluxos de capital constantes para o país, financiando o balanço de pagamentos e mantendo a taxa de câmbio fixa. Segundo Biasoto (1999), “*zerar o déficit passou a ser a senha para a credibilidade junto aos investidores internacionais*” (apud Dain, 2001:114).

O governo FHC sempre defendeu a necessidade do equilíbrio fiscal como condição fundamental para o país crescer de maneira estável e consistente. Para alcançá-lo, as despesas foram restringidas, principalmente aquelas voltadas à política social, e as receitas expandidas, com as privatizações e contribuições sociais. E esta política fiscal restritiva foi estendida aos estados e municípios, mas que não dispunham das contribuições sociais para ajustar suas contas, podendo apenas cortar despesas (Carvalho, 2000).

Contudo, as medidas preparatórias não foram suficientes para se alcançar o equilíbrio das contas públicas – que significa obter superávit primário capaz de absorver o gasto com juros e zerar o déficit operacional para evitar o aumento da dívida líquida –, nem no ano de 1994, nem nos anos subseqüentes, nos quais a situação apenas se agravou cada vez mais.

A partir de 1995 o governo central adotou as seguintes medidas na tentativa de reequilibrar as contas públicas: renovação do instrumento de desvinculação; renegociação das dívidas estaduais; extinção dos bancos estaduais (através da liquidação, da privatização ou da transformação em agência de fomento); negociação e consolidação de passivos pendentes (os chamados “esqueletos”); privatização de empresas federais (a receita deveria abater a dívida e não cobrir os gastos); desoneração do ICMS (Lei Kandir); tributação sobre a movimentação financeira (CPMF); medidas para aumentar o controle e

---

<sup>1</sup> Exposição de Motivos nº 395, de 07/12/93, assinada pelo então Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso, descrevia a importância dada ao equilíbrio fiscal.

<sup>2</sup> Medida Provisória nº 812, de 31/12/94.

combater a evasão fiscal; correção de alíquotas, de bases de incidência e de prazos de recolhimento; remanejamento e corte de despesas na proposta orçamentária (gerando a conhecida administração de “boca de caixa”); controle, fiscalização e cobrança de contribuições previdenciárias adicionais sobre servidores; retardamento do reajuste salarial dos servidores (Carvalho, 2000).

Mas a intervenção intensa do governo central não foi suficiente para conter o forte aumento da dívida líquida do setor público (DLSP) como % do PIB. Os fatores responsáveis por essa elevação foram: déficits correntes; juros altos; política de esterilização do efeito monetário da acumulação de reservas externas (transformação de dívida externa em dívida interna); política de “socorro” a agentes econômicos em crise, especialmente grandes bancos, públicos e privados; e processo de reconhecimento de dívidas passadas. O fator que contribuiu para reduzir a DLSP foi o processo de privatização, cuja receita foi capaz de estabilizar a dívida em 96 e 97, mas que não foi suficiente para reduzi-la, nem para impedi-la de retomar sua tendência de alta em 98 (Carvalho, 2000).

A política de juros altos e a de esterilização foram os maiores responsáveis pelo brutal aumento da DLSP e decorrem do próprio Plano Real. Os juros reais são mantidos elevados para atrair os recursos externos necessários para o financiamento do déficit das transações correntes. E a taxa foi elevada nos momentos das crises internacionais (México, em 95, Ásia, em 97 e Rússia, em 98).

Outro ponto importante é a mudança na composição da DLSP. Houve uma substituição da dívida externa por dívida interna, em função da esterilização do excesso de liquidez decorrente do acúmulo de reservas externas. Também ocorreu a troca ou a consolidação de dívida entre rubricas e níveis de governo, decorrente da renegociação das dívidas estaduais (absorção pelo Banco Central de uma parte das dívidas estaduais) e da redução da dívida das estatais, através da transferência dos Avisos MF-30 para a União e da privatização. Por último, houve uma elevação da conta de créditos do Banco Central a instituições financeiras (que inclui as seguintes subcontas: títulos mobiliários estaduais; créditos concedidos no Proer; e os tradicionais empréstimos de liquidez aos bancos), o que representou o principal fator de atenuação do ritmo de crescimento da DLSP até 97 (Carvalho, 2000).

Enfim, pode-se concluir que “o quadro fiscal regrediu com o Plano Real e a queda da inflação” (Carvalho, 2000:228). Os problemas fiscais foram subestimados ao se optar por uma estratégia de estabilização que implicava prática de juros reais elevados. Essa subestimação foi agravada pelo retardamento das reformas estruturais (controle do gasto e reforma tributária), pelo encaminhamento da reforma da previdência (resultou em antecipação de pedidos de aposentadorias provocando a elevação do gasto previdenciário), pela dificuldade para aumentar o crescimento do PIB e pelas mudanças no setor produtivo (informalização do trabalho resultou em redução das receitas previdenciárias).

Frente a esse comportamento da dívida pública interna, torna-se imperativo e central no âmbito da estratégia macroeconômica a busca do ajuste fiscal, cujo objetivo central fica ainda mais prioritário na agenda governamental após o acordo com o FMI, em que exige como meta a obtenção de um superávit primário capaz de cobrir a conta de juros, em todos os níveis de governo. Isto é, seria preciso ajustar não só as contas primárias, mas também era preciso buscar o equilíbrio operacional, a fim de deter o crescimento da dívida líquida do setor público.

Segundo Miranda (2002), “a partir de 1998, alcançar superávits primários passou a ser não apenas o principal objetivo da política fiscal, como também o grande propósito de toda a política econômica e de todo o governo federal”. Sendo que “os superávits primários sempre superaram a meta estabelecida, mas não atingiram seu objetivo principal de manter estável a relação dívida/PIB”.

Tabela 1<sup>3</sup>: Desempenho primário e dívida pública líquida em relação ao PIB – 1994-2003

Ano	Desempenho primário	Dívida pública líquida em % do PIB
1994	5,04	30,3
1995	0,36	30,8
1996	-0,09	33,2
1997	-0,91	34,3
1998	0,01	41,7
1999	3,28	49,3
2000	3,55	49,4
2001	3,75	53,2
2002	3,53 <sup>1</sup>	61,9
2003	3,75 <sup>2</sup>	n.d.

(1) Até agosto de 2002. (2) Projeção. Fonte: Banco Central e Jornal Valor (07/10/2002) – apud Costa (2002).

<sup>3</sup> Ver também tabela em anexo.

Além disso, Miranda (2002) aponta alguns pontos que demonstram a precariedade dos superávits alcançados. Em primeiro lugar aparece a questão da brutal elevação da carga tributária, baseada nas contribuições sociais, cuja receita é arrecada pela União e não é compartilhada com estados e municípios. De 1993 a 2001, os governos se apropriaram de 8,3% do PIB em novas receitas. Mas deste acréscimo a União ficou com mais de 5,4% do PIB (65% da carga tributária), enquanto as demais esferas ficaram apenas com 2,9%, cujo aumento só se verificou até 1995, mantendo-se constante a partir deste ano.

Um segundo ponto que demonstra a fragilidade dos superávits alcançados diz respeito ao uso de recursos vinculados. Segundo Miranda, *“embora esses recursos não possam ser usados para pagamento de juros ou para amortizar a dívida, representam uma das principais fontes para obtenção do superávit, cerca de 40% do superávit acumulado pelo governo federal no período 1999-2001”*. Ou seja, o governo federal desvia recursos da sua finalidade original, através do FSE/FEF/DRU.

Outra questão importante trata da “bola de neve” dos restos a pagar. Os montantes da rubrica restos a pagar, que possuía apenas valores residuais em relação ao total do orçamento da União, vieram crescendo brutalmente a partir de 1998. Segundo Miranda (2002), *“o governo FH, tido como fiscalmente responsável, descobriu na postergação de gastos um expediente para inchar os superávits primários: passou a acumular restos a pagar, transferindo seu pagamento para o ano seguinte, preservando assim recursos financeiros na conta única”*. O problema é que para pagar essas despesas na não seguinte, automaticamente, um valor igual de despesa daquele exercício tem que deixar de ser feito, ou tem que se transformar em novos restos a pagar no futuro.

Por último encontram-se as outras vítimas da política de superávits: estados e municípios. *“Embora não tenham participado do aumento da carga tributária, estados e municípios contribuíram crescentemente com a produção de superávits. Isso significa que, ao contrário da União, todo valor do superávit conseguido por eles deu-se às custas de cortes de investimentos e em manutenção dos serviços públicos. Aqui, a principal razão da queda de qualidade em serviços essenciais à população: saúde, educação, segurança, transporte, etc.”*

Enquanto para a União o *“entrelaçamento entre as contas fiscais, monetárias e cambiais permitiu um alargamento do raio de manobra para o (falso) ajuste, o mesmo não*

pode ser dito para os governos estaduais. Neles, a partir de 1994, a trajetória da margem de poupança real para financiar o déficit operacional acompanha o movimento da taxa de juros e cresce explosivamente<sup>4</sup> (Dain, 2001:118).

Enfim, em nome da estabilidade, que tinha como um dos pré-requisitos o equilíbrio fiscal, foram adotadas políticas monetária e cambial que comprometeram as contas públicas e o crescimento econômico. De acordo com Biasoto (1999 – apud Dain, 2001), “os juros pagos pela dívida pública podem ir ao patamar que for necessário para sustentar os fluxos de recursos financeiros. A política fiscal coloca-se a serviço da política macroeconômica” (117). Ou segundo as palavras de Dain (2001), “sabemos, e esquecemos, que a dívida pública não tem origem fiscal, e sim financeira. Aceitamos passivamente que o pagamento dos encargos financeiros da dívida, seja ela interna ou externa, torne-se prioritário. E que os recursos para isso sejam subtraídos da receitas das contribuições sociais criadas para expandir os gastos universais e redistributivos da Seguridade Social” (113).

### **Limites e Condicionantes Macroeconômicos à Política Social**

Com base no cenário macroeconômico interno, o que se observa é que os constrangimentos impostos ao programa econômico são o crescimento econômico e o desequilíbrio das contas públicas – interna e externa, que vão significar as grandes barreiras para a execução da política social, inclusive para a política de saúde. Justamente em um momento de maior demanda social decorrente da elevação da parcela da população desprotegida diante da redução no nível de atividade e do desemprego. Segundo as palavras de Fagnani (1999), o “ajuste simultaneamente amplia a exclusão e destrói as bases financeiras e institucionais do Estado, fragilizando sua capacidade de intervenção em geral e, de forma particular, no campo das políticas sociais” (159).

Deste modo, existem dois ângulos em que os programas macroeconômicos limitam a ação da política social. Por um lado, estes programas são excludentes porque a economia não cresce. O que caracteriza essa exclusão é o aumento do desemprego, das ocupações precárias e da informalidade no mercado de trabalho e a cristalização de baixos rendimentos.

---

<sup>4</sup> Segundo Dain (2001), “a dívida assume uma trajetória explosiva quando o devedor não consegue sequer pagar os juros, que devem, assim, ser incorporados ao principal” (119).

Houve uma intensa desorganização do mercado de trabalho com o aumento do desemprego e sua permanência em faixas elevadas, a redução da participação do trabalho assalariado no total das ocupações e a redução do trabalho assalariado com carteira assinada no total da População Economicamente Ativa (PEA). Entre os empregados, segundo PNAD/IBGE de 1999, somente 53,4% possuíam Carteira de Trabalho e Previdência Social, 12,9% eram militares ou servidores públicos regidos por estatutos próprios e 34,7% da PEA possuía contratos irregulares (Matijascic, 2002). É preciso destacar que esse aumento da exclusão é resultado não só da estagnação econômica decorrente da política adotada, mas também de reordenamentos empresariais<sup>5</sup>.

Para agravar a situação, o governo adota medidas de flexibilização e desregulamentação do mercado de trabalho. Isto é, o governo, a fim de reduzir o “Custo Brasil” para elevar a competitividade externa e “evitar e/ou reduzir o desemprego”, reduziu os encargos e os direitos trabalhistas. Um exemplo disto se refere à institucionalização do Contrato Temporário de Trabalho.

Por outro lado, os ajustes macroeconômicos destroem as bases financeiras e institucionais do Estado, pois eles geram a estagnação econômica e, conseqüentemente, a redução da arrecadação dos tributos fiscais e das contribuições sobre a folha e vendas, tornando mínima a margem de manobra das políticas sociais.

Enfim, “a experiência brasileira recente de reformas na área social demonstra, uma vez mais, que as políticas sociais não podem tudo, muito menos sozinhas. Escapa às suas capacidades, desenhos e objetivos reverter ou mesmo reduzir níveis tão altos de pobreza e desigualdade quanto os apresentados pelo Brasil, quando o meio econômico em que opera é o do baixo crescimento, de forte desemprego, de fragilização das situações de geração sustentada de renda e de restrições fiscais tão duras, situação que fragiliza a elas próprias, as políticas sociais, mesmo quando melhoradas e aperfeiçoadas por reformas” (Draibe, 2002).

Além disso, segundo Dain (2001), ao longo dos anos 90 *“fomos sendo progressivamente aprisionados pela determinação do governo federal de realizar sucessivos ajustes fiscais, os quais vêm reforçando o corte de gastos sociais,*

---

<sup>5</sup> Em Anexo nesta Introdução encontram-se algumas tabelas que descrevem este cenário.

*comprometendo com isso o superávit primário do Orçamento da Seguridade Social e nos governos estaduais. Como cidadãos, somos finalmente aprisionados, de um lado, pelas cláusulas de reciclagem das dívidas e, de outro, pelas imposições da Lei de Responsabilidade Fiscal. Priorizar o pagamento de juros e cortar gastos sociais exprime uma hierarquização das decisões de gasto, pela qual o pagamento de juros é tido como inadiável. Se pudéssemos alterar tais hierarquias e declarar inadiáveis os direitos sociais, não haveria dinheiro para pagar os juros. E a leitura da problemática do financiamento público seria construída de outra maneira, não mais em torno do caráter ‘perdulário’ do gasto fiscal, mas sim em torno do equívoco e da prepotência de uma política de juros que vem sacrificando o bom desempenho das contas públicas, endividando os brasileiros e comprometendo a capacidade de financiamento das políticas sociais, tudo isso em nome de uma estabilização fiscal nunca concretizada” (114).*

De acordo com Costa (2002), os pressupostos aceitos para a integração da economia brasileira à globalização “*levaram a negação da agenda universalista em determinadas áreas sociais, a focalização de programas e o constrangimento ao financiamento social*” (17). Para o autor, “*a estabilidade econômica com integração externa ofereceram as condições necessárias e suficientes para a reestruturação do sistema de proteção social pelas restrições impostas à disponibilidade de financiamento do setor público*” (19).

**Tabela 2: Gasto social federal: participações percentuais**

<b>Participações</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
Desp. Financ. / Desp. Efetiva	50,23	50,54	46,95	47,34	57,95	63,29
Gasto Social Federal / Desp. Efetiva	28,75	30,02	32,67	31,83	26,64	22,8
Outras Áreas / Desp. Efetiva	21,01	19,44	20,38	20,83	15,41	13,84

Fonte: BGU 1993 a 1997, SIAFI/SIDOR para 1998 e IPEA/DISOC para o gasto social - *apud* FERNANDES, M. A. , RIBEIRO, J. A. , p. 51, 1999.

**Tabela 3: Gasto Social Federal: Comparação com o Produto Interno Bruto**

<b>Itens</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
PIB Total (em R\$ milhões)	14.097	343.205	649.192	778.820	868.159	901.898
Gasto Social Federal (GSF) (em R\$ milhões)	1.698	42.530	80.259	92.290	105.681	114.533
Participações Relativas (%) GSF/PIB	12,0	12,2	12,4	11,8	12,2	12,7

Fonte: IBGE – Brasil em números, volume 6 – 1998, de 1993 a 1996; IPEA/DIPES para 1997/1998; IPEA/DISOC para gasto social - *apud* FERNANDES, M. A., RIBEIRO, J. A., 1999.

Segundo Costa (2002), “as políticas sociais foram constrangidas (i) pela estabilização dos recursos em determinadas áreas sociais em patamares extremamente baixos; (ii) pela redução em termos absolutos dos gastos sociais em áreas críticas, como assistência social e educação; (iii) pela oscilação na disponibilidade financeira líquida em áreas estratégicas para o bem-estar social, como no caso da saúde, mostrado por Piola & Biasoto (2001)” (13-4).

E ainda “*persiste uma equivocada percepção de que as decisões constitucionais de 1988 foram as responsáveis pelo crescimento do déficit na última década. A reforma tributária, ‘por descentralizar receita para estados e municípios, sem a correspondente descentralização de encargos de governo’, e a reforma previdenciária. Por ‘promover gastos adicionais com a proteção social, particularmente os de caráter universal, sem a necessária previsão de receita’. A constituição de 1988, como consequência, é avaliada irresponsável e perdulária, e a ela se atribui, injustamente, o agravamento do desequilíbrio fiscal*” (Dain, 2000 – apud Dain, 2001:114).

Enfim, a política econômica promove a estagnação econômica (o que aumenta a demanda social) e a desorganização das finanças públicas, o que representa uma barreira geral à ampliação do gasto social. E isso atinge não só a esfera central, como também estados e municípios, o que é relevante num contexto de descentralização e de reconhecimento do município como ente autônomo da federação.

### **Limites e Condicionantes Macroeconômicos à Política de Saúde**

Neste contexto de reforma do Estado e de política econômica restritiva, “*a agenda da reforma sanitária brasileira é construída na contra-corrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados nos anos 80, e sua implementação nos anos 90 se dá em uma conjuntura bastante adversa*” (Levcovitz, 2001:270). Pode-se dizer que “*o Projeto SUS é até agora vitorioso apesar das fortes resistências que enfrentou e enfrenta*” (Draibe/CEPAL, 1997).

A Constituição Federal de 1988, através da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, representa o impulso na direção da construção de um novo modelo de política de saúde. De acordo com as diretrizes do SUS a intervenção governamental deixa de ser centralizada e passa a ser descentralizada; o acesso deixa de ser restrito principalmente aos trabalhadores formais vinculado a contribuições e passa a ser gratuito, universal e

igualitário; o modelo de seguro é substituído pelo direito e pelo conceito da seguridade social; a priorização do serviço privado é substituída pela prioridade do serviço público; a forma de financiamento deixa de ser através da remuneração por serviço para prestadores (em geral privados) e passa a ser feita via transferência regular e automática para as esferas locais; passa a ser permitida e exigida a participação da população; a prioridade, quase exclusividade, do atendimento curativo e hospitalocêntrico é substituída por um modelo de atendimento integral à saúde que visa não só a recuperação, mas também a promoção e a prevenção, destacando a importância das ações básicas de saúde.

Mesmo com a promulgação da Constituição, ainda era preciso que fosse aprovada a legislação pós-constitucional, responsável por transformar os princípios constitucionais em leis. A Constituição significa uma “*versão frágil e inacabada*” que “*representou avanços apenas formais, ao delimitar os marcos genéricos que deveriam orientar a etapa posterior relativa à tramitação da legislação constitucional complementar – esta sim, crucial para a consolidação efetiva do projeto [reformista]. Lamentavelmente, o processamento dessa legislação concentrou-se, nos anos 90, num contexto político e econômico hostil ao projeto reformista*” (Fagnani, 1999:156).

Os limites e avanços impostos pela política macroeconômica à política de saúde vão se transformar em problemas de financiamento e gasto do setor. A questão do financiamento e do gasto no setor da saúde tem sido um dos maiores desafios no processo de implantação do SUS. Segundo Dain (2001), a legislação orçamentária no caso de saúde não foi capaz de resguardar nem a suficiência de recursos, nem a estabilidade dos aportes.

Em primeiro lugar apresenta-se o comportamento dos recursos do OSS marcado, por um lado, pelo aumento da arrecadação das contribuições sociais (que não são partilhadas com estados e municípios), por outro, pela presença do FSE/FEF/DRU, que permite que a União desvie recursos deste orçamento para o orçamento fiscal. Ou seja, temos um segundo ponto que é o desvio de recursos do OSS para o OGU.

Um terceiro aspecto diz respeito à “disputa” interna no OSS, entre previdência, saúde e assistência social, resultado do comportamento dos recursos do OSS e do desvio de recursos deste para o OGU. Isso porque conforma a previdência vai tornando-se “deficitária” (montante gasto supera o montante arrecadado pelo INSS), ela passa a

disputar recursos com as demais áreas da seguridade, aumentando o grau de utilização das demais fontes que compõem o OSS. Além disso, passam a ser desviados recursos para o pagamento dos EPU. E isso se agrava devido à fragmentação institucional das áreas da saúde, previdência e assistência social (três ministérios distintos e independentes).

Por último, é preciso destacar o comportamento dos recursos dos estados e municípios, que, por um lado, tornam-se os grandes responsáveis pelas ações e serviços de atenção à saúde e pela gestão do sistema de saúde diante do processo de descentralização e vêm-se comprometidos com a aplicação de percentuais mínimos dos seus recursos fiscais em ações e serviços de saúde de acordo com a EC nº 29. Mas que, por outro lado, apresentam finanças cada vez mais desorganizadas, decorrente do processo de endividamento e do descompasso entre as receitas e as despesas, resultado do próprio processo de descentralização e da EC nº 29 (que carimbam e vinculam suas receitas fiscais e elevam seus gastos), da estagnação econômica (que reduz sua arrecadação própria e a receita disponível), das alterações na legislação tributária – Lei Kandir (que reduz sua receita disponível), das taxas de juros reais positivas e elevadas (que elevam suas dívidas e os gastos com encargos financeiros) e do processo de renegociação das dívidas e da Lei de Responsabilidade Fiscal (que vinculam percentuais de suas receitas e congelam o processo de endividamento).

Ou seja, as esferas estaduais e municipais apresentavam orçamentos quebrados e comprometidos devido à elevação dos encargos/gastos obrigatórios decorrentes do processo de descentralização (no caso da saúde o PAB) e da vinculação de percentuais das receitas (no caso da saúde a Emenda Constitucional nº 29); à dependência das transferências da União (no caso da saúde o PAB); ao aumento do endividamento em função da dívida antiga, do fim da corrosão monetária decorrente da estabilização e da elevação das despesas financeiras decorrente da política monetária restritiva de manutenção de taxa de juros real positiva e elevada; à redução da receita resultado da desaceleração da economia decorrente da política monetária restritiva, da Lei Kandir e do FSE/FEF/DRU; ao fim do imposto inflacionário diante da estabilização dos preços; ao processo de renegociação da dívida; e à Lei de Responsabilidade Fiscal.

Com isso, os resultados do processo de descentralização “*expressam principalmente a descentralização do gasto* [responsabilidade/execução do gasto, logo,

despesas realizadas com recursos próprios e transferidos da União], *mais que o aumento da participação de recursos próprios no financiamento do sistema* [origem dos recursos, logo, despesas realizadas com recursos próprios]“ (Draibe/CEPAL, 1997). E o aumento do gasto em saúde das esferas sub-nacionais foi possível diante do aumento das transferências federais. Mas, de acordo com a legislação, o governo federal possui estas responsabilidades no financiamento sistema nacional de saúde, quais sejam: possui um importante papel redistributivo e de busca pela equidade na alocação, além de ser responsável pela definição das prioridades nacionais e dos critérios de alocação regional e local. Ou seja, a União exerce o papel de principal financiadora e determinadora da política nacional de saúde, cabendo aos estados e, principalmente, aos municípios a gestão e a oferta de ações e serviços de saúde.

Apesar disso, houve avanços no sistema nacional de saúde – universalização, descentralização da gestão e dos recursos federais via transferência regular e automática (fundo a fundo) e ampliação da atenção básica e do atendimento integral. Entretanto, os avanços foram mais intensos na questão da institucionalidade – do modelo de organização do sistema e de atenção à saúde e dos mecanismos de financiamento – que no aumento do gasto – houve crescimento no gasto em saúde (institucional e funcional), mas que poderia ter sido maior diante o potencial do OSS, exigido pela EC nº 29 e pretendido pela legislação para a construção do SUS de acordo com todos os princípios constitucionais. Entretanto, a dinâmica das mudanças legais e institucionais tem menor grau de autonomia – isto é, não consegue ir sempre na contracorrente, mesmo porque existe uma fragilização institucional do Estado diante das reformas administrativa, tributária, fiscal e previdenciária implementadas.

Deste modo, a questão central deste trabalho é saber se os inegáveis avanços institucionais implementados no SUS a partir de 1993 podem ser colocados em risco pelos impactos e desdobramentos da política macroeconômica implementada nos anos 90. Diante disto, o objetivo central deste trabalho é apreender as implicações do movimento econômico mais geral sobre os mecanismos de financiamento e de gasto da política nacional de saúde nos anos 90, destacando os pontos específicos de tensão. Ou seja, o principal objetivo deste trabalho de pesquisa é a relação entre macroeconomia e política de saúde, e não a institucionalidade do SUS ou o processo de descentralização, mas apresenta os aspectos-chave e os principais avanços destes temas.

## **CAPÍTULO 1 – Evolução Institucional da Política de Saúde nos anos 90**

### **1. Antecedentes**

#### **1.1 Regime Militar – caracterização do sistema de proteção social e do sistema nacional de saúde<sup>6</sup>**

Durante o regime militar, nos anos de 1964 e 1984, o Brasil iniciou a efetiva construção de um sistema de políticas sociais, dando continuidade ao processo iniciado nos anos 30, segundo uma estratégia conservadora do executivo federal. Mas este sistema apresentava problemas e distorções que afetaram a sua capacidade de melhorar as condições de vida da população e a equidade social, impedindo a promoção de um desenvolvimento social que fosse capaz de acompanhar o crescimento econômico.

Essas distorções existentes no sistema de proteção social são decorrentes das suas principais características estruturais, quais sejam<sup>7</sup>: regressividade dos mecanismos de financiamento, centralização do processo decisório, privatização do espaço público, expansão da cobertura e reduzido caráter redistributivo.

O mecanismo de financiamento das políticas sociais pode ser considerado regressivo – pois o seu montante é diretamente determinado pelo nível de atividade econômica – e com reduzido caráter redistributivo – vinculado às contribuições de empregados e empregadores sobre a folha dos trabalhadores formais, restringindo-se a utilização de recursos fiscais, principalmente de recursos a fundo perdido. Essa forma prevaleceu diante do contexto político-econômico do PAEG, programa de estabilização baseado na redução do déficit público. Na verdade, a questão central da estratégia governista era a infra-estrutura econômica e não a política social.

A centralização do poder decisório é consequência direta do caráter do regime autoritário, marcado pelo fortalecimento do Executivo Federal, tanto em relação ao legislativo e judiciário, quanto frente aos estados e municípios. E isso era possível mediante o debilitamento dos mecanismos democráticos tradicionais de representação, o constrangimento dos direitos políticos e civis, os mecanismos de coerção e as reformas institucionais – tributária, financeira e administrativa – promovidas pelo governo central,

---

<sup>6</sup> Sobre o assunto ver Braga & Paula (1981), Silva (1984), Draibe & Aureliano (1984), Fagnani (1997) e Médici (1994 e 1996) e Arretche (1998).

visando ampliar as bases de financiamento nacionais e centralizar o seu controle no governo federal. A reforma tributária concentrou os recursos no executivo federal; com a reforma financeira, o executivo federal torna-se o responsável pela administração dos sistemas financeiros criados; e a reforma administrativa deu total poder à administração direta federal.

Com relação ao caráter privatista da política social, ele é decorrente da extrema intromissão dos interesses particulares, tanto empresariais (fornecedores e prestadores de serviços), quanto clientelistas (uso político-eleitoral) na formulação destas políticas, possível diante da fragilização dos mecanismos democráticos de representação e de controle social. Dentre os resultados da penetração dos interesses empresariais, destacam-se a formação de “feudos e de mercados cativos” no interior da máquina pública, o superfaturamento e as fraudes nas prestações de conta. Com relação ao uso clientelista para fins político-eleitorais, é importante destacar as formas tradicionais de relacionamento entre os poderes Executivo e Legislativo, nos três níveis de governo, como por exemplo, no caso do empreguismo. Deste modo, o gasto social passa a ter uma parcela relevante reservada e “capturada” pelo setor privado.

Essas mudanças institucionais implementadas possibilitaram a expansão quantitativa da oferta de bens e serviços em todos os setores sociais a partir do momento em que a economia começa a crescer, quando se abrem espaços adicionais e importantes de acumulação de capital. Mas foi uma expansão considerada excludente dado que apenas uma parcela da população foi beneficiada e, na maioria das vezes, mal beneficiada.

Diante destas características (fontes regressivas e pouco redistributivas de financiamento, centralização do poder decisório, intromissão de interesses privados na formulação e execução das políticas sociais e expansão excludente da oferta) pode-se concluir que o sistema apresentava um reduzido caráter redistributivo.

Com relação especificamente ao setor saúde, pode-se definir o modelo do sistema do regime militar como sendo centralizado, pois política de saúde estava centrada no executivo federal; dual, porque o sistema era dividido entre a saúde pública do MS e a

---

<sup>7</sup> Baseado em Fagnani (1997).

assistência médica do INAMPS; e seletivo, pelo fato da cobertura estar restrita ao mercado de trabalho formal (Arretche, 1998).

Era hegemônica a presença e a importância da assistência médica previdenciária (que fazia parte do complexo previdenciário), cuja principal fonte de recursos estava ligada ao Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), constituído pelas contribuições dos assalariados, dos empregadores e dos trabalhadores autônomos. Quanto à saúde pública, não foram instituídas fontes para-fiscais, ficando este setor totalmente dependente dos recursos do Tesouro Nacional. Na verdade, este segundo setor da saúde permaneceu em absoluta marginalização dentro da estratégia conservadora geral da condução da economia e da própria política nacional de saúde.

Esse mecanismo de financiamento da assistência médica previdenciária é regressivo porque a contribuição recai sobre o trabalhador, que já paga impostos indiretos (que são regressivos) e o IR (que recai sobre o assalariado). Além disso, as empresas repassam para os preços os encargos sociais, logo, é pago pelo consumidor, que inclui também o trabalhador. E neste mecanismo de financiamento, a União não entra com nenhum recurso fiscal próprio.

A centralização das políticas públicas sociais no governo federal não fugiu à regra no caso da saúde, de modo que a política de saúde ficou ligada, no caso da medicina previdenciária, ao Instituto Nacional da Previdência Social (INPS)<sup>8</sup>, que concentrou não só as políticas de assistência médica, como também de previdência e de assistência social. No caso da saúde pública, a coordenação central era realizada pelo Ministério da Saúde.

A questão da privatização do espaço público esteve muito presente no setor de saúde. Os serviços de saúde eram predominantemente oferecidos pelo setor privado, conformando um modelo “médico assistencial privatista”, de modo que o Estado arrecada e compra os serviços privados, que eram curativos e hospitalares. Além da forte presença da indústria farmacêutica e de equipamentos, por exemplo, hospitalares.

Com isso, construiu-se um sistema nacional de saúde que marginalizava as ações de prevenção e promoção da saúde da população e o atendimento primário. Além disso, esse mecanismo permitiu a consolidação de um esquema de fraudes, que aumentaram os custos do sistema e superestimaram a expansão da cobertura.

Quanto aos outros pontos característicos do sistema social, temos que o exposto acima foi acompanhado de uma extensão da cobertura da assistência médica a todos os empregados formais e aos trabalhadores autônomos, que, voluntariamente, desejassem contribuir para a Previdência Social. E que o reduzido caráter distributivo é percebido no setor da saúde pelas distorções implícitas ao modelo médico privatista, como por exemplo, concentração da prestação de serviços em regiões mais desenvolvidas.

Pode-se dizer que durante o período, a área da saúde era dividida entre saúde pública e medicina previdenciária e apresentava, quanto o seu modelo assistencial, a hegemonia da assistência médico-privatista frente às ações de saúde pública de promoção e prevenção da saúde, e do atendimento hospitalar frente ao atendimento ambulatorial. O seu modelo de operacionalização e financiamento era caracterizado pelo pagamento de serviços oferecidos pelo setor privado. Consolidou-se na saúde o tripé entre Estado, empresa nacional e empresa estrangeira, tal como seguia toda a economia desde os anos 50. No caso da saúde tínhamos: Estado desenvolvendo determinadas ações de saúde pública e financiando o serviço prestado pelo setor privado; o capital nacional prestava serviços médicos e produzia insumos; e o capital externo produzia fármacos e equipamentos. Enfim, o sistema funcionava em função da lógica da acumulação capitalista do setor privado produtor, no caso, de serviços de saúde, de equipamentos médicos e hospitalares e de fármacos, de modo que assistiu-se ao processo de “mercantilização” da medicina<sup>9</sup>.

Com base nessas características principais do sistema de proteção social, observa-se que durante os anos de 1964-67 ocorre a gestação da política econômica e social do governo militar, e a partir de 1968 se dá a institucionalização da estratégia conservadora do Executivo federal. A expansão econômica foi determinante para a consolidação do padrão de financiamento das políticas sociais tal como foi desenhado no período anterior, dado o seu elevado caráter pró-cíclico. Além disso, até 1973 assistiu-se ao recrudescimento do autoritarismo, o que ajudou na consolidação da estratégia conservadora. No caso da saúde, mais especificamente da medicina previdenciária, a expansão da cobertura foi resultado da elevação da arrecadação previdenciária.

Entre 1974 e 1980 o governo passa a enfatizar a necessidade de reformar o sistema de proteção social vigente a fim de se ampliarem os seus impactos

---

<sup>9</sup> O INPS foi criado em 1967 através da fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's).

redistributivos. Essa mudança decorre do processo de abertura tutelada do sistema político, resultando da “reativação controlada dos mecanismos de representação da sociedade”, e da crise do milagre econômico decorrente da desaceleração do crescimento, da ampliação das tensões inflacionárias e do agravamento da crise cambial, a partir de 1973. A necessidade era racionalizar os custos da política social.

Isso incluía o complexo previdenciário, principalmente a medicina previdenciária, que era extremamente custosa devido à predominância dos interesses do setor privado e da atenção curativa e hospitalar. A reforma abrangeu a criação, em 1974, do Ministério da Previdência e da Assistência Social – MPAS –, e a institucionalização, em 1977, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que passou a ser integrado pelo INPS, Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Instituto Nacional de Administração Financeira (IAPAS), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), Central de Medicamentos (CEME), Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) e Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor.

Além da questão institucional, foram tomadas medidas para ampliar a cobertura e o acesso. E ainda, passou-se a dar maior ênfase às ações primárias e a promover maior articulação entre a rede preventiva (desenvolvida pelo Ministério da Saúde - MS) e a rede curativa (responsabilidade do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS). Os destaques neste sentido se referem à organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1975 e a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE) em 1980, além de outros programas, como: o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (II PRONAN) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

A partir de 1981 assiste-se ao esgotamento da estratégia conservadora. Entre 1981 e 1984 começa a ocorrer uma maior abertura política, decorrente da reorganização da sociedade civil, e o agravamento do quadro econômico, devido ao esgotamento do padrão de financiamento brasileiro e à implementação de um ajuste recessivo, o que acaba por aumentar as demandas sociais da população e diminuir a capacidade de financiamento do governo, gerando pressões por mudanças mais efetivas na política social existente. Com relação ao complexo previdenciário, ele foi duramente atingido pelo ajuste recessivo, pois a arrecadação do FPAS caiu brutalmente, de modo que foi

---

<sup>9</sup> Sobre o assunto ver Braga & Paula (1981).

necessário reduzir as despesas com benefícios e, principalmente, com assistência médica. As políticas de saúde pública, custeadas basicamente pelo Tesouro Nacional, não foram muito atingidas pela recessão porque passou a utilizar o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), criado a partir de 1982.

Com o objetivo de aprofundar a contenção de despesas e racionalizar o gasto com assistência médica previdenciária, o setor ainda contou com a criação, em 1981, do Conselho de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), como órgão do MPAS. O CONASP implementa, entre 1982 e 1984, o Plano de Reorientação da Assistência Médica no âmbito da Previdência Social, que pretendia a implantação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social - SAMHPS, que estabeleceu o sistema de remuneração da rede contratada através da Autorização de Internação Hospitalar – AIH; e do o Programa de Ações Integradas de Saúde - PAIS, buscando uma ação conjunta entre o governo federal e o estadual, que se transformou posteriormente na estratégia denominada de Ações Integradas de Saúde – AIS. As principais características deste plano eram: descentralização das atividades de assistência à saúde para o nível estadual, gestão colegiada nos diversos níveis de governo através das comissões intersetoriais, e remuneração dos serviços estaduais e municipais a partir da capacidade instalada.

Então, observamos que entre 1982-1984 tivemos o início do processo de desconcentração<sup>10</sup>, através da implementação, em 1982, das AISs. Este programa permitia o repasse de recursos do INAMPS para financiar os gastos com saúde dos estados e municípios, via assinatura de convênios.

## **1.2 O período de reformas**

A agenda reformista começou a ser desenhada durante a abertura controlada do sistema político nos anos 70, que na primeira metade dos anos 80 dirigia-se no sentido da

---

<sup>10</sup> A discussão sobre desconcentração e descentralização é baseada na análise de Médici (1994 e 1996). O conceito de desconcentração trata do processo de retirada do governo central das tarefas de execução, mas sem dar aos governos regionais autonomia, de modo que a responsabilidade do gasto continua sendo do governo central, embora sua realização seja feita no nível local. Enquanto isso, o autor define que descentralização se refere ao processo em que ocorre não apenas uma regionalização do poder institucional, mas também uma regionalização com autonomia política, financeira, institucional, etc. Ou seja, a responsabilidade pelo gasto é transferida à esfera local, estadual ou municipal, mas o gasto pode ser financiado por meio de transferências de recursos da esfera central, ou mediante recursos das esferas locais. No caso da descentralização autônoma, o gasto pode ser financiado mediante recursos próprios das esferas locais. Na descentralização dependente o gasto é financiado por meio de transferências. Sendo que neste caso, a descentralização pode ser do tipo tutelada (quando as transferências são negociadas), ou vinculada (quando as transferências são automáticas, vinculadas a critérios definidos legalmente). Além disso, Viana (1996) define dois tipos de descentralização: a planejada (originalmente formulada pelo SUS) e a caótica (a efetivamente observada).

luta pela redemocratização, trazendo como uma de suas bandeiras a meta do “resgate da dívida social”. Esse movimento ganhou força em 1982 com a vitória da oposição nas eleições estaduais e municipais e com o movimento das “diretas-já”, e foi intensificado pela instabilidade econômica, pela crise da capacidade de intervenção estatal e das finanças públicas, que levaram à implementação de um ajuste recessivo, o que promoveu o aumento da demanda social.

No caso da saúde destaca-se a presença, a partir do final dos anos 70, do movimento sanitarista, formado por médicos, autoridades locais e especialistas do setor saúde de posição esquerdista, considerado o mais importante movimento na comunidade da política de saúde, que deu início a um movimento de reforma do setor da saúde. Politicamente, o contexto era favorável dado que o elevado gasto na compra dos serviços privados de saúde estava desviando recursos da construção da infra-estrutura que era o foco central do governo.

Os sanitaristas defendiam que a burocracia do INAMPS havia sido capturada pelos interesses privados. A sua preocupação se voltava à questão da centralização das decisões da política de atenção à saúde que favorecia aos interesses do setor privado lucrativo de saúde, que impunha uma atenção à saúde de custo muito elevado. Com base nisso, os sanitaristas defendiam a implementação de um sistema de saúde voltado à universalização da cobertura do sistema público de atenção à saúde, à expansão dos programas de prevenção e de atenção primária de saúde, à gradativa estatização da provisão da atenção à saúde, ao fortalecimento de alguma forma de controle dos provedores privados contratados e à descentralização. Esta última justificava-se pelo conseqüente aumento da eficiência da política de atenção à saúde e como estratégia política para enfraquecer a influência de provedores privados lucrativos nas arenas de decisão do setor saúde.

Já na Nova República, durante os anos de 1985-89, existiam dois momentos predominaram: os impulsos reformistas entre 1985-88, que concentrou-se no executivo federal durante 1985/86 e na Assembléia Nacional Constituinte (ANC) no biênio 1987/88, e a contra-reforma conservadora a partir de 1987. Na verdade, *“Ao longo de todo o governo da Nova República, é nítida a percepção de dois movimentos conflitivos, superpostos e intermitentes. O primeiro (...) é impulsionado por segmentos solidários com a expansão dos direitos sociais. O segundo é impelido por setores conservadores – tendo*

*por epicentro o Executivo federal – que buscam obstruir esse processamento tanto na fase da Assembléia Nacional Constituinte, quanto na etapa de regulamentação constitucional complementar” (Fagnani, 1997:219).*

Com relação aos “impulsos reformistas” do executivo federal, destaca-se à instituição de comissões para os setores sociais, incluindo a saúde, que foi um dos casos de maior êxito quanto à viabilização das suas propostas, pelo fato de ser integrada por “uma elite profissional e intelectual” ligada ao “movimento sanitaria”, a qual era relativamente coesa e passara a ocupar posições estratégicas no governo federal. Além disso, o MPAS era dirigido por lideranças ligadas ao projeto reformista. Com relação às iniciativas do legislativo, destaca-se o processo constituinte, parcialmente concluído em 1988, com a promulgação da Constituição, que introduziu inovações importantes no setor social, inclusive na saúde (Fagnani, 1997).

As manifestações da contra-reforma conservadora no campo social estavam associadas à primazia das ações assistencialistas e clientelistas, em todos os setores, gerando a fragmentação e superposição institucional e de programas; ao esvaziamento da estratégia reformista; ao “desmonte” orçamentário e burocrático realizado através de cortes drásticos em vários programas; e às distorções na regulamentação constitucional, dada a oposição do Executivo federal (parte dos parlamentares e interesses de poder) frente ao processamento constitucional da agenda reformista, tanto na fase constituinte, quanto na de regulamentação complementar, sendo que em alguns casos observou-se o simples descumprimento das regras constitucionais (Fagnani, 1997).

No caso da saúde, foi durante a primeira metade do governo Sarney (1985/87) que se observou o maior esforço em controlar as despesas do setor privado lucrativo, e a ANC deu ao movimento sanitaria uma oportunidade política para por em prática suas metas de reforma como princípios constitucionais, o que realmente se verificou, mas que foi obstaculizado durante a implementação da legislação constitucional complementar.

### **1.3 Marco histórico legal e institucional: a Constituição Federal de 1988**

A Constituição da República Federativa de 1988 revela nítida propensão descentralizadora diante de alguns princípios como: a atribuição ao município do status de ente federado dotado de autonomia (artigos 1º e 18); a limitação imposta à União na definição das normas no caso de competências concorrentes que podem ser apenas de

caráter genérico; nova partilha tributária, na qual foram elevadas as participações dos estados e municípios nos tributos federais e ampliou-se o poder de tributar destas esferas; cabe ao município prestar os serviços de atendimento à saúde, com a cooperação técnica e financeira necessária ao exercício deste encargo (artigo 30).

Com relação à política social, a grande inovação se refere à determinação do direitos sociais voltados a todos os cidadãos brasileiros e à criação do conceito de seguridade social, envolvendo as áreas da previdência, saúde e assistência social.

De acordo com o artigo 195 a seguridade deverá ser "*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 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 artigo 201; III - sobre a receita de concursos de prognósticos".*

Neste sentido, nós temos no Brasil as seguintes contribuições: Contribuição Social sobre a Folha de Salários dos Empregados, Empregadores e Trabalhadores Autônomos (que representava as antigas bases de financiamento do FPAS, criado em 1976, e extinto em 1988, com a criação do OSS); Contribuição Social sobre o Faturamento das Empresas (que representava os recursos do Fundo de Investimento Social - FINSOCIAL, criado em 1982 para reverter recursos para os programas sociais federais e que a partir de 1992 passou a ser chamado de Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - CONFINS); Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas - CSLL (criado em 1989); e Programa de Integração Social – PIS e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PASEP (criados em 1974), que passam a constituir o Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT e que tem destinação constitucional definida voltada ao financiamento do seguro-desemprego.

No segundo parágrafo do artigo 195 determina-se que "*a proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, pela previdência social e pela assistência social, tendo em vista as metas e*

*prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos". O quarto parágrafo define que poderão ser instituídas outras fontes "destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social". E o décimo parágrafo acrescenta que "a lei definirá os critérios de transferências de recursos para o sistema único de saúde e ações de assistência social da União para Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos"*.

A maior e mais importante decisão de reforma da nova carta constitucional se verificou no setor da saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso porque "*foi a única das políticas sociais em que reuniram-se condições institucionais para que se tomassem decisões em favor de uma reforma efetiva*", com relação ao seu conteúdo, natureza, importância e extensão das decisões tomadas (Arretche, 1998). "*Do ponto de vista de apoios e legitimidade o processo foi bastante exitoso e especialmente politizado, garantindo a continuidade da reforma e a permanência do SUS, mesmo quando se reconhecia as suas distorções e as necessidades de ajustamento*" (Draibe, 2002).

Através do projeto de construção do SUS pretendia-se enfraquecer a burocracia do INAMPS, que perderia sua autonomia institucional, primeiramente, através da sua transferência da Previdência para o Ministério da Saúde, o que ocorre em 1990, e, posteriormente, através da sua extinção, que vai acontecer em 1993 (Arretche, s.d.).

Os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 trazem os pontos referentes à política de saúde no Brasil. O artigo 196 define que "*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*".

De acordo com o artigo 198, "*as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade*".

Em parágrafo único determina que a saúde será financiada, de acordo com o artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social. Ou seja, as fontes de financiamento para a saúde estão vinculadas aos recursos da seguridade social e dos tesouros federal, estadual e municipal. Contudo, a Constituição não define uma vinculação de receitas para a saúde. Apenas dispõe, no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que *“até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, será destinado ao setor da saúde”*. E também não determina um percentual fixo para as transferências intergovernamentais.

De um modo geral, a Constituição determina como sendo os princípios básicos do SUS a saúde como direito do cidadão e dever do Estado; a saúde fazendo parte do conceito de seguridade social se desvinculando do conceito de seguro social; a descentralização do sistema, conformando uma rede regionalizada e hierarquizada, com comando único em cada esfera de governo – na esfera federal, o Ministério da Saúde (MS), na estadual, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e na municipal a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – sendo que podem ser criadas Comissões Intersetoriais subordinadas ao CONS; a participação da população; as ações que estejam ligadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde; o acesso universal, gratuito e igualitário a todos os níveis de complexidade (atendimento integral); a equidade na distribuição dos serviços e ações; a prioridade ao serviço e à ação pública.

Então, conclui-se que o SUS representa um novo modelo de política de saúde, pelo menos em termos constitucionais. Neste sentido, o sistema nacional de saúde deixaria de ser centralizado e passaria a ser descentralizado; o acesso deixaria de ser restrito aos trabalhadores formais vinculado a contribuições e passaria a ser gratuito, universal e igualitário; o modelo de seguro é substituído pelo direito e pelo conceito da seguridade social; a priorização do serviço privado é substituída pela prioridade do serviço público; a forma de financiamento deixa de ser através da remuneração por serviço para prestadores e passa a ser feita via transferência regular e automática para as esferas locais; passa a ser permitida e exigida a participação da população; a prioridade, quase exclusividade, do atendimento curativo e hospitalocêntrico é substituída por um modelo de atendimento integral à saúde que visa não só a recuperação, mas também a promoção e a prevenção, destacando a importância das ações básicas de saúde, deixando de existir a separação entre programas curativos e preventivos.

Mesmo com a promulgação da Constituição, ainda era preciso que fosse aprovada a legislação pós-constitucional, que transforma os princípios constitucionais em leis. A Constituição significa uma *“versão frágil e inacabada”* que *“representou avanços apenas formais, ao delimitar os marcos genéricos que deveriam orientar a etapa posterior relativa à tramitação da legislação constitucional complementar – esta sim, crucial para a consolidação efetiva do projeto [reformista]. Lamentavelmente, o processamento dessa legislação concentrou-se, nos anos 90, num contexto político e econômico hostil ao projeto reformista”* (Fagnani, 1999:156).

No final dos anos 80 as novas atribuições do Estado presentes na Constituição passam a contrastar com *“a absoluta hegemonia ideológica das concepções minimalistas (...) que enfaticamente limitam o âmbito da ação efetiva deste ao estabelecimento e manutenção de relações de propriedade privada defendidas por um notável aparelho analítico neo-utilitarista (EVANS, 1993)”* (Levcovitz, 1997:109).

Em 1989 já se configurava claramente a tendência à não-implementação dos novos dispositivos constitucionais. *“Há que se recordar as permanentes afirmações públicas do Presidente José Sarney, em 1989, sobre a “ingovernabilidade” do país estabelecida pelo “voluntarismo” e pela “irresponsabilidade” (sic) da Constituinte, referindo-se tanto ao crescimento dos gastos na área social quanto à descentralização da partilha tributária, decorrente dos dispositivos constitucionais”* (Levcovitz, 1997:110). Na verdade, a regulamentação complementar da Constituição não interessava a nenhum partido político, uma vez que avaliavam que na legislatura seguinte teriam condições políticas muito mais favoráveis de fazer valer seus interesses. Os partidos “de esquerda” pretendiam avançar nas conquistas sociais e democráticas, e os partidos conservadores, consideravam que a futura legislatura seria um instrumento para reverter as derrotas sofridas na ANC (Levcovitz, 1997).

Com relação à saúde, a discussão do projeto de lei orgânica para o SUS se iniciou, no Congresso, através do VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado em maio de 1989, com o tema “Sistema Único de Saúde”. Contudo a frente sanitária já não tinha mais a mesma unidade e mobilização e a maioria dos seus integrantes já havia deixado os cargos ocupados nas instituições federais. Com isso, o projeto reformista da política nacional de saúde ficou estagnado durante todo o ano de 1989. A tramitação efetiva da Lei Orgânica da Saúde (LOS) iniciou-se no governo Collor, após os tumultos

causados pelo “pacote econômico”. Durante a tramitação no Congresso “as posições do MS eram dúbias e conflituosas”, pois ele ao mesmo tempo que declarava seu apoio aos princípios e diretrizes do SUS, obrigava a um “processo lento e complexo”. Após inúmeras audiências no Congresso Nacional, produziu-se um acordo mínimo, do qual decorreu a votação da LOS, que ainda assim sofreu vinte e cinco vetos do Presidente da República, entre artigos e incisos, que a desfiguraram completamente. Contudo, o MS e a Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social da Câmara dos Deputados negociaram rapidamente uma lei que repunha algumas questões.

## **2. Evolução institucional nos anos 90 – O processo de construção do SUS**

De acordo com Draibe (2002), “dez anos após a Constituição de 88, a reforma do sistema de política social brasileiro continua na ordem do dia”. Os novos contextos de valores e econômico impuseram uma nova agenda reformista. Contudo, “*tal reequacionamento se apóia também no legado institucional e cultural deixado pelo ciclo democratizante de reformas e ensaios reformistas*”. “Nos anos 90, é, portanto, sob o signo do ajustamento econômico e das reformas institucionais que se vai armar a nova agenda de reestruturação do sistema de políticas sociais”.

### **2.1 1990-92: Distorções no processo de construção do SUS**

O período de 1990-92 foi marcado, em primeiro lugar, pela continuidade e pelo acirramento do ataque liberal à presença do Estado na economia, sendo que a candidatura de Fernando Collor à Presidência da República consolidou a rearticulação das forças conservadoras e da gestação do novo consenso neoliberal. Em segundo lugar, pela resistência da instabilidade macroeconômica e pela exaustão dos seus instrumentos de regulação, associados a um ajuste recessivo que deteriorou o quadro social, fragilizou a base financeira das políticas sociais e restringiu seus raios de manobra. Em terceiro lugar, pelo aumento da crise estrutural do setor público (Fagnani, 1997).

Neste sentido existem neste momento dois planos dinâmicos e contraditórios no campo das políticas sociais, inclusive na saúde. Ao mesmo tempo em que se processa, sobretudo no Congresso Nacional, avanços institucionais e legais, complementando as inovações instituídas pela Constituição, implementa-se uma gestão estagnacionista e destrutiva do sistema de políticas sociais, com o Executivo no comando deste processo (Draibe, 2002).

A estratégia governamental para a política social estava associada à contra-reforma neoliberal, cujo objetivo neste caso era obstaculizar a consolidação e implementação dos princípios constitucionais de 1988, sobretudo durante o processamento da legislação constitucional complementar, que não estavam de acordo com a ideologia dominante e nem com a política econômica adotada. Para atingir tal fim, o governo utilizou como instrumento o descumprimento das regras constitucionais, o veto integral a projetos de lei aprovados pelo Congresso Nacional, a desconsideração dos prazos constitucionalmente estabelecidos para o encaminhamento dos projetos de legislação complementar de responsabilidade do Executivo, a interpretação espúria dos dispositivos essenciais. Ao mesmo tempo, o governo formulava uma nova agenda de reformas constitucionais, tendo em vista a revisão constitucional prevista para 1993. A versão mais acabada está no documento “Brasil: Um Projeto de Reconstrução Nacional” (Fagnani, 1997).

Além disso, também ocorre um vigoroso processo de desaparecimento e fragmentação burocrática da política social, dada à ausência de decisões e o não enfrentamento, de forma minimamente planejada, do complexo processo estrutural de descentralização das políticas sociais, que ocorre de forma caótica e, em alguns casos, “forçada”, via o “desmonte” ou a omissão federal, acarretando ineficiências na quase totalidade dos setores<sup>11</sup>. Assiste-se ainda à extrema permeabilidade dos programas federais de interesses clientelistas e à conexão direta do governo federal com os governos sub-nacionais (Fagnani, 1997).

No caso da seguridade social assiste-se à intensificação e à consolidação da fragmentação política, institucional e financeira, que era ainda incipiente no Governo Sarney. Ao invés de constituir um único Ministério de Seguridade Social, o Executivo Federal segmentou as funções em três órgãos: o MS, fortalecido com a incorporação do INAMPS, o Ministério do Bem-Estar Social, e o Ministério do Trabalho e Previdência Social (Levcovitz, 1997).

---

<sup>11</sup> A Comissão da Reforma Tributária e Descentralização Administrativo-Financeira (CRETAD), criada com o objetivo de realizar estudos sobre o sistema tributário nacional, tendo em vista a elaboração de propostas que deveriam ser apresentadas na ANC, sugeriu, em 1987, que o processo de descentralização, após quase três décadas de centralização, se desse de forma planejada e gradual, através da constituição de um “fundo de descentralização”, para ser utilizado no financiamento do processo de transferência de encargos para estados e municípios e dar suporte ao Plano Nacional de Descentralização, previsto para ser implementado em seis anos (Fagnani, 1997).

Neste contexto encontra-se a saúde, cuja implementação do SUS trouxe uma mudança na arena de decisão da reforma do parlamento para o executivo – Governo federal e Ministério da Saúde.

O Governo Federal indicou como Ministro da Saúde um funcionário oficial do INAMPS, Alcení Guerra, cuja estratégia era de diminuir o ritmo da descentralização pelo estabelecimento de ligações diretas com os prefeitos através da expansão do poder discricionário do governo federal sobre as transferências intergovernamentais. Essa atitude estava claramente inserida *“numa estratégia do Governo para atrair prefeituras, e parlamentares federais a eles ligados, para a “base de sustentação política” do Presidente Collor”* (Levcovitz, 1997:116).

A arena de tomada de decisões do governo Collor estava de portas fechadas para os reformistas progressistas e para a participação das autoridades locais. O Ministro da Saúde tentou calar a voz destes grupos através da não convocação da IX CNS, marcada para ocorrer durante o mandato do Presidente Collor. Mas a CNS foi convocada diante da pressão do movimento sanitário e dos políticos locais e depois da demissão do Ministro Alcení Guerra, resultado de denúncias de corrupção (Arretche, s.d.).

*“A vertiginosa gestão do Ministro Adib Jatene (fevereiro a setembro de 1992) não produziu alterações significativas nesta lógica. Sua importância reside numa recuperação da imagem pública de honestidade na condução do SUS, associada à pessoa do Ministro e surpreendente numa conjuntura em que avolumavam as comprovações da corrupção que grassavam no seio do Governo Federal e no próprio Palácio do Planalto”* (Levcovitz, 1997:163). Esta gestão ficou marcada, dentre outras coisas, pela convocação e realização da IX Conferência Nacional de Saúde (CNS), que ocorreu dois meses antes do impeachment e cujo tema central era *“Sistema Único de Saúde: A Municipalização é o Caminho”*, na qual apresentou-se uma *“Carta à Sociedade Brasileira – Em defesa da Vida e da Ética: Fora Collor!”* (MS/CNS, 1992).

De acordo com as mudanças na estrutura institucional do SUS, o governo federal deveria tomar conta do financiamento e da coordenação, os municípios são transformados em gestores dos programas locais de atenção à saúde e os estados são responsáveis pelo suporte para os sistemas municipais. Ou seja, o governo federal é o responsável pelas decisões sobre as mais importantes questões do sistema de saúde, pois concentra em suas mãos o financiamento e a coordenação, o que faz com que as

políticas de atenção à saúde dos governos locais fiquem pesadamente dependentes das regras direcionadoras e das transferências federais. O MS é a arena onde as mais importantes decisões da política de saúde são tomadas e ele é o ator mais poderoso nesta mesma arena, sendo que nos anos 90 há uma grande disputa entre o MS e as autoridades locais a respeito das regras da descentralização<sup>12</sup> e das decisões de política de atenção à saúde<sup>13</sup> (Arretche, s.d.).

As normas e ações do Executivo Federal e do MS no período promovem a recentralização no INAMPS do controle do sistema de saúde; a continuidade das fontes (contribuições sociais) e dos mecanismos de financiamento (o pagamento direto aos provedores, públicos e privados, de acordo com o montante de atos médicos; os municípios não receberiam as transferências automáticas, somente receberiam os recursos através de convênios, isto é, através de acordos negociados com o MS); a manutenção da dicotomia entre as ações individuais, curativas e hospitalares e as ações coletivas, primárias e de promoção e prevenção da saúde da população; e a distorção do processo de descentralização com a expansão do controle do governo federal sobre estados e municípios. A estratégia era reduzir a autonomia dos municípios, e obrigá-los a aceitar os requisitos impostos pelo governo federal para receber as transferências. Ou seja, o modelo de descentralização era o de uma descentralização tutelada e ilegal por não estar baseada na LOS (Arretche, s.d.).

No quadro abaixo estão apresentadas as principais normas relacionadas ao setor da saúde ao longo do período de 1990-92 que evidenciam a estratégia e os objetivos do Governo Federal descritos anteriormente.

---

<sup>12</sup> Define os mecanismos através dos quais os estados e os governos locais assumem o controle das despesas e da gestão da atenção à saúde. A disputa envolve as regras sobre como os recursos federais vão ser transferidos (automaticamente ou de forma negociada), para quem eles vão ser transferidos (provedores ou autoridades locais) e como o seu uso vai ser avaliado.

<sup>13</sup> Define os direitos de participação nas decisões de política de saúde. Essa disputa envolve principalmente aqueles atores que teriam alguma palavra na reforma da política de saúde.

**Quadro 1.1: Principais normas relacionadas ao setor saúde no período 1990-92**

Normas	Data	Conteúdo
Decreto nº 99.060	07/03/90	INAMPS passa a estar vinculado ao Ministério da Saúde. A gestão dos recursos do sistema de saúde continuaria centralizada no INAMPS.
Lei nº 8.080 (LOS)	19/09/90	Condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.
Lei nº 8.142	28/12/90	Participação da comunidade da gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos.
Resolução nº 258	07/01/91	Aprova a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS 01/91).
Portaria nº 15	08/01/91	Determina a ascensão do IVH.
Portaria nº 16	08/01/91	Extingue tabelas e modalidades de remuneração hospitalar e implanta, dentro do SIH, uma nova tabela única de remuneração da assistência à saúde em nível hospitalar com estrutura e valores idênticos a todos os prestadores.
Portaria nº 17	08/01/91	Dispõe sobre as mesmas questões que a portaria anterior, mas para o nível ambulatorial, que faz parte do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).
Portaria nº 18	08/01/91	Traz os mesmos pontos, mas para o uso de materiais de órtese, prótese e materiais especiais, a nível hospitalar.
Portaria nº 19	08/01/91	Define as quantidades de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para cada estado.
Portaria nº 20	08/01/91	Estabelece critérios para aplicação da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) nas transferências de recursos aos estados, Distrito Federal e municípios.
Resolução nº 273	17/07/91	Reedição de NOB/91.
Portaria nº 234	07/02/92	Edita a NOB/SUS 01/92, em substituição à NOB/SUS 01/91.

Fonte: Elaboração própria.

A Lei Orgânica da Saúde está de acordo com o disposto na Constituição no que diz respeito à instituição do SUS, ao acesso universal e igualitário, à forma hierarquizada e regionalizada de organização das ações e dos serviços de saúde, ao repasse automático e regular dos recursos aos estados e municípios e à necessidade de contrapartidas de recursos dos estados e municípios. Além disso, a Lei 8.080/90 trata da regulamentação do SUS a partir da visão de política de saúde e não de política de atenção à saúde, isto é, não se preocupa apenas com as ações e serviços assistenciais de saúde, mas também com a prevenção, com campanhas e com toda as condições básicas (saneamento, moradia, alimentação, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos serviços essenciais). E ainda prevê que as políticas econômicas e sociais deveriam estar de acordo com a redução dos riscos à saúde, de modo que *"os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País"*.

No quadro a seguir estão descritas as funções das três esferas de governo segundo a Constituição de 88, regulamentada pela LOS:

**Quadro 1.2: Funções das três esferas de governo na gestão do SUS**

Funções	Esfera Federal	Esfera Estadual	Esfera Municipal
<b>Formu lação de políticas e planejamento</b>	Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional	Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual	Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal
	Papel estratégico e normativo	Promoção do regionalismo	Planejamento de ações e serviços necessários
	Manter unicidade, respeitando a diversidade	Estímulo a programa integrado	Organização da oferta de serviços públicos e contratação de serviços privados (caso necessário)
	Busca da equidade	Apoio e incentivo para a fortificação institucional das SMS	
	Apoio e incentivo para a fortificação institucional e práticas inovadoras de gestão estadual e municipal		
<b>Financ iamento</b>	Peso importante dos recursos federais	Definição de prioridades estaduais	Garantia de aplicação de recursos próprios
	Papel redistributivo	Garantia da alocação de recursos próprios	
	Busca de equidade na alocação	Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios	Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais
	Definição de prioridades nacionais e critérios de alocação entre áreas e entre estados		
<b>Prestação direta de serviços</b>	Em caráter de exceção	Em caráter de exceção	Peso importante na execução de ações/prestação de serviços
		Em áreas/ações estratégicas	
	Em áreas/ações estratégicas	Serviços de referência estadual/regional	Gestão de unidades de saúde
		Em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal	Contratação, gestão e preparação de profissionais de saúde

Fonte: Elaboração de Souza (2002).

A disposição mais importante da LOS se refere ao financiamento do SUS. No Artigo nº 31 fica definido que "o orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde - SUS de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias", de modo que autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecada transferirão automaticamente os recursos ao Fundo Nacional de Saúde (Artigo nº 34).

O principal artigo da LOS é o de nº 35, o qual determina que "para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da

*população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo". Sendo que, de acordo com o Primeiro Parágrafo, "metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio".*

Contudo, a ação recentralizadora do Presidente Collor verificou-se com o uso do seu poder de veto constitucional para vetar 25 artigos da Lei Orgânica da Saúde relacionados à extinção do INAMPS, à participação e controle sociais, ao financiamento do SUS, e às transferências automáticas para os municípios e estados (não definiu a vinculação de percentuais orçamentários do OSS para as transferências regulares e automáticas; eliminou o automatismo e permitiu a preservação do convênio como mecanismo de repasse), que representam as questões centrais na construção e no funcionamento do SUS. Ou seja, os vetos atingem a "espinha dorsal" do sistema de saúde e permitem a recentralização dos pagamentos no INAMPS, contrariando os princípios do SUS e restabelecendo o espaço para as práticas clientelísticas e o mecanismo de fraude.

Devido às pressões do movimento sanitário e das autoridades locais, a "letra morta" foi complementada ainda em 1990, três meses mais tarde, com a aprovação da Lei nº 8.142, de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade da gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos. Os reformistas progressistas eram capazes de aprovar a obrigação do MS para fazer as transferências regulares e automáticas para os municípios, assim como para seguir com a extinção do INAMPS (Arretche, s.d).

Analisando o disposto na Lei 8.142/90 pode-se notar que ela está de acordo com os princípios constitucionais, tal como a Lei 8.080/90. Fica claro que a intenção era regulamentar o processo de descentralização, através da criação dos conselhos e da restauração do repasse regular e automático dos recursos às esferas locais e a participação da comunidade. Contudo, "*os elementos mais decisivos da lei no que se*

*refere à aplicação do princípio da descentralização ao financiamento do SUS, ou não vingaram ou foram engenhosamente contornados” (Piola, Barros e Viana, 1996).*

*Os “municípios e estados esperavam que com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o SUS fosse implantado, segundo as novas normas e o financiamento seguisse o que lá estava escrito no 8080/35 e 8142/2. Qual não foi a surpresa de todos quando uma enxurrada de portarias do INAMPS adentrou os gabinetes dos gestores públicos em janeiro de 1991. Eram as portarias inampianas 15, 16, 17, 18, 19 e 20 e a resolução 258 de 7/1/91 que tinha como anexo a NOB-91 e outros penduricalhos. Dentro delas nada relativo aos preceitos legais de dezembro de 90, mas a consolidação daquilo que já vinha sendo implantado desde junho de 1990” (Carvalho, 2001:437).*

Os princípios constitucionais e a LOS não foram suficientes para guiar o processo de descentralização, de modo que as Normas Operacionais Básicas, editadas pelos MS, tornaram-se o principal instrumento desde o início dos anos 90, pois estabeleciam as regras operacionais para a implementação do SUS, isto é, determinavam os objetivos e as diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, a divisão de responsabilidades, as relações entre gestores e os critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios, que definem a repartição das atribuições e competências e o grau de autonomia gestora de cada esfera de governo no SUS.

O quadro a seguir traz o conteúdo das Normas Operacionais Básicas de 91 e 92.

**Quadro 1.3: Normas Operacionais Básicas 91 e 92**

<b>Categorias analíticas</b>	<b>NOB/91-NOB/92</b>
Publicação	jan/91 e fev/92
Período de vigência efetiva	jan/91 a fev/94
Remuneração de serviços prestados (repasses)	Rem por produção de serv apresentada via SIH e SIA (I)
Transferências intergovernamentais	Resíduo do RCA para EE e MM (NI)
Recursos para Investimento	- UCR para EE (somente NOB/91) (NI) - FEGE para EE (somente NOB/92) (NI)
Incentivos financeiros vinculados à produção	FIDEPS para hosp univ (I)
Incentivos financeiros vinculados a resultados	Ausentes
Incentivos à descentralização	FEM para MM hab (ou conveniados) (NI)
Incentivos financeiros a programas específicos	Ausentes
Hierarquização da gestão segundo critérios de habilitação	Criação do MM hab para o convênio
Requisitos para habilitação	- Poucos, relacionados aos dispositivos da lei 8142/90 - Vinculados ao convênio de municipalização
Nº de municípios recebendo recursos fundo a fundo	0
Nº de estados recebendo recursos fundo a fundo	0
Colegiados de gestão	CIT
Autonomia das instâncias gestoras	Ausência de aut para execução do montante dos recursos federais repassados

Obs. EE – estados e MM – municípios. (NI) – Não implementado e (I) – Implementado. Fonte: Elaboração de Levcovitz (2001).

Analisando a NOB 01/91, é importante notar as dificuldades e as contradições do processo de implantação do SUS. Por um lado, a norma foi criada para estabelecer as regras necessárias para a implantação do SUS, com a preocupação de estar de acordo com princípios da Constituição de 1988 e da Lei 8080/90, que são a base legal que deveria ser seguida para o sucesso do SUS. Por outro lado, nota-se claramente a presença ainda marcante e centralizadora do INAMPS neste processo, a continuação da utilização da compra de serviços (a remuneração da produção dos serviços realizados nas unidades públicas e privadas, sob gestão das esferas locais), a alteração do critério de transferência automática, proposta pela legislação infraconstitucional, para a negociada, e a não-regulamentação do Art. 35 da Lei 8.080/90. As esferas locais estão totalmente ausentes no processo de gestão financeira do SUS, que continua a cargo do INAMPS, exercendo a função de execução dos serviços e ações de saúde dos prestadores localizados nos seus domínios.

A NOB 01/91 previa o estabelecimento de “Convênio de municipalização”, diretamente entre o MS/INAMPS e prefeituras. Este relacionamento direto, dispensando a participação das SES e SMS, induziu a uma lógica de organização do SUS baseada na concepção de sistemas municipais isolados, sem a articulação e a integração indispensáveis à organização de rede(s) regionalizada(s) e hierarquizada(s) de serviços.

E ainda, o estado perdeu sua função articuladora e negociadora existente no período do SUDS (Levcovitz, 2001).

A ruptura com o modelo anterior de transferência de recursos segundo o critério da POI, utilizado no SUDS, não foi substituída por novos instrumentos de integração dos recursos. Isso ocasionou a redução das funções de pactuação existentes nas Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) e ausência de negociação e integração das instâncias de governo na montagem de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada e dificultou a absorção das novas funções gestoras requeridas pela SUS (Levcovitz, 2001).

Além disso, a NOB/91 não confere qualquer tipo de alteração ou avanço no modelo de atenção. Em primeiro lugar, permanece o privilégio das atividades de assistência médica em detrimento das ações voltadas para a saúde coletiva, cujo financiamento sequer é previsto. Em segundo lugar, a oferta de assistência médica continua tendo como prioridade à produção, sem considerar adequadamente o perfil de necessidades de saúde da população. O estímulo à oferta de serviços de saúde não apresenta qualquer tipo de articulação com o controle da qualidade dos serviços prestados ou a preocupação de evitar fraude. Um quarto ponto se refere ao predomínio da influência da capacidade previamente instalada na fixação dos tetos financeiros, favorecendo os estados e municípios em melhores condições econômicas.

Segundo Carvalho (2001), a NOB/91 apresenta algumas ilegalidades. Em primeiro lugar, pode-se questionar qual seria o poder do INAMPS em normatizar para o SUS quando isso deveria ser função do MS, de acordo com a Lei 8.142/90 (Artigo 5º). Isso obrigou que saísse uma portaria ministerial autorizando o INAMPS ao procedimento e reedição da NOB/91 (Portaria nº 1.481, de 31/12/90).

Outro ponto problemático se refere ao sistema de pagamento por produção proposta pela NOB que era inconstitucional e ilegal segundo as leis 8.080 (art. 35, par. 1º) e 8.142 (art. 3, par. 1º). O repasse de recursos do INAMPS proposta pela NOB era feito através de mecanismo convenial, que estava conceitualmente errado, dado que um mecanismo convenial implica acordo de vontades entre conveniente e conveniado. Além disso, a CF e a LOS ao estabelecerem competências para as três esferas de governo, algumas comuns, algumas específicas, têm que assegurar recursos automaticamente para todas as esferas e a esfera arrecadadora (União) não pode regatear ou condicionar o repasse de recursos. Uma consequência prática do repasse convenial é que os

recursos repassados por convênios têm que obedecer regras absurdas de uso dos recursos e de prestação de contas.

E ainda, o pagamento por produção de serviços tem o inconveniente de individualizar o repasse de recursos baseado em ações e procedimentos, sem a visão da necessidade de recursos globais para serem utilizados de forma livre sob um plano, com aprovação do Conselho de Saúde. E o que se observava na prática era a existência de tabelas defasadas com privilégio para pagamentos de maior complexidade, além da distribuição de recursos de internações hospitalares e de cobertura ambulatorial manter-se iníqua pelo fato de estar baseada exclusivamente na rede instalada e na capacidade de produzir (onde tem mais serviços, mais recursos são transferidos).

A NOB trata apenas dos recursos do INAMPS omitindo de vez qualquer citação dos recursos referentes ao orçamento, ou melhor, da parte do orçamento administrado diretamente pelo MS. E outra omissão pura e simples se refere à Vigilância Sanitária e Epidemiológica que poderia estar complementando a visão da integralidade das ações, dando continuidade ao modelo assistencialista.

Enfim, *“embora a NOB SUS 01/91 se apresentasse como apoio à descentralização e reforço do poder municipal, foram, na época, tecidas várias críticas com relação ao seu formato centralizador, relacionado aos mecanismos de transferência convenial (o que foi, inclusive, objeto de ação judicial), ao repasse condicionado à produção e à própria legitimidade da regulamentação do sistema através de normas e portarias que colidiam com as diretrizes da Lei Orgânica da Saúde”* (Levcovitz, 2001:274). Ou em outras palavras, *“essa norma é comemorada como um avanço por quem não estava vivendo a situação e nem entendia da nova legislação. Quando se fala em Conselho, Fundo, Plano e Relatório de Gestão nada mais se diz daquilo que está dentro da legislação 8142/8080. Mas, para quem tinha muita expectativa e esperança de uma implantação correta do SUS, a NOB-91 foi quase uma afronta”* (Carvalho, 2001:438).

Com relação ao financiamento da assistência à saúde, a NOB/92 determina que o INAMPS deveria se manter *“ainda, mas tão somente, neste ano de 1992, atuando como via de repasse aos Estados, Distrito Federal e Municípios”*. Quanto às atividades hospitalares, a novidade é a instituição do Índice de Valorização de Qualidade (IVQ), que, será concedido e repassado aos hospitais que integram a rede do SUS (públicos e privados contratados ou conveniados), desde que atendam aos critérios estabelecidos em

instrumento específico. Outro instrumento da NOB diz respeito ao Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE), que se destina a definir e reajustar os valores a serem repassados mensalmente, de forma regular e automática, aos estados habilitados, para a reposição e modernização dos equipamentos da rede pública estadual e municipal.

Outra questão nova que aparece na NOB/92 se refere à produtividade e qualidade. Na saúde, *“uma política de qualidade e produtividade é fundamental”*. Quanto ao primeiro ponto, a política governamental vem incentivando, segundo a própria NOB 01/92, desde janeiro de 1991, quando o modelo de financiamento dos serviços hospitalares foi profundamente alterado, com a substituição da antiga modalidade de “orçamentação por verba” pela adoção das AIH (pela qual a unidade recebe o equivalente à quantidade e à complexidade dos seus procedimentos). Quanto à qualidade, será implementado no SUS o Sistema de Avaliação de Qualidade em Saúde (SAQS), *“que tem como compromisso fundamental o incremento da qualidade do atendimento e da satisfação do usuário”*.

Enfim, a NOB 01/92 reduz o peso do INAMPS no sistema de saúde quanto à política de repasse de recursos, mas ainda, mas tão somente, em 92, continua a presença do INAMPS como órgão responsável pelo repasse de recursos às esferas locais. Apesar disso, é notável ainda a presença do INAMPS no SUS. E a NOB se preocupa em deixar evidente a necessidade de efetivar e regulamentar o repasse regular e automático dos recursos e isso é percebido pela repetição da citação da Lei 8.142/90 que trata deste critério. Mas a norma não avança neste sentido.

Outro ponto que deve ser comentado diz respeito à busca pela eficiência, eficácia e efetividade dos serviços, o que nem sempre está automaticamente vinculado a uma melhora dos serviços de saúde. Neste sentido, temos a questão do financiamento das atividades hospitalares estarem vinculadas a produtividade, o que pode acabar reduzindo a qualidade dos serviços, mesmo que produtividade e qualidade façam parte da mesma campanha de reforma do sistema de saúde. E também pode-se dizer que a política de qualidade e de produtividade vai contra a forma de repasse automático e regular dos recursos.

E é importante notar ainda que aparece nesta norma a preocupação com a efetivação do processo de descentralização, pois segundo a NOB, o processo de municipalização não significa apenas repasse regular e automático de recursos aos municípios, mas também, e principalmente, a gestão local do sistema de saúde.

Mas, de um modo geral, a NOB/92 apenas deu continuidade à NOB/91, sem apresentar importantes modificações no modelo operacional, de financiamento, de gestão e de atenção à saúde. Os “*óbices e ilegalidades maiores continuariam como continuaram intocáveis*”, pois “*a resultante das várias forças envolvidas na época era no sentido de conter a descentralização*” (Carvalho, 2001:439).

## **2.2 1993-1998: Tentativa de reorganização do programa de reforma**

A política social brasileira, de um modo geral, e a política de saúde, especificamente, atravessaram dois ciclos de reformas. O primeiro nos anos 80, num cenário de instabilidade econômica e de redemocratização, no qual os reformistas – especialistas em saúde de oposição e autoridades locais, além dos provedores privados e a burocracia federal ligada ao modelo de atenção à saúde – conseguiram transformar seus objetivos em leis e a arena principal da reforma era o parlamento. E no seguinte, na segunda metade dos anos 90, em meio a uma complexa agenda de estabilização, reformas institucionais e da consolidação democrática, se concretiza a implementação dos princípios constitucionais e o poder executivo assume o lugar do parlamento como a arena principal de tomada de decisão. Neste momento, a barganha federal tornou-se o mais importante conflito no processo de descentralização, e o MS e as autoridades locais vieram para o centro da cena (Draibe, 2001; Arretche, s.d.). “*Tal seqüência de processo e, mais precisamente, o peso relativo do legado institucional do primeiro ciclo, constituem fatores decisivos da particularização das orientações e conteúdos das reformas recentes dos programas sociais brasileiros*” (Draibe, 2002).

Neste contexto, já foi possível produzir uma significativa inflexão no padrão vigente de proteção social, com destaque para a saúde e assistência social, que representam as áreas que foram efetivamente reformadas, cujos processos já haviam avançado muito no primeiro ciclo (Draibe, 2002). O “*setor da saúde, desde os anos 80, é aquele que apresenta um projeto setorial melhor delineado e acabado quando comparado aos demais setores*” (Cohn, 2001:301).

O governo Itamar (1993-94) estava assentado sobre uma ampla coalizão política, após a mobilização civil que culminou no impeachment de Collor. Ele nomeou como MS Jamil Haddad, que tinha ligação com o movimento sanitário e com as autoridades locais da atenção à saúde. Com isso, os reformistas progressistas e as autoridades locais, que haviam aprendido durante o governo Collor que o executivo federal havia instituído regras

que os excluíram da arena de tomada de decisão, retornaram a uma posição chave dentro do MS e retomaram as decisões a respeito das regras sobre a descentralização, nas quais impunham a sua influência na política federal de saúde (Arretche, s.d.).

As discussões estavam em torno das críticas e dificuldades no processo de descentralização e foram marcadas pela IX CNS, realizada em 1992, cujo tema central era “SUS: a municipalização é o caminho” e que “*repercutiu a indignação nacional, bradando: Fora Collor*” (Carvalho, 2001:439). O diagnóstico da época era que o processo de municipalização era incipiente, tanto quanto aos mecanismos de transferência, como com relação à capacidade gestora. Mas não se tratava ainda dos riscos da atomização do SUS.

A resposta do MS foi a constituição, ainda em 1992, do Grupo Especial de Descentralização (GED), composto por representantes da burocracia do MS e autoridades locais e estaduais, com a intenção de avaliar o processo de descentralização através do cumprimento da Constituição de 1988 e das leis 8.080/90 e 8.142/90.

O principal produto dos trabalhos deste grupo foi formalizado no documento chamado “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”, como parte do documento “Descentralização do SUS: prioridade do MS”, que foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15/04/93. Este documento foi discutido durante seis meses pelo CNS e pela CIT e identificou os riscos existentes no processo de implementação do SUS, priorizando a descentralização, possibilitando a criação da NOB/93.

As principais preocupações estavam voltadas à questão do financiamento das ações de saúde, que deveria ser de responsabilidade a ser compartilhada pelos três níveis de governo, devendo-se assegurar o aporte de recursos fiscais, regularmente, aos Fundos de Saúde. Outro ponto era a redefinição das competências das três esferas de governo, dado que “*o desenho de uma estratégia de descentralização impõe a explicitação das funções da cada nível de governo e a delimitação dos papéis em relação ao conjunto de competências concorrentes, tornando mais precisas as determinações da Lei 8080/90*”. Diante disto, “*para cumprimentos destes mandatos legais, após quatro anos de promulgação da nova Constituição, se faz necessário que os Administradores Públicos, junto com a sociedade, se disponham a ter a OUSADIA DE CUMPRIR E FAZER CUMPRIR A LEI*”.

Para a continuidade do processo de descentralização seria necessária a reorganização da esfera federal, através da revisão da organização administrativa do MS, que deveria se adequar às novas funções, tanto da própria esfera federal, como dos estados e municípios, através da criação de Grupos-Tarefa (GT) para as diferentes áreas da saúde. Além disso, a municipalização e descentralização das ações exigiam o desenvolvimento de uma estratégia planejada e gradual de transição para a gestão plena almejada com o SUS, "*onde os estados e municípios assumem plenamente a gestão do SUS em suas tarefas de governo, o repasse financeiro passa a ser global, direto e automático*", ao contrário do que vinha ocorrendo até então.

Para tal, no momento deveria se estabelecer um quadro intermediário, em que os gestores ampliariam os seus espaços de governabilidade, conformando três sistemáticas diferentes de relacionamento entre as esferas de governo – transicional incipiente, transicional parcial e transicional semiplena – que representariam situações progressivas de gestão de estados e municípios sobre o SUS, e que iriam conviver simultaneamente. Este trabalho permitiu a continuação do processo de construção do SUS segundo os princípios constitucionais regulamentados pela LOS. No quadro abaixo estão em destaque as principais normas do período 1993-98.

**Quadro 1.4: Principais normas relacionadas ao setor saúde no período 1993-98**

Normas	Data	Conteúdo
"Desc. Ações e Serv. Saúde (...)"	15/04/93	Avaliar o processo de descentralização através do cumprimento da Constituição de 1988 e das leis 8.080/90 e 8.142/90.
Portaria nº 545	20/05/93	Aprova a NOB/SUS 01/93.
Lei nº 8.689 <sup>14</sup>	27/07/93	Determina a extinção do INAMPS.
Relatório Inspeções no INAMPS	30/12/93	Consolida as Inspeções Extraordinárias realizadas no INAMPS.
Inúmeras normas <sup>15</sup>	1994	Regulamentam a NOB/93.
Estrat. Desenv. Soc.	1996	Define a estratégia de desenvolvimento econômico e social do governo.
Portaria nº 2.203	05/11/96	Aprova a NOB/96.
REFORSUS	1996	Investimentos na direção da recuperação das unidades de saúde e da ampliação do acesso aos serviços de saúde.
Inúmeras normas <sup>16</sup>	1997	Regulamentam a NOB/96.
Inúmeras normas <sup>17</sup>	1998	Regulamentam a NOB/96.

Fonte: Elaboração própria.

Com base no documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei", foi aprovada a NOB/SUS 01/93, em

<sup>14</sup> Sendo que esta lei é regulamentada pelo Decreto nº 907 de 31/08/93 e é modificada inúmeras vezes por outras normas.

<sup>15</sup> Neste ano tiveram ainda outras normas de destaque: Portaria nº 892, Decreto nº 1.105, Decreto nº 1.232, Portaria 1.827 e Portaria 1.834.

<sup>16</sup> No ano de 1997 é preciso destacar a Instrução Normativa (IN 01/97) e as Portarias nºs 1882 a 1893.

<sup>17</sup> No ano de 1998 é preciso destacar a Instrução Normativa (IN 01/98), de 02/01/98 e as portarias nºs 51, 59, 84, 157, 2.090 a 2.096, 2.101, 2.284 e 3.925.

substituição à NOB/SUS 01/92, que "regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações de âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e as diretrizes para os investimentos no setor". Esta norma "nasce da discussão de que os municípios e estados não poderiam ficar recebendo por produção e através de convênios, considerados e questionados juridicamente por eles próprios como forma ilegal de repasse" (Carvalho, 2001:439). O objetivo central desta norma é "disciplinar o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde". O quadro a seguir descreve as principais disposições da NOB/93:

**Quadro 1.5: Norma Operacional Básica 93**

<b>Categorias analíticas</b>	<b>NOB/93</b>
Publicação	mai/93
Período de vigência efetiva	nov/94 a dez/98
Remuneração de serviços prestados (repasse)	Rem por produção de serv apresentada via SIH e SIA segundo hab EE e MM(I)
Transferências intergovernamentais	- TFG para EE (NI) e MM (I) hab - Saldos apurados para EE e MM hab (NI)
Recursos para Investimento	Ausentes na NOB, porém vinculação da transferência dos recursos REFORSUS às condições de hab
Incentivos financeiros vinculados à produção	FIDEPS para hosp univ (I)
Incentivos financeiros vinculados a resultados	Ausentes
Incentivos à descentralização	- FAE para EE hab (NI) - FAM para MM hab (NI)
Incentivos financeiros a programas específicos	Ausentes
Hierarquização da gestão segundo critérios de habilitação	- MM: gestão incipiente, parcial e semiplena - EE: gestão parcial e semiplena
Requisitos para habilitação	- Hierarquizados segundo condição de gestão - Ênfase na disposição para municipalização de unidades - Ênfase nos requisitos de programação, controle e avaliação
Nº de municípios recebendo recursos fundo a fundo	Dez/97: 144
Nº de estados recebendo recursos fundo a fundo	Dez/97: 0
Colegiados de gestão	CIB e CIT
Autonomia das instâncias gestoras	- Ausência de aut para execução dos rec fed repassados diretamente às unidades prestadoras de serv (EE e MM em gestão incipiente, parcial ou não hab) - Forte autonomia para execução dos rec fed transferidos para os MM em gestão semiplena

Obs. EE – estados e MM – municípios. (NI) – Não implementado e (I) – Implementado. Fonte: Elaboração de Levcovitz (2001).

A principal inovação desta norma diz respeito à implementação dos mecanismos de transferência fundo a fundo nos municípios em condição de gestão semiplena. Este modelo de gestão rompe com a exigência do instrumento convencional para a transferência de recursos preconizado pelas NOBs 91 e 92, e honra com a transferência automática dos recursos federais aos fundos municipais, preconizado pela LOS. Entretanto, esses

mecanismos não rompem com a lógica do pós-pagamento, pois os recursos transferidos deveriam respeitar o valor da produção apresentada no SIH e SIA na definição dos tetos financeiros, com base em séries históricas de gastos.

Além disso, os instrumentos para remuneração das unidades prestadoras de serviços (UCA e AIH) nos estados e municípios permanecem os mesmos e continuam a representar as principais modalidades de repasse/transferência de recursos federais. Seus valores destinados às SES e SMS seguiram baseados nas séries históricas de despesas realizadas pelo INAMPS, incorporando as distorções de iniquidade inter-regional e ineficiência alocativa.

A representação do nível local na NOB/93 foi implementada no sentido de reformar as regras da tomada de decisões no setor saúde direcionada para a participação deste nível na arena de formulação da política de saúde. As decisões mais importantes sobre a implementação da descentralização da saúde deveriam ser discutidas com representantes dos níveis locais. No nível estadual existiam as CIBs (composta por um número eqüitativo de representantes estaduais e municipais) e no federal a CIT (composta por números eqüitativos de representantes de órgãos federais, CONASS, CONASEMS e CNS) (Arretche, s.d.). A CIT e as CIB's representaram *“uma vitória de conseqüências duradouras há já praticamente dez anos”*, através do qual institucionalizou-se o pacto de gestão e permitiu-se que se estabelecesse um *“movimento de descentralização compatilhada e co-responsável”*, sendo que a *“persistência desse movimento, previsto na implementação do SUS, talvez seja uma demonstração do acerto”* (Carvalho, 2001:440).

Quanto à gestão, *“é comum se omitir da NOB-93 a definição e caracterização de uma situação denominada de gestão plena, como a desejada”*, que *“foi o horizonte colocado para o futuro quando se acabasse a transição”* (Carvalho, 2001:440), cuja característica principal se refere à gestão que deveria cumprir os princípios legais de forma inteira, de modo que o financiamento estaria de acordo com o artigo nº 35 da Lei 8.080/90. Assim, a NOB 01/93 pretendia concretizar os mecanismos de transferência “fundo a fundo” previstos na Lei 8.080/90.

A NOB/93 permitiu que estados e municípios escolhessem as condições de gestão dos seus sistemas de saúde através da qualificação/habilitação em uma das três opções oferecidas pelo MS, caso seguissem as exigências do governo federal. Estas três opções

correspondiam a uma escala de gestões dos sistemas de saúde de acordo com sua complexidade, desde a provisão de atenção primária à saúde até atenção hospitalar/clínica contratada e paga. As transferências federais só poderiam ser automáticas no nível mais complexo, no qual o município/estado assume a responsabilidade total pelo seu sistema de atenção à saúde, incluindo o contrato e o pagamento de hospitais privados especializados. Nos níveis mais baixos de gestão, o governo local assume a responsabilidade pela atenção primária e o MS mantém o pagamento direto para os provedores públicos e privados dos serviços de saúde de maior complexidade. Os municípios podiam escolher entre aderir ou não à política federal de saúde. Se escolhessem pela adesão a uma das três opções de responsabilidades poderiam avaliar os custos e os benefícios relacionados a cada opção. E, mesmo a adesão representando uma opção, existia um preço a ser pago no caso de não adesão: não receberiam dinheiro do MS (Arretche, s.d.).

Contudo, apesar de redimensionar o poder de interferência dos estados na condução da política de saúde, a NOB/93 não aponta para soluções com relação à configuração de novas funções para as instâncias estaduais no SUS, nem define e nem garante os recursos e instrumentos necessários à sua implementação.

*“A concepção da NOB essencialmente “municipalista” criou, segundo Levcovitz (1997), uma falsa e “radical oposição entre redistribuição de funções entre esferas de governo, da natureza político-administrativa, e a estruturação funcional do sistema de serviços de saúde, de caráter operacional”. Essa condição induziu a uma “complexificação” ainda maior da implementação do modelo sistêmico proposto no SUS” (Levcovitz, 2001:278).*

A implementação da NOB/93 revelou-se bastante difícil. Na metade de 1993, o Ministro da Seguridade Social, Antonio Britto, simplesmente interrompeu as transferências das contribuições sociais para o MS, a fim de resolver os problemas financeiros do seu ministério. E o Ministro da Saúde, Jamil Haddad, era politicamente fraco diante dos ministros da Economia e do Planejamento (Arretche, s.d.).

Embora o MS tenha realizado cortes nas despesas, os recursos recebidos não eram suficientes para cobrir os gastos de saúde dos estados e municípios. Além disso, a burocracia de oposição dentro do MS – os funcionários do extinto INAMPS – reduziram o

ritmo da descentralização, principalmente através dos excessivos requisitos necessários para as transferências (Arretche, s.d.).

Neste contexto, mesmo que as regras de descentralização da NOB/93 tenham parecido atraentes para os estados e municípios, a incerteza acerca da capacidade do MS de cumprir com as transferências fez com que fosse arriscado assumir responsabilidades, porque elas poderiam implicar em despesas adicionais, sem que recebessem os recursos federais suficientes para cobri-las. Com isso, o grau de adesão à NOB/93 foi muito baixo (Arretche, s.d.). Dos 4.975 municípios existentes em 08/12/1994, 2.305 (46,3%) estão habilitados a alguma forma de gestão, sendo na forma incipiente 1.752 (76%), na parcial 507 (22%) e na semiplena 46 (2%) (Piola, Barros e Viana, 1996). Na verdade, estes números *“não espelham a real quantidade de municípios que apresentam os requisitos para assumir integralmente a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde em sua área, ou que desejariam fazê-los. Refletem, mais que tudo, a conjuntura de incerteza em relação às condições de financiamento”*. *“Para muitos a condição atual, que os exime de responsabilidade com a gestão do sistema, seja politicamente mais confortável”* (Piola, Barros e Viana, 1996:42).

Dando continuidade ao processo de construção do SUS, foi decretada a extinção do INAMPS, de acordo com o Artigo 198 da Constituição e as leis 8.080/90 e 8.142/90. As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS seriam absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do SUS, assim como os serviços de assistência ainda sob responsabilidade do INAMPS passariam a ser prestados pelos municípios e estados. As dotações orçamentárias do INAMPS deveriam ser transferidas para o Fundo Nacional de Saúde e os recursos de custeio dos serviços transferidos aos municípios e estados integrariam o montante de recursos que o FNS transfere, regular e automaticamente, ao Fundo Municipal de Saúde e ao Fundo Estadual de Saúde. Enfim, *“de forma coerente com a concepção municipalista exclusiva do SUS que professava, OMS engajou-se intensamente na tarefa de extinção do INAMPS, proposta pelo Poder Executivo Federal logo na abertura dos trabalhos legislativos de 1993”* (Levcovitz, 1997:178). Entretanto, *“os efeitos da extinção do INAMPS, através da Lei 8689/93, foram significativamente danosos”* (Levcovitz, 1997:181). O mais grave, não decorrente diretamente da extinção em si, foi a supressão unilateral pelo MPS, com apoio do Ministério da Fazenda, da transferência dos recursos da fonte Contribuição sobre Folha

de Salários ao Fundo Nacional de Saúde, sob o argumento da premência de obtenção de recursos adicionais para evitar o déficit no caixa da Previdência.

No ano de 1994 houve a discussão de uma nova norma operacional, que seria a NOB/94, mas que “*nunca saiu do papel para a realidade*”. O seu projeto era complementar e aprofundar a NOB/93, visando a caracterização da gestão plena desejada e a substituição completa do pagamento por produção pela transferência fundo a fundo de um recurso único por quociente populacional, segundo a lei. Mas, quando a norma chegou ao MF (FHC era o ministro) para se discutir o aporte de recursos, o projeto não foi aprovado, pois “*não se dispunham a colocar mais nenhum tostão para a saúde*”. Ou seja, “*Uma NOB-94, complementar à 93 e que gorou ... pelo Ministério da Fazenda*” (Carvalho, 2001:441).

*“O novo governo Federal iniciou-se num clima de confiança, porém também de expectativa, com relação ao SUS. Apesar do caráter liberal-conservador da coalizão política PSDB-PFL que elegeu FHC e do fato de que o sistema público de saúde vinha sofrendo grave subfinanciamento com a estratégia de implantação do Plano Real, agravando dramaticamente a tendência iniciada em 1990, o candidato eleito tinha, em seu programa, manifestado compromissos expressos com o aprofundamento da trajetória de reformas da política de saúde, e a escolha de Adib Jatene para o cargo de Ministro da Saúde era coerente com esse posicionamento”* (Levcovitz, 1997:187).

O governo FHC apresenta em 1996 um documento oficial contendo a Estratégia de Desenvolvimento Social, lançada para provar que a política social não se restringia ao programa Comunidade Solidária lançado em 1993, isto é, a política social não é só política focalizada, mas esta também tem que existir no sistema de proteção social.

A estratégia de desenvolvimento social está desenhada com base em quatro eixos centrais. No primeiro apresenta-se a necessidade de se assegurar condições de estabilidade macroeconômica, realizar a reforma do Estado (administrativa, tributária e fiscal) e retomar o crescimento econômico (dentro do novo contexto de abertura da economia e da competitividade). O governo considera que a política econômica é fundamental, mas não suficiente.

O segundo eixo trata da política de geração de novos empregos e de aumento das oportunidades de trabalho e de geração de renda, tanto na zona urbana, como na rural.

Os programas do governo neste sentido são: seguro-desemprego, Sistema Nacional de Emprego – SINE, Programa Nacional de Qualificação Profissional – PLANFOR, Geração de Emprego e Renda – PROGER, pró-emprego.

Em terceiro lugar está a importância da reestruturação e reforma dos serviços sociais básicos de vocação universal, que envolve a previdência, a saúde, a assistência social, a educação, a habitação, o saneamento e o trabalho. Este representa o núcleo de qualquer política social e compreende mais de 90% do gasto social. Neste caso o governo compromete-se com a *“reestruturação e a reforma profunda”* visando *“eliminar desperdícios e aumentar a eficiência desses setores, promover a descentralização, universalizar, sempre que necessário e legítimo, sua cobertura, melhorar a qualidade e, sobretudo, reestruturar benefícios e serviços para aumentar seu impacto redistributivo”*. Diante da *“urgência e gravidade da situação social”*, foram selecionadas ações e programas *“considerados particularmente relevantes para enfrentar pontos de estrangulamento mais dramáticos, para acelerar o processo de reforma e reestruturação dos serviços sociais básicos e para proporcionar atenção a grupos que requerem ação imediata e inadiável”* (Brasil, 1996).

Por último, o documento apresenta a necessidade da coordenação de políticas focalizadas de combate à fome e à miséria. Os programas federais focalizados são: Comunidade Solidária, o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar – PRONAF, Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos – Cesta Básica, o Programa de Assentamento de Trabalhadores Rurais, Banco Terra, Combate ao Trabalho Escravo, Infantil e Degradante, Programa de Redução da Mortalidade Infantil, Criança Cidadã, Renda Mínima para Idosos e Deficientes.

Neste sentido não se pode dizer que não havia uma estratégia de desenvolvimento social e política social no governo FHC. Entretanto, os obstáculos estruturais interpostos pelo modelo econômico evidenciaram a extrema incompatibilidade entre o programa de ajustamento macroeconômico e a estratégia de desenvolvimento social. *“O ajuste simultaneamente amplia a exclusão e destrói as bases financeiras e institucionais do Estado, fragilizando sua capacidade de intervenção em geral e, de forma particular, no campo das políticas sociais”* (Fagnani, 1999:159).

O grande exemplo é o caso da saúde, que apresentou importantes avanços durante os anos de 1996-98. Contudo estes não representaram uma inovação de autoria

exclusiva deste governo, mas sim, o que se observou foi a continuidade do processo de construção do SUS, preconizado pelo movimento sanitarista, institucionalizado pela Constituição de 88 e regulamentado pela LOS.

Neste momento, é possível definir dois planos diferentes de embate de interesses. Um no interior do governo central, no qual se opunham a área econômica e a área social. O outro dentro do próprio MS, estando de um lado os sanitaristas e de outro os atores ligados ao antigo esquema do INAMPS.

Durante quase um ano de discussão, envolvendo as autoridades estaduais e municipais, representadas pelos CONASS e CONASEMS, e os responsáveis pela política de saúde, representados pelo CNS, buscou-se formular uma estratégia para o avanço do processo de descentralização. A lentidão do processo foi resultado da busca de um consenso a respeito das regras da descentralização diante da ampla representação de interesses na arena de decisão. Mesmo com os estados e municípios impondo seus objetivos na hora das tomadas de decisões, o que se tornara regra do jogo na formulação das NOB's, o CONASS e o CONASEMS encontraram mais dificuldades em inovar as propostas do governo federal do que esperavam. E ao final, o MS foi capaz de passar as regras do NOB/96 através de uma estratégia administrativa unilateral (Arretche, s.d.).

A estratégia do MS tinha quatro movimentos principais: a radicalização da descentralização do SUS; a completa mudança na lógica de alocação dos recursos financeiros; o estímulo à mudança no modelo de atenção à população usuária dos serviços, priorizando-se programas e projetos voltados à reorganização do nível de atenção básica, em especial pela expansão do Programa de Saúde da Família (PSF); e a recuperação da capacidade operacional e melhoria da qualidade das unidades assistenciais integradas ao SUS (Levcovitz, 1997).

A implementação desses movimentos seria possível através da criação de três instrumentos novos, quais sejam: a negociação e edição da NOB SUS 01/96, a formulação e contratação do Projeto de Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS) e a revisão da lógica e dos valores das tabelas do SIH e do SIA/SUS.

Com base nisso, o MS aprova a NOB/SUS 01/96, substituindo a NOB 01/93. Esta norma pretendia dar continuidade ao SUS que foi estabelecido pela Constituição de 88 e regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, aprimorando o que já fora colocado pela

NOB 01/91 e pela NOB 01/93. Deste modo, a sua principal finalidade era "*promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus municípios*". O quadro abaixo apresenta os principais pontos referentes à NOB/96:

**Quadro 1.6: Norma Operacional Básica 96**

<b>Categorias analíticas</b>	<b>NOB/96</b>
Publicação	nov/96
Período de vigência efetiva	fev/98 até momento
Remuneração de serviços prestados (repasses)	Rem por produção de serv apresentada via SIH e SAI segundo hab EE e MM (I)
Transferências intergovernamentais	- <b>PAB para EE (NI) e MM (I) hab</b> - TFAE para EE (I) e TFAM para MM hab (I de forma parcelada) - PBVS nos EE (NI) e MM hab (I como parte fixa do PAB e com regras especif) - TFECD nos EE e MM hab (I conforme regras especif)
Recursos para Investimento	Ausentes na NOB, porém vinculação da transferência dos recursos REFORSUS às condições de hab
Incentivos financeiros vinculados à produção	FIDEPS para hosp univ e o IVH-E para hosp de emerg (I)
Incentivos financeiros vinculados a resultados	IVR e IVISA para EE hab (NI)
Incentivos à descentralização	Ausentes
Incentivos financeiros a programas específicos	- PACS e PSF nos MM hab (I) - Rec PAB var: CN nos MM hab (I), AFB nos MM hab (I)
Hierarquização da gestão segundo critérios de habilitação	- MM: GPAB e GPSM - EE: GASE e GPSE
Requisitos para habilitação	- Hierarquizados segundo condição de gestão - Ênfase na disposição para municipalização de unidades - Ênfase nos requisitos de progr, controle e aval - Ênfase nos requisitos de progr integrada e da garantia da referência - Menção dos serv. que devem compor a rede básica dos MM hab
Nº de municípios recebendo recursos fundo a fundo	Dez/98: 5174
Nº de estados recebendo recursos fundo a fundo	Dez/98: 2
Colegiados de gestão	CIB e CIT
Autonomia das instâncias gestoras	- Ausência de aut para execução dos rec fed repassados direta/e às unid prest de serv (EE não hab e MM não hab ou em GPAB) - Forte aut para execução dos rec PAB nos MM hab - Moderada aut para execução dos rec fed transf para os MM em GPSM devido ao parcelamento

Obs. EE – estados e MM – municípios. (NI) – Não implementado e (I) – Implementado. Fonte: Elaboração de Levcovitz (2001).

A norma apontou para os riscos da atomização desordenada, colocando como papel das SES o estabelecimento das relações entre os municípios, além das suas funções específicas, e o papel do MS em coordenar as relações interestaduais, além também de suas outras funções próprias.

Os principais avanços desta norma estão relacionados ao financiamento, ao modelo de assistência, à organização dos serviços e à gestão (Souza, 2002). No primeiro caso é preciso destacar a fixação do Piso Assistencial Básico (PAB) para o financiamento

das ações de atenção básica desenvolvidas pelos municípios, representando a introdução de um conceito de financiamento per capita pela primeira vez no SUS, superando os mecanismos de pós-pagamento e introduzindo a transferência regular e automática fundo a fundo.

Além disso, através da introdução do PAB pretendia-se induzir os municípios a darem prioridade à atenção básica, forçando-os a oferecer pelo menos este nível de atenção. Vinculado ao PAB, a NOB estabelecia os fatores de incentivo ao Programa de Saúde da Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), por intermédio da adição de percentuais no valor do PAB, de acordo com a população por ele coberta em cada município, o que demonstra que a norma tinha compromissos com programas preventivos e sanitários. Destaca-se ainda a adoção de incentivos específicos a áreas estratégicas e o aumento expressivo de transferências fundo a fundo.

A implementação da transferência automática para estados e municípios representou a mais importante mudança que foi feita pelo MS nas regras da descentralização, pois permitiu o efetivo comando dos gestores públicos sobre o sistema, baseado na consolidação da capacidade gestora (Levcovitz, 1997). Por outro lado, a adesão significava para o governo local uma autonomia limitada para decidir sobre seus próprios programas de saúde dado que os recursos já estavam “carimbados”. E ainda, embora as garantias das instituições federais permitissem que os governos locais fossem livres para aderir à política federal, havia um preço a ser pago pela não adesão às regras federais de descentralização da saúde: não receberiam as transferências federais (Arretche, s.d.).

Com relação ao modelo assistencial e à organização dos serviços, cabe mencionar a expansão da estratégia de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde e avanços na organização da atenção básica e de redes de referência em vários municípios e estados.

Quanto à gestão, houve intensa transferência, por meio de ajustes, de responsabilidades, atribuições e recursos do campo federal para municípios e estados. Com relação aos municípios, as condições de gestão são a Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). E no caso dos estados, eles poderiam se habilitar na Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE) ou na Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE). Em cada uma dessas condições, os

municípios e estados assumem determinadas responsabilidades e devem apresentar determinados requisitos para poderem se habilitar ao nível de gestão escolhido. Os municípios e estados habilitados nas condições de gestão da NOB 01/93 permanecem nas respectivas condições até sua habilitação aos termos da NOB 01/96.

A criação do status do gestor pleno da atenção básica, apesar de criticada inicialmente como uma diminuição das competências municipais, mostrou-se uma medida adequada diante das desigualdades existentes entre os municípios, pois permitiu que inúmeros municípios que não tinham condições de assumir a gestão plena pudessem ao menos se habilitar à gestão do nível mais básico da atenção à saúde (Piola, s.d.).

Ao final da vigência da NOB/96, no ano de 2001, 99% dos municípios estavam habilitados a uma das condições de gestão, sendo 89,06% em GPAB e 10,14% em GPSM. A maior parte destas habilitações se deu no ano de 1998, primeiro ano de introdução efetiva da norma. Mas, o percentual de municípios com essas habilidades em cada um dos estados é muito variável, o que demonstra que existem diferentes ritmos e modelos de descentralização em cada unidade da federação. Cabe lembrar que o processo de habilitação depende da iniciativa dos gestores municipais e estaduais. E o processo de habilitação dos estados foi mais lento e irregular.

Embora a NOB/96 tenha representado um grande passo na direção do SUS almejada pela Constituição e pela LOS, alguns problemas e desafios ainda não foram completamente resolvidos, quais sejam, a divisão de responsabilidades entre estados e municípios, o processo de habilitação, o financiamento do sistema, o planejamento e organização de função de sistema, a resolução e acesso aos serviços, o acompanhamento e avaliação contínua de desempenho e processo de habilitação das SMS e as transferências fundo a fundo (Souza, 2002). *“Ante os avanços e problemas, ainda na fase de introdução do NOB-SUS 01/96, os diversos atores envolvidos no processo de consolidação do SUS passaram a discutir estratégias necessárias para enfrentar os grandes desafios para as políticas de descentralização na saúde. Desse processo resultou a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01, substituída recentemente pela NOAS-SUS 01/02)”* (Souza, 2002:458).

Com relação ao primeiro ponto – quanto à divisão de responsabilidades entre estados e municípios, observa-se que uma grande parte dos acordos de gestão sobre prestadores de serviços de saúde entre estados e municípios foi estabelecido segundo

critérios pouco adequados à organização de função do sistema e ao comando efetivamente público do sistema, como, por exemplo, a persistência de hospitais estaduais que não estão sob gestão de municípios em GPSM.

Quanto ao segundo conjunto de problemas e desafios, é preciso comentar que o processo de habilitação dos estados nem sempre representou uma relação direta com a capacidade efetiva da SES. Além disso, o grande número de municípios em GPAB não foi capaz de garantir a qualidade e a efetividade da atenção básica em todos eles, nem foi suficiente para garantir o acesso dos cidadãos aos demais tipos de atenção. E a habilitação em GPSM não foi suficiente para assegurar sua inserção no Sistema Estadual de Saúde, com o papel de referência para o atendimento à população de outros municípios com menor capacidade.

Com relação ao financiamento, nota-se que a alocação dos recursos financeiros permanece, em parte, vinculada ao princípio da oferta, à capacidade instalada e às necessidades de receitas dos prestadores de serviços, mantendo a concentração de mais recursos nas áreas mais desenvolvidas e nas ações nem sempre compatíveis com as necessidades da população. E nos estados, os critérios para a distribuição dos recursos entre os municípios nem sempre são explícitos.

No que diz respeito ao planejamento, o instrumento de Programação Pactuada e Integrada foi encontrado somente em alguns estados, dificultando a integração intermunicipal. Os limites da capacidade de planejamento e coordenação das SES aumentavam as chances da adoção de barreiras de acesso entre os municípios e da integração dos sistemas municipais. A prática de contratação de serviços privados e da construção de unidades públicas, sem a prévia análise da adequação do perfil da oferta existente às necessidades da população, dificultava a estruturação de uma rede regional e resolutive.

Um quinto ponto se refere ao fato da configuração do elenco de procedimentos da atenção básica ser restrita, apresentando baixa capacidade de resolução dos problemas mais frequentes dos usuários. E ainda ocorrem dificuldades de acesso à assistência de média e alta complexidade, diante da concentração destes serviços em poucos municípios ou mesmo da inexistência de determinados serviços de alta complexidade em diversos estados. O instrumento utilizado nas referências intermunicipais e interestaduais tem sido insuficiente para garantir o acesso.

Além disso, a NOB/96 não criou condições para a construção solidária de redes hierarquizadas de serviços e não criou mecanismos que efetivamente facilitassem o acesso dos cidadãos a serviços de maior complexidade. A heterogeneidade dos municípios, quanto ao tamanho populacional, condições econômicas e de oferta de serviços, agravaram esse quadro, pois poucos municípios tinham condições de montar em seu território sistemas auto-suficientes em relação às necessidades da população. A tentativa de solucionar esse problema foi através do estabelecimento de consórcios intermunicipais. Contudo, essas formas mostraram-se instáveis e incapazes de resolver o problema da falta de coordenação e articulação sistêmica mais geral no âmbito estadual (Piola, s.d.).

Quanto ao acompanhamento, controle e avaliação, em geral não há uma observação rotineira e sistemática do desempenho das secretarias de saúde e da execução das atividades previstas nos Planos de Saúde e nos programas. O controle e a auditoria da prestação de serviços por terceiros e do consequente faturamento apresenta fragilidades e paralisações. Tanto o MS, quanto a maior parte dos estados, não dispunham de diagnósticos precisos do funcionamento dos sistemas estaduais e municipais para o desenvolvimento adequado de estratégias de cooperação técnica e decisões de investimento.

Por último, o processo da habilitação dos municípios atingiu seu ápice, e é residual o número de municípios que ainda não está em uma das condições de gestão previstas na NOB/96. O índice de crescimento do volume de recursos transferidos fundo a fundo, significativo no primeiro ano de vigência da norma, apresentou desaceleração de dezembro de 1998 a dezembro de 2000, indicando a necessidade do desenvolvimento de mecanismos para ampliar a descentralização dos recursos financeiros e alcançar a superação da lógica do financiamento pela compra de serviços.

Uma crítica mais severa (Carvalho, 2001) aponta alguns problemas da NOB/96. Um primeiro ponto trata do fato de que ela deixou várias indefinições (destaca 30 casos, como, por exemplo, o cartão SUS), impossibilitando a auto-aplicação da NOB/96, que com a mudança de ministro resultou em paralisação.

Um segundo problema é que a norma possui uma “*frase fatal que a fulminou*”, que está no seu item 17.7 – “*A partir da data da publicação desta NOB (6/11/96) não serão procedidas habilitações ou alterações de condição de gestão na NOB-93. Ficam*

*executados os casos já aprovados na CIB que devem ser protocolados na CIT, no máximo em trinta dias*". Diante disto, alguns municípios se encontravam impedidos de continuar habilitado na NOB/93 e sem condições de se habilitar na NOB/96, o que *"causou a nati-mortalidade da NOB/96"*, devido a *"situação drástica da descentralização: ninguém entra e ninguém sai. Ninguém se habilita, progride ou regride. Estágio de paralisia catatônica"*. *"As indefinições da NOB-96 e a impossibilidade de continuarem os municípios a se habilitarem nela foram terreno ultrafértil para que novas forças tomassem conta do processo de modificação radical da NOB-96. Deram-se asas e pernas ao maior processo recentralizatório do sistema de saúde brasileiro. Nunca se tinha avançado tanto e nunca se conseguiu regredir tão rapidamente com a NOB-98, chegando aos absurdos na NOAS-2001"* (Carvalho, 2001:442).

Outra questão problemática é *"o absurdo de deixar nas mãos dos Ministérios do Planejamento e da Fazenda qualquer tipo de alterações financeiras do MS"*. E ainda a mudança do critério anterior de habilitação dividindo a gestão plena em plena do básico e plena do sistema, *"queimando o termo "gestão plena" em situações não características de plenitude (descumprindo a lei maior)"* e criando dois segmentos distintos cada um com seu ápice de plenitude, ou dois subsistemas paralelos, independentes e não um único hierarquizado.

No final de 1996, dado o processo de sucateamento das unidades prestadoras de serviços de saúde, tanto pertencentes ao setor público, quanto ao privado complementar, foi criado o projeto de Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS), como parte integrante do Plano de Metas do próprio Ministério e o Programa Brasil em Ação do governo federal. Este projeto foi implementado por meio de um acordo de empréstimo realizado entre o governo brasileiro – Ministérios da Saúde, da Fazenda e do Planejamento –, o Banco Mundial (BIRD) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), cujo objetivo era reforçar a rede de saúde através de investimentos na direção da recuperação física, tecnológica, gerencial e operacional das unidades de saúde (públicas e filantrópicas) e da ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Os recursos obtidos junto ao Banco Mundial (300 milhões de dólares norte-americanos) e ao BID (350 milhões de dólares norte-americanos) compuseram um fundo cujo gestor é o MS, e que conta com o Banco do Brasil como agente financeiro responsável por todos os trâmites de movimentação dos recursos. *"A proposição de um*

*fundo, no lugar dos tradicionais mecanismos utilizados por ambos os bancos, (...), visou à garantia da flexibilidade e à agilidade já referidas, além de dotar o MS de um poderoso instrumento estratégico para organização do SUS” (Levcovitz, 1997:229-231).*

O REFORSUS possui dois componentes. O Componente I é composto pelos investimentos para recuperar a rede física de saúde e melhorar a atividade gerencial das unidades que receberam recursos do projeto. E o Componente II é constituído de ações, projetos e pesquisas para apoiar a melhoria do desempenho do sistema de saúde.

Entre 1997 e 1998, quando Carlos Albuquerque era o MS, o MS editou uma série de normas administrativas unilaterais, deixando as autoridades locais e os representantes da sociedade de fora do processo de tomada de decisão da política de saúde<sup>18</sup>, que alteraram o formato do conteúdo da NOB/96 (Arretche, s.d.). Diante disso, *“pode-se dizer que a NOB SUS 01/96 nunca foi integralmente implementada em seu modelo inicial”* (Levcovitz, 2001:279).

Durante estes dois anos a regulamentação do setor da saúde passou por um período de indefinições em relação ao PAB. O *“PAB, a princípio desejável e consonante os princípios constitucionais, esconde em seus valores o engodo maior de se dizer que agora sim estão sendo financiadas as ações básicas, quando em 1996 os valores do PAB eram da ordem de 12 reais por habitante/ano; o PAB implantado em fevereiro de 1998 ao valor de apenas 10 reais, permanecendo até pelo menos o dia em que estamos (primeiro semestre de 2001!)”* (Carvalho, 2001).

Ao final deste debate foram definidas novas regras e alterações em relação ao que era definido na NOB/96. Elas modificam o conceito original do PAB, que passa de Piso Assistencial Básico para Piso da Atenção Básica, ampliando a abrangência de sua cobertura. Além disso, os incentivos aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família, Farmácia Básica e Carências Nutricionais, não foram implantados na forma que estavam previstos no texto original da NOB, mas sim através de um componente específico do PAB – o PAB variável – criado por regulamentação posterior à

---

<sup>18</sup> Embora as autoridades locais tenham conquistado participação institucional nas formulações da política de saúde, de fato o MS é ao mesmo tempo a principal arena onde as decisões são tomadas e um ator cujos recursos que os estados e municípios se baseavam – até para ter a sua voz/palavra – capacitaram o último (MS) a ser mais poderoso que os primeiros (autoridades locais) na tomada de decisão. Então, está fortemente dependente da vontade e orientação política do MS a extensão em que as demandas e as propostas de estados e municípios vão ser incorporadas na política federal de saúde (Arretche, s.d.). *“Vários participamos de muitas rodadas de negociação, não se pode negar, mas a decisão final foi unilateral do MS”* (Carvalho, 2001:443).

publicação da NOB. Ou seja, ocorre a subdivisão do PAB em uma parte fixa (municípios habilitados à NOB/96 recebem mensalmente fundo a fundo um duodécimo do PAB fixo estipulado na faixa de R\$ 10,00 a R\$ 18,00 per capita por ano) e uma parte variável (também é transferida fundo a fundo aos municípios habilitados e está condicionada ao cumprimento de requisitos específicos avaliados nas CIBs).

Estes últimos não fazem parte do montante global de recursos ambulatoriais e hospitalares que compõem os tetos financeiros assistenciais dos municípios, logo, são recursos extra-teto. Além disso, demonstram o forte poder de indução do governo federal sobre o modelo assistencial a ser adotado nos municípios (Levcovitz, 2001).

### **2.3 1999-2002: Mudanças recentes e perspectivas**

O período mais recente – 1999-2002 – é marcado pela continuação da regulamentação do SUS de acordo com os princípios constitucionais, visando suprir as principais carências e corrigir as deficiências, a fim de aprimorar o processo de construção do Sistema único de Saúde. O quadro abaixo destaca as normas mais relevantes, seguido de alguns comentários mais importantes sobre algumas delas.

**Quadro 1.7: Principais normas relacionadas ao setor saúde no período 1999-2002**

Normas	Data	Conteúdo
Lei nº 9.782	26/01/99	Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
Decreto nº 3.029	16/04/99	Aprova Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
Medida Provisória nº 1.928	25/11/99	Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar.
Lei nº 9.961	28/01/00	
Portaria Interministerial nº 529	30/04/99	Designa equipe para desenvolver projeto para implantação de um Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos para Saúde – SIOPS.
Portaria Conjunta nº 1.163	11/10/00	Dispõe sobre a implantação do SIOPS e dá outras providências.
Medida Provisória nº 2.206	06/09/01	Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde, conhecido como “Bolsa Alimentação”.
Emenda Constitucional nº 29 (PEC Nº 86/99)	13/09/00	Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da CF e acrescenta artigo ao ADCT, com o objetivo de assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
Portaria nº 95	26/01/01	Aprova a Norma Operacional Básica de Saúde (NOAS).
Portaria nº 373	27/02/02	Aprova a NOAS/02.

Fonte: Elaboração própria.

A EC nº 29 estabelece no seu artigo 7º que *“até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: I – no caso da União: a) no ano 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 (...) 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 (...).”*

Complementa definindo que *“os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores (...) 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”*.

Ainda determina que dos recursos da União tratados nesta emenda, pelo menos quinze por cento deverá ser aplicado nos municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços de saúde. Os recursos das três esferas de governo serão aplicados por meio do Fundo de Saúde e fiscalizados por Conselho de Saúde.

Contudo, a EC 29/01 *“é (mais um) exemplo da capacidade de distorcer propostas antes defendidas pelos setores progressistas e transformá-las em estratégias*

*convenientes para o projeto neoliberal. Mais uma vez, sob a aparência de que os recursos para a saúde aumentarão, e concebendo de forma distorcida uma aspiração de vinculação de recursos, o governo federal perpetra mais uma “reengenharia”, reduzindo sua obrigação e repassando para estados e municípios a responsabilidade maior no financiamento do setor saúde” No caso da União, esta norma, na verdade, “não só não significa qualquer avanço no sentido de resolver a insuficiência de recursos para a saúde, como se trata de um enorme retrocesso com relação à Constituição de 1988 e o projeto de emenda constitucional original” proposto pelos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, pelas seguintes razões (Soares & Noronha, 2001).*

Com relação à NOAS, ela é fruto de cerca de um ano de debates entre o MS, as representações nacionais dos secretários estaduais e municipais de saúde e o Conselho Nacional de Saúde, logo, “*não é correto afirmar que a NOAS-SUS 01/01 seja uma normatização definida unilateralmente pelo MS*” (Souza, 2001:453).

A NOAS recoloca a questão da descentralização com ênfase na regionalização, diante da necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e do fortalecimento das SES. Por esta razão, a norma está de acordo com a LOS, que determina como competência da esfera estadual a formulação das políticas estaduais de saúde, o controle das ações e serviços de saúde em seu território e a descentralização e municipalização dos serviços de saúde, executando apenas de modo complementar e supletivo algumas ações e serviços ainda não assumidos integralmente por seus municípios. Neste sentido, as SES devem assumir primordialmente o papel estratégico de planejamento regional da política de saúde do seu estado.

De acordo com a NOAS, o objetivo principal e geral trata da necessidade de “*promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção*”. Os meios para atingir a este fim seriam o da regionalização como macro-estratégia de reorganização assistencial e o da definição de três grupos de estratégias articuladas: a regionalização e a organização da assistência, o fortalecimento das capacidades gestoras do SUS e a atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios (a novidade e a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada).

Ou seja, a intenção é a de recuperar a função do estado na coordenação e integração dos sistemas municipais de saúde localizados no seu território, conformando o

sistema estadual de saúde, eliminando a fragmentação e a atomização. Além disso, possibilita que toda a população do estado tenha acesso a todos os níveis de atenção à saúde. E para tal a norma organiza o estado em regiões/microrregiões e define os módulos assistenciais resolutivos, determinando que todos os municípios do estado devem oferecer um conjunto básico de serviços (atenção básica ampliada e um conjunto mínimo de serviços e ações de média complexidade) e estabelece os municípios-sede e os referenciados.

Além disso, o que se pretende é a *“superação da lógica anterior de financiamento com a expansão dos mecanismos de pré-pagamento, que requerem um papel mais ativo dos gestores no planejamento da oferta, de acordo com as necessidades da população e prioridades identificadas”* (Souza, 2001:454), com a ampliação dos recursos federais transferidos de forma regular e automática para os fundos municipais de saúde, com base em um valor per capita, tanto aqueles vinculados ao PAB-Ampliado, como aqueles destinados ao custeio de um conjunto mínimo da atenção de média complexidade ambulatorial.

Esta norma foi batizada como NOAS para poder *“marcar terreno”*, ou melhor, para *“dizer ao “mundo” que o ministro e a equipe eram outra diferente da dos ministros que antecederam, mesmo na era FHC”*. Com ela *“muda tudo”*, apenas *“não muda o espírito recentralizador que se iniciou bobamente na NOB-96, agravou-se na NOB-98 e consagrou-se na NOAS-2001”* (Carvalho, 2001:444).

Enfim, a capacidade do MS em dar continuidade ao programa de descentralização é mostrada através de duas recentes iniciativas: edição do NOB/2001 e aprovação da EC 29/01. A primeira redefine as responsabilidades das esferas de governo de acordo com a complexidade. E a segunda – EC 29/01 – foi uma outra batalha entre o MS e o ME, onde o primeiro venceu o segundo (Arretche, s.d.).

Outro ponto muito polêmico no momento está relacionado à Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Constitucional Complementar nº 101, de 04/05/00), que pertence ao pacote do Ajuste Fiscal. As discussões existentes também envolvem o setor saúde, não só porque a lei representa um embate frente à EC 29/00 (na compatibilização das porcentagens). Mas também em relação ao tão comentado e preocupante cumprimento da lei quanto aos restos a pagar e quanto às porcentagens de gasto com

peçoal (que é o maior gasto do setor saúde, pois é o fator intensivo do setor e porque o setor requer mão-de-obra qualificada).

### **3. O processo de descentralização nos anos 90**

#### **3.1 Antecedentes**

Nos início dos anos 80 a crise do financiamento das políticas públicas federais e as pressões de grupos da sociedade quanto ao modelo econômico e político autoritário fizeram com que se erguesse a bandeira democrática da descentralização política, administrativa e fiscal. A descentralização política se fazia necessária para fortalecer o poder e a autonomia dos governos locais, *“que ao longo dos anos de ditadura, estiveram sujeitos ao casuísmo e ao clientelismo do Governo central”*, isso porque era *“a proximidade com a burocracia em Brasília”* que definia *“os seus canais de acesso aos fundos públicos federais”* (Médici e Maciel, 1996:44). A descentralização administrativa permitiria que estados e municípios assumissem determinadas responsabilidades na execução de políticas públicas, pois o argumento era o de que a gestão dessas políticas deveria estar mais próxima das comunidades para as quais seriam desenhadas. E a descentralização fiscal se dirigia ao aumento da arrecadação própria de estados e municípios, através da elevação das alíquotas dos seus impostos, e ao aumento das transferências constitucionais automáticas e negociadas para estas esferas de governo. No caso das políticas sociais, o aumento das transferências negociadas de recursos representou um ressurgimento da capacidade local de administrar tais políticas (Médici e Maciel, 1996).

Com relação à saúde, o processo de descentralização da política de saúde inicia-se na década de 1970, quando, em 1976, o governo cria o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS), com o objetivo de implantar uma estrutura básica de saúde pública nas regiões onde inexistiam condições mínimas. Além disso, no final dos anos 70 observa-se um movimento municipalista, que exigia mais recursos para o setor saúde, e que era liderado por alguns municípios, principalmente nos estados do RJ e SP. No início dos anos 80 ocorre a expansão da descentralização para outros municípios.

No início dos anos 80, com o crescimento da consciência sanitária por parte dos profissionais de saúde, com as pressões sociais pela universalização do acesso aos

serviços e com as recomendações dos organismos internacionais pela adoção em massa dos sistemas de atenção primária à saúde, o governo passou a dar prioridade à continuidade das estratégias implantadas com o PIASS e à tentativa de generalizá-las para as demais regiões do país. A VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1980, representou um marco para a reorganização do setor da saúde, de modo que o seu relatório tornou-se referência para os sanitaristas e para os constituintes.

Em 1982 retoma-se a preocupação com a questão da transferência de recursos federais para estados e municípios por parte da burocracia estatal, o que se soma à retomada do processo de democratização política com a eleição de governadores e prefeitos de posições esquerdistas e à crise econômica que provocou a queda dos gastos em saúde. Nestas condições, a administração do INAMPS via-se obrigada a desenvolver uma estratégia de racionalização dos programas, das ações e dos custos da assistência médica, levando à criação do Conselho Nacional de Assistência Médica Previdenciária (CONAPS). Este conselho cria e aprova ainda neste ano o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que passa a fazer parte de uma estratégia de reorganização do sistema nacional de saúde, representando *“ponto de inflexão” na história institucional do Inamps que, nos anos 60 e 70, estava centrada no processo de compra de serviços do setor privado (Fleury, 1991)*“ (Médici, 1996:303).

A estratégia do programa de AIS é implementada entre 1982 e 1986, mas apresentou uma intensificação quando se instaura o governo da Nova República, pois ocorre um certo aumento do grau de desconcentração, devido a algumas inovações introduzidas que aumentaram a ligação entre o governo central e os estados e que fortaleceram a estrutura de planejamento e programação das ações de saúde<sup>19</sup>.

Com relação ao planejamento, a grande novidade é a criação do instrumento de Programação e Orçamento Integrada (POI), que passou a integrar os planejamentos das SES, SMS e superintendências regionais do INAMPS num único instrumento de planejamento para cada estado. Quanto à organização da direção, a partir da Nova República instaurou-se o processo de gestão colegiada e de articulação interinstitucional com a criação da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação da Saúde (Ciplan), das comissões interinstitucionais de saúde (CIS), das comissões regionais (CRIS), das comissões municipais (CIMS) e das locais (CLIS). Outro ponto se refere ao

---

<sup>19</sup> O trecho a respeito das AIS's e do SUDS são baseados no texto de Médici (1996).

controle e avaliação, que se inicia somente na Nova República, através do qual se desenvolvem ações de colegiados, reforçados pela POI, o que criou condições para acompanhamento dos resultados e para controle do sistema pelos usuários.

No que diz respeito ao financiamento, no primeiro momento de desenvolvimento das AIS's continua o processo de repasse de recursos do governo federal para as outras esferas segundo a mesma lógica da compra de serviços de assistência do setor privado, no qual o setor público era mais um fornecedor do INAMPS. Mas na Nova República a intenção era romper com essa lógica de compra e venda de serviços e buscar formas de custeio que englobassem critérios de integralidade das ações, logo, passou-se a trabalhar com o conceito de “necessidades de financiamento” para uma dada programação estadual do setor saúde, sendo que as ações de caráter coletivo passaram a fazer parte da sistemática de financiamento, embora o repasse para as ações curativas continuasse a ser feito “por produção”. E o montante de recursos repassados no começo do programa eram “tímidos”, mas apresentam um aumento efetivo na Nova República.

A estratégia das AIS sofre significativa mudança, no sentido de uma intensificação no processo de desconcentração, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), através do Decreto nº 94.657, de 20/07/87, vigente entre 1987 e 1989. Sendo que neste período existe uma grande diferença entre a Administração de Hésio Cordeiro (1986-87) e a de Alberto Serrão, na direção do INAMPS e na coordenação do SUDS. Essa mudança trouxe prejuízos à direção em que seguia o processo de descentralização dos recursos, que no primeiro caso teve um compromisso maior com as necessidades dos estados descritas na POI.

O SUDS representou um convênio entre a União e os estados, reforçando a função dos estados na gestão do sistema, através das Secretarias Estaduais de Saúde. Isso porque os estados passam a incorporar as funções das superintendências regionais do INAMPS (os convênios e os pagamentos de serviços das redes conveniadas), a rede própria de atendimento do INAMPS (através de convênios), os bens e os funcionários deste órgão. Ou seja, institucionalmente, o SUDS avança na direção da unificação ao criar um cronograma de extinção do INAMPS e de suas estruturas regionais, e ao levantar a questão da unificação regional das redes de serviços sob comando dos estados.

Simultaneamente, através deste programa ocorre o repasse dos recursos para as SES, mas sem que fosse desmobilizada a estrutura de convênios com os municípios. E é

crescente a preocupação com a montagem de uma estrutura de assessoramento, controle e avaliação do processo de descentralização nos estados, que visava o estabelecimento de critérios para a transferência e aplicação dos recursos nos estados e as formas de prestação de contas dos recursos repassados.

Outro ponto importante do SUDS está relacionado ao aperfeiçoamento da POI, o instrumento de orçamentação vinculado ao acompanhamento e à avaliação dos programas de saúde desenvolvidos pelos estados, que ganha presença efetiva na estratégia de planejamento dos estados.

Com isso, a função da União no sistema nacional de saúde passa a estar ligada a ações normativas, à pesquisa, cooperação técnica e produção e à distribuição de medicamentos e insumos de saúde. Aos Estados caberiam as funções de execução de algumas ações e serviços e de coordenação intermediária de alguns programas e planejamentos do setor. E os municípios passam a ser responsáveis pelo planejamento local e execução dos serviços de saúde, com exceção daqueles ligados à produção de medicamentos, que ficariam a cargo das outras esferas.

### **3.2 O processo de descentralização nos anos 90**

Ao longo dos anos 90, o processo o processo de descentralização vai permanecer presente e ganhar importância como estratégia do governo, representando a única diretriz que não colide com os princípios neoliberais (Levcovitz, 2001). Sendo que o processo assume um caráter de municipalização, com a redução da presença dos estados, ao contrário do acontecia com o SUDS. *“O papel dos estados no SUS é uma das dimensões complexas do processo de descentralização. A concepção original longe esteve de ser apenas municipalista”*.

Para alguns autores, existe um paradoxo, pois a política de descentralização passa a contar com uma forte indução do governo central (Viana, 2001). Entretanto, *“estratégias de indução eficientemente desenhadas e implementadas são decisivas para o sucesso de processos de transferência de atribuições”*, como foram os programas federais de descentralização e de capacitação municipal. Os elementos centrais de uma estrutura de incentivos de uma política pública são a engenharia operacional, o legado das políticas anteriores, as disposições constitucionais, o desenho de um programa de descentralização e seu modo efetivo de implementação. Somente os três últimos podem

ser trabalhados pelo governo interessado na reforma, pois os dois primeiros são dados (Arretche, 1998).

As NOB's surgem neste cenário com a função de regulamentar e promover o processo de descentralização e seguem um continuum, pois *“cada NOB criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas pela norma subsequente, numa tentativa ascendente de adequar racionalidade sistêmica, financiamento federativo e modelos de saúde e de assistência regionalizados, no processo de descentralização setorial”* (Viana, 2001:305).

Os instrumentos-chave contidos nestas normas estão vinculados à criação dos Conselhos de Saúde e das Comissões Intergestores, que representam um espaço de permanente de negociação, planejamento e decisão intergovernamental, e que preserva a autonomia dos entes governamentais no processo de descentralização. Um segundo instrumento é a implementação de transferências automáticas per capita (PAB fixo e variável), que propiciaram maior autonomia do gestor municipal. Além disso, descentralizaram recursos da saúde, estendendo-se a municípios que até então não haviam sido contemplados com repasses federais. Ainda se verificam os incentivos ao aprendizado institucional vinculado ao histórico de habilitações (NOB/93: incipiente, parcial e semiplena; NOB/96: GPAB e GPSM) e a existência de programas remodeladores da assistência (PACS e PSF) (Viana, 2001).

As duas primeiras normas operacionais, apresentadas durante o governo Collor, não foram instrumentos efetivos para a promoção da descentralização, que se dá de forma tutelada e interessada. Durante a vigência das NOB's 91 e 92, a *“relação que havia entre o setor público e o privado no Inamps transformou-se, no SUS, na principal forma de relação entre o governo federal e as demais instâncias de governo”* (Arretche & Rodriguez, 1999:129). Num primeiro momento, este mecanismo agradou aos municípios pela possibilidade de receber recursos diretamente do governo federal, sem a intermediação do estado. Mas, posteriormente, o modelo de repasse passa a ser visto como limitador da autonomia do governo local dado que o mecanismo de acesso aos recursos federais estava vinculado à prestação de serviços curativos, logo, observa-se à imposição de uma rigidez frente às possibilidades de adequação local da oferta de serviços (Marques, 1996; apud Arretche & Rodrigues, 1999). Além disso, essa sistemática

de pagamento gera incentivos à 'maximização' dos atos médicos e estimula a prática de fraudes (Teixeira & Molesini, 1996; apud Arretche & Rodrigues, 1999).

Somente as NOB's 93 e 96 é que realmente dão início ao processo de descentralização, que continua dependente, mas que passa a contar com instrumentos que deveriam ser plenamente utilizados para permitir que este processo se desse de forma vinculada, e não mais tutelada, permitindo que os governos locais pudessem assumir a gestão sobre os sistemas de saúde localizados na sua área de abrangência. Estas normas definem modalidades, ou graus, de descentralização, que podem ser pleiteados pelos municípios e estados, e que representam o potencial que estes governos têm para assumir a gestão do seu sistema de saúde.

Com a intenção de corrigir as falhas e superar as dificuldades de se consolidar um sistema de saúde nacional integrado e hierarquizado, no qual todos os cidadãos tenham acesso ao atendimento integral no seu município, ou região, o governo implementa a NOAS/01, que propõe instrumentos de regionalização conduzidos pelas SES e a ampliação da capacidade de gestão do SUS. Afinal, o "*desvio municipalista ameaçou e ameaça o SUS*", dada a "*“autonomização” indevida do poder local, dispostos a romper com os princípios estruturadores do sistema*"(Draibe/CEPAL, 1997).

Contudo, a descentralização permanece dependente e tutelada, em decorrência da predominância da forma de repasse direto de recursos do governo federal para os prestadores de serviços de saúde frente às transferências para os orçamentos estaduais e municipais, e do fato destas últimas estarem vinculadas a certas exigências do governo para que estados e municípios pudessem estar aptos a receberem os recursos assim transferidos. Mas, de acordo com a legislação, o governo federal possui estas responsabilidades no financiamento sistema nacional de saúde, quais sejam: possui um importante papel redistributivo e de busca pela equidade na alocação, além de ser responsável pela definição das prioridades nacionais e dos critérios de alocação regional e local.

Além disso, o repasse direto mantém as iniquidades distributivas e a ineficiência alocativa já que atrela o montante de recursos federais a serem transferidos à série histórica de gastos e de produção e à capacidade instalada, e que, pelo fato do comando da utilização dos recursos ser determinado pelo mercado, dificulta a seleção de prioridade de intervenção e reorganização da rede de unidades.

#### 4. Conclusão

De acordo com a análise feita anteriormente da política nacional de saúde, pode-se perceber que desde a promulgação da Constituição de 88 há uma tensão permanente de forças “progressistas” – pró-SUS na sua melhor versão, qual seja, com base nos princípios constitucionais – e “regressiva” – contra-SUS baseado na Constituição. Ela se manifesta em diversos aspectos: nas relações federativas, na relação entre o setor público e o setor privado, nas decisões de política, no montante de recursos, no uso e destinação dos recursos, na determinação dos critérios de descentralização dos recursos federais, e etc.

Com base em tudo o que foi exposto, é preciso levantar os aspectos chaves, os avanços e as dificuldades do processo de construção do SUS nos anos 90<sup>20</sup>. Com relação ao financiamento, as principais questões se referem à busca por fontes estáveis para o setor e à implementação de mecanismos e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Neste ponto, os avanços foram no sentido do aumento da participação dos municípios no financiamento da saúde e do aumento progressivo das transferências automáticas de recursos federais para estados e municípios. Quanto às dificuldades, é preciso destacar a não-implantação do OSS, a instabilidade de fontes durante a maior parte da década (EC nº 29 só foi aprovada em 2000) e pouca participação dos recursos estaduais no financiamento.

Outro aspecto importante do processo de construção do SUS se refere ao processo de descentralização e às relações entre os gestores. O aspecto-chave é a tentativa de construção efetiva de um sistema descentralizado e hierarquizado na saúde, com a definição do papel das três esferas de governo no SUS, a transferência de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e municípios e os mecanismos de negociação e relacionamento entre gestores para definição e implementação da política. Os avanços neste sentido foram a transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para o regional e, principalmente, local, e o estabelecimento das comissões intergestores como instancias efetivas de negociação e decisão. As dificuldades ainda existentes se referem à imprecisão e pouca clareza na definição do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema e aos conflitos acentuados e competitividade nas relações entre

---

<sup>20</sup> Baseado em Levcovitz (2001).

gestores nos diversos níveis. Mas a NOAS é implementada na tentativa de corrigir estas falhas.

Com relação à gestão e à organização do SUS, os aspectos-chave são: o fortalecimento da capacidade de gestão pública, a expansão e descentralização da oferta de serviços, uma melhor adequação da oferta às necessidades da população e a organização e integração da rede de serviços em uma lógica hierarquizada e regionalizada. Neste sentido, observou-se ao longo dos anos 90 o aumento da capacidade gestora e experiências inovadoras de gestão e organização da rede em diversos estados e municípios e a expansão efetiva da oferta de serviços para áreas até então desassistidas. Entretanto, ainda ao final da década existe heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios, persistem distorções relacionadas ao modelo anterior: superposição e excesso de a oferta de algumas ações, insuficiência de outras, pouca integração entre serviços. Mas a NOAS também visa corrigir essas questões.

No tocante à atenção dos usuários, o objetivo principal no processo de construção do SUS está vinculado à universalização efetiva do acesso a todos os cidadãos brasileiros a todas as ações de saúde necessárias, à mudança do modelo de atenção, à melhoria na qualidade da atenção, satisfação dos cidadãos e efetividade das ações, com impacto positivo na saúde da população. Para tal, houve uma ampliação do acesso em termos de população assistida e ações oferecidas pelo SUS, além de experiências inovadoras de diversos estados e municípios no sentido da mudança do modelo de gestão (adscrição de clientela, vínculo, integralidade das ações), da mudança nas práticas de atenção em várias áreas (saúde mental, por exemplo), da expansão de estratégias de agentes comunitários de saúde e saúde da família em todo país e da melhoria de indicadores de saúde em diversos pontos do país. Mas persistem as desigualdades no acesso, as distorções no modelo de atenção (medicalização, uso inadequado de tecnologias) e os problemas no âmbito da qualidade e resolubilidade da atenção em diversos serviços do SUS em todo país. Alguns destes problemas vão ser contemplados pela NOAS.

Na sequência são apresentadas tabelas que descrevem o sistema nacional de saúde ao final da década nos seguintes aspectos: acesso, cobertura e perfil da clientela, recursos físicos e recursos humanos, organização do sistema e uma avaliação dos

resultados finais considerado a evolução da taxa de mortalidade infantil e as condições epidemiológicas e de enfermidade da população. Os dados referentes aos recursos financeiros encontram-se no Capítulo 2.

### ***Acesso, cobertura e perfil da clientela do SUS***

Uma primeira questão relevante diz respeito ao percentual da população que utiliza o SUS contra o percentual da população beneficiária de planos e de seguros privados de saúde. Com base na tabela abaixo, aproximadamente 75% dos brasileiros não está coberta por qualquer tipo de plano ou seguro privado de saúde, logo, depende, exclusivamente ou não, dos serviços do SUS. Logo, os restantes 25% representam a parcela da população coberta por alguma forma privada de atendimento à saúde.

Quando se observam as regiões brasileiras, nota-se que o percentual de utilização de planos e seguros privados é maior no Sudeste (33,3%) e menor no Nordeste (12,39%).

Tabela 1.1: Percentual da população beneficiária de planos e seguros de saúde segundo Região - 1998

<b>Região</b>	<b>1998</b>
Brasil	24,45
Norte	17,5
Nordeste	12,39
Sudeste	33,3
Sul	25,32
Centro-Oeste	22,5

Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD – apud [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).

Com relação à população que utiliza o SUS, a Pesquisa IBOPE realizada em caráter nacional no ano de 1998 sob encomenda do CONASS e da FUNASA chega as seguintes conclusões: 38% da população declaram utilizar, de forma exclusiva, os serviços públicos ou com eles conveniados; 20% declaram utilizar o SUS de forma freqüente, mas não exclusiva; 22% declaram utilizar serviços particulares na maioria das vezes utilizando o serviço público de forma eventual; e 15% declaram não ser usuária do SUS (seja por pertencerem ao segmento que utiliza exclusivamente serviços particulares ou por nunca utilizarem serviços médicos) (Reis, 2001).

Outra questão importante diz respeito ao acesso aos serviços do SUS, que de acordo com o IPEA (fev/2003), tornou-se menos desigual entre as regiões brasileiras, embora a insuficiência de oferta, sobretudo de serviços mais complexos, ainda seja um

fator de restrição. A mesma conclusão chega Travassos et alli (1998), através da análise das pesquisas realizadas pelo IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (1989) e Pesquisa sobre Padrões de Vida (1996/97), segundo a qual, a despeito da persistência das grandes desigualdades de utilização de serviços entre regiões, entre segmentos sociais, ocorre uma diminuição dos diferenciais de utilização entre as regiões Nordeste e Sudeste, e na primeira as melhorias relativas foram mais acentuadas (Reis, 2001).

Os indicadores de oferta, acesso ou utilização dos serviços de saúde são (calculados para tal em relação ao número de habitantes): número de consultas médicas, números de internações hospitalares, número de leitos, números de estabelecimentos e número de profissionais.

### ***Recursos Físicos***

Outro aspecto relevante para observar o desenho do SUS é saber a situação dos recursos físicos. Um primeiro aspecto relevante é o número de consultas médicas e de internações por habitante. O número de consultas reduziu no período analisado, tanto para o Brasil como um todo, como para todas as regiões. A região que apresenta o maior número de consultas por habitante por ano é o Sudeste, e a que apresenta menor número é o Norte, em todos os anos analisados.

**Tabela 1.2: Número de consultas médicas por hab/ano – Brasil e Grandes regiões – 1995/99**

<b>Regiões</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>
BRASIL	2,04	2,01	2,00	2,06	1,76
Norte	1,26	1,22	1,27	1,26	1,15
Nordeste	1,67	1,76	1,75	1,73	1,52
Sudeste	2,46	2,41	2,39	2,45	2,07
Sul	1,99	1,88	1,87	1,99	1,69
Centro-Oeste	2,03	1,67	1,66	1,95	1,59

Fonte: MS – apud IPEA (fev/2001).

Quanto às internações, elas reduziram no caso do Brasil e das regiões Nordeste, Sudeste e Sul, mas aumentaram nas regiões Norte e Centro-Oeste. As regiões Nordeste e Sudeste apresentam o maior número de internações, dependendo do ano em questão, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste os menores números.

**Tabela 1.3: Número de internações hospitalares por hab/ano – Brasil e Grandes regiões – 1994/2003**

Regiões	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
BRASIL	14.699.119	12.646.200	11.932.654	11.772.367	11.714.756	11.950.797	11.937.323	11.756.354	11.713.749	9.731.811
Norte	883.494	839.013	842.361	831.533	849.145	923.542	914.104	901.305	911.232	765.807
Nordeste	4.395.547	3.796.425	3.603.753	3.489.808	3.508.468	3.582.825	3.601.780	3.531.936	3.513.822	2.871.532
Sudeste	6.090.186	5.125.620	4.702.165	4.654.354	4.550.048	4.573.841	4.536.395	4.428.341	4.407.947	3.725.082
Sul	2.315.705	2.038.911	1.976.169	1.980.149	1.958.122	1.990.983	1.983.313	1.969.864	1.935.684	1.566.056
Centro-Oeste	1.014.187	846.231	808.206	816.523	848.973	879.606	901.731	924.908	945.064	803.334

Fonte: MS. Elaboração própria.

Com relação aos estabelecimentos, houve um aumento entre os anos de 1992-2002 e neste último momento o Brasil contava com 67.612 estabelecimentos de saúde, a maioria localizada no Sudeste (37,9%), e a minoria na região Norte (7,7%).

**Tabela 1.4: Estabelecimentos de Saúde em Atividade - Regiões do Brasil – 1992, 1999 e 2002**

Regiões	1992	1999	2002
BRASIL	49.676	56.133	67.612
Norte	3.513	4.645	5.211
Nordeste	13.106	16.265	19.110
Sudeste	19.717	21.483	25.655
Sul	10.012	9.819	12.291
Centro-Oeste	3.328	3.921	5.345

Fonte: Fundação IBGE. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - AMS. Elaboração própria.

Com relação especificamente às unidades ambulatoriais, no ano de 2001, a maioria (77,4%) era de natureza pública do prestador, e no restante o prestador era privado (22,1%) ou universitário, público (0,4%) ou privado (0,1%).

**Tabela 1.5: Unidades Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SUS, por Natureza do Prestador – Brasil - 2001 (1)**

Tipo de Unidade	Pública		Privada		Universitária Pública		Universitária Privada		Total	
	Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%
TOTAL	47.233	77,4	13.511	22,1	238	0,4	34	0,1	61.016	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde - SAS. Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS. (1) Situação em dezembro.

Quanto à rede hospitalar, o Brasil possui atualmente 5.864 hospitais, dos quais a maioria é privada (59,6%), 37,8% é público e 2,6% universitário. A região com o maior número de hospitais é a Nordeste (34,5%), sendo a maioria (52,8%, representando 48,3% do total de hospitais públicos do país) é público e o restante privado (45,3%) ou universitário (1,9%). Na seqüência estão as regiões Sudeste (com 28,5% do total de hospitais), Sul (17,9%), o Centro-Oeste (11,1%) e por último o Norte (8%). No Sudeste,

Sul e Centro-Oeste a maioria dos hospitais é de regime privado – 71,2%, 79,9% e 59,6%, respectivamente. Na região Norte a maioria é pública (66,2%).

**Tabela 1.6: Hospitais por Regime segundo Região - 2003**

Região	Público	%	Privado	%	Universitário	%	Total	%
TOTAL	2.217	37,8	3.497	59,6	150	2,6	5.864	100,0
Norte	310	66,2	154	32,9	4	0,9	468	100,0
Nordeste	1.070	52,8	917	45,3	39	1,9	2.026	100,0
Sudeste	421	25,2	1.189	71,2	59	3,5	1.669	100,0
Sul	173	16,5	839	79,9	38	3,6	1.050	100,0
Centro-Oeste	243	37,8	398	59,6	10	2,6	651	100,0

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Elaboração própria.

Ainda com relação à rede hospitalar, o Brasil possuía em 2001 2,8 leitos hospitalares por 1.000 habitantes, dos quais a maioria nas unidades privadas (1,8) e os demais nos prestadores públicos (0,7) ou de origem universitária (0,3). A região com o maior número de leitos por 1.000 habitantes é o Centro-Oeste (3,3), estando a maioria na esfera privada. Depois aparecem as regiões Sul (com 3,0 leitos por 1.000 habitantes), Sudeste (2,9), Nordeste (2,7) e por último o Norte (1,9). Com exceção da região Norte, nas demais regiões – Sudestes, Sul e Nordeste – predomina o setor privado.

**Tabela 1.7 Leitos Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS, por Natureza do Prestador - Regiões do Brasil - 2001**

Regiões	Pública		Privada		Universitária (1)		Total	
	Nos. Abs.	Coef.(2)	Nos. Abs.	Coef.(2)	Nos. Abs.	Coef.(2)	Nos. Abs.	Coef.(2)
BRASIL	127.331	0,7	314.753	1,8	44.393	0,3	486.477	2,8
Norte	12.840	1,0	11.618	0,9	895	0,1	25.353	1,9
Nordeste	42.037	0,9	79.959	1,7	9.664	0,2	131.660	2,7
Sudeste	55.449	0,8	138.070	1,9	19.961	0,3	213.480	2,9
Sul	7.813	0,3	58.248	2,3	10.283	0,4	76.344	3,0
Centro-Oeste	9.192	0,8	26.858	2,3	3.590	0,3	39.640	3,3

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde - SAS. Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS; Fundação IBGE. (1) Pública e privada. (2) Por 1.000 habitantes. **Nota:** Os dados referem-se à média anual do total de leitos existentes nos hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS.

### **Recursos Humanos**

Também é possível avaliar os recursos humanos do SUS. Do pessoal ocupado nos estabelecimentos em saúde no Brasil como um todo, no ano de 1999, a maioria estava na rede pública (53%), a maioria na rede municipal (32,5%). No caso das regiões, nas regiões Sudeste e Sul há uma concentração na esfera privada – 52,7% e 55,4%, respectivamente. Nas demais regiões – Norte, Nordeste e Centro-Oeste a maioria do

pessoal ocupado encontra-se no setor público – 72,4%, 64,5% e 56,2%, respectivamente.

Em todas as regiões, no caso da esfera pública o destaque vai para a municipal.

**Tabela 1.8: Pessoal Ocupado nos Estabelecimentos de Saúde, por Esfera Administrativa - Regiões do Brasil - 1999**

Regiões	Pública								Privada		Total	
	Federal		Estadual		Municipal		Total		Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%
	Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%				
BRASIL	107.584	5,7	279.130	14,8	615.073	32,5	1.001.787	53,0	889.765	47,0	1.891.552	100,0
Norte	5.307	5,3	29.524	29,4	37.981	37,8	72.812	72,4	27.772	27,6	100.584	100,0
Nordeste	19.483	4,3	84.727	18,8	186.268	41,3	290.478	64,5	160.179	35,5	450.657	100,0
Sudeste	51.578	5,4	122.132	12,9	275.168	29,0	448.878	47,3	499.873	52,7	948.751	100,0
Sul	20.248	7,7	17.135	6,5	80.194	30,4	117.577	44,6	145.791	55,4	263.368	100,0
Centro-Oeste	10.968	8,6	25.612	20,0	35.462	27,7	72.042	56,2	56.150	43,8	128.192	100,0

Fonte: Fundação IBGE. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - AMS.

Nota: Refere-se ao número de postos de trabalho, podendo, portanto, haver dupla contagem de profissionais.

Essa questão também pode ser vista do ponto de vista da evolução, tal como mostra a tabela abaixo. Em todos os casos – médico, odontólogos e enfermeiros – houve aumento no número de profissionais por cada 10 mil habitantes.

**Tabela 1.9: Profissionais da área médica – Brasil e Grandes Regiões – 1995-1999**

Região	1995	1996	1997	1998	1999
Médico	13,08	14,94	14,11	14,15	16,33
Odontólogos	7,61	7,20	6,28	6,69	7,01
Enfermeiros	3,55	4,20	3,81	4,30	4,22

Fonte: IBGE – PNAD. Número de profissionais em cada 10 mil habitantes.

Segundo o IPEA (fev/2003), como parte da avaliação do esforço de descentralização, é importante mencionar que o houve um aumento no percentual de estabelecimentos (ambulatoriais e hospitalares), consultas, número de internações, leitos e profissionais municipais em relação ao total da esfera pública.

### **Organização do Sistema**

Outra questão importante para se avaliar em termos numéricos o SUS é observar como evoluiu e como se encontra organizado o sistema.

Em primeiro lugar é possível observar a evolução da descentralização segundo as NOBs 93 (cuja vigência vai de 94 a 97) e 96 (vigente entre 98 e 2000). No caso dos municípios, cresce, ao longo de todo o período, o número daqueles que recebem recursos fundo a fundo, sendo que isso se acentua quando a NOB/96 é efetivamente

implementada. Quanto aos estados, durante a vigência da NOB/93 nenhuma das UF recebia recursos transferidos de forma regular e automática. Mas, com a NOB/96 aumenta o número de estados nestas condições, mas em menor proporção que os municípios.

Tabela 1.10: Indicadores de evolução da descentralização no SUS, segundo NOBs 93 e 96

Indicador	Dez/94	Dez/95	Dez/96	Dez/97	Dez/98	Dez/99	Dez/00
Nº de municípios recebendo recursos fundo a fundo	24	56	137	144	5049	5350	5450
Nº de estados recebendo recursos fundo a fundo	0	0	0	0	2	7	8

Fonte: MS – SAS e SPS – apud Levcovitz et alli (2001).

Deste modo, a situação no ano de 2001 está descrita nas tabelas a seguir. Na primeira tabela pode-se observar o número de municípios por situação de habilitação e condição de gestão, no Brasil como um todo e segundo as regiões. Quando se toma o Brasil, 99,5% dos municípios estão habilitados e encontra-se em alguma forma de gestão – 89,4% em GPAB e 10,1% em GPSM. Quando se analisam as regiões, o destaque vai para o Sul que possui todos os municípios habilitados, sendo a maioria em GPAB (96,3%).

Na região Norte, 98,4% dos municípios estão habilitados, sendo a maioria na condição de GPAB (82,2%). No Nordeste 99,7% do total de municípios se habilitaram em alguma forma de gestão, mas a maior parte encontra-se em GPAB. O Sudeste apresenta um índice de habilitação dos municípios de 99,1%, dos quais 82,7% em GPAB e 16,4% em GPSM. No Centro-Oeste 99,8% dos municípios estão habilitados, com 94,4% em GPAB.

Tabela 1.11: Municípios, por Situação de Habilitação e Condição de Gestão (1) - Regiões do Brasil - 2001 (2)

Regiões	Habilitados						Não Habilitados		Total Geral	
	Gestão Plena da Atenção Básica		Gestão Plena do Sistema		Total					
	Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%
BRASIL	4.968	89,4	563	10,1	5.531	99,5	29	0,5	5.560	100,0
Norte	369	82,2	73	16,3	442	98,4	7	1,6	449	100,0
Nordeste	1.639	91,5	147	8,2	1.786	99,7	6	0,3	1.792	100,0
Sudeste	1.379	82,7	274	16,4	1.653	99,1	15	0,9	1.668	100,0
Sul	1.145	96,3	44	3,7	1.189	100,0	-	-	1.189	100,0
Centro-Oeste	436	94,4	25	5,4	461	99,8	1	0,2	462	100,0

(1) Estabelecida pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/96. (2) Situação em dezembro. (3) Não se aplica ao Distrito Federal, que se enquadra em gestão estadual. Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde – SAS – apud Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001.

No caso dos estados, somente 44,4% encontra-se habilitada no Brasil, a maioria em GPSE (25,9%), representando 7 estados, e o restante (18,5%, ou 5 estados) em GASE. O destaque também é a região Sul que possui todos os três estados habilitados – 2 em GPSE e 1 em GASE.

O Norte possui apenas 1 estado habilitado em GPSE. No Nordeste 4 estados estão habilitados, sendo 2 em cada uma das condições. Na região Sudeste dois estados se habilitaram em GASE. E no Centro-Oeste dois estados se habilitaram em GPSE.

**Tabela 1.12: Estados, por Condição de Habilitação e Tipo de Gestão (1) - Brasil e Regiões - 2001**

Regiões	Habilitados						Não Habilitados		Total Geral	
	Gestão Plena do Sistema Estadual		Gestão Avançada do Sistema Estadual		Total					
	Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%
BRASIL	7	25,9	5	18,5	12	44,4	15	55,6	27	100,0
Norte	1	14,3	-	-	1	14,3	6	85,7	7	100,0
Nordeste	2	22,2	2	22,2	4	44,4	5	55,6	9	100,0
Sudeste	-	-	2	50,0	2	50,0	2	50,0	4	100,0
Sul	2	66,7	1	33,3	3	100,0	-	-	3	100,0
Centro-Oeste	2	50,0	-	-	2	50,0	2	50,0	4	100,0

(1) Condição de Gestão estabelecida pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/96.

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde – SAS - apud Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001.

Apesar da intensificação do processo de descentralização do SUS, ainda persistem alguns problemas na organização da atenção à saúde, gerando falhas quanto à eficiência, continuidade, integralidade e equidade do atendimento e utilização dos serviços, em virtude da ausência de instrumentos reguladores mais explícitos da articulação entre os subsistemas municipais e destes com os estados.

Um outro ponto que merece destaque é o número de Conselhos Municipais de Saúde que foram implementados no Brasil. No total, 99,9% dos municípios brasileiros criou seu conselho. Esse percentual vale para praticamente todas as regiões.

**Tabela 1.13: Conselhos Municipais de Saúde Implantados - Regiões do Brasil - 2001 (1)**

Regiões	Conselhos Municipais		Total de Municípios
	Nos. Abs.	%	
BRASIL	5.555	99,9	5.560
Norte	449	100,0	449
Nordeste	1.789	99,8	1.792
Sudeste	1.666	99,9	1.668
Sul	1.189	100,0	1.189
Centro-Oeste	462	100,0	462

(1) Situação em dezembro. (2) Não se aplica ao Distrito Federal, que se enquadra em gestão estadual.  
 Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde; Ministério da Saúde. Painel de Controle da Rede Nacional de Informações em Saúde – RNIS - apud Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001.

Também é importante saber quantos municípios são atendidos e qual a porcentagem de população que está coberta pelas equipes de saúde da família e por agentes comunitários de saúde. No Brasil, 66,2% dos municípios brasileiros é contemplada por equipes, cobrindo 25,4% da população. O melhor desempenho neste sentido está na região Nordeste, na qual 71,3% dos municípios são atendidos, representando 37,8% da população. Os menores percentuais são: 57,1% de municípios atendidos na região Sul (representando 24,2% da população coberta) e 16,8% da população coberta na região Sudeste (representando 64,4% dos municípios).

**Tabela 1.14: Equipes de Saúde da Família Implantadas, Municípios Atendidos e Estimativa de População Coberta pelo Programa de Saúde da Família – PSF - Regiões do Brasil – 2001<sup>(1)</sup>**

Regiões	Equipes de Saúde da Família (ESF)	Municípios Atendidos		Estimativa de População Coberta (2)	
		Nos. Abs.	%	Nos. Abs.	%
BRASIL	13.155	3.682	66,2	43.829.910	25,4
Norte	914	274	61,0	3.089.017	23,3
Nordeste	5.479	1.278	71,3	18.288.588	37,8
Sudeste	3.698	1.075	64,4	12.377.622	16,8
Sul	1.881	679	57,1	6.150.820	24,2
Centro-Oeste	1.183	376	81,2	3.923.863	33,0

(1) Situação em dezembro. (2) Estimativa com base de cálculo em 3.450 pessoas por ESF, limitada à população total, segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 157 de 19/02/1998.  
 Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde - SPS. Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB; Fundação IBGE - apud Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001.

Isso também pode ser avaliado pela evolução do número de municípios com PSF implantado e do número de equipes do PSF. Em ambos os casos houve um aumento, mas intenso após a implantação da NOB/96.

Tabela 1.15: Municípios com PSF implantado e equipes do PSF – Brasil e Grandes Regiões – 1994/99

Regiões	Municípios atendidos						Número de equipes do PSF					
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Brasil	55	150	228	567	1.117	1.870	328	724	847	1.623	2.621	4.945
Norte	2	3	3	3	101	223	7	12	12	12	85	450
Nordeste	25	81	128	177	355	709	181	396	444	547	930	2.079
Sudeste	15	47	72	340	499	650	60	164	227	695	989	1.488
Sul	12	18	23	39	128	210	75	147	158	225	318	539
Centro-Oeste	1	1	2	8	34	78	5	5	6	144	299	389

Fonte: MS/DATSUS – apud IPEA (fev/2001).

Com relação ao PACS, 86,1% dos municípios brasileiros são contemplados por agentes comunitários, com destaque para a região Nordeste em que esse percentual é de 99,2%. O menor número de municípios atendidos em termos relativos é o da região Sudeste (71,5%).

Tabela 1.16: Agentes Comunitários de Saúde e Municípios Atendidos pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde PACS - Regiões do Brasil - 2001 (1)

Regiões	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Municípios Atendidos	
		Nos. Abs.	%
BRASIL	152.865	4.786	86,1
Norte	21.260	420	93,5
Nordeste	68.857	1.777	99,2
Sudeste	31.983	1.193	71,5
Sul	18.839	981	82,5
Centro-Oeste	11.926	415	89,6

(1) Situação em dezembro. Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde - SPS. Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB - apud Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001.

A evolução do número de municípios com PACS implantado e do número de equipes do PACS também evidenciam um aumento, mas intenso após a implantação da NOB/96.

Tabela 1.17: Municípios com PACS implantado e equipes do PACS – Brasil e Grandes Regiões – 1994/99

Regiões	Municípios atendidos						Número de equipes do PACS					
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Brasil	879	1.088	1.470	2.203	3.541	4.052	29.098	34.546	44.451	54.582	88.961	111.659
Norte	146	148	191	261	356	396	5.267	4.901	6.265	6.484	12.234	17.242
Nordeste	719	874	1.063	1.377	1.679	1.721	23.532	28.354	35.418	40.449	54.655	60.486
Sudeste	0	0	0	24	666	869	0	0	0	590	7.945	13.445
Sul	0	22	120	353	568	746	0	386	1.364	3.280	6.780	11.223
C-Oeste	14	44	96	188	272	320	299	905	1.404	3.779	7.347	9.263

Fonte: MS/DATSUS – apud IPEA (fev/2001).

Isso evidencia que a partir da implementação da NOB/96 intensificaram-se as iniciativas de reorientação do modelo assistencial através da expansão da atenção básica

da saúde, que teve nos programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde e na instituição do Piso de Atenção Básica seus principais instrumentos.

### **Resultado final**

Até então foi avaliado o desempenho do SUS, entretanto, outra avaliação importante do setor saúde está vinculada aos efeitos e impactos da política nacional sobre as condições de saúde da população e os indicadores básicos. Um exemplo é a taxa de mortalidade infantil, que reduz ao longo dos anos 1989-1998 no Brasil como um todo e em todas as regiões. Nos anos de 1999 e 2000 as estimativas das taxas de mortalidade são de 31,8 e 28,3 para o Brasil como um todo (MS/IBGE), o que demonstra que ela continuou a cair.

A maior taxa de mortalidade em todos os anos é a da região Nordeste, sendo inclusive maior que a nacional, enquanto a do Sul é sempre a menor. A região que apresentou uma redução mais intensa na taxa de mortalidade foi o Nordeste, que apresentou decréscimos superiores ou equivalentes à média nacional.

**Tabela 1.18: Mortalidade infantil – Brasil e Regiões – 1989/98**

<b>Regiões</b>	<b>1989</b>	<b>1990</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
Brasil	52,0	49,4	47,0	44,8	42,8	41,0	39,4	38,0	36,7	36,1
Norte	47,4	44,6	42,3	40,4	38,9	37,7	36,8	36,1	35,6	35,2
Nordeste	77,8	74,3	71,2	68,4	65,9	63,8	62,0	60,4	59,1	57,9
Sudeste	35,9	33,6	31,6	30,0	28,6	27,5	26,6	25,8	25,2	24,8
Sul	29,2	27,4	25,9	24,9	24,1	23,5	23,1	22,8	22,6	22,4
Centro-Oeste	33,0	31,2	29,7	28,6	27,6	26,9	26,3	25,8	25,4	25,1

Fonte: MS. Número de óbitos de menores de um ano de idade expresso por mil nascidos vivos, em determinado local e período – apud IPEA (fev/2003).

Segundo o IPEA (fev/2003), o decréscimo na taxa de mortalidade infantil está associado a um conjunto complexo de fatores demográficos, sanitários, sociais e econômicos. A contribuição de cada fator dificilmente pode ser individualizada para uma dada conjuntura. Existem evidências de que esteve associado à expansão da cobertura por serviços de saúde, graças à especial efetividade das ações de imunização, à assistência à gestação, ao parto e puerpério e ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Pode-se afirmar que essas ações do setor saúde, e particularmente as desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tiveram um papel significativo nas reduções verificadas na taxa de mortalidade infantil, num contexto em que o aumento da cobertura com ações de saneamento básico foi pouco

significativo. Entretanto, essa é uma taxa que ainda pode ser considerada elevada e reflete a necessidade de adoção de estratégias de intervenção diferenciadas de acordo com a situação da cada região geográfica. Enquanto nas regiões Norte e Nordeste ainda predominam causas de mortalidade redutíveis por ações básicas de saúde e de saneamento, nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, o ritmo de declínio tenderá a ser mais lento, por ser dependente, cada vez mais, de investimentos na melhoria das condições qualitativas de assistências pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Outro aspecto que pode ser avaliado é a tendência ao aumento dos gastos com saúde, decorrente de fatores universais – envelhecimento da população, incorporação de novas tecnologias, novas epidemias (AIDS), etc – e específicos do país – presença de antigas endemias (malária) e ressurgimento de outras (cólera e dengue), ausência de controle de custos, falta de melhor estruturação e resolutibilidade da rede ambulatorial aumenta demanda por assistência hospitalar e falta de maior controle e racionalização dos gastos com assistência hospitalar (Piola, Vianna e Barros, 1996). Ou seja, apesar do acesso ser universal, do aprimoramento no processo de descentralização e do aumento dos recursos físicos, humanos e financeiros (como vai ser visto no próximo capítulo), as ações de promoção e prevenção e as ações de atenção à saúde devem ser reavaliadas no sentido de buscarem uma maior qualidade e efetividade.

De acordo com o IPEA (fev/2003), o processo de transição epidemiológica continuou na década de 1990 com a diminuição do impacto das doenças infecto-contagiosas na estrutura de mortalidade. Paralelamente, cresceram em importância as doenças crônico-degenerativas, tais como hipertensão, diabetes e as neoplasias, que, ao lado das causas externas, trauma e violência, requerem uma resposta setorial mais adequada. E na área de controle de enfermidades, resultados positivos foram conseguidos especialmente em relação às doenças controláveis por vacinas (o sarampo constitui um bom exemplo) e à Aids. Mas, no entanto, o desempenho alcançado foi ruim no controle da epidemia da dengue e nas ações de controle da tuberculose, da hanseníase, da malária, citando apenas alguns exemplos.

## **CAPÍTULO 2 – Financiamento e Gasto do Setor Saúde nos anos 90**

### **1. Introdução – Financiamento e gasto social nos anos 90**

#### **1.1 Financiamento da política social**

As fontes de financiamento das políticas sociais podem ser de origem fiscal ou podem estar vinculadas a contribuições sociais. A primeira é aquela que gera receita através de vários impostos, mas que não remete um direito individual a um serviço ou a um bem decorrente de uma política pública. No caso das contribuições sociais, cria-se a expectativa de uma contra partida direta, que tem, de alguma maneira, relação com a contribuição. Ambas as fontes são pró-cíclicas, isto é, elas estão diretamente relacionadas ao nível da atividade econômica.

Como já foi exposto no primeiro capítulo, a Constituição Federal de 1988 representou um marco na história da política social no que diz respeito aos direitos e à abrangência da proteção e à descentralização, mas que não alterou a estrutura do financiamento baseada fundamentalmente nas contribuições sociais.

Com relação especificamente a Seguridade Social<sup>21</sup>, a Constituição determinou que esta deveria ser financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: Contribuição Social sobre a Folha de Salários dos Empregados, Empregadores e Trabalhadores Autônomos, CONFINS, CSLL, PIS e PASEP (ambos constituem o FAT), constituindo o Orçamento da Seguridade Social (OSS). O OSS deveria garantir maior estabilidade das fontes de financiamento diante da diversificação das bases de incidência dos tributos, compensando à vulnerabilidade da base folha frente às oscilações da economia.

Na sequência, a Lei nº 8.212/91 dispõe sobre a organização da seguridade social. Através desta norma fica instituído o Conselho Nacional da Seguridade Social, cujas competências são: estabelecer as diretrizes gerais e as políticas de integração entre as áreas; aprovar e submeter ao órgão central do sistema de planejamento federal e de

---

21 Neste trabalho discutiu-se somente o caso da Seguridade Social – saúde, previdência, assistência social e seguro-desemprego. Contudo o setor social abrange outras áreas, que também não estão livres de problemas e crises de financiamento, quais sejam: educação, cultura e desporto; habitação; saneamento; ciência e tecnologia; comunicação social; meio ambiente; família, criança, adolescente e idoso; e índios.

orçamento a proposta orçamentária anual da seguridade social. A proposta de orçamento da seguridade social deveria ser elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis por cada uma das áreas, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos. E através de lei específica seriam definidos os critérios de transferências de recursos para cada uma das áreas.

Como conseqüência destas mudanças, houve um crescimento da carga tributária e da participação da União na receita tributária disponível como resultado da maior participação na carga tributária total e do aumento brutal da arrecadação das contribuições sociais (que passa de 54,47% em 95 para 64,21% da carga tributária total) frente aos impostos (que passa de 45,17% em 95 para 35,21% da carga tributária total)<sup>22</sup>. A carga tributária brasileira passa de 24,8% em 1995 para 35,9% em 2002. E este crescimento beneficiou principalmente a União, que passa de uma participação de 13,8% do PIB, o que explica 55,6% da carga tributária, para 21,7% do PIB, que passa a representar 60%.

**Tabela 2.1: Distribuição da carga tributária, em % do PIB**

<b>Esfemas de Governo</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
União	13,8	14,4	15,5	17,6	19,1	19,4	20,1	21,7
Estados	6,8	7,3	7,6	7,4	7,8	8,2	8,7	8,9
Municípios	4,2	4,4	4,7	4,7	4,9	4,9	5,1	5,3
Total	24,8	26,1	27,8	29,7	31,8	32,5	33,9	35,9

Fonte: Secretaria da Receita Federal – apud ANFIP (2003-b).

**Tabela 2.2: Percentuais das receitas tributárias com relação à carga tributária total**

<b>Receitas</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Receitas Tributárias - Impostos	45,17	39,96	38,32	41,36	39,14	35,42	35,66	35,21
Receitas Tributárias - Taxas	0,36	0,35	0,38	0,64	0,50	0,61	0,59	0,58
Receitas Contribuições	54,47	59,69	61,30	58,00	60,36	63,97	63,75	64,21
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: SIAFI - MF/TN - Demonstração da Execução das receitas tributárias e de contribuições - Orçamento Fiscal e da Seguridade. Elaboração própria.

Contudo, o OSS nunca foi efetivamente implementado tal como previsto na Constituição de 88, pois as leis orçamentárias foram tratadas e discutidas de forma

<sup>22</sup> Para “compensar a perda de receita tributária para estados e municípios desde 1988” (Faveret, 2002:103-4) e “sob a justificativa de financiar a Seguridade, o governo federal começou a imprimir maior ênfase na arrecadação das contribuições sociais”. Sendo assim, “o crescimento da participação dos estados e dos municípios na receita tributária total é neutralizado em grande medida pela exploração pelo governo federal de bases de receitas não-partilhadas com governos subnacionais” (Dain, 1995:47; apud Dain & Soares, 1998).

independente no Congresso Nacional. Deste modo, nunca houve uma ação integrada entre as áreas da saúde, previdência e assistência social.

No caso da União, a regulação a respeito da sua participação fiscal no financiamento da seguridade é pouco explícita, salvo quando prevê a responsabilidade da União (do orçamento fiscal) na cobertura de eventuais insuficiências financeiras da seguridade, decorrentes do pagamento de benefícios de prestação continuada da previdência social. Com isso, os recursos da União têm sido em sua quase totalidade proveniente das contribuições sociais.

Relacionado à questão do desvio de recursos do OSS para o OGU, pode-se citar a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), que passou a ser chamado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), e que agora é chamado de Desvinculação de Recursos da União (DRU), como instrumento de equilíbrio das contas públicas. Este fundo desvincula uma porcentagem dos recursos arrecadados pela União, incluindo os recursos (teoricamente) do OSS. Ele foi criado com o objetivo de sanear as contas públicas federais e estabilizar a economia, de tal modo que os recursos deste fundo seriam aplicados no custeio das ações, serviços e programas de importância econômica e social. Ou seja, este fundo é um instrumento legal que permite à União desviar recursos do OSS para fechar as suas contas. Segundo Dain (1998), mais de 50% do déficit público é financiado com recursos da seguridade social, ou seja, o OSS financia o Orçamento Geral da União (OGU). Então, as contribuições sociais estão permitindo o ajuste fiscal.

Essas duas questões problemáticas são decorrência do fato das contribuições sociais constituírem receitas federais não-partilhadas com as demais esferas de governo, de tal forma que essa centralização “ocasionou a retenção dos recursos para o pagamento de despesas típicas do Tesouro ou para mascarar o déficit da União, além de desobriga-la do ato de alocar e transferir recursos fiscais para as áreas componentes da seguridade” (Viana, 1996:281).

Outro ponto problemático na questão do financiamento da Seguridade Social está associado à divisão dos recursos do OSS entre as áreas que a conformam, já que a Constituição não definiu as regras para a divisão dos recursos da seguridade entre as áreas que a compõe. Enquanto a arrecadação da previdência superava o seu gasto, os repasses para as outras áreas eram crescentes. Contudo, conforme a previdência foi revertendo a sua situação, isto é, seu saldo superavitário foi plafonando e depois passou

a ser deficitário (a partir de 1995), começou a disputar recursos com as outras duas áreas, principalmente com a saúde<sup>23</sup>.

Além disso, em 1990 o governo determinou que a rubrica encargos previdenciários de união (EPU) passasse a ser incorporada ao OSS em 1989, o que é institucionalizado por Collor em 1990. Entretanto, os EPU representam um componente de despesa com fonte fiscal arrecadada pela União prevista no orçamento, portanto não é déficit (que significa despesa sem fonte de financiamento). Então, na prática, o que se observa é um desrespeito à destinação constitucional de receita das contribuições – através do desvio destas fontes destinadas à expansão da seguridade, alegando o EPU é um programa deficitário –, frustrando, desta forma, a dimensão universalizante da Seguridade Social.

Para piorar a situação da escassez de recursos no setor da saúde, “(...) em maio de 1993, o Ministério da Previdência Social reteve parte dos recursos da Seguridade para enfrentar problemas de caixa específicos à Previdência. A partir de então, a fonte contribuição sobre folha de salários passou a ser exclusiva da Previdência Social, o que prejudicou a perspectiva solidária do financiamento da Seguridade Social e comprometeu a aplicação do princípio constitucional da diversidade da base de financiamento (Lucchese, 1996, p.106)” (Faveret, 2002:102-3).

De um modo geral pode-se concluir que o “*Orçamento da Seguridade Social (OSS) estava sendo sepultado*” (Cordeiro, 2001:323), ou ainda, que o OSS nunca se materializou (Dain, 2000).

Assim sendo, é importante conhecer o sistema tributário quando se analisa ou se estuda o sistema de proteção social, principalmente nos dias atuais, nos quais se atribui à reforma tributária, e à reforma previdenciária também, a responsabilidade pelo crescimento do déficit (a primeira por descentralizar receitas para estados e municípios sem a correspondente descentralização de encargos de governo, e a segunda por promover gastos adicionais com a proteção social, particularmente os de caráter universal, sem a necessária previsão de receita). E também porque o processo de redemocratização emanado da carta constitucional previa que a reforma tributária

---

<sup>23</sup> A “*área da assistência social foi virtualmente eliminada, e a Saúde imprensada, de um lado pelo Orçamento Geral da União e de outro, pelo Ministério da Previdência*” (Dain, 2000:119-120). “*O desaparecimento da folga de receita previdenciária, tradicionalmente dirigida à Saúde e marginalmente à Assistência Social, deveu-se ao rápido crescimento dos gastos referentes aos direitos individuais relativos à correção do valor das aposentadorias, até então sistematicamente subestimado*” (Dain, 2000:120).

fortaleceria Estados e municípios com a descentralização. Entretanto, o Governo Federal acabou promovendo uma recentralização desses recursos. Aquilo que o governo cedeu na reforma tributária, de alguma maneira recuperou na gestão que ele se auto-atribuiu nos recursos adicionais da seguridade social.

## 1.2 Gasto Social

Na próxima tabela pode-se observar o aumento do Gasto Social Federal (GSF) ao longo dos anos 1995-2001, em termos absolutos – que passa de mais de R\$ 143 bilhões para mais de R\$ 171 bilhões. Este movimento pode também ser visto segundo a área de atuação. No caso da saúde, o gasto federal mantém-se em aproximadamente R\$ 23 bilhões ao longo do período analisado.

**Tabela 2.3: Gasto Social Federal por Área de Atuação, em R\$ milhões de dezembro de 2001**

Área de atuação	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Educação e Cultura	12.488	11.371	10.002	11.651	10.801	11.861	12.170
Saúde	23.030	21.028	23.822	22.576	23.228	23.486	23.181
Alimentação e Nutrição	1.400	806	1.241	1.562	1.495	1.453	1.333
Saneamento e Meio Ambiente	552	1.326	2.240	2.761	1.564	1.753	3.156
Previdência Social	63.409	72.389	73.432	80.408	78.789	78.260	77.072
Assistência Social	1.856	2.143	3.229	4.209	4.593	5.088	5.849
Emprego e Defesa do Trabalhador	5.355	6.161	6.229	7.548	6.531	7.087	7.859
Organização Agrária	1.989	1.828	2.286	2.892	2.112	1.592	1.827
Ciência e Tecnologia	547	510	609	297	575	537	566
Habitação e Urbanismo	950	2.351	6.409	4.479	3.560	5.787	4.041
Treinamento de RH	62	26	22	10	28	37	24
Benefícios a Servidores	31.901	31.557	33.404	35.606	34.291	32.862	34.194
Total de Gasto Social	143.539	151.496	162.925	173.999	167.567	169.803	171.272

Obs. Corrigindo-se os dispêndios mês a mês. Não inclui a merenda escolar nem a Cota-Parte de Estados e DF na arrecadação do Salário-Educação. Inclui os programas financiados com recursos do FGTS. Total do levantamento do GSF de acordo com a metodologia adotada pelo DISOC/IPEA.

Fonte: SIDOR/SOF – *apud* CASTRO, J. A. et alli (2003).

Na próxima tabela é possível observar a composição do GSF por área de atuação por participação do GSF total. A principal área ao longo de todo período é a da Previdência Social, cuja participação passa de 44,18% em 95, para 45% em 2001, atingindo um pico de 47,78% em 96. Em segundo lugar aparecem os Benefícios a Servidores, na faixa de 20,69%. A Saúde se apresenta na terceira colocação, cuja participação em 93 era de 15,69%, oscilando ao longo dos anos seguintes, atingindo o patamar de 13,54% em 98. O máximo que o setor representou no período foi 17,63% do GSF, em 1995.

**Tabela 2.4: Gasto Social Federal por Área de Atuação, em % do Gasto Social Federal Total**

Área de atuação	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Educação e Cultura	8,70	7,51	6,14	6,70	6,45	6,99	7,11
Saúde	16,04	13,88	14,62	12,97	13,86	13,83	13,53
Alimentação e Nutrição	0,98	0,53	0,76	0,90	0,89	0,86	0,78
Saneamento e Meio Ambiente	0,38	0,88	1,37	1,59	0,93	1,03	1,84
Previdência Social	44,18	47,78	45,07	46,21	47,02	46,09	45,00
Assistência Social	1,29	1,41	1,98	2,42	2,74	3,00	3,42
Emprego e Defesa do Trabalhador	3,73	4,07	3,82	4,34	3,90	4,17	4,59
Organização Agrária	1,39	1,21	1,40	1,66	1,26	0,94	1,07
Ciência e Tecnologia	0,38	0,34	0,37	0,17	0,34	0,32	0,33
Habitação e Urbanismo	0,66	1,55	3,93	2,57	2,12	3,41	2,36
Treinamento de RH	0,04	0,02	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01
Benefícios a Servidores	22,22	20,83	20,50	20,46	20,46	19,35	19,96
Total de Gasto Social	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: IPEA/DISOC. Elaboração própria.

Quando observamos o Gasto Social Federal (GSF) em comparação ao PIB, como na tabela abaixo, nota-se que houve um crescimento de 13,5% do GSF em termos relativos, dado que ele passa de 12,3% para 13,9% do PIB no período de 1995-2001.

**Tabela 2.5: Gasto Social Federal em comparação com o Produto Interno Bruto**

Anos	PIB (Nominal)	GSF (Nominal)	GSF	
			%	N. índice (1995 = 100)
1995	646.192	79.170	12,3	100,0
1996	778.887	92.742	11,9	97,2
1997	870.743	107.473	12,3	100,7
1998	914.188	118.945	13,0	106,2
1999	963.869	128.383	13,3	108,7
2000	1.086.700	147.667	13,6	110,9
2001	1.184.769	164.809	13,9	113,5

Fonte: IBGE para o PIB e IPEA/DISOC para o GSF - *apud* CASTRO, J. A. et alli (2003).

Outro indicador do GSF pode ser obtido quando o comparamos com as despesas financeiras e as efetivas do governo federal. A participação do GSF na despesa efetiva permanece praticamente no mesmo patamar entre 1995-2001 (28%), atingindo um pico de 31% em 1996 e um mínimo de 22% em 1999. Com relação às despesas não financeiras, o GSF aumenta brutalmente, tendo sua participação elevada de 45% para 66% no mesmo período.

Entretanto, com relação à despesa financeira, ocorre o inverso, dado que a participação do GSF diminuiu de 69% para 49% no período analisado. Isso é explicado pelo crescimento do gasto com os encargos financeiros do GF – a proporção entre o GSF e os gastos com juros e encargos reduz de 4,67 para 3,06, atingindo o mínimo de 2,78 em 1999. Não se encontra na tabela a seguir a relação entre a despesa financeira e a despesa total do governo federal, mas ela é fundamental para analisarmos o GF. Neste caso, a participação dos gastos com dívidas no gasto total do GF passa de 37% em 1995 para 54% em 2001, atingindo um pico de 62% em 2000. Com isso, pode-se dizer que os gastos sociais poderiam ter crescido ainda mais caso o governo não tivesse comprometido mais da metade do seu orçamento no pagamento das dívidas e dos juros.

**Tabela 2.6: Gasto Social Federal em comparação com a Despesa Total Efetiva**

Descrição	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Em R\$ milhões correntes							
1. Despesa total do Governo Federal (GF)	307.947	313.013	391.866	500.182	588.536	616.382	603.434
2. Transferências Intragovernamentais	20.550	21.551	22.601	23.921	25.030	28.710	31.078
3. Despesa Total Efetiva do GF = (1-2)	287.397	291.462	369.265	476.261	563.506	587.672	572.356
4. Despesa não financeira do GF	173.323	155.686	201.192	224.492	221.762	203.970	244.858
4.1 GSF	78.798	91.696	103.686	115.594	126.105	144.210	161.847
4.2 Despesa em outras áreas do GF	94.525	63.990	97.506	108.898	95.657	59.761	83.011
5. Despesa Financeira do GF	114.074	135.776	168.073	251.770	341.774	383.702	327.498
5.1 Juros e Encargos Dívida Int. e Ext.	16.873	19.491	21.033	30.812	45.349	38.835	52.816
5.2 Outros (amort. e refinanciamento)	97.201	116.285	147.040	220.957	296.395	344.867	274.681
Proporções							
GSF/Despesa total efetiva do GF	0,27	0,31	0,28	0,24	0,22	0,25	0,28
GSF/Despesa financeira	0,69	0,68	0,62	0,46	0,37	0,38	0,49
GSF/Despesa não financeira	0,45	0,59	0,52	0,51	0,57	0,71	0,66
GSF/(Despesa não financeira+Juros)	0,41	0,52	0,47	0,45	0,47	0,59	0,54
GSF/Juros e Encargos da Dívida	4,67	4,70	4,93	3,75	2,78	3,71	3,06

Fonte: SIAFI/SIDOR para GF e IPEA/DISOC para GSF – apud CASTRO, J. A. et alli (2003).

Por último, é possível analisar a relação entre o GSF e a carga tributária bruta. Para todas as variáveis analisadas – GSF, Contribuições Sociais, CTB da União e CTB total (das três esferas de governo) – houve aumento em relação ao PIB. Contudo, enquanto o aumento do GSF em relação ao PIB foi de 13,5%, o das contribuições sociais foi de 33,3%, o da CTB da União foi de 17,9% (resultado principalmente da elevação de 33,3% nas contribuições sociais que não é compartilhada com estados e municípios) e o da CTB total de 15,5%. Ou seja, o GSF é o que apresenta o menor crescimento, tanto com relação a CTB total e da União, mas, principalmente, em comparação ao aumento das contribuições sociais, teoricamente vinculadas ao financiamento da seguridade social, que apresentou o maior crescimento no período.

**Tabela 2.7: Gasto Social Federal e Carga Tributária Bruta no Brasil – 1995-2001**

Ano	GSF/PIB (%) (a)	União		Total das 3 esferas CTB/PIB (%) (d)	Número Índice (1995=100)			
		Contribuições Sociais/PIB (%) (b)	CTB/PIB (%) (c)		(a)	(b)	(c)	(d)
1995	12,3	9,9	20,0	29,7	100,0	100,0	100,0	100,0
1996	11,9	10,0	19,3	29,0	97,2	101,2	96,7	97,4
1997	12,3	10,7	19,6	29,0	100,7	108,9	98,2	97,6
1998	13,0	10,4	20,4	29,7	106,2	105,5	102,0	99,9
1999	13,3	11,6	22,4	32,0	108,7	117,9	111,9	107,8
2000	13,6	12,7	22,8	32,9	110,9	128,5	113,7	110,8
2001	13,9	13,1	23,6	34,3	113,5	133,3	117,9	115,5

Fonte: SRF para CTB, IBGE para PIB e IPEA/DISOC para GSF – apud CASTRO, J. A. et alli (2003).

## 2. Financiamento do Setor da Saúde

### *Mecanismos de financiamento e o processo de descentralização*

Os gastos federais em saúde até 1990 eram financiados com recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS)<sup>24</sup>. Desde 1991 a principal fonte de financiamento tem sido o Orçamento da Seguridade Social (OSS), criado na Constituição de 1988 para administrar os recursos fiscais e contribuições sociais que integram o conceito de seguridade social (saúde, assistência social, previdência social e desemprego), sem critérios de partilha entre os segmentos da seguridade social.

Em parágrafo único, do Artigo 198, a Constituição determina que a saúde será financiada com recursos do orçamento da seguridade social, mas sem a definição de uma vinculação de receitas para a saúde. Apenas dispõe, no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que “*até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, será destinado ao setor da saúde*”.

A Constituição era uma versão inacabada de regulação do SUS, sendo necessário ainda que se aprovasse a legislação constitucional complementar relativa ao setor da saúde. Neste sentido é promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90). A importante disposição desta norma se refere ao financiamento do SUS, como já foi descrito no capítulo anterior. Contudo esta norma não define os critérios de partilha de recursos entre as áreas da seguridade, apenas determina que o OSS destinará ao SUS os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas

na LDO, logo, a cada ano a LDO e a Lei do Orçamento definem o percentual de recursos (Médici, 1994 e 1996).

Dando continuidade ao processo de implementação do SUS segundo a Constituição e a LOS, mas aprimorando este processo, é editada a NOB/96 que define as seguintes questões referentes ao financiamento, as quais encontram-se resumidas nos quadros abaixo:

**Quadro 2.1: Recursos transferidos fundo a fundo aos estados e municípios e recursos repassados aos prestadores estaduais e municipais**

Recursos transferidos fundo a fundo aos estados e municípios		Recursos repassados aos prestadores estaduais e municipais	
Estados	Municípios	Estados	Municípios
PAB dos municípios não habilitados e FAE não transferido aos municípios habilitados, nos estados em GASE (NI)	PAB nos municípios em GPAB (I)	Remuneração por serviço ambulatorial PAB através do SIA nos estados não habilitados, excluindo os recursos transferidos aos municípios habilitados (I)	Remuneração por serviço ambulatorial PAB através do SIA nos municípios não habilitados situados em estados não habilitados (I)
TFAE, deduzidas as transferências e repasses aos municípios nos estados em GPSE (I)	TFAM nos municípios em GPSM (I)	Remuneração por serviço ambulatorial não-PAB através do SIA nos estados não habilitados ou em GASE (I)	Remuneração por serviço ambulatorial não-PAB através do SIA nos municípios não hab ou em GPAB (I)
IVISA nos estados habilitados (NI)	PBVS nos municípios habilitados (I)	Remuneração dos serviços hospitalares através do SIH nos estados não habilitados ou em GASE (I)	Remuneração dos serviços hospitalares através do SIH nos municípios não hab ou em GPAB (I)
IVR nos estados habilitados (NI)	TFECD nos municípios habilitados (I)		
PBVS de municípios não habilitados nos estados habilitados (NI)	PACS/PSF nos municípios habilitados com PACS/PSF implantados (I)		
TFECD nos estados habilitados (I)	Outros incentivos do PAB variável nos municípios habilitados (I)		

Fonte: Elaboração de Levcovitz (2001). (I) Implementado. (NI) Não Implementado.

<sup>24</sup> O FPAS era um fundo público constituído pelas contribuições dos assalariados, dos empregadores e dos trabalhadores autônomos.

**Quadro 2.2: Composição Original dos Tetos Financeiros, Parcelas que os Compõem, Ações Financiadas e Valores e Critérios de Descentralização na NOB/96**

Teto Financeiro	Parcelas	Ações Financiadas	Valores e Critérios para Descentralização
<b>Assistência</b>	Piso de Assistencial Básica (PAB)	Procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade	Máximo de R\$ 18 <i>per capita</i> (parte fixa do PAB)
		Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários (PACS/PSF)	R\$1.500 / ano / agente e R\$ 15.000 a 21.000 / ano / equipe SF, de acordo com o valor do PAB (parte variável do PAB)
		Assistência Farmacêutica Básica	Na 1ª fase, correspondente aos medicamentos já adquiridos pela extinta CEME (parte variável do PAB)
		Programa de Combate às Carências Nutricionais	<i>Per capita</i> para crianças abaixo de 5 anos e com risco de exposição à desnutrição (parte variável do PAB)
	Fração Assistencial Especializada (FAE)	Procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais	Valores definidos e explicitados nas CIBs e pactuados na CIT com base nos valores de tabela, em séries históricas de gastos e em parâmetros de utilização
	Índice de Valorização de Resultados (IVR)	Incentivo à obtenção de bons resultados de saúde da população	Até 2% do teto financeiro do Estado, critérios definidos pela CIT
	Internações Hospitalares	Conjunto de procedimentos realizados em regime de internação	Valor médio da Autorização de Internação Hospitalar - AIH combinado com parâmetro físico (9% da população)
<b>Vigilância Sanitária</b>	Alto Custo / Alta Complexidade	Procedimentos ambulatoriais de alto custo e alta complexidade definidos na CIT	Valores apurados na Autorização de Procedimentos de Alto Custo - APAC, por paciente e os serviços a ele prestados
	Fatores de Incentivo e Índices de Valorização	Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS) e Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E)	% sobre a remuneração por produção de serviços, critérios estabelecidos pelo Ministério e avaliados pelas CIBs
	Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)	Procedimentos e ações básicas de vigilância sanitária	Incorporado na parte fixa do PAB
	Índice de Valorização do Impacto em Vig. Sanitária (IVISA)	Incentivo à obtenção de bons resultados sobre as condições de vida da população	Até 2% do teto financeiro da vigilância sanitária
<b>Epidemiologia e Controle de Doenças</b>		Ações realizadas pela Fundo. Nacional de Saúde . FNS	Não regulamentados

Fontes: NOB 01/96 e Portarias do Ministério da Saúde. Elaboração de Faveret (2002).

A NOB/96 foi modificada por diversas normas publicadas em 1997 e 1998, ano em que começou a ser efetivamente implementada. Elas modificam o conceito original do PAB, que passa de Piso Assistencial Básico para Piso da Atenção Básica, ampliando a abrangência de sua cobertura. Ocorre a subdivisão do PAB em uma parte fixa e uma

parte variável. São criados mecanismos de financiamento específicos para o custeio das ações de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica e ambiental e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para financiamento de programas e ações específicas do MS e de algumas ações de alta complexidade.

Com relação especificamente ao PAB, é preciso detalhar alguns pontos dispostos na Portaria nº 1.882/97. De acordo com esta norma, o PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinados exclusivamente ao custeio de procedimentos e ações de atenção básica à saúde. A transferência do PAB ocorre de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde. Sendo que tais recursos serão transferidos transitoriamente para o Fundo Estadual de Saúde, para atender aos municípios não habilitados à NOB 01/96.

O PAB é composto de uma parte fixa, destinada à assistência básica, e de uma parte variável, relativa aos incentivos para o desenvolvimento de ações específicas da atenção básica. A parte fixa é calculada através da multiplicação de um valor per capita pela população do município e é destinada às seguintes ações básicas: consultas médicas em especialidades básicas, atendimento odontológico básico, vacinação, pré-natal, atividades educativas e de planejamento familiar, etc. A parte variável destina-se a incentivos às ações básicas de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental, à Assistência Farmacêutica Básica, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) e outros.

O quadro abaixo descreve os valores e/ou os critérios do PAB fixo e de incentivos selecionados que compõem o PAB variável:

**Quadro 2.3: Valores e critérios do PAB**

<b>Especificação</b>	<b>Valor</b>
PAB fixo	R\$ 10 a R\$ 18,00 per capita/ano
PACS	R\$ 2.200,00/agente/ano
PSF	R\$ 28.008 a R\$ 54.000,00/equipe/ano
Saúde indígena	R\$ 62 milhões <sup>(1)</sup>
PCCN	R\$ 180/criança-23 meses/ano <sup>(2)</sup>
AFB	R\$ 1,00 per capita/ano
Controle de endemias	R\$/hab./ano e R\$/km <sup>2</sup> /ano <sup>(3)</sup>

(1) R\$ 38 milhões em convênios com estados, municípios e ONGs e R\$ 24 milhões em aplicação direta. (2) Criança em risco nutricional. (3) Valor não especificado, mas calculado sobre o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças. No mínimo 605 dos recursos são repassados para os municípios.

Fonte: MS (Secretaria Executiva) – Várias publicações avulsas.

Enfim, ao longo dos anos 90 fica evidente a recuperação do poder indutor e regulador da política de saúde por parte do Ministério da Saúde, estabelecendo a relação direta da União com os municípios, num movimento de descentralização vinculada. A análise das NOB's conduz à constatação de que os recursos foram sendo transferidos de modo cada vez mais automático e regular. Contudo, as condicionalidades estabelecidas para a habilitação de estados e municípios não diminuíram, ao contrário, aumentaram. Aumentou também a compartimentalização das transferências, o que reduziu a liberdade de gasto dos gestores subnacionais (Faveret, 2002).

E embora reconhecendo o caráter equalizador das fórmulas que incluem componentes de capitação, como é o caso do PAB-fixo, as transferências se mantiveram fortemente relacionadas à lógica do pagamento por produção de serviços (Faveret, 2002).

### **Fontes e composição do financiamento**

Na tabela seguinte é possível conhecer as fontes de financiamento da saúde<sup>25</sup>.

**Tabela 2.8: MS: Distribuição percentual das fontes de financiamento, 1993-2001**

Fontes	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Recursos Ordinários do Tesouro (Fonte 100)	8,9	1,0	3,2	0,2	1,0	10,8	14,7	5,3	11,5
Títulos Resp. Tesouro Nacional (Fonte 144-149)	15,1	1,6	2,6	3,3	2,8	0,5	0,8	0,4	1,4
Operações de Crédito Internas (Fonte 144-149)	2,6	-	7,6	8,3	-	-	-	-	-
Operações de Crédito Externas – Moeda	0,5	1,2	1,1	0,9	0,5	1,1	1,4	2,7	1,3
Recursos Diretamente Arrecadados (Fonte 150)	1,0	2,1	2,4	2,5	2,4	2,6	3,5	3,2	3,1
Contribuições Sociais	67,4	54,6	69,4	63,4	73,1	71,1	62,5	81,1	75,6
Contrib. Social Lucro PJ (Fonte 151)	10,7	12,9	20,2	20,8	19,3	8,0	13,3	12,5	8,1
Contrib. Social p/ Financ. Segurid. Social (Fonte 153)	25,1	34,1	49,2	42,6	25,9	26,0	26,6	37,8	39,5
Contrib. Empr. e Trab. P/ Segurid. Social (Fonte 154)	31,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Contrib. Prov. S/ Mov. Financeira	-	-	-	-	27,8	37,1	22,6	30,8	28,0
FINSOCIAL – Recup. Dep. Judiciais (Fonte 198)	-	7,6	-	-	-	-	-	-	-
FSE/FEF/DRU (Fonte 199)	-	36,8	12,0	17,7	19,5	13,3	14,2	-	-
Demais fontes	4,4	2,6	1,8	3,7	0,7	0,7	3,0	7,0	7,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) Os dados de 2000 diferem dos apresentados na edição anterior porque os atuais referem-se ao final de exercício. Fonte: SIAFI/SIDOR – apud Piola & Biasoto (2000); Dain (2000); Dain et al. (2001); Piola et al. (2001); Piola, Reis e Ribeiro (1999 e 2001); Ipea (jun/2000); Ipea (ago/2001).

Em primeiro lugar, é preciso comentar que a maior participação das contribuições sociais frente aos recursos do tesouro no financiamento do setor fica evidente ao longo de todo o período. As primeiras ficam em torno de 65,93%, atingindo seu ponto máximo em

<sup>25</sup> No Anexo nº 2 é possível observar em valores absolutos.

1997, com 73,1%; enquanto isso, os recursos fiscais representam uma média de 5,68% para o período, atingindo o pico de 10,8% em 1998.

Outra questão importante é a substituição das fontes ao longo dos anos, de modo que a cada ano uma fonte que é responsável pela maior parte do financiamento do setor pode não ser a mais representativa no ano seguinte.

Neste período é importante comentar que a contribuição sobre a folha, que em 1993 representava 31,6%, a partir deste ano deixa de ser transferida ao MS pelo MPAS.

Outro ponto que merece destaque é que o FSE/DRU representa, ao mesmo tempo, um desfinanciamento pelo fato de desvincular 20% dos recursos federais, e uma fonte de financiamento do setor da saúde, cuja participação foi a maior em 1994 (com 36,8%) e permaneceu em terceiro lugar nos anos seguintes.

No ano de 1996 foi criada a CPMF como fonte exclusiva de financiamento do setor da saúde, a fim de lhe garantir um volume maior de recursos diante do fim dos repasses do MPAS para o MS e da crise financeira que se instaurou no setor, forçando-o a contrair empréstimos junto ao FAT, nos anos de 93, 95 e 96. Esta contribuição passa a ter a maior participação no financiamento da saúde no ano de 97 (27,8%).

Entretanto, a CPMF não representou um acréscimo no volume de recursos disponíveis para a saúde, pois houve apenas uma substituição das fontes de financiamento, isto é, a CPMF compensou uma redução da CSLL (redução de 7,21%) e, principalmente, da COFINS (redução de 39,20%). Estas passaram a ter maior participação no financiamento da Previdência que tornara-se “deficitária”.

Outro grande questionamento a respeito da CPMF está vinculado ao fato de esta contribuição foi criada para financiar a saúde, mas hoje em dia seus recursos vão também para a Previdência e para o Fundo de Combate a Pobreza.

Enfim, como não existe vinculação de receitas e nem percentuais fixos do OSS destinados à saúde, a cada ano a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei do Orçamento define o montante de recursos destinados ao setor. Dentro do OSS o que se observa é substituição e a especialização das fontes de financiamento. Então, ao longo dos anos 90, assiste-se a uma verdadeira “dança” das fontes no financiamento da saúde. Segundo Piola, Reis e Ribeiro (2001) *“parece que há um receio de que a utilização*

*sistemática de determinada fonte para determinado órgão crie expectativa de uma espécie de vinculação”, logo, ocorrem as “contínuas alterações anuais, o que permite pensar na ausência de vontade política para garantir um volume adequado e regular de recursos para o financiamento das políticas públicas de saúde” (16).*

Em 1991 esses recursos foram definidos em 30%, tal como disposto no Art. 55 do ADCT. Em 1992 e 1993 não são mais definidos percentuais, mas sim, as fontes. Em 1992, os recursos do FINSOCIAL iriam para a saúde. Mas, a extinção do FINSOCIAL e a criação do COFINS neste ano acabaram gerando insuficiência de recursos para o financiamento da saúde.

Na Lei Orçamentária de 1993 foi definido que 15,5% dos recursos da contribuição sobre folha de salários iriam para a saúde. Mas, esta Lei não foi cumprida o que resultou na maior crise financeira do setor saúde dos últimos tempos (Médici, 1994). A situação do setor da saúde ficou particularmente delicada depois de maio de 93, quando o MPS, apoiado pelo MF, suspende o repasse dos recursos do INSS. A crise que se instaurou obrigou o MS a contrair empréstimo junto ao FAT.

E a CPMF, em substituição ao IPMF, foi criada em 1996 para tentar resolver o problema da instabilidade e da insuficiência de recursos destinados ao setor. Contudo, o seu impacto foi praticamente neutro, não gerando a receita adicional para a saúde no montante previsto, pois a CPMF apenas substituiu as outras fontes tradicionais do setor, que tiveram suas participações reduzidas. Caso fosse mantida a participação em 1996 das demais fontes ao financiamento da saúde, o Ministério da Saúde teria a sua disposição R\$ 21,4 bilhões em 1997 e R\$ 22,6 bilhões em 1998. Nesses dois anos, entretanto, o gasto do referido Ministério foi de R\$ 19,4 bilhões em 1997 e de R\$ 17,6 bilhões em 1998 (Biasoto & Piola, 2001:221 - apud Faveret, 2002).

A disponibilidade de receita potencial, que seria obtida pela manutenção da participação das fontes de financiamento à saúde vigente em 1996, e a ela acrescentada a receita da CPMF, cerca de R\$ 22 bilhões, corresponde também ao resultado das estimativas de necessidade de ampliação de gastos feita em 1998, para acomodar as decisões da NOB 01/96 (Dain et al., 2001 - apud Faveret, 2002).

Além disso, até 1998 o volume total de recursos arrecadado ia exclusivamente para a saúde, mas quando a alíquota passou de 0,20% para 0,38%, do aumento adicional, 0,10% foi para a previdência e 0,08% para o fundo de combate a pobreza.

Enfim, o MS “*não tem acesso às fontes de receita vinculadas a seu financiamento e arrecadadas pela União para estes fins. Tampouco conseguiu, até agora, apropriar-se plenamente da receita da CPMF, justificada pela necessidade de gerar mais recursos para o Ministério*” (Dain, 2000:121).

### **Emenda Constitucional nº 29**

De acordo com Piola e Vianna (2002), o motivo para a implementação da Emenda Constitucional nº 29, que determina a vinculação de recursos para a saúde, está relacionado à garantia de recursos mínimos e estáveis para saúde, diante das oscilações no comportamento do gasto. Segundo Serra, “*onde pululam dezenas de vinculações, as despesas com saúde pública passam a ser sempre as principais candidatas a sofrer cortes. Um grande e fofo colchão amortecedor para as crises fiscais...*” (MS).

Além do que, a vinculação significaria a possibilidade de fazer com que as esferas sub-nacionais, principalmente estados, aumentassem sua participação no financiamento (Piola e Biasoto, 2001). Para Faveret (2002), a vinculação poderá proporcionar uma reconfiguração das relações intergovernamentais na federação brasileira, aumentando a participação de estados e municípios no financiamento setorial e, com isso, proporcionando-lhes maior liberdade na aplicação de seus recursos. No caso dos estados, através da vinculação pretende-se reverter sua baixa participação no financiamento do setor.

Entretanto, a simples vinculação não significa, por si só, a redução de desigualdades e tampouco a resolução para problemas relacionados à equidade. Ela apenas garante que os estados e os municípios venham a se colocar em um mesmo ponto de partida (Faveret, 2002).

O principal argumento contrário à vinculação se refere ao fato de que comprometer um percentual fixo do orçamento com gasto em saúde acaba provocando o engessamento orçamentário, retirando a flexibilidade na gestão de recursos e, com isso, complicando a gestão financeira, particularmente em conjuntura de crise fiscal. Segundo

Piola e Vianna (2002), a vinculação oferece riscos nos duros tempos de ajuste fiscal e forte endividamento. Primeiro porque, sobre a mesma salvaguarda constitucional que protege o FPE e o FPM, a vinculação pode ser inócua. Em segundo lugar, porque a autoridade econômica (federal, estadual ou municipal) tende a fazer com que o percentual comprometido pela vinculação como piso seja na prática o teto.

Politicamente, este instrumento financeiro anula em certa medida, ou pelo menos restringe, uma das funções importantes do Congresso no processo orçamentário que é a definição anual da alocação intersetorial (Piola e Vianna, 2002).

Ao longo dos anos 90 foram apresentadas diversas Propostas de Emenda – PEC 169-A dos deputados Eduardo Jorge (PT/SP) e Waldir Pires (PDT/BA), PEC do deputado Pinotti (PMDB/SP), PEC 82-A do deputado Carlos Mosconi (PSDB/MG) e PEC 82-C ou 86-A. Esta última proposta foi aprovada na Câmara dos Deputados, em 1999, e no Senado, em 2000, dando origem à Emenda Constitucional nº 29.

Segundo a EC 29/00, “até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

*I – no caso da **União**: a) no ano 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 M- 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 (...) deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios; e*

*III – no caso dos **municípios**, 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 (...).”*

Complementa definindo que “Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores (...) 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”.

Ainda determina que dos recursos da União tratados nesta emenda, pelo menos quinze por cento deverá ser aplicado nos municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços de saúde. Os recursos das três esferas de governo serão aplicados por meio do Fundo de Saúde e fiscalizados por Conselho de Saúde.

De acordo com a tabela abaixo é possível notar os impactos da EC sobre os gastos das três esferas de governo. No caso da União haveria um aumento de 12%, no caso dos estados de 102% e no caso dos municípios de 37%, resultando em uma elevação de 36% se considerado o Brasil como um todo.

**Tabela 2.9: Impacto da EC nº 29, por esfera de governo, em R\$ milhões de 2001 e %**

Esfera de governo	Empenhado 2000 (R\$)	Estimativa 2004 (R\$)	Adicional EC 29 00/04 (R\$)	Adicional EC 29 00/04 (%)
União	21.744	25.338	3.594	17
Estados	6.718	13.547	6.829	102
Municípios	8.383	11.474	3.091	37
Brasil	36.844	50.270	13.426	36

Notas: Valores atualizados pelo IPCA. Os valores da União excluem os gastos com dívidas, inativo, pensionistas e ações de saneamento do Projeto Alvorada. Fonte: MS – SIS/CGOP-SIOPS – Elaboração de Faveret (2002).

Analisando os impactos para cada um dos níveis de governo, pode-se concluir que no caso da União a vinculação não só não significa qualquer avanço no sentido de resolver a insuficiência de recursos para a saúde, como se trata de um enorme retrocesso com relação à Constituição de 1988 e o projeto de emenda constitucional original proposto pelos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires (Soares e Noronha, 2001:449).

Em primeiro lugar porque a EC 29 significou o esvaziamento definitivo do OSS, com a desvinculação das contribuições sociais ao Orçamento da Saúde. De fato, passa a ser irrelevante a forma de financiar a receita federal destinada à saúde, desde que seja indexada ao crescimento do PIB (Dain, 2001 e Faveret, 2002).

Isso porque a norma não buscou a vinculação de fontes ou de um percentual do OSS, o que a difere das PECs anteriores e que é justificado pela perspectiva de aprovação do projeto de reforma tributária que pretende extinguir a maior parte das contribuições sociais.

Com isso, no caso da União, são três os problemas decorrentes da aprovação da do EC 29. O primeiro se refere ao virtual abandono do OSS. Além disso, a União passou a se beneficiar do dinamismo das contribuições sociais, sem a ele associar a expansão de gastos sociais da Seguridade. Por último, o segmento da população mais vulnerável ao

ajuste recessivo será por ele duplamente vitimado, em caso de baixo dinamismo do PIB, dada a sua adoção como indexador do gasto federal de saúde (Dain, 2001 e Faveret, 2002).

O impacto negativo da desvinculação do gasto federal em saúde em relação às contribuições sociais e da sua vinculação ao PIB pode ser observado em uma simulação feita por Dain (2001) que compara os gastos federais com saúde vinculados, em um caso, ao PIB e, no outro caso, às contribuições sociais. O gasto efetivo é maior em comparação à simulação do gasto vinculado ao PIB, mas é menor se comparado à simulação do gasto vinculado às contribuições sociais. E comparando as duas simulações, o gasto seria maior caso fosse vinculado às contribuições sociais.

Neste sentido, algumas questões podem ser (re)discutidas. A EC não vincula um percentual das contribuições sociais, mas sim, da receita fiscal, no caso dos estados e municípios, e do PIB, no caso da União. Sendo que são as primeiras que apresentam, em seu conjunto, um comportamento mais favorável e estável, dado que suas fontes são diversificadas e que deste modo são menos sensíveis ao crescimento econômico, diferentemente do PIB e dos recursos fiscais das esferas subnacionais. Vinculado às contribuições sociais o gasto com saúde poderia ser maior e sua fonte de recursos mais estável. Além do que, pode se fazer com que não se aplique mais recursos do OSS na saúde (Dain, 2001 e Faveret, 2002).

Outra questão está vinculada ao fato de que o patamar de recursos sobre o qual será corrigido em 5% é sabidamente insuficiente para a saúde, e que, além de manter esse patamar baixo, o acréscimo de um PIB nominal em franco descenso, dada a recessão econômica, tampouco representa algum cenário animador.

*Ou seja, a EC 29/00 “é (mais um) exemplo da capacidade de distorcer propostas antes defendidas pelos setores progressistas e transformá-las em estratégias convenientes para o projeto neoliberal. Mais uma vez, sob a aparência de que os recursos para a saúde aumentarão, e concebendo de forma distorcida uma aspiração de vinculação de recursos, o governo federal perpetra mais uma “reengenharia”, reduzindo sua obrigação e repassando para estados e municípios a responsabilidade maior no financiamento do setor saúde” (Soares e Noronha, 2001:449).*

No caso dos estados (Soares e Noronha, 2001) a vinculação implica uma grande elevação da sua participação no financiamento do SUS e com a maior elevação do gasto em saúde. Contudo este acréscimo não compensará a provável retração de alguns municípios que já destinavam mais que o previsto pela EC e a diminuição dos recursos federais pela retirada das contribuições sociais. E ainda impõe-se um a camisa de força uniforme como se todos os estados tivessem iguais condições de aplicar pelo menos 7% de suas receitas, ignorando a retração econômica que afeta sua principal fonte de receita (ICMS) e o crescente processo de endividamento dos estados.

Para os municípios (Soares e Noronha, 2001), a vinculação não provocará aumento de recursos para a saúde, pois boa parte dos municípios já contribui em média com 17% de suas receitas. E provavelmente a Lei de Responsabilidade Fiscal afetará o nível do gasto municipal já alcançado na área da saúde diante da exigência de corte de despesas ocorrerá certamente junto às chamadas “despesas comprimíveis”.

Além disso, a norma desconsiderada a enorme heterogeneidade entre os municípios brasileiros na sua capacidade de arrecadação. Sendo assim, a desigualdade entre os municípios será mantida, possivelmente ampliando a iniquidade do ponto de vista da oferta de serviços de saúde em qualidade e quantidade.

Outro ponto problemático da EC é a indefinição sobre o que se entende por ações e serviços de saúde públicos de saúde, o que necessariamente deve ser feito por lei complementar. São duas possibilidades que se encaixam. A primeira trata das ações e serviços de acesso universal e gratuito, isto é, provido pelo SUS. Outra possibilidade representa um conjunto de ações e serviços públicos de saúde como um sinônimo de serviço estatal, logo, que inclui além do SUS, os sistemas fechados (servidores civis e militares).

Também ainda não existe um consenso sobre qual será o critério para definir o montante de recursos da União empenhados em 1999 que servirá de base para o cálculo do valor para os anos seguintes. Pode ser tanto o gasto federal em saúde, como o gasto do MS. No entendimento até o momento de Piola e Vianna (2002), a vinculação fica restrita ao orçamento do MS, desconsiderando o compromisso federal do SUS como um todo. Nestas condições o valor gasto com ações e serviços de saúde se confunde com o gasto líquido do MS.

O mesmo problema surge na definição das despesas que devem ser feitas pelos estados e municípios, que apresentam um problema a mais que é a carência de informações mais confiáveis sobre os gastos de estados e municípios, o qual o MS pretende resolver através do desenvolvimento do SIOPS.

Então, o que se pode concluir é que para sua plena atividade, a EC 29 depende de Lei Complementar (norma de maior hierarquia jurídica depois da Constituição), que deverá ser reavaliada a cada 5 anos. Neste sentido foi criado um Grupo de Discussão Técnica (com representantes do CN, MS, MPF, CNS, CONASS, CONASEMS, ATRICON), que vem conduzindo as negociações para a elaboração da Lei Complementar à EC 29.

No momento de decidir o orçamento para a saúde para o ano de 2001, houve um embate jurídico com o MF, que emitiu um parecer que congelou o orçamento do MS, entendendo que, ainda mesmo em 2004, o ano anterior é 1999 (acrescido de 5%), aplicando-se, daí por diante, a variação do PIB. Este foi o estopim para a produção do primeiro documento sobre a regulamentação da Emenda, intitulado de Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da EC 29.

Além da questão do ano anterior, o documento contemplou outros aspectos polêmicos ou pouco esclarecidos da Emenda, quais sejam: a definição das receitas de estados e municípios que devem ser vinculadas às ações e serviços de saúde; o período de vigência da Emenda; os percentuais mínimos de vinculação de receitas por estados e municípios e sua evolução até 2004; a variação do PIB a ser utilizada no cálculo da evolução da União; e o acompanhamento, avaliação e controle da Emenda, cujo instrumento principal foi definido como sendo o SIOPS. Entretanto alguns aspectos continuaram nebulosos. Um dos principais entraves é a definição do que são ações e serviços públicos de saúde (Faveret, 2002).

Em quatro de abril de 2002 é editada a Resolução nº 316, que dispõe sobre dez diretrizes acerca da aplicação da Emenda (Faveret, 2002). A 5ª diretriz define três critérios para o que deve ser considerado como despesa com ações e serviços públicos de saúde: sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito; estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo; sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo

com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

Na 6ª diretriz tais despesas são detalhadas por tipo de ação, incluindo aquelas tradicionalmente desenvolvidas no setor, relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, conforme disposto na LOS. Durante as discussões com os Tribunais de Contas, ficou claro que os gastos referentes a pagamento de amortização e encargos de dívidas contraídas para o financiamento setorial devem necessariamente compor os gastos com ações e serviços públicos de saúde, inclusive para efeitos da Lei de Responsabilidade Fiscal. Contudo, isto foi previsto apenas como uma excepcionalidade nos parágrafos 1º e 2º da 6ª diretriz.

A 7ª diretriz dispõe sobre o que não é considerado como ações e serviços públicos de saúde, nela estando incluídos o pagamento de aposentadorias e pensões, a assistência à saúde para clientela fechada, o saneamento básico financiado por tarifas ou taxas, a limpeza urbana e outras.

### **3. Gasto do Setor da Saúde<sup>26</sup>**

#### ***Gasto como valor absoluto***

Nesta secção é possível observar evolução do gasto bruto (despesa global) e líquido (desconsidera as amortizações e os EPU, representando os gastos com ações e serviços de saúde ou gastos finalísticos) em valores absolutos do MS27. Nota-se que o gasto oscilou muito ao longo do período de 1995-2001, representando um pequeno acréscimo (0,5%) em termos do gasto bruto quando se compara o primeiro ano com o último, e um acréscimo um pouco mais elevado com relação ao gasto líquido (13%).

---

<sup>26</sup> Ver no Anexo nº 1 do capítulo outras possíveis formas de análise dos gastos em saúde, no Anexo nº 2 existem alguns números em termos absolutos e no Anexo nº 3 notas acerca dos diferentes critérios metodológicos existentes, tratamentos dos dados e fontes de dados, na aferição do gasto público, incluindo o em saúde.

<sup>27</sup> Neste caso consideram-se apenas as despesas da agência central do sistema de saúde – o Ministério da Saúde. São duas as possibilidades de aferir o gasto em saúde do MS segundo este critério: gasto bruto, que descreve a despesa global sem qualquer exclusão; e gasto líquido, que desconsidera as amortizações e os EPU. Este segundo seria uma proxy das despesas com ações e serviços de saúde.

**Tabela 2.10: MS: evolução do gasto bruto e líquido em valores absolutos – 1995/2001, em R\$ mil de 1999\***

Ano	Gasto bruto	Gasto líquido
1995	20.649.815	16.633.480
1996	17.945.899	15.487.140
1997	21.751.834	17.887.863
1998	21.514.380	16.973.410
1999	20.334.265	18.549.322
2000	19.953.616	17.889.795
2001**	20.760.844	18.803.393

\* Deflacionamento por média anual do IGP/DI da FGV. \*\* Dados preliminares.

Fonte: MS (Subsecretaria de Planejamento e Orçamento). Dados apresentados ao Conselho Nacional de Saúde.

Elaboração: Piola e Vianna (2002).

### ***Gasto comparado ao PIB***

Uma das análises possíveis do gasto em saúde é observar o seu peso relativo frente ao Produto Interno Bruto (PIB). Na próxima tabela é possível analisar essa participação do gasto em saúde do MS, tanto o bruto (dado pelo total executado), como o líquido (dado pela situação do cenário 2) ou “SUS” (dado pelo cenário 4). Nota-se que ao longo do período houve uma tendência à redução relativa do gasto no primeiro caso, e uma grande oscilação no segundo e no terceiro casos, tal como acontece com o gasto per capita. O gasto bruto passa de 2,30% do PIB em 1995 para 2,21% do PIB em 2001. O gasto líquido e o “SUS” acabam o período – com 1,90% e 1,86% do PIB, respectivamente – praticamente atingindo o patamar do ano inicial – 1,89% e 1,84% do PIB, respectivamente.

**Tabela 2.11: Execução orçamentária do MS como percentual do PIB – totais conforme definição de “ações e serviços de saúde” – 1995-2001**

Ações e Serviços de Saúde	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Total executado	2,30	1,85	2,16	2,11	2,11	2,09	2,21
Cenário 1 – exclui inativos e Proj Alv	2,10	1,66	1,98	1,92	1,92	1,89	1,92
Cenário 2 – exclui inativos, dívid e Proj Alv	1,89	1,59	1,78	1,67	1,90	1,87	1,90
Cenário 3 – exclui inativos, dívid, manut adm e aux e assit méd a serv	1,84	1,54	1,72	1,62	1,86	1,83	1,95
Cenário 4 – exclui inativos, dívid, Proj Alv, manut adm e aux e assit méd a serv	1,84	1,54	1,72	1,62	1,86	1,83	1,86

Nota: Utilizada estimativa de variação real do PIB de 2% para 2001. Fonte: MS – SE/SPO e SIS/CGOP-SIOPS – apud Favaret (2002).

O mesmo pode ser visto quando se observa o gasto federal em saúde, de acordo com a tabela a seguir, isto é, que a despeito do aumento do gasto em saúde em números absolutos, em relação ao PIB ele permanece estável quando se observa os anos de 95 e 2001, de modo que apresenta um comportamento muitas vezes decrescente entre estes dois anos. A mesma tabela mostra também que houve um aumento brutal das transferências a estados e principalmente municípios.

**Tabela 2.12: Gasto federal com saúde, como proporção do PIB, segundo item de gasto**

Item de gasto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Brasil	1,94	1,95	1,64	1,78	1,68	1,86	1,9
Pessoal	0,34	0,39	0,31	0,28	0,28	0,25	0,24
Outras despesas correntes	1,37	1,28	1,03	1,08	0,84	0,83	0,69
Outros gastos diretos	0,06	0,05	0,04	0,08	0,06	0,06	0,05
Transferência a estados e DF	0,12	0,12	0,07	0,09	0,1	0,13	0,2
Transferência a municípios	0,04	0,11	0,19	0,26	0,44	0,59	0,64

Fonte: IPEA - Estimativas anuais – apud www.saude.gov.br.

### ***Gasto federal em saúde comparado com o gasto federal total***

Através da tabela abaixo é possível observar a despeito do aumento do gasto em saúde em números absolutos, houve ao longo dos anos 1995-2001 uma redução do gasto federal em saúde em relação às despesas federais totais (que passa de 5,2% para 3,8%) e as não-financeiras (de 9,8% para 8,4%)<sup>28</sup>.

**Tabela 2.13: Proporção (%) do gasto federal com saúde, sobre despesas federais totais e não-financeiras**

Tipo de despesa	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Total	5,2	4,4	4,0	3,1	3,0	3,4	3,8
Não-financeira	9,8	8,4	9,5	8,4	8,0	8,9	8,4

Fonte: IPEA - Estimativas anuais – apud www.saude.gov.br.

### ***Processo de descentralização***<sup>29</sup>

A tabela que está disposta abaixo mostra que o gasto da União permaneceu praticamente estável quando comparado com o PIB, havendo uma pequena redução quando comparado o ano de 99 com o de 95. O mesmo ocorre com os estados. No caso dos municípios, o comportamento do gasto é o mesmo, mas ocorre uma redução na comparação com o PIB das despesas diretas (que inclui transferências da União), mas uma manutenção das despesas com recursos próprios, quando se observam os anos de 95 e 99.

**Tabela 2.14: Despesas realizadas com saúde das três esferas de governo – em % do PIB**

Esfera	Aplicações diretas*					Despesas com recursos próprios**				
	1995	1996	1997	1998	1999	1995	1996	1997	1998	1999
União	0,9	0,7	0,8	0,8	0,8	2,3	1,8	2,2	2,1	2,1
Estados	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6
Municípios	2,1	1,7	2,0	1,9	1,9	1,0	0,8	1,0	1,0	1,0
Total	3,9	3,3	3,7	3,7	3,7	3,9	3,3	3,7	3,7	3,7

Despesas realizadas com recursos próprios e transferidos da União . \*\* Despesas realizadas com recursos próprios.

Fonte: Estimativas realizadas pelo MS (MS/SGIS/SIOPS) a partir do MS, SIAFI, SIAFEM, Balanços dos Estados e Municípios - apud BNDES (jan/2001).

<sup>28</sup> O mesmo pode ser visto no caso do gasto do MS, de acordo com a tabela apresentada no Anexo nº 1.

<sup>29</sup> No Anexo nº 1 seguem outras tabelas de registro do gasto nas três esferas de governo baseado em outros estudos.

Para o ano de 2000 é possível observar na próxima tabela o gasto público em saúde em % do PIB por esfera de governo para o Brasil como um todo e por região.

**Tabela 2.15: Gasto público com saúde como proporção (%) do PIB, por esfera de governo – 2000**

<b>Brasil e Região</b>	<b>Federal</b>	<b>Estadual</b>	<b>Municipal <sup>(1)</sup></b>	<b>Total</b>
Brasil	1,85	0,57	0,67	3,09
Norte	2,54	1,62	0,61	4,77
Nordeste	3,18	0,87	0,7	4,75
Sudeste	1,27	0,47	0,72	2,45
Sul	1,36	0,37	0,55	2,27
Centro-Oeste	1,61	0,7	0,53	2,84

<sup>(1)</sup> Estimativa realizada com base em dados dos municípios que responderam ao SIOPS até outubro de 2002. O painel é composto de 3.695 municípios (67,1% do total), que abrigam 133,5 milhões de habitantes (79,6% do total). **Nota:** As despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde excluem, nas três esferas de governo, as aposentadorias e pensões (inativos), clientelas fechadas e, no âmbito federal, o Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza. **Fonte:** Ministério da Saúde/SIS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS (gasto estadual e municipal); SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde - FNS (gasto federal) e IBGE (PIB regional) – apud [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).

Outra análise que pode ser feita com base nestes dados se refere ao fato de que no caso dos gastos dos estados e municípios, as despesas com recursos próprios são menores que as despesas quando se consideram além dos recursos próprios os transferidos pela União. E isso é reforçado pela tabela seguinte que apresenta o gasto de cada esfera de governo em comparação com o gasto total. Por exemplo, no ano de 99, os estados aplicam diretamente (incluindo recursos transferidos da União) 24,9% do total gasto em saúde, mas aplica somente 16,5% de recursos próprios. E neste mesmo ano, os municípios aplicam diretamente 52% quando se considera a responsabilidade pelo gasto e apenas 26% quando se leva em conta a origem dos recursos.

**Tabela 2.16: Despesas realizadas com saúde das três esferas de governo – em % do total**

<b>Esfera</b>	<b>Aplicações diretas*</b>					<b>Despesas com recursos próprios**</b>				
	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999***</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999***</b>
União	22,1	22,2	22,6	23,0	23,0	59,2	56,6	58,9	57,5	57,5
Estados	24,3	26,6	23,9	24,9	24,9	14,0	17,8	14,5	16,5	16,5
Municípios	53,6	51,2	53,3	52,0	52,0	26,8	25,6	26,7	26,0	26,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Despesas realizadas com recursos próprios e transferidos da União. \*\* Despesas realizadas com recursos próprios. \*\*\* Valores preliminares.

Fonte: Estimativas realizadas pelo MS (MS/SGIS/SIOPS) a partir do MS, SIAFI, SIAFEM, Balanços dos Estados e Municípios - apud BNDES (jan/2001).

Enfim, a descentralização pode ser vista sob três ângulos distintos: 1) analisando a evolução do percentual de recursos transferidos e repassados para estados e municípios; ou 2) analisando a evolução da participação da aplicação de recursos próprios das esferas subnacionais no financiamento do gasto no setor da saúde; ou 3) analisando a evolução dos gastos locais em saúde.

Nos dois últimos casos, os resultados do processo de descentralização “expressam principalmente a descentralização do gasto [responsabilidade/execução do gasto, logo, despesas realizadas com recursos próprios e transferidos da União], mais que o aumento da participação de recursos próprios no financiamento do sistema [origem dos recursos, logo, despesas realizadas com recursos próprios]” (Draibe/CEPAL, 1997).

E o aumento do gasto em saúde das esferas sub-nacionais foi possível diante do aumento no percentual de recursos federais descentralizados para estados e municípios. Isso já foi observado na tabela “Gasto federal com saúde, como proporção do PIB, segundo item de gasto”, na qual se observa um aumento brutal das transferências a estados e, principalmente, municípios, e está disposto mais detalhadamente no item a seguir.

### ***Descentralização dos recursos federais: transferências e repasses no SUS<sup>30</sup>***

Analisando as transferências federais no período de 1995-99, nota-se que a sua participação em relação ao gasto federal em saúde eleva-se brutalmente, passando de 10,4% para 38,5%. Isso reflete que apesar do maior esforço fiscal ser o da União, os recursos são transferidos para estados e municípios, onde são efetivamente gastos.

**Tabela 2.17: Brasil: transferências federais em relação ao gasto federal com saúde – 1995/1999, em R\$ milhões correntes**

Ano	Gasto federal com saúde	Transferências	%
1995	13.976	1.459	10,4
1996	13.927	1.992	15,0
1997	17.107	2.989	17,5
1998	16.637	4.940	29,7
1999	18.017	6.936	38,5

Fonte: Fernandes e Ipea/Disoc – apud Piola e Vianna (2002).

No caso dos recursos federais destinados a estados e municípios, é preciso diferenciar as transferências fundo a fundo dos repasses diretos aos prestadores de serviços de saúde. Até 1998 ainda são predominantes os repasses diretos aos prestadores estaduais e municipais (com 55,3% do total de recursos transferidos), os quais não estão sob gestão destas esferas. Mas a partir de 1999 isso se inverte, de tal modo que os pagamentos diretos passam a contar com 45,9%, em 1999, e 39,1%, em 2000.

<sup>30</sup> Ver Anexo nº 1 do Capítulo 2. – gasto por categoria/despesa econômica, gasto por subprograma/subfunção do Programa/Função Saúde e gasto por programa/projeto selecionado.

**Tabela 2.18: SUS: Distribuição dos gastos com assistência hospitalar e ambulatorial, segundo a forma de execução orçamentária e destinação – 1998 a 2000, em R\$ milhões de dez/2000**

Especificação	1988		1999		2000	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Pagamentos Diretos	6.476	55,3	5.957	45,9	5.066	39,1
Transferências (Total)	5.232	44,7	7.027	54,1	7.927	61,1
Total	11.708	100,0	12.984	100,0	12.968	100,0

Fonte: MS/SE/Datasus – apud Piola (s.d.) e Ipea (fev/2002).

As transferências também podem ser distinguidas segundo o nível de atenção à saúde a que estão destinados. Nos anos de 1998-2000 percebe-se a predominância da MAC dentro das transferências efetuadas a estados e municípios. Mas a tendência nestes anos é de redução da participação da MAC e a elevação da atenção básica

**Tabela 2.19: SUS: Distribuição das transferências para estados e municípios, segundo destinação – 1998 a 2000, em R\$ milhões de dez/2000**

Especificação	1988		1999		2000	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Transferências	5.232	100,0	7.027	100,0	7.927	100,0
Atenção Básica	1.833	35,0	2.772	39,4	3.196	40,3
MAC	3.399	65,0	4.255	60,6	4.731	59,7

Fonte: MS/SE/Datasus – apud Piola (s.d.) e Ipea (fev/2002).

Ou seja, a descentralização permanece dependente e tutelada, em decorrência da predominância da forma de repasse direto de recursos do governo federal para os prestadores de serviços de saúde frente às transferências para os orçamentos estaduais e municipais (o que se inverte a partir de 1999), e do fato destas últimas estarem vinculadas a certas exigências do governo para que estados e municípios pudessem estar aptos a receberem os recursos assim transferidos. Mas, de acordo com a legislação, o governo federal possui estas responsabilidades no financiamento sistema nacional de saúde, quais sejam: possui um importante papel redistributivo e de busca pela equidade na alocação, além de ser responsável pela definição das prioridades nacionais e dos critérios de alocação regional e local. Ou seja, a União exerce o papel de principal financiadora e determinadora da política nacional de saúde, cabendo aos estados e, principalmente, aos municípios a gestão e a oferta de ações e serviços de saúde.

#### 4. Conclusão

Analisando a implementação do SUS, ao longo dos anos 90, do ponto de vista do financiamento, pode-se perceber que o seu ponto crucial diz respeito à possibilidade de

se estabelecer fontes estáveis para o setor e de se definir claramente o mecanismo e os critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.

É preciso destacar que a Constituição de 1988 definiu que a saúde deveria ser financiada com recursos do OSS, mas não determinou uma porcentagem mínima ou uma fonte específica destinada ao setor em questão. E este orçamento apresentou dificuldades de implementação ao longo de toda a década de 90, o que permanece nos anos atuais, tal como será analisado no próximo capítulo.

Na sequência, a LOS regulamenta as transferências dos recursos federais para os estados e municípios, estabelecendo os critérios para a realização da transferência regular e automática. E as NOBs vêm para reforçar e cristalizar esse mecanismo de transferência estimulando e promovendo a descentralização do sistema de saúde, no qual a União exerce o papel de principal financiadora e determinadora da política nacional de saúde, cabendo aos estados e, principalmente, aos municípios a gestão e a oferta de ações e serviços de saúde.

Um avanço na tentativa de estabelecer recursos estáveis e mínimos para o setor da saúde, é dado pela promulgação da EC nº 29, que define porcentagens vinculadas ao PIB, no caso da União, e à arrecadação, no caso dos estados e municípios. Contudo, apresentam-se alguns limites quanto aos seus impactos. Em primeiro lugar, muitos municípios já aplicavam o mínimo estabelecido ou até uma porcentagem maior, logo, a EC pode não ter qualquer efeito neste caso, ou pode significar um retrocesso dado que o piso passaria a ser o teto no orçamento municipal. Com relação aos estados, ela representaria um grande aumento no montante de recursos aplicados em saúde, caso estas esferas conseguisse aplicar o mínimo exigido por lei, o que não vem acontecendo diante do desequilíbrio das suas finanças.

Outra crítica com relação à emenda da vinculação diz respeito ao fato de que ela pode definitivamente desvincular o financiamento da saúde das contribuições sociais, na medida em que somente determina vinculação, no caso dos estados e municípios, da receita fiscal ou, no caso da União, vinculação ao PIB sem determinar a origem dos recursos. E Dain (2001) mostra em uma simulação que haverá um impacto negativo da desvinculação do gasto federal em saúde em relação às contribuições sociais e da sua vinculação ao PIB dado que o gasto seria maior caso fosse vinculado às contribuições sociais. Além disso, estando o financiamento da saúde vinculado ao PIB e à arrecadação,

ele está atrelado ao comportamento do nível da atividade econômica, que se apresenta estagnado a quase duas décadas.

De acordo com os dados apresentados, houve aumento do gasto absoluto em saúde, mas ele permaneceu estável em termos relativos, quando comparados ao comportamento do PIB, tanto quando se analisam os gastos federais em saúde, como quando se observam os gastos do MS. E o gasto federal em saúde como proporção do gasto federal total e com relação ao gasto federal não-financeiro reduz ao longo dos anos 90.

Com relação aos resultados do processo de descentralização, eles “*expressam principalmente a descentralização do gasto* [responsabilidade/execução do gasto, logo, despesas realizadas com recursos próprios e transferidos da União], *mais que o aumento da participação de recursos próprios no financiamento do sistema* [origem dos recursos, logo, despesas realizadas com recursos próprios]” (Draibe/CEPAL, 1997). E o aumento do gasto em saúde das esferas sub-nacionais foi possível diante do aumento das transferências federais – que eram mais concentradas no repasse aos prestadores que nas transferências regulares e automáticas ao fundo de saúde, o que se inverte a partir de 99 e que estavam mais destinadas ao atendimento de MAC do que à atenção básica, mas com tendência decrescente da primeira e crescente da segunda.

Mas, de acordo com a legislação, o governo federal possui estas responsabilidades no financiamento sistema nacional de saúde, quais sejam: possui um importante papel redistributivo e de busca pela equidade na alocação, além de ser responsável pela definição das prioridades nacionais e dos critérios de alocação regional e local. Ou seja, a União exerce o papel de principal financiadora e determinadora da política nacional de saúde, cabendo aos estados e, principalmente, aos municípios a gestão e a oferta de ações e serviços de saúde.

## **CAPÍTULO 3 – Constrangimentos à política de saúde decorrentes da política macroeconômica adotada nos anos 90**

### **1. O financiamento, o gasto e o Orçamento da Seguridade Social**

Em primeiro lugar é preciso resgatar a constituição do Orçamento da Seguridade Social, ao qual está vinculado o financiamento do setor da saúde. Este instrumento orçamentário foi criado através da Constituição de 1988 a fim de disponibilizar recursos mais estáveis – frente aos recursos arrecadados pelo MPAS através do FPAS<sup>31</sup> que estavam estreitamente vulneráveis às oscilações da economia – para as áreas da saúde, previdência, assistência social e seguro-desemprego. Neste sentido, passaria a constituir o OSS recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: contribuição sobre a folha, FINSOCIAL/CONFINS, CSLL e PIS-PASEP (FAT).

Somente neste último caso havia sido definida destinação constitucional para o seguro-desemprego. Mas para as demais áreas da seguridade não foi definida nenhuma regra de partilha dos recursos do OSS ou de vinculação de fontes. Isso porque seria responsabilidade do Conselho Nacional da Seguridade Social – que integraria as áreas da saúde, previdência e assistência – definir a cada exercício orçamentário as necessidades e diretrizes da seguridade como um todo e a partir disto alocar os recursos para as áreas, tal como foi definido na Lei nº 8.212/91.

Entretanto, na prática isso não se verificou. As leis orçamentárias eram discutidas de forma independente no Congresso, não havendo uma ação integrada entre saúde, previdência e assistência social. Além disso, através do FSE/FEF/DRU a União passou a desviar recursos do OSS para equilibrar o seu orçamento fiscal. *“Na prática, a dimensão universalizante do projeto da Seguridade Social brasileira foi minimizada, o que não decorre, como se afirma, do caráter perdulário do capítulo da Ordem Social da Constituição de 1988. Sua crise de financiamento, como se pode demonstrar, poderia ter sido muito atenuada, de 1990 a 1997, se a alocação dos recursos vinculados a estes programas tivesse respeitado sua destinação constitucional. Na prática, os recursos do OSS vêm financiando gastos no orçamento fiscal, em franca contradição com as determinações constitucionais e legais”* (Dain, 2001:134).

De acordo com Delgado (2002), uma análise das fontes de financiamento do OSS, evidenciam dois processos responsáveis pela subtração de recursos: a incidência do mecanismo de desvinculação de 20% da arrecadação das contribuições sociais e a presença de um gasto expressivo com Inativos e Pensionistas da União (EPU). Esses dois processos restringem o gasto social legitimamente atribuível à Seguridade Social em R\$ 16,6 bilhões no caso Do FSE/FEF/DRU e em R\$ 29,2 bilhões no caso dos EPU.

*Ou seja, “a seguridade social deixa de contar com uma parcela significativa de recursos, relativa às contribuições sociais e às transferências da União, seja pelo não-cumprimento dos dispositivos constitucionais, seja pela retenção dos recursos no Tesouro Nacional. Além disso, como não existe o orçamento da seguridade social, não há qualquer controle sobre a utilização de eventuais excessos de arrecadação que venha a se verificar, o que desobriga a União a repassar esses recursos à seguridade. O resultado é que a União passa a ser financiada pela seguridade e não o contrário, como estabelece a Constituição” (Azeredo, 1990:5-6)” (Fagnani, 1997:223).*

Outro ponto problemático diz à briga pelas fontes do OSS entre as áreas da seguridade. Conforme a previdência foi revertendo a sua situação, isto é, seu saldo superavitário foi plafonando e depois passou a ser deficitário (a partir de 1995), começou a disputar recursos com as outras duas áreas, principalmente com a saúde<sup>32</sup>. Para piorar a situação, a partir de 1993, a fonte contribuição sobre folha de salários passou a ser exclusiva da Previdência Social. Isso além de reduzir o montante de recursos destinados à saúde, “*prejudicou a perspectiva solidária do financiamento da Seguridade Social e comprometeu a aplicação do princípio constitucional da diversidade da base de financiamento (Lucchese, 1996, p.106)*” (Faveret, 2002:102-3).

A briga pelas fontes de recursos do OSS acabou por neutralizar os efeitos da criação da CPMF em 1996, não gerando a receita adicional para a saúde no montante previsto, pois esta nova contribuição apenas substituiu as outras fontes tradicionais do setor (COFINS E CSLL), que tiveram suas participações reduzidas diante da maior utilização destas por parte da previdência.

---

<sup>31</sup> O FPAS era um fundo público constituído pelas contribuições dos assalariados, dos empregadores e dos trabalhadores autônomos.

<sup>32</sup> “*O desaparecimento da folga de receita previdenciária, tradicionalmente dirigida à Saúde e marginalmente à Assistência Social, deveu-se ao rápido crescimento dos gastos referentes aos direitos individuais relativos à correção do valor das aposentadorias, até então sistematicamente subestimado*” (Dain, 2000:120).

Ou seja, segundo Dain (2000), “a Saúde [estava] *imprensada, de um lado pelo Orçamento Geral da União e de outro, pelo Ministério da Previdência*” (119-120). Isso acontece porque a União tem desviado recursos legalmente vinculados ao financiamento da saúde. Segundo Dain (2001), “até muito recentemente, o MS não tinha acesso às fontes de receita vinculadas a seu financiamento e arrecadadas pela União. Tampouco consegue apropriar-se de receitas controvertidas, como a CPMF, criadas em seu nome” (134).

E ao final deste período foi criada a EC nº 29, como tentativa de garantir recursos mínimos e estáveis para a saúde, mas que da forma como foi implementada gerou o solapamento definitivo da seguridade e reduziu a potencialidade de recursos para a saúde, de tal modo que o financiamento do setor passou a estar vinculado aos recursos fiscais e, provavelmente, não mais às contribuições sociais.

Com base no que foi exposto, pode-se definir as questões principais referentes à política nacional de saúde nos aspectos do financiamento e do gasto. Em primeiro lugar se apresenta a relação de compatibilidade entre volume de recursos necessários para viabilizar a implementação dos objetivos fundamentais da política de saúde voltadas à implantação do SUS e a efetiva disponibilidade e estabilidade de fundos públicos para financiar o gasto com saúde. Ou seja, a legislação (Constituição, LOS, NOB/96 e EC nº 29) define um determinado gasto potencial (montante potencial de recursos disponíveis), que não se verifica quando se observa o gasto efetivo realizado.

Além disso, é preciso levantar a grave crise fiscal e financeira das três esferas governamentais, resultado da política macroeconômica de altas taxas de juros que reduzem o ritmo de crescimento econômico e que promovem um processo de profundo endividamento, que levou à renegociação das dívidas estaduais.

### **Um exemplo sobre o Orçamento da Seguridade Social**

Com base nas tabelas abaixo é possível observar a constituição do OSS – receitas, despesas e saldo – e o uso e o desvio dos seus recursos – contribuições sociais – para os anos de 2000, 2001 e 2002.

O montante de receitas arrecadas na seguridade elevou-se de 2001 (R\$ 136,9 bilhões) para 2002 (R\$ 157,4 bilhões). Este aumento de aproximadamente de 15% na

arrecadação foi capaz de compensar o crescimento de 18% das despesas – R\$ de 105,4 bilhões para R\$ 124,4 bilhões – no mesmo período.

Dentre as receitas, nos dois anos analisados a receita previdenciária líquida é a fonte mais representativa (45,65% e 45,13%), seguida das contribuições COFINS (33,37% e 32,42%), CPMF (12,545 e 12,87%) e CSLL (6,55% e 7,92%). Com relação aos gastos, o total de pagamento de benefícios, com destaque para os previdenciários, principalmente os urbanos, abarca a maior parte dos recursos arrecadados (74,66% em 2001 e 74,02% em 2002). Os gastos em saúde dentro do OSS representam aproximadamente 20% nos anos em questão.

O que fica evidente é o saldo final positivo do OSS para os anos de 2001 (aproximadamente R\$ 31,5 bilhões) e 2002 (aproximadamente R\$ 33 bilhões), tal como aconteceu ao longo de toda a década de 90. Ou seja, a seguridade não somente não é deficitária, como ainda apresenta um saldo positivo, isto é, uma "sobra" de recursos, que deveria estar sendo alocado de acordo com as necessidades e prioridades do respectivo setor. Mas o que a União tem praticado é o desvio deste saldo através do FSE/FEF/DRU para tentar equilibrar o seu orçamento fiscal.

**Tabela 3.1: Receitas e Despesas da Seguridade Social no Brasil (1)**

RECEITAS	2001		2002	
	R\$ bilhões	%	R\$ bilhões	%
Receita Previdenciária Líquida (2)	62,49	45,65	71,03	45,13
Outras Receitas do INSS (3)	0,62	0,45	0,36	0,23
COFINS	45,68	33,37	51,03	32,42
CSLL	8,97	6,55	12,46	7,92
CPMF	17,16	12,54	20,26	12,87
Concurso de Prognósticos	0,52	0,38	1,05	0,67
Receita Própria do MS	0,96	0,70	0,89	0,57
Outras Contribuições Sociais (4)	0,48	0,35	0,32	0,20
<b>Total das Receitas (a)</b>	<b>136,88</b>	<b>100,00</b>	<b>157,40</b>	<b>100,00</b>
DESPESAS	2001		2002	
	R\$ bilhões	%	R\$ bilhões	%
Total de Pagamento de Benefícios (5)	78,70	74,66	92,11	74,02
1. Benefícios Previdenciários (6)	73,69	69,91	86,37	69,41
1.1 Urbanos	59,38	56,33	69,30	55,69
1.2 Rurais	14,31	13,57	17,07	13,72
2. Benefícios Assistenciais	4,32	4,10	5,08	4,08
2.1 Renda Mensal Vitalícia (RMV)	1,64	1,55	1,66	1,33
2.2 LOAS	2,69	2,55	3,42	2,75
3. EPU (7)	0,68	0,65	0,66	0,53
Saúde (8)	21,11	20,03	24,53	19,71
Assistência Social Geral	1,87	1,78	0,50	0,40
Custeio e Pessoal do INSS (9)	3,50	3,32	2,36	1,90
Outras ações da seguridade (10)	n. d.	n. d.	2,28	1,83
Ações do Fundo de Combate à Pobreza (11)	0,23	0,22	2,66	2,14
<b>Total de Despesas (b)</b>	<b>105,41</b>	<b>100,00</b>	<b>124,44</b>	<b>100,00</b>
<b>SALDO FINAL (a-b)</b>	<b>31,46</b>	<b>0</b>	<b>32,96</b>	<b>0</b>

Fonte: SIAFI, SRF, Fluxo de Caixa do INSS. Elaboração da ANFIP – apud ANFIP (2002 a e b e 2003) e elaboração própria. NOTAS: (1) Receitas e despesas da Seguridade Social conforme preceitua o artigo 195 da CF (exclui PIS/PASEP, contribuição para correção do FGTS e as respectivas despesas vinculadas – transferências FAT/BNDES, benefícios do FAT, seguro desemprego, abono salarial, qualificação profissional e outras do Mtb –, juros e amortizações da dívida). Nas receitas das contribuições sociais estão incluídas as de dívida ativa. (2) Receita líquida = Arrecadação bancária + SIMPLES + REFIS + arrecadação CDP + arrecadação FIES + depósitos judiciais – restituições – transferências a terceiros. (3) Corresponde a rendimentos financeiros e outros, segundo o Fluxo de Caixa do INSS. (4) Referem-se a contribuições sobre o DPVAT (parcela do Fundo Nacional de Saúde), contribuições sobre concursos de prognóstico e prêmios prescritos, bens apreendidos (parcela da assistência social). (5) Referem-se aos benefícios mantidos (previdenciários + assistenciais + legislação especial). (6) Excluí RMV por ser benefício assistencial. (7) Encargos previdenciários da União: benefícios concedidos através de leis especiais, pagos pelo INSS, com recursos da Seguridade Social, e repassados pelo Tesouro. (8) Inclui ações de saúde do SUS, saneamento, pessoal ativo e despesas de custeio do Ministério da Saúde. (9) Reúne pagamentos realizados a ativos do INSS, bem como despesas operacionais consignadas. (10) Referem-se a ações prestadas a outros ministérios. (11) Despesas financiadas com parcela da CPMF e outras receitas.

Quando se analisa o uso de cada uma das fontes em qual setor em que se aplica cada uma delas e o quanto é desviado – ou pela retenção no Tesouro ou através de outros usos. De um modo geral, pode-se observar que o total arrecadado eleva-se ao longo dos anos de 2000-2002, dado que aumenta a arrecadação de todas as contribuições em questão.

No caso da COFINS, para os três anos, do total arrecadado e do total que é destinado à seguridade, a maior parte vai para o MPAS. Contudo, do total arrecadado nos anos de 2000 e 2002 mais recursos são desviados em relação aos aplicados nos órgãos

afins. E no ano de 2001 praticamente o mesmo montante é alocado na seguridade e desviado desta.

Quanto à CPMF, o MS é o mais beneficiado (até porque ela foi criada sob a justificativa de financiar a saúde), nos três anos em questão. Mas no mesmo período uma pequena parte do total arrecadado é desviado da seguridade.

Com relação à CSLL, a maior parte arrecadada é alocada ao MS. E existe também o desvio desta fonte, com destaque para o ano de 2001 em que a maior parte – quase 79% – é desviada da seguridade social.

De um modo geral, do total arrecadado com as contribuições sociais no ano de 2000 (R\$ 61,7 bilhões), aproximadamente 54% se destina à seguridade (R\$ 33,28 bilhões), mas 46% são desviados (R\$ 28,42 bilhões). Em 2001 aumenta o montante de recursos que não são aplicados na seguridade, atingindo cerca de 50% (R\$ 35,83 bilhões) do montante total arrecadado, ficando os outros 50% nas áreas afins (R\$ 35,98 bilhões). E em 2002 essa porcentagem se reduz para mais de 45%, mas continua extremamente elevada (representando um desvio de 37,88 bilhões), alocando os 55% (R\$ 45,84 bilhões) na seguridade social.

**Tabela 3.2: Uso e Desvinculação das Contribuições Sociais, em R\$ bilhões**

Órgão	COFINS			CPMF*			CSLL			Fundo Pobreza		Total		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2001	2002	2000	2001	2002
<b>Total Arrecadado</b>	<b>38,63</b>	<b>45,68</b>	<b>51,03</b>	<b>14,40</b>	<b>14,13</b>	<b>15,99</b>	<b>8,67</b>	<b>8,97</b>	<b>12,46</b>	<b>3,03</b>	<b>4,26</b>	<b>61,70</b>	<b>71,80</b>	<b>83,74</b>
MPAS	9,17	13,46	17,00	4,87	3,66	2,38	1,98	0,31	2,90	0,74	0,63	16,02	17,51	22,91
MS	7,91	9,48	4,97	6,88	7,13	10,49	2,46	1,62	5,89	0,13	0,12	17,25	18,35	21,47
Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,12	1,46	-	0,12	1,46
<b>Subtotal Órgãos Afins</b>	<b>17,08</b>	<b>22,94</b>	<b>21,97</b>	<b>11,75</b>	<b>10,79</b>	<b>12,87</b>	<b>4,44</b>	<b>1,93</b>	<b>8,79</b>	<b>0,32</b>	<b>2,21</b>	<b>33,28</b>	<b>35,98</b>	<b>45,84</b>
Retidos no Tesouro**	7,94	10,93	10,23	2,64	3,34	3,12	1,77	2,24	2,64	2,71	2,05	12,35	19,22	18,04
Outros Usos	13,62	11,81	18,83	-	-	-	2,46	4,80	1,01	-	-	16,07	16,61	19,84
<b>Subtotal Desvio***</b>	<b>21,55</b>	<b>22,74</b>	<b>29,06</b>	<b>2,64</b>	<b>3,34</b>	<b>3,12</b>	<b>4,22</b>	<b>7,04</b>	<b>3,65</b>	<b>2,71</b>	<b>2,05</b>	<b>28,42</b>	<b>35,83</b>	<b>37,88</b>

Fonte: SIAFI – apud ANFIP (2002 a e b e 2003). \* 2001 – excluí Fundo de Combate à Pobreza. \*\* Inclusive DRU. \*\*\* Retidos e Outros Usos.

## Um exercício para o caso do setor da saúde

Para entender qual é o reflexo do desvio de recursos do OSS para o OGU – destinado a financiar o desequilíbrio das contas fiscais da União – sobre o setor da saúde será analisada a diferença entre o gasto potencial (de acordo com as regras constitucionais) do setor e o gasto efetivo para os anos entre 1995 e 2002.

As duas primeiras tabelas apresentam um exercício de construção do Orçamento da Seguridade Social<sup>33</sup> – arrecadação (arrecadação previdenciária, COFINS, CPMF e CSLL) e despesas (Previdência, Saúde e Assistência Social) – segundo a regra constitucional. A primeira delas traz os valores absolutos da arrecadação, dos gastos e do saldo. Tal como foi apresentado no item anterior, o saldo do OSS é positivo ao longo de todo o período analisado.

**Tabela 3.3: Orçamento da Seguridade Social em R\$ milhões correntes**

Especificação	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Arrecadação</b>	<b>53.405</b>	<b>64.868</b>	<b>77.874</b>	<b>81.208</b>	<b>96.570</b>	<b>119.441</b>	<b>135.419</b>	<b>157.024</b>
Previdência	32.165	40.378	44.148	46.641	49.127	55.715	62.492	71.027
COFINS	15.226	17.892	19.118	18.745	32.184	39.903	46.364	52.266
IPMF/CPMF	162	-	6.909	8.118	7.956	14.545	17.197	20.368
CSLL	5.852	6.598	7.698	7.704	7.303	9.278	9.366	13.363
<b>Despesas</b>	<b>52.177</b>	<b>61.171</b>	<b>68.991</b>	<b>74.832</b>	<b>81.149</b>	<b>91.509</b>	<b>104.900</b>	<b>120.072</b>
Benef. Previdenciários	32.562	42.224	46.516	54.074	58.512	65.127	75.519	86.942
Custeio do MPAS e outros	2.270	2.172	1.973	2.459	2.178	2.540	2.566	2.795
Saúde	16.024	15.834	19.113	17.143	18.406	19.553	1.789	24.211
Assistência Social	1.321	941	1.389	1.156	2.053	4.289	5.026	6.124
<b>Saldo</b>	<b>1.228</b>	<b>3.697</b>	<b>8.883</b>	<b>6.376</b>	<b>15.421</b>	<b>27.932</b>	<b>30.519</b>	<b>36.952</b>

Fonte: Arrecadação: SRF; Gastos: Execução Orçamentária e Financeira da União e Câmara dos Deputados. Elaboração própria e de José Olavo Leite Ribeiro.

Na segunda tabela, estão dispostas as participações de cada tipo de contribuição e de cada item de despesa. O que interessa é observar a participação da saúde na seguridade social. No período analisado, com exceção do biênio 1996-97, ocorre uma redução no gasto relativo do setor em questão – o peso da saúde na seguridade passa de 30%, em 1995, para 20%, em 2002.

<sup>33</sup> A arrecadação do PIS-PASEP e o gasto com seguro desemprego não foram apresentados apesar de fazerem parte do OSS pois existe destinação constitucional específica desta contribuição para este item de despesa. No caso das despesas foi considerado o conceito funcional para aferir os gastos federais com previdência, saúde e assistência social. Os gastos com saúde incluem merenda escolar e transferência aos hospitais universitários.

**Tabela 3.4: Orçamento da Seguridade Social em percentual**

<b>Especificação</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
<b>Arrecadação</b>	<b>100,00</b>							
Previdência	60,23	62,25	56,69	57,43	50,87	46,65	46,15	45,23
COFINS	28,51	27,58	24,55	23,08	33,33	33,41	34,24	33,29
CPMF	0,30	-	8,87	10,00	8,24	12,18	12,70	12,97
CSLL	10,96	10,17	9,89	9,49	7,56	7,77	6,92	8,51
<b>Despesas</b>	<b>100,00</b>							
Benef. Previdenciários	62,41	69,03	67,42	72,26	72,10	71,17	71,99	72,41
Custeio do MPAS e outros	4,35	3,55	2,86	3,29	2,68	2,78	2,45	2,33
Saúde	30,71	25,88	27,70	22,91	22,68	21,37	20,77	20,16
Assistência Social	2,53	1,54	2,01	1,54	2,53	4,69	4,79	5,10

Fonte: Arrecadação: SRF; Gastos: Execução Orçamentária e Financeira da União e Câmara dos Deputados. Elaboração própria.

Na próxima tabela está o cálculo do gasto potencial da saúde caso a sobra da seguridade fosse apropriada para o setor na mesma proporção deste dentro da seguridade. De acordo com o resultado, a diferença entre o gasto potencial e o gasto efetivo aumenta entre 1995-2002. Analisando os anos extremos do período como exemplo, é possível observar que poderia estar sendo gasto a mais no setor saúde R\$ 377 milhões em 1995 e R\$ 7,45 bilhões em 2002. Ou seja, enquanto os gastos potenciais poderiam ser de R\$ 16,4 bilhões, em 1995, e R\$ 31,7 bilhões, em 2002, foram efetivamente gastos R\$ 16 bilhões e R\$ 24,2 bilhões, respectivamente.

**Tabela 3.5: Apropriação de proporção do saldo do OSS pelo setor da saúde**

<b>Especificação</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Participações efetivas da saúde* (%)	30,71	25,88	27,70	22,91	22,68	21,37	20,77	20,16
Saldo do OSS (R\$ milhões)	1.228	3.697	8.883	6.376	15.421	27.932	30.519	36.952
Apropriação do saldo do OSS** (R\$ milhões)	377	957	2.461	1.461	3.498	5.968	6.339	7.451
Gasto efetivo*** (R\$ milhões)	16.024	15.834	19.113	17.143	18.406	19.553	21.789	24.211
Gasto potencial**** (R\$ milhões)	16.401	16.791	21.574	18.604	21.904	25.521	28.128	31.662

\* Gasto efetivo em saúde em relação à despesa total da Seguridade Social. \*\* Apropriação do percentual do saldo correspondente ao percentual gasto em saúde sobre o gasto total da seguridade. \*\*\* Gasto efetivamente gasto pela União na função saúde. \*\*\*\* Gasto potencial = gasto efetivo + apropriação de % do saldo do OSS. Elaboração própria.

## **2. O processo de descentralização**

O interesse é apresentar o papel dos estados e municípios na construção do SUS. Segundo a Constituição de 1988 as esferas sub-nacionais deveriam ser responsáveis pelo financiamento fiscal do setor e pela execução das ações e serviços de saúde, sendo que a União deveria transferir e repassar recursos financeiros para este fim. E atualmente, segundo a EC nº 29, estados e municípios devem aplicar um mínimo da sua arrecadação no setor em questão.

Os estados e municípios se vêem incapazes de garantir o fluxo de recursos para a cobertura de suas necessidades, dada a debilidade fiscal e financeira em que se encontram e as limitações impostas à gestão de suas contas pelas vinculações, pelo ajuste, pela Renegociação da Dívida e pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

De um lado, o baixo desempenho do PIB nacional, resultante da política macroeconômica, foram prejudiciais para a evolução de suas receitas.

Além disso, a maior exploração, pela União, de tributos não partilhados com estados e municípios, mais que recuperou sua receita com as mudanças introduzidas com a Constituição de 1988. Esse também é o caso da criação do FSE/FEF/DRU, com o qual a União garante 20% de recursos “livres” (antes vinculados) de seu orçamento para garantir a cobertura de suas necessidades, apoderando-se de importante parcela de recursos transferidos para estados e municípios.

Outro ponto importante diz respeito à desoneração do ICMS das exportações de produtos primários, semi-elaborados, e dos investimentos realizados por empresas no país (Lei Complementar nº 87/96 – Lei Kandir), com a qual procurou-se reduzir o “custo-Brasil” e compensar a sobrevalorização do câmbio, que significou perdas de recursos para os estados.

E ainda, a extinção do imposto inflacionário decorrente da implementação do Plano Real, reduziu substancialmente os ganhos que esses obtinham com as aplicações de seus recursos no sistema financeiro – apropriados como receitas patrimoniais – e que vinham desempenhando importante papel de variável de ajuste de seus desequilíbrios.

Por outro lado, os estados e municípios apresentavam um processo de enrijecimento de seus orçamentos, estreitando sua margem de manobra orçamentária e a disponibilidade de recursos para o cumprimento de seus papéis. Isso foi resultado ao aumento brutal dos encargos financeiros, que explicaram o ritmo acelerado de crescimento nos seus níveis de endividamento. E também do avanço do próprio processo de descentralização das políticas sociais: esses governos viram aumentar sua responsabilidade no processo de seu financiamento, inclusive com a criação de novas vinculações de recursos para algumas áreas, como a da educação (Fundef) e Saúde (EC nº 29).

No tocante à vinculação da EC nº 29, cabe ressaltar que tem sido a dificuldade dos estados na alocação dos recursos previstos. Em 2001, por exemplo, 18 estados não aplicaram os valores mínimos exigidos pela EC, o que significou uma redução de aproximadamente R\$ 1,0 bilhão no valor a ser aplicado por esses estados (IPEA, 2003).

Além disso, a extinção do imposto eliminou os artifícios por eles utilizados para ajustar suas finanças, através do atraso e postergamento dos pagamentos.

E esse descompasso entre receitas e despesas e o conseqüente crescimento brutal do endividamento das esferas subnacionais, exigiu, a implementação de medidas saneadoras e disciplinadoras da gestão para não se caminhar para uma situação de insolvência e de descumprimento do ajuste fiscal global do setor público, necessário para o sucesso do programa de estabilização. Dentre elas destaca-se o “Programa de Reestruturação e Ajuste Fiscal dos Estados”, posteriormente estendido a alguns municípios. Através deste a União exigiu, para a renegociação de suas dívidas, em condições bem mais favoráveis do que as de mercado, o cumprimento de uma série de exigências relativas a limites de gastos com pessoal, endividamento, privatização dos bancos e empresas produtivas estaduais etc. Com o acordo, os estados (e municípios) que o assinaram ficaram proibidos de contrair novos empréstimos até que o montante de sua dívida fosse equivalente ao de sua Receita Corrente Líquida e se comprometeram em destinar 13% dessa mesma receita para o pagamento dos encargos dessa dívida transferido para a União.

Outra medida se refere à Lei de Responsabilidade Fiscal, que confirmou muitas das condições, exigências e limitações na gestão das finanças públicas contidas no

contrato com a União e introduziu novas, tornando ainda mais severas as restrições orçamentárias, sob pena, inclusive, de punições para os administradores públicos.

As restrições contidas no contrato da dívida com a União e na LRF reforçaram a “camisa-de-força” em que se encontravam muitas das administrações públicas do país, indicando dificuldades para o cumprimento de suas funções. E no caso da saúde podem interromper os avanços alcançados e comprometer os níveis de recursos “potencialmente” previstos para o seu financiamento.

De um modo geral, Fagnani (1999) define que “o paradoxo do período em análise é que esses impulsos no sentido da formulação e implementação de políticas sociais nacionais, universais e operadas de forma descentralizada, foram sistematicamente minados pela política macroeconômica. Ao mesmo tempo em que estados e municípios são induzidos a aceitarem novas responsabilidades administrativas e financeiras na gestão das políticas sociais, a política econômica desorganiza as finanças dessas instâncias, acirrando a crise federativa (Affonso, 1999). Dentre as inúmeras faces desse processo, destacam-se: a redução das receitas fiscais, em virtude da estagnação econômica; a intensificação do endividamento interno dos Estados e municípios, provocada pela política monetária; a recentralização dos recursos no âmbito federal, através da criação de novas fontes de receita, da majoração de alíquotas de impostos e contribuições e da desvinculação de recursos constitucionais vinculados aos Estados e municípios viabilizada pelo Fundo de Estabilização Fiscal (FEF); a subtração de parcela das receitas estaduais com o objetivo de estimular as exportações (Lei Kandir); e o programa de “Reestruturação e Ajuste Fiscal dos Estados”, que impõe pesados encargos às unidades da federação para a consolidação e refinanciamento das dívidas estaduais” (165-6).

### **O caso dos estados**

Ao longo dos anos 90 assistiu-se a um movimento de recentralização fiscal com o aumento de tributos não partilhados (contribuições sociais) e as soluções encaminhadas para a superação da crise financeira dos estados e municípios – processo de renegociação da dívida<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> Em 1989 houve uma primeira rodada de refinanciamento da dívida estadual (Lei nº 7.999/89). Em 1993 ocorreu o segundo (Lei nº 8.727/93).

O processo de endividamento das esferas subnacionais junto à União era uma *“forma de driblar a restrição orçamentária em tempos de centralização tributário-financeira”*, mas esta medida *“reforçou a dependência junto ao governo central, com implicações sobre a autonomia e sobre o processo de descentralização”* (Mora, 2002:07). Este processo revelou a precariedade da autonomia destas esferas em três aspectos: na vulnerabilidade frente à política monetária, na dependência da União na rolagem da dívida e na ameaça à autonomia fiscal.

Entre os anos de 1991-96 houve o aumento contínuo e significativo da DLSP dos governos subnacionais, mesmo com o refinanciamento de 1993 (Lei nº 8.727/93) patrocinado pela União, e com a Emenda Constitucional nº 03/93, que proibia a emissão de novos títulos que tivessem a finalidade de financiar o déficit operacional da dívida mobiliária. Essas medidas deveriam ao menos acentuar a velocidade do crescimento do passivo estadual, mas não foram capazes de fazê-lo.

Analisando a DLSP, observa-se que houve redução da dívida externa e aumento da dívida interna, da dívida bancária e, principalmente, da dívida mobiliária. Com relação à dívida bancária destaca-se a operação de Antecipação de Receita Orçamentária (ARO). No caso da dívida interna, o principal credor era o próprio setor público, que respondia por mais de 99% do total. Junto à União a dívida era composta principalmente pelo saldo dos refinanciamentos. A dívida mobiliária, o grande destaque do período analisado, elevou-se brutalmente em função da capitalização dos juros ao principal.

Em 1996 a crise financeira dos estados ocupava espaço privilegiado na agenda do governo. O desequilíbrio financeiro podia ser visto na relação serviço da dívida e capacidade de pagamento (juros da dívida mobiliária/receita corrente líquida) e na relação entre estoque da dívida e receitas disponíveis (indicador de meta fiscal). O primeiro indicador, que toma como base a dívida mobiliária, é uma aproximação do superávit primário necessário para cobrir o déficit operacional, ou seja, mostra o comprometimento necessário das receitas para pagar os juros, evitando que a dívida assuma uma trajetória explosiva (quando não consegue sequer pagar os juros, que passam a ser capitalizados ao principal).

A variação na taxa de juros reflete diretamente nos resultados primários necessários para financiar o déficit operacional, logo, pode-se dizer que *“a política monetária restritiva agravou o desequilíbrio financeiro estadual”* (Mora, 2002:20). Os

estados atingiram um desequilíbrio patrimonial que foi decorrente do crescimento acentuado da dívida mobiliária em função da capitalização dos juros ao principal, resultado da política monetária que sustentava o Plano Real.

A política fiscal não seria capaz de reverter esse desequilíbrio, isto é, não seria capaz de recompor a capacidade de pagamento dos estados, possibilitando a compatibilização entre o estoque da dívida e a receita. Isso porque no lado das receitas, a única variável sobre a qual os estados dispõem de controle efetivo – ICMS – não teve um incremento suficiente para conter a queda significativa no peso da sua arrecadação na RLR, que passou de 65% para 58%.

Deste modo, o ajuste fiscal para a maioria dos estados deveria vir do corte de despesas. A *“despesa de pessoal, desde meados de década de 90, era considerada ponto nevrálgico no desequilíbrio fiscal dos estados”* (Mora, 2002:38)<sup>35</sup>. O ajuste se deu em função da demissão voluntária, da exoneração de funcionários temporários, do aumento da contribuição sobre a folha. Entretanto, *“as implicações sobre as funções desempenhadas pelos estados transformaram a escolha entre as alternativas para se alcançar o ajuste fiscal em uma decisão não-trivial. Corte nos gastos com pessoal (rubrica que mais consome recursos na administração estadual) pode significar a piora dos serviços prestados à população. As áreas sociais e de segurança pública são intensivas em capital humano e parte representativa do funcionalismo público estadual está aí alocada”* (Mora, 2002:28).

A proposta da União foi o Programa de Apóio à Reestruturação Fiscal e Financeira aos estados (Lei nº 9.496/97), que buscava o equilíbrio intertemporal das contas e o controle do endividamento. Esse acordo previu como contrapartida um rigoroso ajuste fiscal, revertendo o processo de descentralização fiscal pelo comprometimento de receita para o pagamento das parcelas da dívida (por definição, comprometimentos de 11,5%, 13% e 15% da RLR<sup>36</sup> supunham resultados primários elevados), e a privatização e/ou liquidação de empresas e bancos estaduais (estes poderiam ser transformados em

---

<sup>35</sup> No período de inflação, o governo usava para o ajuste da despesa à receita a postergação do reajuste salarial e o atraso no pagamento. Após a estabilização em 94, o ajuste implicava em reduzir o dispêndio com funcionalismo na receita estadual, o que impunha elevados custos para os governos estaduais. Entre 95 e 99, as despesas com pessoal não foram reduzidas de modo significativo, mas sim cresceram a uma velocidade menor que a da receita corrente líquida (RCL). Em 2000, ocorre a reversão: o gasto com pessoal foi reduzido em termos reais, retornando aos antigos instrumentos de adequação da despesa à receita.

<sup>36</sup> Receita líquida real (RLR): receita total deduzidas as transferências voluntárias, as operações de crédito, a alienação de bens e as transferências aos municípios. Conceito adotado no Programa de Apóio à Reestruturação Fiscal e Financeira.

agências de fomento), importante para reduzir o estoque da dívida e para obter recursos para pagar a parcela a vista prevista no acordo (no caso da privatização).

Ou seja, “o empréstimo foi condicionado à realização de um abrangente ajuste fiscal e patrimonial e ao cumprimento de metas ou compromissos estabelecidos para cada UF e presentes em todos os contratos quanto a: a) dívida em relação à receita líquida real (RLR); b) resultado primário; c) despesas com funcionalismo público; d) arrecadação de recursos próprios; e) privatização, permissão ou concessão de serviço público; f) reforma administrativa e patrimonial; e g) despesa de investimento em relação à RLR” (Mora, 2002:22).

A consequência deste acordo foi a regularização da trajetória da dívida estadual dada a pré-fixação da taxa de juros em um nível abaixo do praticado no mercado, o que reduziu o custo da dívida e a instabilidade.

Contudo, a sustentabilidade da dívida (trajetória descendente da dívida) dependeria do comportamento da taxa de juros, da sustentabilidade do ajuste fiscal dos estados (que depende do corte de despesas e do crescimento da receita) e do desempenho PIB (que reflete na arrecadação estadual). Ou seja, todas as variáveis que poderiam conferir a sustentabilidade e o equacionamento da dívida estadual encontram-se fora do controle destes governos.

Outra medida adotada pela União se refere à implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Constitucional Complementar nº 101/00), que estabelece as regras e os limites para assegurar o equilíbrio intertemporal das finanças públicas, fiscal e financeiro. A LRF impõe a obediência a limites e condições no que tange a: gasto com pessoal; renúncia fiscal; geração de despesa (pessoal e seguridade); operação de crédito (inclusive antecipação da receita); concessão de garantia; inscrição em restos a pagar; dívida consolidada e mobiliária.

Enfim, construiu-se ao longo dos anos 90 as “*novas bases para o Estado federativo brasileiro*”. “*Quando se observa a situação fiscal no final da década de 90, pode-se quase afirmar que, para se alcançar os resultados primários tácitos, haverá uma completa reversão do processo de descentralização segundo a ótica estadual. Constata-*

---

Receita corrente líquida (RCL): receita corrente deduzidas as transferências correntes constitucionais aos municípios. Conceito adotado na LRF.

*se, assim, a retração do peso das UF's no contexto federativo brasileiro, com implicações sobre a autonomia" (Mora, 2002:48).*

## CONCLUSÃO

Os limites e avanços impostos pela política macroeconômica à política de saúde vão se transformar em problemas de financiamento e gasto do setor. A questão do financiamento e do gasto no setor da saúde tem sido um dos maiores desafios no processo de implantação do SUS. Segundo Dain (2001), a legislação orçamentária no caso de saúde não foi capaz de resguardar nem a suficiência de recursos, nem a estabilidade dos aportes.

Na verdade o movimento da política econômica e o movimento da política de saúde, assim como da política social como um todo, apresentam dinâmicas distintas, mas a segunda tem um menor grau de autonomia dado que o gasto, o montante de recursos financeiros e as demandas sociais estão condicionados pela política econômica. Sendo que nos anos 90 essa subordinação torna-se perversa diante do quadro de estagnação econômica, decorrente da política econômica adotada pelo governo brasileiro, que gera ao mesmo tempo o aumento da demanda social e a restrição das finanças públicas (esta também é resultado direto da política de juros reais elevados). E isso atinge não só a esfera central, como também estados e municípios, o que é relevante num contexto de descentralização e de reconhecimento do município como ente autônomo da federação.

Os limites e condicionantes da política de saúde decorrentes da política macroeconômica adotada estão, em primeiro lugar, vinculados ao comportamento dos recursos do OSS marcado, por um lado, pelo aumento da arrecadação das contribuições sociais (que não são partilhadas com estados e municípios), por outro, pela presença do FSE/FEF/DRU, que permite que a União desvie recursos deste orçamento para o orçamento fiscal. Ou seja, temos um segundo ponto que é o desvio de recursos do OSS para o OGU, que acaba por reduzir o gasto da seguridade social, que inclui o setor da saúde, fazendo com que o gasto efetivo seja menor que o gasto potencial – aquele de acordo com a regra constitucional, segunda a qual as contribuições sociais são destinadas a financiar a seguridade, além dos recursos dos orçamentos fiscais das três esferas de governo.

Um terceiro aspecto diz respeito à “disputa” interna no OSS, entre previdência, saúde e assistência social, resultado do comportamento dos recursos do OSS e do desvio de recursos deste para o OGU. Isso porque conforma a previdência vai tornando-se

“deficitária” (montante gasto supera o montante arrecadado pelo INSS), ela passa a disputar recursos com as demais áreas da seguridade, aumentando o grau de utilização das demais fontes que compõem o OSS. Além disso, passam a ser desviados recursos para o pagamento dos EPU. E isso se agrava devido à fragmentação institucional das áreas da saúde, previdência e assistência social (três ministérios distintos e independentes), o que vai contra o que foi decidido na Lei nº 8.212/91, que determina que a proposta de orçamento da seguridade social deveria ser elaborada de forma integrada.

Por último, é preciso destacar o comportamento dos recursos dos estados e municípios, que, por um lado, tornam-se os grandes responsáveis pelas ações e serviços de atenção à saúde e pela gestão do sistema de saúde diante do processo de descentralização e vêm-se comprometidos com a aplicação de percentuais mínimos dos seus recursos fiscais em ações e serviços de saúde de acordo com a EC nº 29. Mas que, por outro lado, apresentam finanças cada vez mais desorganizadas, decorrente do processo de endividamento e do descompasso entre as receitas e as despesas, resultado do próprio processo de descentralização e da EC nº 29 (que carimbam e vinculam suas receitas fiscais e elevam seus gastos), da estagnação econômica (que reduz sua arrecadação própria e a receita disponível), das alterações na legislação tributária – Lei Kandir (que reduz sua receita disponível), das taxas de juros reais positivas e elevadas (que elevam suas dívidas e os gastos com encargos financeiros) e do processo de renegociação das dívidas e da Lei de Responsabilidade Fiscal (que vinculam percentuais de suas receitas e congelam o processo de endividamento).

Apesar disso, houve avanços no sistema nacional de saúde, entretanto, os avanços foram mais intensos na questão da institucionalidade – do modelo de organização do sistema e de atenção à saúde e dos mecanismos de financiamento – que no aumento do gasto – houve crescimento no gasto em saúde (institucional e funcional), mas que poderia ter sido maior diante o potencial do OSS, exigido pela EC nº 29 e pretendido pela legislação para a construção do SUS de acordo com todos os princípios constitucionais. Sendo que a dinâmica das mudanças legais e institucionais tem menor grau de autonomia – isto é, não consegue ir sempre na contracorrente, mesmo porque existe uma fragilização institucional do Estado diante das reformas administrativa, tributária, fiscal e previdenciária implementadas.

Os principais avanços da legislação, tomando como base o que foi proposto na Constituição de 1988 e na LOS de 90, que pretende a construção do SUS como novo modelo de política de saúde, foram, em primeiro lugar, o aumento da descentralização, principalmente através das NOBs, no que se refere à transferência de responsabilidades e atribuições do nível federal para estados e municípios, além das experiências e modelos e da evolução da capacidade de gestão e do aumento da transferência regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde. Outro ponto se refere ao estabelecimento das comissões intergestores e dos conselhos que representaram instancias efetivas de participação, negociação e decisão.

Houve também a ampliação do acesso em termos de população assistida e ações oferecidas pelo SUS e mudança nas práticas de atenção em várias áreas (saúde mental, por exemplo) e da atenção básica e de estratégias de agentes comunitários de saúde e saúde da família em todo país e da melhoria de indicadores de saúde em diversos pontos do país.

E com relação ao financiamento do setor da saúde, é importante destacar o caso da vinculação definida pela EC nº 29, que pretendia garantir recursos estáveis e mínimos para o setor.

Contudo, ainda persistem alguns problemas na organização do processo de descentralização com relação à coordenação local e regional e à oferta de todos os níveis de complexidade de atenção à população de todos os municípios brasileiros, gerando superposição e excesso de oferta de algumas ações, insuficiência de outras ações e pouca integração entre serviços. Neste mesmo sentido persiste ainda grande heterogeneidade regional e local das capacidades gestoras e do atendimento.

Além disso, permanece desigual o acesso e com necessidade de melhoras no âmbito da qualidade e resolubilidade da atenção em diversos serviços do SUS em todo país. E se mantém um modelo baseado na atenção à saúde frente a promoção e prevenção, mas com destaque para o aumento da atenção básica.

No caso dos recursos federais descentralizados para estados e municípios existe uma maior participação de repasses diretos frente às transferências regulares e automáticas; além da não regulamentação do Artigo nº 35 da Lei nº 8.080/90 (LOS), que define os critérios desta transferência, mantendo-se o critério populacional.

Outro problema diz respeito à dificuldade na implementação do conceito da seguridade e no cumprimento do OSS e na aplicação da EC nº 29 dada a desorganização das finanças estaduais e municipais e o crescimento do PIB.

Neste contexto a NOAS é implementada para tentar corrigir as questões problemáticas referentes à organização do processo de descentralização quanto à coordenação local e regional e à oferta de todos os níveis de complexidade de atenção à todos os cidadãos de todos os municípios brasileiros e ao papel dos estados no SUS. Além disso, no final da década é possível observar um aumento na participação das transferências fundo a fundo frente aos repasses diretos a prestadores e nos gastos em atenção básica frente aos gastos em MAC.

Outro aspecto que pode ser avaliado é a tendência ao aumento dos gastos com saúde, decorrente de fatores universais – envelhecimento da população, incorporação de novas tecnologias, novas epidemias (AIDS), etc – e específicos do país – presença de antigas endemias (malária) e ressurgimento de outras (cólera e dengue), ausência de controle de custos, falta de melhor estruturação e resolutibilidade da rede ambulatorial aumenta demanda por assistência hospitalar e falta de maior controle e racionalização dos gastos com assistência hospitalar (Piola, Vianna e Barros, 1996). Ou seja, apesar do acesso ser universal, do aprimoramento no processo de descentralização e do aumento dos recursos físicos, humanos e financeiros (como vai ser visto no próximo capítulo), as ações de promoção e prevenção e as ações de atenção à saúde devem ser reavaliadas no sentido de buscarem uma maior qualidade e efetividade.

## ANEXOS

### ANEXO DA INTRODUÇÃO

**Tabela 4: Finanças do Setor Público – 1991-2002 - % PIB**

Período	Dívida fiscal líquida (dez)	NFSP juros nominais	NFSP juros reais	NFSP resultado nominal	NFSP resultado operacional	NFSP resultado primário
1991	n.d.	29,46	<b>2,9</b>	26,75	0,19	-2,71
1992	n.d.	47,32	<b>3,32</b>	45,75	1,74	-1,57
1993	n.d.	67,02	<b>2,98</b>	64,83	0,8	-2,19
1994	n.d.	32,18	<b>4,07</b>	26,97	-1,14	-5,21
1995	n.d.	7,54	<b>5,26</b>	7,28	5	-0,27
1996	31,24	5,78	<b>3,3</b>	5,87	3,4	0,09
1997	32,24	5,16	<b>3,38</b>	6,04	4,25	0,87
1998	37,77	7,94	<b>7,42</b>	7,93	7,4	-0,01
1999	41,73	13,2	<b>6,64</b>	9,98	3,41	-3,23
2000	40,86	8,05	<b>4,68</b>	4,54	1,17	-3,51
2001	46,74	7,47	<b>3,97</b>	3,77	0,28	-3,7
2002	51,73	14,43	<b>3,96</b>	10,46	-0,01	-3,96

Fonte: Banco Central do Brasil, Boletim, Seção Finanças Públicas (BCB Boletim/F. Públ.) – apud IPEADATA.

**Tabela 5: Porcentagem da população com mais de 60 anos de idade sobre o total – 1990-2150**

País	1990	2000	2010	2030	2050	2100	2150
Brasil	6,7	7,7	<b>9,7</b>	16,9	24,2	29,3	30,6

Fonte: IBGE (Censo Demográfico 2000) e World Population Prospects (1998) – apud Matijascic (2002).

**Tabela 6: População e Emprego – 1988-99 – nº absolutos, relação (%) e número-índice (1988=100)**

Dimensão	1988	1989	1990	1992	1993	1995	1997	1998	1999
Pop. Economic. Ativa (a)	61.047.954	62.493.599	64.493.981	69.969.210	70.965.378	74.138.441	75.213.283	76.885.732	79.315.287
Pop. Ocupada (b)	58.728.534	60.621.934	62.100.499	65.395.491	66.659.757	69.628.608	69.331.507	69.963.113	71.676.219
Relação (b/a)	96,2	97,0	96,3	93,5	93,9	93,9	92,2	91,0	90,4
Crescimento de (a) com relação ao ano base 1988	100	102,4	105,6	114,6	116,2	121,4	123,2	125,9	129,9
Crescimento de (b) com relação ao ano base 1988	100	97,0	99,4	104,6	106,7	111,4	110,9	112,0	114,7

Fonte: IBGE – PNAD, vários números - apud Matijascic (2002) e elaboração própria.

**Tabela 7: Remuneração Salarial, dos Autônomos, Excedente e Tributação: 1988-1999 – % PIB anual**

Indicador	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Salários	45	42	44	45	40	38	39	37	38	37
Autônomos	7	7	6	6	6	6	6	6	6	5
Excedente econômico*	33	38	38	35	38	40	41	43	42	41
Carga tributária Líquida	15	13	12	13	16	16	14	14	14	16

\* Excedente econômico: juros, lucros, dividendos e aluguéis. Fonte: IBGE, contas nacionais - apud Matijascic (2002).

**Tabela 8: Desemprego sobre PEA no Brasil: 1988-2000 – em porcentagem (média anual)**

1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
3,9	3,4	4,3	4,8	5,7	5,3	5,1	4,6	5,4	5,7	7,6	7,6	7,1

Fonte: IBGE, Pesquisa Mensal de Emprego (PME) - apud Matijascic (2002).

**Tabela 9: Crescimento anual do PIB e da arrecadação do INSS: 1988-1999 – em %**

Indicador	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB	-0,1	3,2	-4,4	1,0	-0,5	4,9	5,9	4,2	2,8	3,7	-0,1	0,8
Arrecad. INSS	-8,0	-1,2	-15,1	-10,2	-1,3	14,5	-5,3	17,9	12,0	1,9	-3,2	-6,6

Fonte: DIESP/FUNDAP - apud Matijascic (2002).

## ANEXO DO CAPÍTULO 1

**Tabela 1.1.1: Hospitais – Brasil e Grandes Regiões – 1992-2003**

Região	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Brasil	6.030	6.227	6.365	6.336	6.386	6.410	6.391	6.453	6.493	6.508	5.794	5.864
Norte	426	473	491	489	511	498	500	506	520	510	444	468
Nordeste	1.790	1.924	1.995	2.059	2.107	2.132	2.120	2.158	2.200	2.239	2.000	2.026
Sudeste	1.979	1.975	1.976	1.935	1.905	1.913	1.904	1.908	1.908	1.885	1.658	1.669
Sul	1.240	1.236	1.229	1.174	1.173	1.148	1.138	1.130	1.125	1.129	1.051	1.050
Centro-Oeste	595	619	674	679	690	719	729	751	740	745	641	651

Fonte: MS/SIH-SUS – Elaboração própria.

**Tabela 1.1.2: Leitos hospitalares – Brasil e Grandes Regiões – 1992-2003**

Região	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Brasil	501.192	507.442	508.704	499.499	499.719	496.740	490.565	490.790	487.058	483.306	441.045	441.591
Norte	19.626	21.241	22.298	22.309	24.067	23.553	24.414	24.523	25.318	25.353	23.419	24.604
Nordeste	123.155	125.851	127.894	127.928	130.199	130.936	128.874	129.811	130.606	131.489	119.011	119.682
Sudeste	235.569	235.769	233.049	229.353	227.584	226.244	221.519	218.932	216.174	210.171	188.399	186.968
Sul	86.098	86.607	86.553	81.385	78.887	76.884	76.655	77.796	76.000	76.621	73.753	73.707
Centro-Oeste	36.744	37.974	38.910	38.524	38.982	39.123	39.103	39.728	38.960	39.672	36.463	36.630

Fonte: MS/SIH-SUS – Elaboração própria.

**Tabela 1.1.3: Unidades ambulatoriais – Brasil e Grandes Regiões – 1998-2003**

Região	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Brasil	53.215	55.735	56.937	61.016	63.650	63.662
Norte	4.144	4.537	4.766	5.095	5.240	4.924
Nordeste	16.264	17.324	18.360	19.834	20.463	21.027
Sudeste	17.007	17.341	18.066	19.432	20.705	20.898
Sul	11.420	12.020	12.117	12.675	13.111	12.430
Centro-Oeste	4.380	4.513	3.628	3.980	4.131	4.383

Fonte: MS/SIA-SUS – Elaboração própria.

**Tabela 1.1.4: Estabelecimentos – SUS e Total – Brasil e Grandes Regiões – 2002**

Região	Total (a)	SUS (b)	(b)/(a)
Brasil	67.612	47.611	70,4
Norte	5.211	4.351	83,5
Nordeste	19.110	15.322	80,2
Sudeste	25.655	15.458	60,3
Sul	12.291	8.963	72,9
Centro-Oeste	5.345	3.517	65,8

Fonte: MS/SIH e SIA- SUS – Elaboração própria.

## ANEXO Nº 1 DO CAPÍTULO 2

### ***Gasto por grupo de despesa/categoria econômica***

Outra possibilidade de análise do gasto em saúde é dada pela avaliação da sua composição segundo grupo de despesa/categoria econômica.

Na composição do gasto houve uma redução do gasto com pessoal – de 17,9% em 1993 para 12,3% em 1999 – como parte da política governamental de contenção dos gastos com pessoal e da aposentadoria de significativa parcela do quadro de pessoal. Os gastos com inativos e pensionistas eleva-se, de 7,3%, em 1993, para 9,1%, em 1999, atingindo seu pico em 1996 com 10,3%.

A maior participação é dada pelas despesas correntes, excluídos os gastos com pessoal ativo. Mas essa apresenta uma forte redução ao longo do período 1993-1999, passando de 64,5% para 39,3% do total de gastos do MS. O que se observa é que essa redução é compensada pela brutal elevação das transferências aos municípios – de 1,7% para 30% - decorrente do processo de descentralização. Ou seja, os gastos correntes com saúde passam a ser de responsabilidade dos municípios, ficando a cargo da esfera federal o repasse dos recursos destinados ao seu financiamento.

**Tabela 2.1.1: MS: distribuição percentual por categoria econômica – 1993/99**

<b>Categoria Econômica</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>
Pessoal	17,9	21,8	16,6	16,6	13,2	12,8	12,3
Outras despesas correntes	64,5	59,8	54,8	55,5	52,3	42,4	39,3
Investimentos	0,8	1,5	1,4	0,6	0,8	0,8	0,7
Amortizações, Juros e Encargos	0,5	2,8	9,0	3,4	8,5	3,2	0,8
Inativos e pensionistas	7,3	7,4	8,8	10,3	8,3	10,0	9,1
Transf. Estados e DF	5,4	2,5	2,6	1,3	2,1	3,3	4,3
Transf. Municípios	1,7	2,3	5,3	10,6	12,9	24,0	30,0
Outros	2,0	1,9	1,6	1,6	1,8	3,6	3,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Siafi/Sidor – apud Piola & Biasoto (2001) e Piola, Reis e Ribeiro (1999 e 2001).

A mesma análise pode ser feita a partir da próxima tabela, cuja fonte de dados é diferente, que descreve um pouco mais detalhadamente a composição do gasto e que traz algumas diferenças de resultado. Nesta tabela pode-se notar que o gasto com o programa/função Saúde dentro do orçamento do MS possui a maior participação, a qual eleva-se ao longo dos anos de 1995-2001 – de 65,1% para 75,1%. Dentro deste programa/função, o item outras despesas correntes se destaca, tanto pela sua elevada participação, quanto pelo aumento desta.

Neste item, os gastos com AIH e SIA do sistema SUS contém a maior participação no gasto – 49,2% em 95 e 54% em 99. Dentro destes gastos encontram-se as transferências fundo a fundo a municípios e os repasses aos prestadores da rede conveniada. O que se observa é a elevada participação do segundo em 1995 (45% do total e 91,43% doas gasto em AIH e SIA) e a reduzida presença do primeiro (4% do total e 8,57% do gasto com AIH e SIA). Mas ao longo do período isso vai se invertendo, chegando no ano de 2001 com as seguintes participações: as transferências fundo a fundo a municípios representam 34% do total dos gastos, ou 69,97% das despesas com AIH e SIA; e os repasses aos prestadores com 19,6% e 30,03%, respectivamente.

**Tabela 2.1.2: Distribuição percentual da execução orçamentária do MS por principais grupos de despesa – 1995-2001**

<b>Especificações</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
Pessoal	25,3	26,7	21,3	20,7	21,3	21,3	18,7
Ativo	16,5	16,4	13,0	11,6	12,3	11,6	10,1
Inativo	8,8	10,2	8,2	9,0	9,0	9,7	8,7
Dívida	9,2	3,5	9,5	12,1	0,8	0,7	0,9
Saúde	65,1	69,4	68,4	65,9	76,2	77,0	75,1
Outras despesas correntes	62,7	68,2	66,4	63,0	72,4	72,3	71,3
- AIH e SIA/SUS	49,2	55,4	51,9	49,4	54,5	55,2	54,0
- Municípios (fundo a fundo)	4,0	9,7	10,3	19,0	25,4	28,2	34,0
- Serv prest (rede conveniada)	45,0	45,7	41,6	29,9	27,9	22,6	19,6
- Outros	0,1	-	0,0	0,5	1,2	4,4	0,4
- Demais despesas correntes	13,5	12,8	14,5	13,6	17,9	17,2	17,3
Investimentos	2,4	1,2	2,0	3,0	3,8	4,7	3,9
Inversões financeiras	0,0	0,1	0,0	0,0	-	-	-
Outras despesas de capital	0,0	-	-	-	-	-	-
Sub-total	99,6	99,6	99,2	98,7	98,2	98,9	94,8
Saneamento	0,4	0,4	0,8	1,3	1,8	1,1	5,2
Outras despesas correntes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Investimentos	0,4	0,4	0,8	1,3	1,7	1,0	1,0
Projeto Alvorada/Investimentos	-	-	-	-	-	-	4,1
Total geral	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: MS – SE/SPO e SIS/CGOP-SIOPS – Elaboração de Faveret (2002).

### ***Gasto por subprograma/subfunção do Programa/Função Saúde***

O gasto em saúde pode também ser observado segundo subprograma/subfunção do MS. Sendo que é preciso destacar novamente que a partir de 1999 houve uma mudança na classificação funcional programática, o que alterou as denominações década dos itens de despesa. Os subprogramas típicos do Programa/Função Saúde até 1999 são: Assistência Médica e Sanitária, Controle de Doenças Transmissíveis, Vigilância Sanitária, Profiláticos e Terapêuticos e Alimentação e Nutrição. Após 1999, as subfunções típicas passam a ser: Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Alta e Média Complexidade (MAC), Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Profiláticos e Terapêuticos e Alimentação e Nutrição.

De acordo com a tabela seguinte, nota-se que a maior parte dos dispêndios do MS tem sido realizada por meio do subprograma AMS que inclui recursos financeiros destinados ao custeio da assistência ambulatorial e hospitalar. Essa participação oscila ao longo dos anos 1993-1999, reduzindo se compararmos o ano inicial (72,1%) e o último ano considerado (63,5%). Mas os dados apresentados em AMS não permitem visualizar alterações significativas na política assistencial em direção ao atendimento ambulatorial, como o PACS e PSF.

Os subprogramas Controle de Doenças Transmissíveis e Vigilância Sanitária ocupam espaços reduzidos no programa saúde, com 3,1% e 0,6%, em 1999, respectivamente, mas são de fundamental importância para a promoção e a prevenção da saúde da população.

Em compensação, o subprograma não típico EPU tem uma maior participação em comparação aos últimos, participação esta que se eleva ao longo do período, passando de 7,3%, em 1993, para 9,1%, em 1999, atingindo o pico em 1996 com 10,3%.

**Tabela 2.1.3: MS: distribuição percentual do gasto por subprograma – 1993/99**

<b>Subprograma</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>
Assistência Médica e Sanitária	72,1	59,4	55,9	61,8	59,5	62,8	63,5
Controle de Doenças Transmissíveis	4,2	2,3	1,8	1,0	2,5	2,5	3,1
Vigilância Sanitária	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,6
Profiláticos e Terapêuticos	4,2	3,0	3,5	2,4	3,8	4,1	5,8
EPU	7,3	7,1	8,8	10,3	8,4	10,0	9,1
Dívida	0,5	2,8	9,0	3,4	8,5	3,2	0,8
Saneamento	0,3	0,5	0,4	0,4	0,8	1,4	1,7
Alimentação e Nutrição	0,3	0,4	0,9	0,2	0,5	0,3	0,7
Outros	11,0	24,4	19,7	20,4	15,9	15,5	14,5
<b>Total</b>	<b>100,0</b>						

Fonte: Siafi/Sidor – apud Piola & Biasoto (2001) e Piola, Reis e Ribeiro (1999 e 2001).

A tabela seguinte também apresenta os dados referentes aos subprogramas/subfunções, mas com as alterações de classificação, e segundo fonte distinta de informações.

Neste caso, a AMS também apresenta a maior participação (com 55,4% em 1995), mas está agora dividida em Atenção Básica e MAC, sendo que a primeira possui a menor participação (com 10,5% em 95) e a segunda a maior (com 44,9% em 95). Participações estas que se elevam para o ano de 2001 – 16,1% e 46,2%, respectivamente – mas que não alteram a composição da AMS, onde predominam os gastos com MAC. Estes dados apresentados também não permitem visualizar alterações significativas na política assistencial em direção ao atendimento ambulatorial, como o PACS e PSF.

**Tabela 2.1.4: Execução orçamentária do MS por subprograma – 1995 e 2001, em %**

Especificação	1995	2001
1 – Atenção básica	10,5	16,1
2 – Atendimento de alta e média complexidade	44,9	46,2
3 – Medicamentos	2,9	3,3
4 – Organismos internacionais	0,1	0,1
5 – Auxílio e assistência médica a servidores	1,2	1,2
6 – Manutenção administrativa	1,2	1,0
7 – Projetos internacionais	1,5	2,4
8 – Modernização de unidades de saúde	1,0	0,7
9 – Saneamento básico	0,4	4,6
10 – Programas específicos	1,6	2,1
11 – Emendas parlamentares	0,0	2,4
12 – Pessoal e encargos sociais	25,3	18,7
13 – Dívida externa e interna	9,2	0,9
14 – Demais despesas	0,2	0,4
Total geral	100,0	100,0

Nota: Valores atualizados pelo IPCA. Fonte: MS – SE/SPO e SIS/CGOP-SIOPS – Elaboração de Faveret (2002).

### ***Gasto por programa/projeto selecionado***

O gasto em saúde do MS pode também ser classificado segundo programas, projetos ou atividades selecionados. Neste caso é possível visualizar alterações significativas na política assistencial em direção ao atendimento ambulatorial, como o PACS e PSF.

No período de 1995-2001, a atenção hospitalar geral reduziu, mas as internações de alta complexidade e a atenção ambulatorial elevaram-se, com destaque para a primeira. De um modo geral, o gasto assistencial se manteve, com uma pequena redução entre 1995 e 2001.

O destaque do período se encontra na atenção básica, que foi elevado em 23%, com destaque para os programas PACS e PSF, que praticamente foram multiplicados por sete. O PAB-fixo oscilou ao longo do período, tendo um grande aumento no ano de 98, mas que foi sendo reduzido, enquanto o PAB-variável se elevava consideravelmente.

**Tabela 2.1.5: MS: evolução do gasto per capita de itens de despesa selecionados (índice de base 1995=100) – 1995-2001**

Itens de despesa	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001 <sup>(1)</sup>
Hospitais próprios	100	93	91	80	71	43	32
Instituto Nacional do Câncer – INCA	100	105	117	110	108	104	91
Grupo Hospitalar Conceição	100	106	112	97	100	86	74
Pioneiras Sociais	100	126	115	111	108	112	102
<b>Subtotal (rede própria)</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>104</b>	<b>93</b>	<b>89</b>	<b>74</b>	<b>62</b>
AIDS	-	109	90	66	119	138	69
Medicamentos para DST/AIDS	-	-	100	139	274	272	225
<b>Subtotal AIDS</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>100</b>	<b>118</b>	<b>230</b>	<b>235</b>	<b>179</b>
Atenção hospitalar geral (a)	100	98	90	88	86	-	-
Internações de alta complexidade (b)	100	106	102	104	137	-	-
Atenção ambulatorial	100	96	133	104	113	-	-
<b>Subtotal (gasto assistencial)</b>	<b>100</b>	<b>98</b>	<b>109</b>	<b>96</b>	<b>100</b>	<b>98</b>	<b>96</b>
PAB fixo	100	92	103	119	109	92	85
PACS/PSF	100	127	167	222	282	496	656
<b>Subtotal atenção básica(2)</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>107</b>	<b>126</b>	<b>120</b>	<b>119</b>	<b>123</b>
Medicamentos ambulatoriais	100	46	81	64	77	61	61
Controle de endemias	100	43	146	125	172	175	200
Atenção médica a servidores	-	-	100	101	114	100	90
<b>Subtotal (outros)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>107</b>	<b>98</b>	<b>104</b>
<b>Subtotal (geral)</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>110</b>	<b>102</b>	<b>108</b>	<b>105</b>	<b>102</b>
<b>Outros gastos</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>87</b>	<b>84</b>	<b>94</b>	<b>85</b>	<b>104</b>
<b>Total líquido</b>	<b>100</b>	<b>91</b>	<b>103</b>	<b>97</b>	<b>104</b>	<b>99</b>	<b>103</b>
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>100</b>	<b>86</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>91</b>	<b>93</b>

(1) Dados preliminares. (2) Não inclui outros incentivos que compõem o PAB variável.

Fontes: (a) MS/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (dados apresentados ao CNS). (b) MS/SAS/DACS – Assistência Hospitalar no SUS (1995-99), MS, 2000. Elaboração de Piola e Vianna (2002).

### Gasto do MS comparado com o agregados da despesa federal

Tal como já foi exposto acima, o gasto em saúde do MS – bruto ou líquido – reduz em termos relativos quando é comparado com outras despesas federais – despesa federal efetiva, despesa financeira, despesa não-financeira e GSF.

**Tabela 2.1.6: MS: comparação do gasto bruto e líquido com alguns agregados de despesa federal – 1994/1999**

Especificação	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Despesas (R\$ milhões correntes)</b>						
Despesa federal efetiva (a)	140.486	241.270	288.204	390.579	497.916	587.476
Despesa financeira (b)	70.999	113.279	136.442	169.533	315.115	341.628
Despesa Não-financeira (c)	69.487	127.991	151.762	221.046	182.801	245.848
Gasto social federal (d)	42.174	78.445	91.414	102.941	113.905	127.208
Gasto bruto do MS (e)	9.544	14.892	14.377	18.804	19.324	20.334
Gasto líquido do MS (f)	8.626	12.212	12.407	15.464	15.245	18.549
<b>Indicadores (em %)</b>						
e/a	6,8	6,2	5,0	4,8	3,9	3,5
f/a	6,1	5,1	4,3	4,0	3,1	3,2
e/b	13,4	13,1	10,5	11,1	6,1	6,0
f/b	12,1	10,8	9,1	9,1	4,8	5,4
e/c	13,7	11,6	9,5	8,5	10,6	8,3
f/c	12,4	9,5	8,2	7,0	8,3	7,5
e/d	22,6	19,0	15,7	18,3	17,0	16,0
f/d	20,5	15,6	13,6	15,0	13,4	14,6

Para 1994 o gasto com inativos foi estimado com base no de 1995. Entre 1995 e 1999, enquanto o gasto com pessoal ativo a valores nominais cresceu 7% o aumento da despesa com inativos alcançou 67%. Fonte: Ipea/Dipos – Nota técnica 001/98 (gasto social federal 1994-97). Elaboração Piola e Vianna (2002).

### Processo de descentralização

Segue abaixo outros registros a respeito do gasto em saúde das três esferas de governo. A conclusão é a mesma já apresentada anteriormente neste capítulo, qual seja, que os resultados do processo de descentralização “*expressam principalmente a descentralização do gasto [responsabilidade/execução do gasto, logo, despesas realizadas com recursos próprios e transferidos da União], mais que o aumento da participação de recursos próprios no financiamento do sistema [origem dos recursos, logo, despesas realizadas com recursos próprios]*” (Draibe/CEPAL, 1997). E o aumento do gasto em saúde das esferas sub-nacionais foi possível diante do aumento das transferências federais.

**Tabela 2.1.7: Gasto público em saúde e saneamento por esfera de governo segundo origem dos recursos e a responsabilidade da execução**

Esfera	Origem		Execução	
	1994	1995	1994	1995
União	64,2	62,2	52,4	48,5
Estados	21,5	22,1	27,4	27,9
Municípios	14,3	15,7	20,2	23,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IPEA/DISOC - apud Oliveira (1999).

**Tabela 2.1.8: Gasto público total em saúde, por instância de governo, segundo os critérios da origem dos recursos e da responsabilidade pelo gasto, 1995 (em R\$ milhões correntes)**

<b>Esfera</b>	<b>Origem (%)</b>	<b>Responsabilidade (%)</b>
União	63,7	57,1
Estados	18,8	21,4
Municípios	17,5	21,4
Total	100,0	100,0

Fonte: Ipea/Discoc. Elaboração de Piola & Biasoto (2001).

**Tabela 2.1.9: Gasto público total em saúde, por instância de governo, segundo os critérios da origem dos recursos, 1995 (em R\$ milhões correntes)**

<b>Esfera</b>	<b>Origem (%)</b>	<b>Responsabilidade (%)</b>
União	58,8	45,5
Estados	21,0	24,8
Municípios	20,2	29,7
Total	100,0	100,0

Fonte: MS – apud Biasoto et al. (1998) e Fernandes et al. (1998).

**Tabela 2.1.10: Evolução do gasto público com saúde, segundo instância de governo, sob a ótica da origem dos recursos, 1994/96 (em R\$ milhões correntes)**

<b>Instância</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
União	60,7	63,8	53,7
Estados	22,1	18,8	18,5
Municípios	17,2	17,4	27,8
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ipea/Discoc – apud Piola & Biasoto (2001).

## ANEXO Nº 2 DO CAPÍTULO 2

Tabela 2.2.1: Execução Orçamentária do Ministério da Saúde (1), segundo Grupos de Despesa e Fontes de Recursos - Brasil - 1995-01 - em mil reais correntes

Grupos de Despesa e Fontes de Recursos	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL	14.937.138	14.376.792	18.804.474	19.323.690	20.337.705	22.699.254	26.135.923
Pessoal e Encargos Sociais	3.761.355	3.834.152	(2) 3.996.399	3.994.321	(3) 4.330.331	4.825.342	4.898.055
Recursos Ordinários	215.026	4.064	122.938	1.798.871	774.524	900.185	2.929.549
Renda Líquida de Concursos de Prognósticos	14.121	-	-	-	-	-	-
Recursos Diretamente Arrecadados	6.362	-	342	-	-	2.658	-
Contribuição Social sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas	478.089	-	46.542	-	1.650.950	1.017.949	-
Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social	1.133.855	2.052.093	1.264.256	-	-	2.183.677	1.662.100
Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira	-	-	-	-	407.930	671.637	-
Contribuição para o Plano de Seguridade Social do Servidor	220.264	472.387	-	43.959	-	-	306.406
Saldo de Exercícios Anteriores - Recursos do Tesouro Nacional	-	1.163	-	-	-	49.236	-
Recursos do Fundo de Estabilização Fiscal	1.693.637	1.304.445	2.562.321	2.151.491	1.496.927	-	-
Juros e Encargos da Dívida	93.049	104.215	164.895	91.413	54.481	54.124	77.949
Recursos Ordinários	51.632	89.116	-	-	-	-	-
Títulos de Responsabilidade do Tesouro Nacional - Outras Aplicações	41.417	-	92.266	33.870	54.481	54.124	77.949
Contribuição Social sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas	-	9.000	72.629	57.543	-	-	-
Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social	-	6.100	-	-	-	-	-
Custeio (Outras Despesas Correntes)	9.387.746	9.807.348	12.487.326	12.171.916	14.725.238	16.432.170	18.650.389
Recursos Ordinários	-	17.452	69.591	39.202	2.187.785	176.993	559.273
Renda Líquida de Concursos de Prognósticos	43.660	58.264	149.468	-	-	-	-
Recursos de Concessões e Permissões	-	-	-	-	638.841	-	-
Alienação de Bens Apreendidos - Fundaf/LBA-Pronave	-	23	-	-	-	-	-
Operações de Crédito Internas - Em Moeda	1.183.845	1.199.999	-	-	-	-	-
Operações de Crédito Externas - Em Moeda	99.718	82.716	59.936	40.443	86.748	212.937	258.434
Recursos Diretamente Arrecadados	361.046	348.685	446.362	450.532	688.919	699.522	786.855
Contribuição Social sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas	1.657.345	2.934.662	2.210.691	789.256	961.213	1.635.338	1.675.893
Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social	5.984.313	3.932.266	3.399.463	4.078.002	4.901.742	5.826.480	7.970.627
Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira	-	-	5.086.277	6.497.081	3.929.223	6.324.268	7.310.195
Contribuição para o Plano de Seguridade Social do Servidor	-	-	-	107.628	-	-	-
Fundo de Combate e Erradicação a Pobreza	-	-	-	-	-	-	84.434
Saldo de Exercícios Anteriores - Recursos do Tesouro Nacional	-	15.154	-	-	-	1.556.633	-

Doações de Entidades Internacionais	-	-	500	-	-	-	1.294
Recursos do Fundo de Estabilização Fiscal	57.819	1.218.027	1.065.037	169.772	1.330.768	-	-
Recursos Financeiros Diretamente Arrecadados	-	-	-	-	-	-	3.384
Doações de Pessoas ou Instituições Privadas Nacionais	-	100	-	-	-	-	-
Investimento	413.217	227.557	526.203	819.395	1.126.923	1.288.567	2.351.938
Recursos Ordinários	-	6.643	407	43.094	106.364	117.903	282.900
Contribuição para os Programas Especiais PIN e Proterra	-	192	-	-	-	-	-
Renda Líquida de Concursos de Prognósticos	950	5.089	2.800	-	-	-	-
Operações de Crédito Internas - Em Bens e/ou Serviços	-	-	-	-	-	-	7.000
Operações de Crédito Externas - Em Moeda	63.695	41.982	34.481	145.593	224.398	246.360	263.459
Operações de Crédito Externas - Em Bens e/ou Serviços	-	-	-	-	-	142.411	33.837
Recursos Diretamente Arrecadados	2.529	13.096	4.344	3.054	17.666	25.122	13.645
Contribuição Social sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas	185.181	21.900	287.950	151.100	63.261	186.245	143.272
Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social	160.863	83.237	86.134	469.654	450.582	553.765	533.526
Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira	-	-	89.835	-	145.795	9.708	-
Fundo de Combate e Erradicação a Pobreza	-	-	-	-	-	-	1.072.301
Recursos do Fundo de Estabilização Fiscal	-	55.418	20.252	6.900	118.859	-	-
Recursos Financeiros Diretamente Arrecadados	-	-	-	-	-	7.052	2.000
Inversões Financeiras	5.213	7.754	3.768	4.128	-	-	-
Renda Líquida de Concursos de Prognósticos	4	17	-	-	-	-	-
Contribuição Social sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas	2	7.589	2.420	-	-	-	-
Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social	5.207	148	1.348	4.128	-	-	-
Amortização da Dívida	1.276.417	395.764	(4) 1.625.884	(5) 2.242.518	100.732	99.050	157.592
Recursos Ordinários	217.163	-	-	10.265	-	-	-
Títulos Responsabilidade Tesouro Nacional - Referente Dívida Pública							
Mobiliária Federal	-	-	226.063	1.829.533	100.732	99.050	157.592
Títulos de Responsabilidade do Tesouro Nacional - Outras Aplicações	358.254	395.764	428.673	-	-	-	-
Contribuição Social sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas	701.000	-	971.147	402.720	-	-	-
Outras Despesas de Capital	140	-	-	-	-	-	-
Contribuição Social sobre o Lucro das Pessoas Jurídicas	140	-	-	-	-	-	-

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - SPO/Fundo Nacional de Saúde - FNS. Sistema Integrado de Dados Orçamentários - Sidor. Sistema de Administração Financeira - Siaf Produção e Gerencial. 1) Inclui Administração Direta e Indireta. 2) Incluem R\$ 165.930.977 referentes a precatórios da Fundação Osvaldo Cruz - Fiocruz. (3) Incluem R\$ 206.409.307 referentes a precatórios da Fundação Osvaldo Cruz - Fiocruz. (4) Incluem R\$ 226.063.495 amortizados pelo Tesouro Nacional. (5) Incluem R\$ 1.782.146.900 amortizados pelo Tesouro Nacional. Nota: Refere-se à despesa empenhada. A soma das parcelas pode não coincidir com o total, em função de arredondamentos efetuados nos dados parciais.

**Tabela 2.2.2: Execução Orçamentária do Ministério da Saúde (1), segundo Unidade Orçamentária – Brasil - 1995-01 - em mil reais correntes**

Unidade Orçamentária	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL	14.937.138	14.376.792	18.804.474	19.323.690	20.337.705	22.699.254	26.135.923
Fundo Nacional de Saúde – FNS	12.526.462	12.248.213	(2) 15.835.659	(3) 17.064.877	17.422.863	19.803.582	21.976.853
Fundação Nacional de Saúde - Funasa	1.717.131	1.667.445	1.971.825	2.014.883	2.362.052	2.417.890	3.579.806
Fundação Osvaldo Cruz - Fiocruz	215.520	205.234	(4) 406.538	243.930	(5) 478.620	311.352	362.615
Central de Medicamentos - Ceme (6)	472.461	246.375	584.214	-	-	-	-
Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - Inan (6)	5.565	9.524	6.238	-	-	-	-
Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa (7)	-	-	-	-	74.170	141.841	172.026
Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (7)	-	-	-	-	-	24.590	44.622

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - SPO/Fundo Nacional de Saúde - FNS. Sistema Integrado de Dados Orçamentários - Sidor. Sistema de Administração Financeira - Sif Produção e Gerencial. (1) Inclui Administração Direta e Indireta. (2) Incluem R\$ 226.063.495 amortizados pelo Tesouro Nacional. (3) Incluem R\$ 1.782.146.900 amortizados pelo Tesouro Nacional. (4) Incluem R\$ 165.930.977 referentes a precatórios da Fundação Osvaldo Cruz - Fiocruz. (5) Incluem R\$ 206.409.307 referentes a precatórios da Fundação Osvaldo Cruz - Fiocruz. (6) A Ceme e o Inan, foram extintos em 1997 e suas ações foram absorvidas pelo FNS. (7) A Anvisa e ANS, foram criados em 1999 e 2000, respectivamente. Nota: Refere-se à despesa empenhada. A soma das parcelas pode não coincidir com o total, em função de arredondamentos efetuados nos dados parciais.

**Tabela 2.2.3: Execução Orçamentária do Ministério da Saúde (1), segundo Grupos de Despesa – Brasil - 1995-01 - Em mil reais correntes**

Grupos de Despesa	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL	14.937.138	14.376.792	18.804.474	19.323.690	20.337.705	22.699.254	26.135.923
Pessoal	3.761.355	3.834.152	3.996.399	3.994.321	4.330.331	4.825.342	4.898.055
Ativo	2.450.576	2.364.375	(2) 2.446.772	2.249.663	(3) 2.500.800	2.630.755	2.628.478
Inativo e Pensionista	1.310.780	1.469.778	1.549.627	1.744.658	1.829.531	2.194.587	2.269.577
Juros e Encargos da Dívida	1.369.466	499.979	(4) 1.790.778	(5) 2.333.931	155.212	153.175	235.541
Outras Despesas de Custeio e Capital - OCC	9.806.317	10.042.660	13.017.297	12.995.439	15.852.161	17.720.737	21.002.327
Assistência Médica e Hospitalar (6)	6.687.686	7.355.598	8.892.938	8.271.894	9.706.915	10.828.479	12.064.827
Assistência Básica (7)	1.574.195	1.510.690	2.257.519	2.608.409	3.183.015	3.545.462	4.207.677
Medicamentos Estratégicos (8)	453.910	230.758	569.672	524.712	836.092	827.290	858.286
Demais	1.090.526	945.613	1.297.167	1.590.423	2.126.139	2.519.506	3.871.537

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - SPO/Fundo Nacional de Saúde - FNS. Sistema Integrado de Dados Orçamentários - Sidor. Sistema de Administração Financeira - Sif Produção e Gerencial. (1) Inclui Administração Direta e Indireta. (2) Incluem R\$ 165.930.977 referentes a precatórios da Fundação Osvaldo Cruz - Fiocruz. (3) Incluem R\$ 206.409.307 referentes a precatórios da Fundação Osvaldo Cruz - Fiocruz. (4) Incluem R\$ 226.063.495 amortizados pelo Tesouro Nacional. (5) Incluem R\$ 1.782.146.900 amortizados pelo Tesouro Nacional. (6) Refere-se a Atendimento Ambulatorial (SIA-SUS), Atendimento Hospitalar (SIH-SUS) e Manutenção de Hospitais próprios do Ministério da Saúde. (7) Refere-se a PAB Fixo, PACS-PSF, Carências Nutricionais, Bolsa-Alimentação, Farmácia Básica, Aquisição/Produção e Distribuição de Vacinas e Combate às Endemias. (8) Referem-se à Aquisição de Medicamentos em Geral e para DST/Aids. Nota: Refere-se à Despesa Empenhada. A soma das parcelas pode não coincidir com o total, em função de arredondamentos efetuados nos dados parciais.

**Tabela 2.2.4: Execução Orçamentária do Ministério da Saúde (1), por Tipo de Despesa com Ações e Serviços Públicos de Saúde - Regiões do Brasil -2000 - em mil reais correntes**

Regiões e Unidades da Federação	Juros e Encargos da Dívida	Inativo e Pensionista	Ações e Serviços Públicos de Saúde							Total Geral
			Pessoal Ativo	Outras Despesas de Custeios e Capital - OCC					Total	
				Transferências Fundo a Fundo		Transferências de Convênios	Outras Transferências	Total		
				Estadual	Municipal					
BRASIL	153.175	2.194.587	2.630.755	1.226.220	6.839.189	1.914.535	7.740.794	17.720.737	20.351.492	22.699.254
Nacional (2)	153.175	-	-	-	-	335.782	2.216.723	2.552.505	2.552.505	2.705.679
Norte	-	78.596	285.128	44.866	444.903	236.656	273.966	1.000.390	1.285.518	1.364.114
Nordeste	-	661.425	868.609	150.689	1.740.076	340.445	1.483.095	3.714.305	4.582.914	5.244.339
Sudeste	-	1.120.678	1.115.475	403.860	3.003.294	683.468	2.868.273	6.958.896	8.074.371	9.195.049
Sul	-	183.275	135.411	443.488	1.220.355	150.793	672.956	2.487.593	2.623.004	2.806.279
Centro-Oeste	-	150.613	226.132	183.316	430.561	167.391	225.780	1.007.049	1.233.181	1.383.794

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - SPO/Fundo Nacional de Saúde - FNS. Sistema Integrado de Dados Orçamentários - Sidor. Sistema de Administração Financeira - Siaf Produção e Gerencial. (1) Inclui Administração Direta e Indireta.

(2) Refere-se à despesa federal cuja desagregação por UF não foi possível. Nota: Refere-se à despesa empenhada. A soma das parcelas pode não coincidir com o total, em função de arredondamentos efetuados nos dados parciais.

**Tabela 2.2.5: Execução Orçamentária do Ministério da Saúde (1), por Tipo de Despesa com Ações e Serviços Públicos de Saúde - Regiões do Brasil 2001 - em mil reais correntes**

Regiões e Unidades da Federação	Juros e Encargos da Dívida	Projeto Alvorada (2)	Inativo e Pensionista	Ações e Serviços Públicos de Saúde							Total Geral
				Pessoal Ativo	Outras Despesas de Custeios e de Capital - OCC					Total	
					Transferências Fundo a Fundo		Transferências de Convênios	Outras Transferências	Total		
					Estadual	Municipal					
BRASIL	235.541	1.156.735	2.269.577	2.628.478	1.937.462	7.910.201	2.241.263	7.756.666	19.845.592	22.474.070	26.135.923
Nacional (3)	235.541	-	-	-	-	-	369.287	2.223.803	2.593.090	2.593.090	2.828.631
Norte	-	280.231	85.158	248.624	83.325	526.513	307.955	330.060	1.247.852	1.496.476	1.861.865
Nordeste	-	820.906	670.326	819.754	428.377	2.021.101	350.395	1.434.407	4.234.280	5.054.033	6.545.266
Sudeste	-	49.731	1.171.581	1.158.272	643.938	3.424.870	820.759	2.942.420	7.831.987	8.990.260	10.211.572
Sul	-	1.578	185.949	140.822	507.890	1.384.195	177.021	664.688	2.733.793	2.874.616	3.062.142
Centro-Oeste	-	4.289	156.563	261.005	273.933	553.522	215.846	161.289	1.204.590	1.465.595	1.626.447

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - SPO/Fundo Nacional de Saúde - FNS. Sistema Integrado de Dados Orçamentários - Sidor. Sistema de Administração Financeira - Siaf Produção e Gerencial. (1) Inclui Administração Direta e Indireta. (2) Refere-se apenas às despesas custeadas pelo Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza. (3) Refere-se à despesa federal cuja desagregação por UF não foi possível. Nota: Refere-se à despesa empenhada. A soma das parcelas pode não coincidir com o total, em função de arredondamentos efetuados nos dados parciais.

**Tabela 2.2.6: Execução Orçamentária do Ministério da Saúde (1), segundo Programas – Brasil - 2000-01 - em mil reais correntes**

<b>Programas</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
TOTAL	22.699.254	26.135.923
Ações e Serviços Públicos de Saúde	20.351.492	22.474.070
Pessoal – Ativo	2.630.755	2.628.478
Saúde da Família	2.389.872	2.684.290
Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis por Vetores	437.875	640.510
Prevenção, Controle e Assistência aos Portadores de DST e Aids	699.396	643.771
Qualidade e Eficiência do SUS	894.193	952.303
Assistência Farmacêutica	271.446	351.369
Prevenção e Controle das Doenças Imunopreveníveis	206.818	268.060
Qualidade do Sangue	184.052	168.659
Alimentação Saudável	151.788	169.169
Profissionalização da Enfermagem	53.383	67.459
Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços	149.841	138.748
Prevenção e Controle do Câncer e Assistência Oncológica	119.268	140.119
Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde	90.715	96.191
Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde	117.706	98.293
Prevenção e Controle da Malária	89.638	77.946
Prevenção e Controle da Dengue	65.834	73.827
Gestão da Política de Saúde	38.403	52.761
Prevenção e Controle das Doenças Crônico-Degenerativas	43.122	42.295
Saúde Mental	922	4.068
Prevenção e Controle da Tuberculose e Outras Pneumopatias	16.843	15.904
Controle da Hanseníase e de Outras Dermatoses	5.183	1.998
Saúde da Mulher	9.487	8.955
Saúde do Trabalhador	4.436	935
Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar	10.755.968	12.041.546
Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras	4.724	8.446
Saúde Suplementar	9.707	17.168
Saúde do Jovem	4.960	4.364
Saúde da Criança e Aleitamento Materno	13.419	12.861
Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares	971	1.488

Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência	225	1.202
Valorização da Saúde do Idoso	49.722	57.667
Atenção à Criança	19.810	-
Assistência ao Trabalhador	269.755	301.518
Saneamento Básico	239.237	291.650
Etnodesenvolvimento das Sociedades Indígenas	58.003	98.901
Biocologia e Recursos Genéricos-Genoma	617	699
Pró-Água Gestão	6.639	-
Gestão da Participação em Organismos Internacionais	27.126	27.659
Apoio Administrativo	187.740	256.798
Gestão da Política de Comunicação de Governo	14.350	15.780
Valorização do Servidor Público	8.973	10.203
Operações Especiais: Cumprimento de Sentenças Judiciais	8.569	9
Demais Ações	2.347.762	3.661.853
Pessoal - Inativo e Pensionista	2.194.587	2.269.577
Serviços e Encargos da Dívida	153.175	235.541
Projeto Alvorada (2)	-	1.156.735
Saúde da Família	-	84.000
Alimentação Saudável	-	434
Saneamento Básico	-	1.072.301

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - SPO/Fundo Nacional de Saúde - FNS. Sistema Integrado de Dados Orçamentários - Sidor. Sistema de Administração Financeira - Sinf Produção e Gerencial. (1) Inclui Administração Direta e Indireta. (2) Refere-se apenas às despesas custeadas pelo Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza. Nota: Refere-se à despesa empenhada. Os valores referentes a Pessoal e Encargos Sociais e Amortização da Dívida foram excluídos dos programas e estão computados nos respectivos itens. A soma das parcelas pode não coincidir com o total, em função de arredondamentos efetuados nos dados parciais.

**Tabela 2.2.7: Estimativa de Despesa Pública com Ações e Serviços Públicos de Saúde Financiada com Recursos Próprios, por Esfera de Governo - Regiões - 2000**

Regiões e Unidades da Federação	Federal		Estadual		Municipal (1)		Total	
	Despesa (em mil reais correntes)	Despesa por Habitante	Despesa (em mil reais correntes)	Despesa por Habitante	Despesa (em mil reais correntes)	Despesa por Habitante	Despesa (em mil reais correntes)	Despesa por Habitante
BRASIL	20.351.492	119,86	6.313.436	37,18	7.347.161	43,80	34.012.089	200,84
Nacional (2)	2.552.505	15,03	-	-	-	-	2.552.505	15,03
Norte	1.285.518	99,65	821.830	63,70	311.096	24,11	2.418.444	187,47
Nordeste	4.582.914	95,99	1.259.051	26,37	1.004.070	21,03	6.846.035	143,40
Sudeste	8.074.371	111,51	2.977.387	41,12	4.566.409	63,06	15.618.167	215,68
Sul	2.623.004	104,47	718.744	28,63	1.057.621	42,12	4.399.368	175,22
Centro-Oeste	1.233.181	105,97	536.424	46,10	407.964	42,56	2.177.569	194,63

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - SPO/Fundo Nacional de Saúde - FNS (Despesa Federal)/Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde - SIS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS (Despesa Estadual e Municipal). (1) Estimativa realizada com base em dados dos municípios que responderam o SIOPS até outubro de 2002. O painel é composto de 3.695 municípios (67,1% do total), que abrigam 133,5 milhões de habitantes (79,6% do total).

(2) Refere-se à despesa federal cuja desagregação por UF não foi possível. Nota: Exclui, nas três esferas de governo, aposentadorias e pensões (inativos), clientela fechada e, no âmbito federal, o Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza. A soma das parcelas pode não coincidir com o total, em função de arredondamentos efetuados nos dados parciais.

## ANEXO Nº 3 DO CAPÍTULO 2

### Critérios metodológicos mais utilizados para aferir o gasto com saúde

Os critérios mais utilizados para aferir o gasto social geral ou o gasto em saúde especificamente são: institucional, funcional, por área temática e o da Emenda Constitucional nº 29.

**Quadro 2.3.1: critérios metodológicos mais utilizados para aferir gastos públicos**

<b>Crítérios</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Limites</b>
Institucional	<p>Considera apenas as despesas da agência central do sistema de saúde – o Ministério da Saúde.</p> <p>Gasto bruto: despesa global.</p> <p>Gasto líquido: desconsidera as amortizações e os EPU (<i>proxy</i> das despesas com ações e serviços de saúde ou área finalística).</p> <p>O montante mais elevado de gasto com saúde na esfera federal é o fornecido pelo critério institucional bruto do MS, pois ele considera o peso da elevação da despesa com inativos e pensionistas, e o viés da queda da amortização da dívida. Por outro lado, o montante mais baixo é dado pelo gasto institucional líquido do MS, que se confunde com o critério da EC 29.</p>	<p>Gasto superestimado: o orçamento do MS considera despesas não classificáveis como gasto em saúde (como por exemplo: saneamento, inativos e pensionistas, bolsa-alimentação).</p> <p>Gasto subestimado: o orçamento do MS não considera o conjunto de despesas da União com saúde porque não leva em conta o gasto com saúde dos demais ministérios.</p>
Funcional	<p>O gasto público em saúde (federal, estadual e municipal) é visto de forma mais abrangente, logo, não se restringe aos orçamentos das agências centrais de saúde em cada um das esferas de governo (MS, SES e SMS).</p> <p>Este critério adota a Classificação Funcional Programática.</p> <p>A virtude deste critério é a simplicidade e a possibilidade de discriminar, ainda que não totalmente, os gastos finalísticos, separando-os das demais despesas com as atividades-meio.</p> <p>O gasto com Programa/Função Saúde do MS se diferencia do gasto com Programa/Função Saúde do Governo Federal, como está apresentado na tabela abaixo.</p>	<p>Gasto superestimado: quando considera como gasto com saúde despesas reconhecidas como não pertencentes ao setor em outras metodologias (merenda escolar que aparece dentro do subprograma/subfunção Alimentação e Nutrição).</p> <p>Gasto subestimado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gasto com pessoal fica no Programa/Função Administração. Segundo esta classificação, não é possível distinguir as atividades-meio entre as diferentes áreas finalísticas.</li> <li>- quando se considera apenas a somatória dos subprogramas (ou subfunções) típicos para medir o gasto total do Programa (ou Função). O gasto com o Programa/Função Saúde (que incorpora 6 subprogramas/subfunções típicas) é diferente do gasto do MS (que incorpora outras 21 despesas).</li> </ul>

**Quadro 2.3.1: critérios metodológicos mais utilizados para aferir gastos públicos (continuação)**

Critérios	Conteúdo	Limites
Por área temática ou de atuação (Metodologia do IPEA)	<p>Esta metodologia é uma combinação das duas primeiras – institucional e funcional – pois agrupa as despesas sociais do setor público segundo finalidade (áreas) e não determina o MS como o único responsável pelo dispêndio (despesa com inativos e pensionistas do MS são alocadas em Previdência Social). Permite calcular o gasto SUS, que são aqueles referentes a ações e serviços de saúde de acesso universal e gratuito.</p> <p>O gasto federal com saúde segundo esta metodologia se diferencia tanto do gasto total do MS quanto do gasto líquido do MS. Isso porque nestes dois últimos casos está presente o peso expressivo do pagamento de inativos e da amortização das dívidas.</p> <p>A metodologia do IPEA apresenta números mais elevados que a institucional líquida porque inclui as despesas do MEC com hospitais universitários e com saúde escolar, as transferências do MF ao GDF para o pagamento da folha da Secretaria de Saúde e os gastos do MTb com saúde ocupacional. E isso acontece mesmo sem incluir os gastos do MS com saneamento, com combate a carências nutricionais e com parte da FIOCRUZ. E também sem considerar os gastos com servidores civis e militares. Estes gastos todos estão em outras áreas temáticas.</p>	<p>A limitação desta metodologia diz respeito ao fato de que como ela agrupa em outra área de atuação o gasto com saúde dos funcionários civis e militares, não mostra o gasto total público setorial.</p>
Emenda Constitucional nº 29	<p>Trata das ações e serviços públicos de saúde está restrito ao orçamento do MS, desconsiderando o componente federal do SUS como um todo. Deste modo ele se confunde com o gasto líquido do MS.</p> <p>Se a EC 29 considerasse o gasto público com saúde como sendo o gasto SUS segundo a metodologia do IPEA, o resultado poderia ser mais elevado do que é até o momento. Além disso, no primeiro caso consideram-se as despesas diretamente relacionadas à prestação de serviços de saúde, incluindo o gasto com os servidores. E no segundo caso este tipo de serviço está excluído, embora seja ele estatal (neste sentido ele é público), mas não é universal (neste sentido ele não é público).</p>	

Fonte: Piola e Vianna (2002). Elaboração própria.

## Resumo das diferenças

**Tabela 2.3.1: Gasto público federal com saúde segundo diferentes metodologias e critérios de apuração – 1994-2001, em R\$ 1,00**

Ano	Conceitos				
	Funcional (R\$ 1,00)	Institucional (R\$ 1,00)		Ipea (R\$ 1,00)	EC 29
		Bruto	Líquido		
1994				7.037.616.000	
1995	13.957.084.092	14.891.874.582	12.211.628.654	13.975.609.000	12.211.628.654
1996	14.134.761.014	14.376.791.609	12.407.034.613	13.278.956.000	12.407.034.613
1997	14.011.801.441	18.804.473.863	15.464.069.228	17.106.606.000	15.464.069.228
1998	13.959.623.725	19.323.689.988	15.245.101.669	16.366.524.000	15.245.101.669
1999	16.316.216.030	20.334.266.375	18.349.523.062	18.017.870.000	18.349.523.062
2000	20.257.274.837	22.699.254.126	20.351.449.626		20.351.449.626
2001	23.689.433.928	26.054.950.533	23.607.407.128		23.607.407.128

Fonte: Ver tabelas anteriores. Elaboração de Piola e Vianna (2002).

## Institucional

**Tabela 2.3.2: MS: disponibilidade líquida (em percentual) para a execução de serviços de saúde, 1994-2001\*, em R\$ milhões de dez/98**

Ano	Gasto total (A)	EPU (B)	Dívida (C)	Disp. Líquida (D) D=A-(B+C)	% (D/A*100)
1995	14.891.874.582	1.310.779.690	1.369.466.238	12.211.628.654	82,0
1996	14.376.791.609	1.469.777.793	499.979.203	12.407.034.613	86,3
1997	18.804.473.863	1.549.626.513	1.790.778.122	15.464.069.228	82,2
1998	19.323.689.988	1.744.657.739	2.333.930.580	15.245.101.669	87,9
1999	20.334.266.375	1.829.530.960	155.212.353	18.349.523.062	90,2
2000	22.699.254.126	2.194.629.908	153.174.592	20.351.449.626	89,6
2001	26.054.950.533	2.089.498.680	358.044.725	23.607.407.128	90,6

\*Previsão (Lei nº 10.171, de 05/01/2001).

Fonte: MS (Subsecretaria de Planejamento e Orçamento). Dados apresentados ao Conselho Nacional de Saúde.

Elaboração: Piola e Vianna (2002).

## Funcional

**Quadro 2.3.2: Classificação Funcional Programática**

Classificação	ATÉ 1999	A PARTIR DE 2000
<b>Função</b>	13 – Saúde e Saneamento	10 – Saúde
<b>Subfunção</b>		301 – Atenção Básica 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial 303 – Vigilância Sanitária 304 – Vigilância Epidemiológica 306 – Alimentação e Nutrição
<b>Programa</b>	075 – Saúde	
<b>Subprograma</b>	0427X – Alimentação e Nutrição 0428X – Assistência Médica e Sanitária 0429X – Controle de Doenças Transmissíveis 0430X – Vigilância Sanitária 0431X – Produtos Profiláticos e Terapêuticos 0432X – Saúde Materno infantil	

Fonte: Piola e Vianna (2002).

**Tabela 2.3.3: MS: gasto total (A) e gasto considerando apenas o programa saúde<sup>(1)</sup> (B) – 1995/2001, em R\$ 1,00**

Ano	Ministério da Saúde (A)	Programa Saúde <sup>(1)</sup> (B)	Diferença (%)
1995	14.891.874.582	12.013.580.761	23,96
1996	14.376.791.609	12.154.840.242	18,28
1997	18.804.473.863	12.484.984.835	50,62
1998	19.323.689.988	12.395.810.146	55,89
1999	20.334.266.375	15.102.693.500	34,64
2000	22.699.254.126	20.253.274.837	12,08
2001 <sup>(2)</sup>	26.054.950.533	23.679.493.931	10,03

(1) Função Saúde em 2000 e 2001. (2) Orçamento (total autorizado) em 24 de agosto de 2001.

Fonte: (A) MS (Subsecretaria de Planejamento e Orçamento). Dados apresentados ao Conselho Nacional de Saúde. (B) <http://www.senado.gov.br> e Siafi/Sidor (para 1995 e 1996). Elaboração de Piola e Vianna (2002).

**Tabela 2.3.4: Gasto com programa saúde no MS e no governo federal como um todo – 1995/2001**

Ano	Programa Saúde <sup>(1)</sup>		% (B/A)
	Governo Federal (A)	Ministério da Saúde (B)	
1995	13.957.084,092	12.013.580.761	86,08
1996	14.134.761.014	12.154.840.242	85,99
1997	14.011.801.441	12.484.984.835	89,10
1998	13.959.623.725	12.395.810.146	88,80
1999	16.316.216.030	15.102.693.500	92,56
2000	20.257.274.837	20.253.274.837	99,98
2001 <sup>(2)</sup>	23.689.433.928	23.679.493.931	99,96

(1) Função Saúde em 2000 e 2001. (2) Orçamento (total autorizado) em 24 de agosto de 2001.

Fonte: <http://www.senado.gov.br> e Siafi/Sidor (para 1995 e 1999). Elaboração de Piola e Vianna (2002).

**Tabela 2.3.5: SUS: dispêndio federal do programa de saúde como percentual do gasto total e do gasto líquido do MS – 1995/2001, em R\$ 1,00**

Ano	Gasto total (A)	Disponibilidade líquida (B)	Programa Saúde <sup>(1)</sup> (C)	Diferença (C/A) (%)	Diferença (C/B) (%)
1995	14.891.874.582	12.211.628.654	12.013.580.761	-19,33	-1,62
1996	14.376.791.609	12.407.034.613	12.154.840.242	-15,46	-2,03
1997	18.804.473.863	15.464.069.228	12.484.984.835	-33,61	-19,26
1998	19.323.689.988	15.245.101.669	12.395.810.146	-35,85	-18,69
1999	20.334.266.375	18.349.523.062	15.102.693.500	-25,73	-17,69
2000	22.699.254.126	20.351.449.626	20.253.274.837	-10,78	-0,48
2001 <sup>(2)</sup>	26.054.950.533	23.607.407.128	23.679.493.931	-9,12	0,31
Média	19.497.900.000	16.805.173.000	15.440.668.000	-20,81	-8,12

(1) Do governo federal e Função Saúde em 2000 e 2001. (2) Orçamento (total autorizado) em 24 de agosto de 2001.

Fonte: (A) MS (Subsecretaria de Planejamento e Orçamento). Dados apresentados ao Conselho Nacional de Saúde. (B) <http://www.senado.gov.br> e Siafi/Sidor (para 1995 e 1996). Elaboração de Piola e Vianna (2002).

## Por Área Temática (Metodologia do IPEA)

**Tabela 2.3.6: MS: diferença entre o gasto federal com saúde e o gasto total e gasto líquido do MS – 1994/1999, em R\$ 1,00**

Ano	Gasto total do MS (A)*	Gasto líquido (B)**	Gasto federal com saúde (C)***	Diferença (C/A) (%)	Diferença (C/B) (%)
1994	9.544.157.000		7.037.616.000	-26,26	
1995	14.891.874.582	12.211.628.654	13.975.609.000	-6,15	14,45
1996	14.376.791.609	12.407.034.613	13.278.956.000	-7,64	7,03
1997	18.804.473.863	15.464.069.228	17.106.606.000	-9,03	10,62
1998	19.323.689.988	15.245.101.669	16.366.524.000	-15,30	7,36
1999	20.334.266.375	18.349.523.062	18.017.870.000	-11,39	-1,81

\*Sem exclusões. \*\* Excluídos EPU e dívida. \*\*\* Metodologia do Ipea.

Fonte: MS (Subsecretaria de Planejamento e Orçamento). Dados apresentados ao Conselho Nacional de Saúde. Elaboração de Piola e Vianna (2002). Ipea/Disoc (gasto federal com saúde)

### Diferenças no tratamento dos dados

#### Alternativas de deflacionamento

Os dados aferidos para o gasto público, em geral, assim como para o gasto em saúde, especificamente, podem ser diferentes de acordo com deflacionamento escolhido para comparar a sua evolução ao longo de um determinado período. Na tabela abaixo pode-se perceber as diferenças no gasto federal em saúde segundo o deflator utilizado. No primeiro caso (coluna a) o gasto a preços correntes foi deflacionado mês a mês, com base no ano de 1998. No segundo caso (coluna b) o mesmo foi deflacionado anualmente, segundo a média do ano de 1998.

**Tabela 2.3.7: Brasil: gasto federal com saúde em valores correntes e constantes – 1994/1999, em R\$ mil de 1998**

Ano	Gasto federal com saúde			Diferença (a/b) (%)
	Preços correntes	Deflacionado mês a mês (a)	Deflacionado anualmente (b)	
1994	7.037.616	12.543.502	14.677.671	-14,54
1995	13.975.609	17.419.186	17.406.041	0,08
1996	13.278.956	14.920.789	14.886.617	0,23
1997	17.106.606	17.867.288	17.771.577	0,54
1998	16.366.524	16.005.320	16.366.524	-2,21
1999	18.017.870	16.090.948	16.185.762	-0,59

Fonte: Ipea/Disoc (gasto federal com saúde). Elaboração de Piola e Vianna (2002).

#### Regime de Caixa e Regime de Competência

Outro tipo de diferença no tratamento dos dados que pode resultar em conclusões distintas acerca do gasto público em geral, ou especificamente o gasto federal em saúde, acontece conforme se adota um ou outro regime orçamentário – o de Caixa ou o de Competência. No primeiro caso, considera-se o ano em que a despesa foi liquidada (mas

não necessariamente paga). Enquanto no segundo, conta-se o ano em que a despesa foi empenhada (gerada).

Isso porque o processo orçamentário possui duas ou até três fases distintas. A primeira é a do empenho, que representa a geração da despesa no orçamento. A segunda é a da liquidação, que representa o momento da efetivação da despesa, em que se fatura o gasto. E a terceira, que pode coincidir ou não com a segunda, é a do pagamento, na qual se paga efetivamente a despesa já efetuada.

Dependendo do conceito que se utiliza, se obtêm determinado resultado para determinado ano, podendo se chegar a conclusões distintas acerca do gasto em saúde, ou em relação a qualquer outro tipo de gasto público. A tabela a baixo mostra a diferença dos dados obtidos entre o regime de caixa (coluna c) e o de competência (coluna d), para o caso do gasto do MS, nos anos de 1993 a 1999.

**Tabela 2.3.8: MS: despesas de exercícios anteriores e líquidas do exercício, empenho liquidado e regime de competência, 1993/99**

Ano	Despesas de Exercícios Anteriores (a)	Despesas Líquidas do Exercício (b)	Empenho liquidado (c)	Regime de Competência (d)
1993	1.624.465	13.760.898	15.385.363	14.030.155
1994	269.257	15.329.489	15.598.746	16.582.185
1995	1.252.697	21.046.217	22.298.914	22.338.126
1996	1.291.909	18.058.905	19.350.814	20.991.232
1997	3.932.326	20.300.803	23.233.130	20.797.483
1998	496.680	20.672.826	21.169.506	21.664.125
1999	991.298	20.799.793	21.791.091	20.799.793

(a) "Restos a pagar" de exercícios anteriores efetivamente liquidados. (b) Gastos líquidos do exercício, descontado as despesas dos exercícios anteriores efetivamente pagas neste exercício. (c) Despesas efetivamente liquidadas no exercício. (d) Estimativa do "regime de competência" para um ano qualquer: soma-se (b) de um ano com (a) do ano seguinte e com isso recupera-se as despesas dos exercícios anteriores de volta ao ano em que foram geradas, possibilitando uma aproximação dos totais sob a ótica do regime de competência.

Fonte: Siafi/Sidor. Elaboração Ipea/Disoc – apud Piola, Reis e Ribeiro (1999 e 2001) e Piola e Vianna (2002).

### ***Origem e Responsabilidade do Gasto***

Uma terceira questão que deve ser disposta no que diz respeito ao tratamento dos dados de gasto público é a distinção entre dados referentes à origem do gasto e aqueles que tratam da responsabilidade do gasto. O primeiro descreve quanto cada esfera de governo despense diretamente e quanto transferem às demais esferas, logo, as transferências são consideradas como gasto da esfera que a efetuou. Com isso, segundo o conceito de origem dos recursos gastos obtêm-se o verdadeiro esforço fiscal de cada esfera de governo. No segundo caso, as transferências são consideradas gasto da esfera receptora destes recursos.

O grande perigo desta diferenciação é considerar as transferências nos dois momentos o que acaba por gerar uma dupla contagem e, conseqüentemente, uma superestimação dos gastos. É preciso escolher um dos dois critérios ou diferenciá-los, definindo em que esfera será considerada a transferência. Nas tabelas abaixo estão dispostos os dados segundo os dois conceitos – origem do gasto e responsabilidade do gasto – baseados em fontes distintas – IPEA e MS. Estas duas tabelas demonstram que os dados, e conseqüentemente as conclusões, podem variar segundo o critério adotado, mas também segundo a fonte de informações.

**Tabela 2.3.9: Gasto público total em saúde, por instância de governo, segundo os critérios da origem dos recursos e da responsabilidade pelo gasto, 1995, em R\$ milhões correntes**

<b>Esfera</b>	<b>Origem</b>	<b>%</b>	<b>Responsabilidade</b>	<b>%</b>
União	13.976	63,7	12.517	57,1
Estados	4.112	18,8	4.692	21,4
Municípios	3.818	17,5	4.697	21,4
Total	21.906	100,0	21.906	100,0

Fonte: Ipea/Discoc. Elaboração de Piola & Biasoto (2001).

**Tabela 2.3.10: Gasto público total em saúde, por instância de governo, segundo os critérios da origem dos recursos, 1995, em R\$ milhões correntes**

<b>Esfera</b>	<b>Origem</b>	<b>%</b>	<b>Responsabilidade</b>	<b>%</b>
União	13.397	58,8	10.345	45,5
Estados	4.775	21,0	5.637	24,8
Municípios	4.595	20,2	6.783	29,7
Total	22.767	100,0	22.767	100,0

Fonte: MS – apud Biasoto et al. (1998) e Fernandes et al. (1998).

### **Fontes de dados**

As estimativas disponíveis em relação ao gasto com saúde das três esferas de governo são: Médici (1994), que analisa a distribuição percentual do gasto em saúde por esfera de competência no período de 1980 a 1992; IPEA, que analisa os anos de 1994 a 1996; Ministério da Saúde, para o ano de 1995; SIOPS, no caso dos estados e municípios, a partir de 1998. Além disso, as fontes primárias de dados a respeito do gasto em saúde são: DATASUS, SIAFI/SIDOR, SIOPS, FNS/FUNASA. O quadro a seguir traz um resumo dos registros de informações financeiras em saúde disponíveis.

**Quadro 2.3.3: Registros de Informações Financeiras das Ações em Saúde – Principais Fontes de Informação – Natureza do registro dos valores**

<b>Fontes</b>	<u>Natureza dos dados financeiros</u>	<b>Período de referencia (imputação dos registros)</b>	<b>Classificação / Discriminação das ações</b>	<b>Tipo de fluxo compreendido</b>
DATASUS (SIH/SIA e FNS)	“valores pagos”	“competência”: período em que os atendimentos foram faturados	mista: faturamento (SIH e SIA), PAB, categorias associadas a programas ou ações, convênios	repasses (pagamentos diretos a unidades) e transferências orçamentárias intergovernamentais
Balanço Geral da União	liquidação orçamentária BGU <sup>(1)</sup>	ato de liquidação na execução orçamentária	definições das ações na funcional-programática	repasses (pagamentos diretos a unidades) e transferências orçamentárias intergovernamentais
Balanço Geral dos Estados	liquidação orçamentária BGE <sup>(2)</sup>	ato de liquidação na execução orçamentária	definições das ações na funcional-programática	transferências orçamentárias intergovernamentais recebidas e destinadas; gastos com recursos próprios em hospitais da rede estadual pública, Hospitais universitários e junto a unidades filantrópicas
SIOPS Estadual	empenhos	ato de empenho na execução orçamentária	estrutura de receitas e despesas; misto de classificações orçamentárias (receitas e despesas) da Lei 4,320 e identificação específica de fluxos em saúde	transferências orçamentárias intergovernamentais recebidas e destinadas; gastos com recursos próprios em hospitais da rede pública e privada
Balanços Municipais	empenho ou liquidação	ato de empenho/liquidação	definições das ações na funcional-programática	
SIOPS Municipal	empenhos	ato de empenho	estrutura de receitas e despesas; misto de classificações orçamentárias (receitas e despesas) da Lei 4,320 e identificação específica de fluxos em saúde	transferências orçamentárias intergovernamentais recebidas e destinadas; gastos com recursos próprios em hospitais da rede pública e privada

(1)Liquidação orçamentária no BGU: corresponde a liquidação dos empenhos do exercício. Para se obter os valores realizados no ano é necessário adicionar a liquidação de empenhos de orçamentos de exercícios anteriores. Sua fonte de dados é o Siafi/Sidor. (2) Liquidação orçamentária do BGE: corresponde a liquidação dos valores orçados no exercício. Os registros dessas informações no Siafem já incluem liquidações de empenhos de exercícios anteriores. SIH e SIA: faturamento de contas hospitalares/ambulatoriais por agentes credenciados (unidades públicas, privadas, filantrópicas e universitárias e médicos). Elaboração de Santos e Cintra (2002).

## **ANEXO Nº 4 DO CAPÍTULO 2**

### **SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**

A Portaria Interministerial nº 529, de 30/04/99, designa equipe para desenvolver projeto para implantação de um Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos para Saúde - SIOPS. Esta Portaria é complementada, em 2000, pela Portaria Conjunta nº 1.163, de 11/10/2000, que dispõe sobre a implantação do SIOPS e dá outras providências.

O objetivo fundamental deste instrumento é fornecer informações relevantes, de caráter orçamentário e financeiro, para o planejamento, a gestão e o controle social do financiamento e do gasto público em saúde. Para tal este instrumento deve obter de forma organizada, uniforme e sistemática, as informações sobre gastos públicos com saúde realizados pelos entes federados.

As suas limitações atuais são as seguintes: 1) necessidade de tornar-se uma fonte mais ágil e abrangente (a adesão e a consistência ainda são baixas no país como um todo); 2) os dados apresentados não foram checados com os dos Balanços Municipais e as demais fontes contábeis, sendo de exclusiva responsabilidade dos informantes, pois existe a possibilidade de um viés; 3) possibilidade de interpretações diferenciadas quanto ao conceito de recursos próprios (recursos próprios segundo o SIOPS é diferente de recursos diretamente arrecadados), o que é ruim frente ao atendimento da EC 29 e da avaliação do esforço fiscal em saúde da unidade de governo.

A NOAS-SUS 01/2001 incluiu a alimentação do SIOPS como um dos requisitos necessários para a habilitação de Estados e Municípios às condições de gestão previstas na Norma e ratifica o seu papel no acompanhamento do cumprimento do texto constitucional alterado pela Emenda Constitucional 29/00.

A Agenda Nacional de Saúde para 2001, iniciativa dos gestores federal, estaduais e municipais do SUS, foi aprovada através da Portaria GM/MS nº 393, de 30 de março de 2001. Um dos indicadores financeiros incluídos na Agenda diz respeito ao cumprimento da Emenda Constitucional 29/00 e, tal qual na NOAS-SUS/01, o SIOPS deve ser usado como única fonte de informação.

A partir do ano de 2001, o banco de dados do SIOPS passou a ser utilizado para compor o rol de indicadores utilizados pela Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) e intensificou-se a interação entre a equipe do Ministério da Saúde envolvida na regulamentação da Emenda Constitucional 29/00 e a equipe da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério do Planejamento e Orçamento que tratou da regulamentação da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Dessa interação resultou a Portaria nº 560, da Secretaria do Tesouro Nacional, de 14 de dezembro de 2001 e publicada em 29 do mesmo mês. Este instrumento legal contém o Manual de Elaboração do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, desenhado com o objetivo de orientar o Poder Executivo de cada ente da Federação na elaboração do Relatório Resumido previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal. Em seus Anexos XV, XVI e XVII estão os demonstrativos de cumprimento da vinculação constitucional por parte da União, dos Estados e dos Municípios, respectivamente. O grande avanço, no que diz respeito ao SIOPS, é que este sistema do Ministério da Saúde será o instrumento a ser utilizado, a partir de 2002, por gestores estaduais e municipais para o preenchimento dos demonstrativos citados.

## ANEXO Nº 1 DO CAPÍTULO 3

### Exercício de construção do Orçamento da Seguridade Social (OSS)

Tabela 3.1.1: RESULTADO DO GOVERNO CENTRAL – milhões de reais correntes

ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL	1.995	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000	2.001	2.002
<b>ARRECADAÇÃO</b>	<b>53.074</b>	<b>64.382</b>	<b>77.213</b>	<b>79.790</b>	<b>95.881</b>	<b>118.593</b>	<b>136.128</b>	<b>156.404</b>
PREVIDÊNCIA SOCIAL	32.166	40.379	44.148	46.641	49.127	55.715	62.492	71.027
COFINS	14.669	17.171	18.325	17.664	30.875	38.494	45.436	50.754
CPMF			6.910	8.113	7.949	14.395	17.157	20.264
CSLL	5.615	6.206	7.214	6.542	6.767	8.716	8.985	12.432
OUTROS	624	626	616	830	1.163	1.273	2.058	1.927
<b>GASTOS</b>	<b>49.907</b>	<b>58.999</b>	<b>67.018</b>	<b>72.373</b>	<b>78.971</b>	<b>88.969</b>	<b>102.334</b>	<b>117.277</b>
Benef. Previdenciários	32.562	42.224	46.516	54.074	58.512	65.127	75.519	86.942
Custeio do MPAS e outros Benefícios	2.270	2.172	1.973	2.459	2.178	2.540	2.566	2.795
Saúde	16.024	15.834	19.113	17.143	18.406	19.553	21.789	24.211
Assistência Social	1.321	941	1.389	1.156	2.053	4.289	5.026	6.124
<b>RESULTADO OSS (1)</b>	<b>3.167</b>	<b>5.383</b>	<b>10.195</b>	<b>7.417</b>	<b>16.910</b>	<b>29.624</b>	<b>33.794</b>	<b>39.127</b>

Fonte: Arrecadação: SRF; Gastos: Execução Orçamentária e Financeira da União, Câmara dos Deputados. Elaboração José Olavo Leite Ribeiro.

**Tabela 3.1.2: OSS: receitas, despesas e saldo - em R\$ mil correntes**

<b>Contribuição</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Previdência	27.764.533.014	43.222.076.343	47.367.392.932	48.402.422.811	48.695.809.048	56.584.816.092	62.858.440.464	70.402.305.586	66.888.720.951
CPMF	-	-	6.887.275.263	8.133.440.501	7.948.593.125	14.396.561.393	17.157.001.519	20.266.821.600	20.832.137.068
COFINS	15.196.663.761	17.184.015.630	18.197.511.437	17.748.332.705	30.797.134.105	38.634.038.694	45.678.823.204	50.855.605.865	52.127.832.189
CSLL	5.604.746.387	6.177.952.482	7.189.800.088	6.524.934.074	6.735.647.869	8.665.755.899	8.967.819.437	12.374.588.638	13.982.899.001
<b>Total</b>	<b>48.565.943.163</b>	<b>66.584.044.455</b>	<b>79.641.979.721</b>	<b>80.809.130.090</b>	<b>94.177.184.147</b>	<b>118.281.172.078</b>	<b>134.662.084.624</b>	<b>153.899.321.689</b>	<b>153.831.589.209</b>
<b>Função</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Assistência	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4.441.599.575	5.298.265.332	6.513.151.120	6.492.766.104
Previdência (e Assistência)	52.575.704.988	63.956.976.947	69.990.828.722	81.168.778.156	88.844.404.923	93.407.569.119	107.544.257.918	123.218.090.688	121.930.742.061
Saúde (e saneamento)	14.781.853.535	14.727.413.213	17.986.176.038	16.610.378.820	19.149.675.414	20.270.121.061	23.633.858.199	25.434.639.564	22.789.176.122
<b>Total</b>	<b>67.357.558.523</b>	<b>78.684.390.160</b>	<b>87.977.004.760</b>	<b>97.779.156.976</b>	<b>107.994.080.337</b>	<b>118.119.289.754</b>	<b>136.476.381.450</b>	<b>155.165.881.372</b>	<b>151.212.684.286</b>
<b>Saldo</b>	<b>(18.791.615.360)</b>	<b>(12.100.345.705)</b>	<b>(8.335.025.039)</b>	<b>(16.970.026.885)</b>	<b>(13.816.896.189)</b>	<b>161.882.324</b>	<b>(1.814.296.826)</b>	<b>(1.266.559.682)</b>	<b>2.618.904.923</b>

Obs. Até 1999 as funções do gasto federal em saúde são: Previdência e Assistência e Saúde e Saneamento. A partir de 2000 são: Assistência, Previdência e saúde. Fonte despesas: SIAFI - STN/CCONT/GEINC - MF/TN - Despesa da União por Função - Orçamento Fiscal e da Seguridade. Fonte receitas: SIAFI - MF/TN - Demonstração da Execução das receitas tributárias e de contribuições - Orçamento Fiscal e da Seguridade. Elaboração própria.

**Tabela 3.1.3: Orçamento da Seguridade Social - em R\$ milhões correntes**

<b>Especificações</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
<b>Arrecadação Total</b>	<b>55.400</b>	<b>67.100</b>	<b>76.600</b>	<b>85.000</b>
FOLHA/INSS	35.100	43.700	44.200	48.100
IPMF/CPMF	-	-	6.900	8.300
COFINS	14.700	17.200	18.300	20.400
CSLL	5.600	6.200	7.200	8.200
<b>Despesa Total</b>	<b>47.400</b>	<b>56.500</b>	<b>63.520</b>	<b>67.800</b>
Previdência	32.500	41.200	47.000	51.200
Saúde	13.900	14.100	14.400	14.200
Assistência	1.000	1.200	2.120	2.400
<b>Saldo Total</b>	<b>8.000</b>	<b>10.600</b>	<b>13.080</b>	<b>17.200</b>

Fontes Receitas: SRF. Fontes Despesas: 1995/1997- Dados oficiais consolidados pela Assessoria Técnica do Partido dos Trabalhadores; 1998 - Orçamento 1998 (Lei nº 9.598/97).  
Elaboração do Gabinete Dep. Fed. Maria da Conceição Tavares (2001)

**Tabela 3.1.4: Orçamento da Seguridade Social - em R\$ milhões correntes**

<b>Especificações</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
<b>Arrecadação Total</b>	<b>53.100</b>	<b>63.800</b>	<b>77.600</b>	<b>85.000</b>
FOLHA/INSS	32.200	40.400	45.400	48.100
IPMF/CPMF	-	-	6.600	8.300
COFINS	15.300	17.200	18.500	20.400
CSLL	5.600	6.200	7.100	8.200
<b>Despesa Total</b>	<b>47.400</b>	<b>56.500</b>	<b>63.520</b>	<b>70.438</b>
Previdência	32.500	41.200	47.000	53.376
Saúde	13.900	14.100	14.400	13.959
Assistência	1.000	1.200	2.120	3.103
<b>Saldo Total</b>	<b>5.700</b>	<b>7.300</b>	<b>14.080</b>	<b>14.562</b>

Fontes Receitas: TN. Fontes Despesas: 1995/1997- Dados oficiais consolidados pela Assessoria Técnica do Partido dos Trabalhadores; 1998 - Orçamento 1998 (Lei nº 9.598/97).  
Elaboração do Gabinete Dep. Fed. Maria da Conceição Tavares (2001)

Tabela 3.1.5: Orçamento da Seguridade Social - em R\$ milhões correntes

<b>Especificações</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
<b>Arrecadação Total</b>	<b>78.960</b>	<b>93.016</b>	<b>117.320</b>	<b>136.000</b>
FOLHA/INSS	46.641	47.425	55.715	63.500
IPMF/CPMF	8.113	7.949	14.395	17.200
COFINS	17.664	30.875	38.494	46.100
CSLL	6.542	6.767	8.716	9.200
<b>Despesa Total</b>	<b>70.438</b>	<b>77.250</b>	<b>85.431</b>	<b>100.600</b>
Previdência	53.376	57.077	66.692	76.800
Saúde	13.959	16.332	16.019	19.200
Assistência	3.103	3.841	2.720	4.600
<b>Saldo Total</b>	<b>8.522</b>	<b>15.766</b>	<b>31.889</b>	<b>35.400</b>

Fontes Receitas: SRF. Fontes Despesas: SOF, STN, BC. 2001 - Orçamento reprogramado. Elaboração do Grupo de Trabalho do Curso do Mestrado "Trabalho e Proteção Social no Brasil".

## Bibliografia

- ABRASCO. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, nº 2, 2001.
- ABRASCO, FIOCRUZ, IPEA. **Macroeconomia e Saúde: uma contribuição ao debate da Organização Mundial de Saúde**. Relatório Manguinhos, maio/2002.
- AFONSO, J. R., ARAUJO, E., et alli. Uma análise da carga tributária do Brasil. **Texto para Discussão**. Brasília : IPEA, n. 583, 1998.
- AFONSO, J. R. R. Dilemas da saúde: financiamento e descentralização. **Revista BNDES**, Rio de Janeiro, volume2, número 3, junho de 1995.
- AFFONSO, R. B. A. Descentralização e reforma do Estado : a Federação brasileira na encruzilhada. **Revista Economia e Sociedade**, Campinas, SP : IE.UNICAMP, n. 14, 2000.
- \_\_\_\_\_. **A federação na encruzilhada** - Rumos : os caminhos do Brasil em debate, São Paulo, ano 1, n. 2, mar./abr. 1999. (Publicação da Comissão Nacional para as Comemorações do V Centenário do Descobrimento do Brasil).
- \_\_\_\_\_, SILVA, P. L. B. (Org.). **Descentralização e Políticas Sociais**. São Paulo : FUNDAP, 1996. (Federalismo no Brasil).
- \_\_\_\_\_, SILVA, P.L. (Orgs.) **Reforma tributária e federação**. São Paulo: FUNDAP : Editora da UNESP, 1995. (Coletânea Federalismo no Brasil).
- ANFIP. Seguridade e desenvolvimento: um projeto para o Brasil. **Ser Social**: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social da UNB, Brasília, volume1, nº 1, jul-dez/2002(a).
- ANFIP. **Análise da Seguridade Social em 2001**. Brasília, 2002(b).
- ANFIP. **Análise da Seguridade Social em 2002**. Brasília, 2003(a).
- ANFIP. **Reforma Tributária e Seguridade Social**: inverter a lógica financista para promover a justiça tributária e o crescimento econômico – fundamentos e limites das propostas de reforma. Brasília, 2003(b).
- ARRETCHE, M. **O Processo de Descentralização das Políticas Sociais no Brasil e Seus Determinantes**. UNICAMP : IFCH, 1998. (Tese de Doutorado).
- \_\_\_\_\_. **The Politics of Health Care Reform in Brazil**. Woodrow Wilson Center Workshop on the Politics of Health Sector Reforms, s.d. (mimeo).
- \_\_\_\_\_. RODRIGUEZ, V. Descentralizar e universalizar a atenção à saúde. IN: ARRETCHE, M., RODRIGUEZ, V. (Org.). **Descentralização das Políticas Sociais no Brasil**. São Paulo : FUNDAP : FAPESP; Brasília : IPEA, 1999. (Federalismo no Brasil).
- \_\_\_\_\_, RODRIGUEZ, V. (Org.). **Descentralização das Políticas Sociais no Brasil**. São Paulo : FUNDAP : FAPESP; Brasília : IPEA, 1999. (Federalismo no Brasil).
- AURELIANA, L., DRAIBE, S. M. A especificidade do " welfare state" brasileiro. In: **A política social em tempo de crise** : articulação institucional e descentralização. Brasília : MPAS/CEPAL, 1989. (Reflexões sobre a natureza do estado de bem-estar).
- BACHA, E. Prólogo para a terceira carta. **Revista de Economia Política**, Rio de Janeiro, vol. 3, nº 4, out-dez/1983.
- BELLUZZO, L. G., ALMEIDA, J. S. **A economia brasileira : da crise da dívida à agonia do Real**. Campinas, 1999. (mimeo).
- BELLUZZO, L. G., ALMEIDA, J. S. **Depois da queda : a economia brasileira da crise da dívida aos impasses do real**. Rio de Janeiro : Ed. Civilização Brasileira, 2002.
- BIASOTO JR, G. **A polêmica sobre o déficit público brasileiro**. Campinas, SP : IE.UNICAMP, 1999. (Professor Adjunto).
- BNDES. Federalismo fiscal – Receita municipal : a importância das transferências do FPM e do SUS. **Informe-se**, Brasília : SF, n. 28, junho/2001.
- BNDES. Federalismo fiscal – Ações sociais básicas : descentralização ou municipalização. **Informe-se**, Brasília : SF, n. 23, jan/2001.
- BRAGA, J. C., GOES DE PAULA, S. **Saúde e previdência : estudos de política social**. São Paulo : CEBES/HUCITEC, 1981.
- BRAGA, J. C. S., CINTRA, M. A. M., DAIN, S. A instabilidade das finanças públicas da América Latina. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, nº 2, março/1995.
- BRASIL. Presidência da República. **Uma estratégia de desenvolvimento social**. Brasília, 1996 (Coleção Documentos da Presidência da República).
- \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília : Senado, 1988. (www.senado.gov.br).
- \_\_\_\_\_. **Legislação sobre o setor saúde**. Brasília : Senado, 1990-2001. (www.senado.gov.br).
- \_\_\_\_\_. **Legislação sobre o setor saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 1990-2001. (www.saude.gov.br).
- CAJUEIRO, J. P. M. **Saúde Pública no Brasil nos anos noventa : um estudo das políticas e de seus limites macroeconômicos**. Campinas, SP : IE. UNICAMP, 2001. (Monografia).
- \_\_\_\_\_, VAZQUEZ, D., HOFLING, D., MONFREDINI, I. **Política econômica e política social no Brasil na década de noventa** : possibilidades, limites e condicionantes. Campinas, SP : IE. UNICAMP, 2001. (Trabalho do Curso de Mestrado em Economia Social e do Trabalho).
- CARNEIRO, R. M. **Reformas liberais, estabilidade e estagnação** : A economia brasileira na década de 90. Campinas, SP : Instituto de Economia da UNICAMP, 2000. (Dissertação de Livre-Docência).

- CARVALHO, C. E. As finanças públicas no Plano Real. IN: **Gestão estatal no Brasil : armadilhas da estabilização 1995-1998**, São Paulo : FUNDAP, 2000.
- CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. IN: ABRASCO. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, n° 2, 2001.
- CASTRO, J. A., MORAES, M. B., SADECK, F., DUARTE, B. C., SIMÕES, H. B. Análise da evolução e dinâmica do gasto social federal : 1995-2001. **Texto para Discussão**. Brasília : IPEA, n° 988, 2003.
- CASTRO, M. H. G. Descentralização e política de saúde: tendências recentes. **Planejamento e Política Pública**, IPEA, Brasília, n° 5, junho de 1991.
- CINTRA, M. A. M., SANTOS, J. C. A. Metodologias de acompanhamento de contas em saúde no Estado de São Paulo. IN: FUNDAP. **Análise da Regionalização dos Gastos Federais em Saúde, no Brasil e no Estado de São Paulo**. São Paulo : FUNDAP.DIESP, 2001/2002. (Contrato FUNDAP/Ministério da Saúde).
- COHN, A. Questionando o consenso sanitário. IN: ABRASCO. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, n° 2, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Políticas Sociais e Pobreza no Brasil**. Revista Planejamento e Políticas Públicas, **Brasília : IPEA, n° 12, jun/dez de 1995**.
- \_\_\_\_\_. **O sistema unificado e descentralizado de saúde : descentralização ou desconcentração?** São Paulo : FUNDAÇÃO SEADE, 1987. (São Paulo em Perspectiva).
- COIMBRA, M. **Política pública e saúde**. Belo Horizonte : F. João Pinheiro, 1987. (Análise de Conjuntura).
- CONASS. Uma resenha sobre o processo de implantação do SUS. **Informe n° 20**. Brasília, abril 1998. (este texto é uma síntese de diversos documentos e informes elaborados pela ST/CONASS em 1997 e primeiro trimestre de 1998).
- CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. IN: ABRASCO. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, n° 2, 2001.
- \_\_\_\_\_. Controvérsias no financiamento do SUS. **Revista Saúde em Debate**. Londrina, PR : Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES, 1991.
- COSTA, N. R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil : balanço e perspectiva. IN: NEGRI, B., GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil : Radiografia da Saúde**. Campinas, SP : UNICAMP. IE, 2001.
- \_\_\_\_\_. Política social e ajuste macroeconômico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n°18, 2002.
- \_\_\_\_\_, SILVA, P. L. B., RIBEIRO, J. M. Inovações organizacionais e de financiamento : experiências a partir do cenário institucional. IN: NEGRI, B., GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil : Radiografia da Saúde**. Campinas, SP : UNICAMP. IE, 2001.
- COUTO E SILVA A., MORA, M. **A Lei de Responsabilidade Fiscal e relações financeiras intergovernamentais no contexto federativo brasileiro**. Brasília : Editora da UNB, 2000. (Monografia agraciada com menção honrosa no V Prêmio Tesouro Nacional. Tópicos Especiais de Finanças Públicas. Rio de Janeiro, RJ, 2000).
- DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. **Revista Economia e Sociedade**, Campinas.SP : IE/UNICAMP, n° 17, dez/2001.
- \_\_\_\_\_. **Sustentabilidade financeira do Projeto de Saúde da Família**. Brasília : DAB.SPS.MS, abril/2001. (Projeto: Desenvolvimento de Atenção Básica – Componente I).
- \_\_\_\_\_. **Do direito social à mercadoria**. Departamento de Planejamento e Administração Pública em Saúde : UERJ, Rio de Janeiro, 2000. (Tese para Professor Titular).
- \_\_\_\_\_. Reformas Tributárias e da Previdência : muito mais do mesmo. IN: **Vinte Anos de Política Econômica**, Corecon, RJ, 1998.
- \_\_\_\_\_. Federalismo e Reforma Tributária. IN: AFFONSO, R. B. A., SILVA, P. L. B. (Org.) **A federação em perspectiva : ensaios selecionados**, São Paulo : FUNDAP, 1995. (Federalismo no Brasil).
- \_\_\_\_\_. Como não fazer política fiscal. **Revista de Economia Política**, Rio de Janeiro, vol. 3, n° 4, out-dez/1983.
- \_\_\_\_\_, ARAUJO, E. A . **Entre o Ajuste Fiscal, a Reforma Tributária e a Vinculação à Saúde : a trajetória das contribuições sociais no Brasil**. (mimeo).
- \_\_\_\_\_, FAVARET, A . C. S. C., CAVALCANTI, C. E., CARVALHO, D., QUADROS, W. L. Avaliação dos impactos da reforma tributária sobre o financiamento da saúde. IN: MEGRI, B., GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil : Radiografia da Saúde**. Campinas, SP : UNICAMP. IE, 2001.
- \_\_\_\_\_, SOARES, L. T. Reforma do Estado e políticas públicas : relações intergovernamentais e descentralização desde 1988. IN: OLIVEIRA, M. A . (Org.). **Reforma do estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas, SP : IE/UNICAMP, 1998.
- DEDECCA, C. S. Política social e política econômica. **Teoria e Debate**, n° 50, fev/mar/abr/2002.
- DELGADO, G. C. O orçamento da seguridade precisa ser recuperado. **Políticas Sociais** : acompanhamento e análise, Brasília : IPEA, n° 05, ago/2002.
- DIESP/FUNDAP. **Indicadores DIESP**. São Paulo, n. 85, 2001.
- DRAIBE, S. M. **BRASIL : a proteção social após vinte anos de experimentação reformista**. Taller Inter-Regional "Protección Social em uma Era Insegura : Um Intercambio Sur-Sur sobre Políticas Sociales Alternativas em Respuesta a la Globalización", Santiago : Chile, maio/2002.
- \_\_\_\_\_. O sistema brasileiro de proteção social : o legado desenvolvimentista e a agenda recente de reformas. **Cadernos de Pesquisa**, Campinas, SP : UNICAMP. NEPP, n. 32, 1998.

- \_\_\_\_\_. **Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil** : Saúde e Educação Fundamental. CEPAL, 1997.
- \_\_\_\_\_. (Org.). **Vinte e um anos de regime militar : balanços e perspectivas**. Rio de Janeiro : Editora FGV, 1994.
- \_\_\_\_\_. As políticas sociais e o neoliberalismo – reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. **Revista da USP**, São Paulo, n. 17, 1993.
- \_\_\_\_\_. O Sistema de Proteção Social e Suas Transformações Recentes. **Série Reformas de Políticas Públicas**, Santiago do Chile : CEPAL, n° 14, 1993.
- FAGNANI, E. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. **Revista Economia e Sociedade**, Campinas, n. 8, 1997.
- \_\_\_\_\_. Ajuste econômico e financiamento da política social brasileira: notas sobre o período 1993/98. **Revista Economia e Sociedade**, Campinas, n. 13, 1999.
- \_\_\_\_\_, BRAGA, J. C., SILVA, P. L. B. Recessão e financiamento das políticas sociais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, maio/jul de 1989.
- FAVARET FILHO, P., OLIVEIRA, P. J. A. A universalização excludente : reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. **Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro : IUPERJ, volume 23, n° 2, 1990.
- FAVERET, A. C. S. C. Federalismo fiscal e descentralização no Brasil : o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. Rio de Janeiro : IMS.UERJ, 2002. (Tese de Doutorado).
- \_\_\_\_\_, OLIVEIRA, F. A., BANEVIDES, R. P. S., et alli. **Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde**. Brasília : SIOPS.SIS.MS, s.d.
- FERNANDES, M. A., RIBEIRO, J. A. Acompanhamento e dimensionamento do gasto social federal : considerações metodológicas e resultados gerais para os anos 90. **Boletim de Políticas Sociais : Acompanhamento e Análise**. Brasília : IPEA, ano 1, jun/2000.
- FERNANDES, M. A. C. (Coord.), ROCHA, D. C. C., OLIVEIRA, M. M. S., et alli. Gasto Social nas três esferas de governo - 1995. **Texto para Discussão**. Brasília : IPEA, n° 598, 1998.
- FIORI, J. L. **Os moedeiros falsos**. Petrópolis, RJ : Vozes, 1997. (Coleção Zero a Esquerda).
- \_\_\_\_\_. **Em busca do dissenso perdido**; ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado. Rio de Janeiro : Insight, 1995.
- FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO/DIRETORIA DE ECONOMIA DO SETOR PÚBLICO - FUNDAP/DIESP. **Evolução institucional, financiamento público e condicionantes macroeconômicos da política de saúde**. São Paulo : FUNDAP, 2003. (Contrato FUNDAP/MS).
- \_\_\_\_\_. **Análise da Regionalização dos Gastos Federais em Saúde, no Brasil e no Estado de São Paulo**. São Paulo : FUNDAP.DIESP, 2001/2002. (Contrato FUNDAP/Ministério da Saúde).
- \_\_\_\_\_. **Descentralização, Financiamento e Gasto Público do Setor Saúde no Brasil**. São Paulo : FUNDAP.DIESP, 1999.
- FURTADO, C. Há risco de uma ingovernabilidade crescente. In: MINEIRO, A. S., ELIAS, L. A., BENJAMIN, C. (Org.). **Visões da Crise**. Rio de Janeiro : Contraponto, 1998. (Entrevista de Furtado publicada no Jornal do Economistas n. 97, de maio de 1997).
- GENTILE DE MELLO, C. **A saúde e assistência médica no Brasil**. São Paulo : CEBES/HUCITEX, 1977.
- GIAMBIAGI, F. O ajuste fiscal de 1999/2000. **Planejamento e Políticas Públicas**, IPEA, n° 17, jun/1998.
- \_\_\_\_\_, ALEM, A. C. **Finanças públicas : teoria e prática no Brasil**. Editora Campus, s.d.
- HENRIQUE, W. **O Capitalismo Selvagem : um estudo sobre desigualdade no Brasil**. Campinas, SP : UNICAMP. IE, 1999. (Tese de Doutorado).
- \_\_\_\_\_. Crise econômica e ajuste social no Brasil. IN: OLIVEIRA, M. A. (Org.). **Reforma do estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas, SP : IE/UNICAMP, 1998.
- IPEA. **Boletim de Políticas Sociais : Acompanhamento e Análise**. Brasília, ano 1, jun/2000.
- IPEA. **Boletim de Políticas Sociais : Acompanhamento e Análise**. Brasília, ano 2, fev/2001.
- IPEA. **Boletim de Políticas Sociais : Acompanhamento e Análise**. Brasília, ano 3, ago/2001.
- IPEA. **Boletim de Políticas Sociais : Acompanhamento e Análise**. Brasília, ano 4, fev/2002.
- IPEA. **Boletim de Políticas Sociais : Acompanhamento e Análise**. Brasília, ano 5, ago/2002.
- IPEA. **Boletim de Políticas Sociais : Acompanhamento e Análise**. Brasília, ano 6, fev/2003.
- IPEA. **Boletim de Políticas Sociais : Acompanhamento e Análise**. Brasília, ano 7, ago/2003.
- IPEA. **Boletim de Finanças Públicas**. Brasília, 1999.
- IPEA. **1995-98 - Quatro anos de transformações**. Brasília : IPEA, 1999.
- LESBAUPIN, I. (Org.). **O desmonte da nação**. Petrópolis, RJ : Vozes, 1999.
- LEVICOVTZ, E. **Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS** (Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde – 1974/1996). Rio de Janeiro : Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997. (Tese de Doutorado).
- \_\_\_\_\_, LIMA, L. D., MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90 : relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. IN: ABRASCO. **A política de saúde no Brasil nos anos 90. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, n° 2, 2001.
- LOPES, J. R. B. Novos parâmetros para a reorganização da política social brasileira. **Texto para Discussão**. Brasília : IPEA, n° 358, 1994.

- LOPREATO, F. L. C. O endividamento dos governos estaduais nos anos 90. **Revista Economia e Sociedade**, Campinas, SO : IE.UNICAMP, nº 15, 2000.
- MAGALHÃES, J. P. A., MINEIRO, A. S., ELIAS, L. A. (Org.). **Vinte anos de política econômica**. Rio de Janeiro : Contraponto, 1999.
- MARQUES, R. M., MENDES, A. Novas incertezas sobre o financiamento da saúde. **Gazeta Mercantil**, 13 de setembro de 2000.
- MARQUES, R. M., MENDES, A. Financiamento : a doença crônica da saúde pública brasileira. V **Encontro Nacional de Economia da Saúde**, Salvador, BA, 29 e 30 de novembro de 1999.
- MARTINS, C. E. Da globalização da economia à falência da democracia. **Revista Economia e Sociedade**, Campinas, SP : IE. UNICAMP, nº 6, 1996.
- MATIJASCIC, M. Reforma da Previdência no Brasil: Impasses Atuais e Perspectivas Futuras. **Cadernos de Pesquisa**, Fundação Konrad Adenauer-Brasil, setembro/2003.
- \_\_\_\_\_. **Crise e Reformas do Complexo Previdenciário no Brasil**. Campinas, SP : IE.UNICAMP, 2002. (Tese de Doutorado)
- \_\_\_\_\_. Previdência, crise fiscal e questão social no Brasil: notas introdutórias. (mimeo).
- MATTOSE, J. E. L. **Brasil desempregado**. São Paulo : Editora da Fundação Perseu Abramo, 1999.
- \_\_\_\_\_. **A desordem do trabalho**. São Paulo : Scritta, 1995.
- \_\_\_\_\_, BALTAR, P. E. A. **Transformações estruturais e emprego nos anos 90**. Campinas, SP : UNICAMP. IE. Cesit, out. 1996. (Cadernos do Cesit, n. 21).
- MÉDICI, A. C. **História e Políticas de Saúde no Brasil : um balanço do processo de descentralização**. São Paulo : Departamento de História Econômica da USP, 1999. (Tese de Doutorado em História Econômica ).
- \_\_\_\_\_. Descentralização e gastos em saúde no Brasil. IN: AFFONSO, R. B. A., SILVA, P. L. B., et alli. (Org.). **Descentralização e políticas sociais**, São Paulo : FUNDAP, 1996. (Federalismo no Brasil).
- \_\_\_\_\_. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil : balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da USP, 1994.
- \_\_\_\_\_. As contribuições de economia à análise dos problemas enfrentados pelo setor saúde na América Latina. I **Encontro Nacional de Economia da Saúde - anais**. São Paulo : Associação Brasileira de Economia da Saúde, 1994.
- \_\_\_\_\_. Universalização com qualidade: uma proposta de reorganização do sistema de saúde no Brasil. **Texto para Discussão**. Brasília : IPEA, nº 316, 1993.
- \_\_\_\_\_. Perspectivas do financiamento à saúde no Governo Collor de Mello. **Série Economia e Financiamento**. Brasília : OPS, 1991.
- \_\_\_\_\_. Descentralização e informação em saúde. **Planejamento e Política Pública**. Brasília : IPEA, nº 5, 1991.
- \_\_\_\_\_. Novas regras para o financiamento do SUS em 1991. **Revista Saúde em Debate**. Londrina, PR : CEBES, 1991.
- \_\_\_\_\_. Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras. **Planejamento e Política Pública**. Brasília : IPEA, nº 4, 1990.
- \_\_\_\_\_. Saúde e crise na América Latina: impactos sociais e políticas de ajuste. **Revista de Administração Pública**. Brasília : FGV, nº 3, volume 23, 1989.
- \_\_\_\_\_. **Crise econômica e políticas sociais : a questão da saúde no Brasil**. Campinas, SP : IE.UNICAMP, 1988. (Dissertação de Mestrado).
- \_\_\_\_\_. O financiamento do setor saúde no Brasil: propostas para a Nova República. **Revista Brasileira de Estatística**. Nº 46, 1985.
- \_\_\_\_\_, MACIEL, M. C. M. P. A dinâmica do gasto social nas três esferas de governo : 1980-92. IN: AFFONSO, R. B. A., SILVA, P. L. B., et alli. (Org.). **Descentralização e políticas sociais**, São Paulo : FUNDAP, 1996. (Federalismo no Brasil).
- \_\_\_\_\_, MARQUES, R. M. O Fundo Social de Emergência e o financiamento da política social no biênio 1994/1995. **Notas Técnicas**, São Paulo : IESP.FUNDAP, nº 5, maio/1994.
- \_\_\_\_\_, MARQUES, R. M., SILVA, S. Política social. In: **Gestão estatal no Brasil : limites do liberalismo 1990-1992**. José Geraldo Portugal Jr. (coord.) São Paulo: Fundap, 1995.
- \_\_\_\_\_, OLIVEIRA, F. E. B. Considerações sobre o sucateamento da rede pública e privada de saúde. **Texto para Discussão**. Brasília : IPEA, nº 252, 1992.
- \_\_\_\_\_. **A política de saúde no Brasil : subsídios para uma reforma**. Brasília : IPEA, 1991. (Documentos de Política).
- \_\_\_\_\_, SILVA, P. L. B. Alternativas de financiamento da atenção à saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília : MS, 1986.
- MELLO, J. M. C. Consequências do neoliberalismo. **Revista Economia e Sociedade**, Campinas, n. 1, 1992.
- MELO, M. A. ., COSTA, N. R. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília : IPEA, 1994.
- MENDES, A. ., MARQUES, R. M. Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira. V **Encontro Nacional de Economia da Saúde**. Salvador, BA, 1999.
- \_\_\_\_\_. Novas incertezas sobre o financiamento da saúde. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, 13 de set. de 2000.

- MERCADANTE, A. (Org.). **O Brasil pós-Real : a política econômica em debate**. Campinas, SP : UNICAMP. IE, 1997.
- MÉRRINI, F.X. O Estado Providência. **Collection Que Sais Je?**, 1994.
- MINEIRO, A. S., ELIAS, L. A., BENJAMIN, C. (Org.). **Visões da Crise**. Rio de Janeiro : Contraponto, 1998. (Entrevista de Batista Jr. publicada no Jornal do Economistas n. 105, de janeiro de 1998).
- MIRANDA, S. **A herança maldita de FHC**. Gabinete do Deputado, julho/2002.
- MORA, M. Federalismo e dívida estadual no Brasil. **Texto para Discussão**, Rio de Janeiro : IPEA, nº 866, março/2002.
- NASCIMENTO, V. B. SUS, gestão pública da saúde e sistema federativo no Brasil. São Paulo : USP, 2000. (Tese de Doutorado).
- NEGRI, B., GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil : Radiografia da Saúde**. Campinas, SP : UNICAMP. IE, 2001.
- NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS - NEPP. **A Reforma do Estado e o Setor Saúde**. Campinas : UNICAMP. NEPP, 1997.
- \_\_\_\_\_. **Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil : Saúde e Educação Fundamental**. CEPAL, 1997.
- \_\_\_\_\_. **Reforma da seguridade social no Brasil**. Campinas : UNICAMP. NEPP, 1998. (Relatório final de pesquisa, jun. 98 - Convênio CIESU/NEPP-FECAMP).
- \_\_\_\_\_. **Evolução e Reforma no Setor Saúde: Economia e Política numa Abordagem Institucional Comparada**. Campinas : UNICAMP. NEPP, 1998.
- NETTO, A. D. O Plano Real e a armadilha do crescimento econômico. In: MERCADANTE, A. (Org.). **O Brasil pós-Real : a política econômica em debate**. Campinas, SP : UNICAMP. IE, 1997.
- \_\_\_\_\_. O desemprego é a âncora do Real. In: MINEIRO, A. S., ELIAS, L. A., BENJAMIN, C. (Org.). **Visões da Crise**. Rio de Janeiro : Contraponto, 1998. (Entrevista de Delfim Netto publicada no Jornal do Economistas n. 107, de março de 1998).
- OLIVEIRA, C. A. B., MATTOSO, J. E. L. (Org.). **Crise e trabalho no Brasil : modernidade ou volta ao passado?** São Paulo : Scritta, 1996.
- OLIVEIRA, M. A. (Org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas, SP : UNICAMP. IE, 1998.
- OLIVEIRA, F. A. Evolução, Determinantes e Dinâmica do Gasto Social no Brasil: 1980/1996. **Texto para Discussão**. Brasília : IPEA, nº 649, 1999.
- PIOLA, S. F. (Org.). **Economia da saúde : conceitos e contribuições para a gestão da saúde**. Brasília : IPEA, 1995.
- \_\_\_\_\_. **A descentralização na política de saúde pública : avanços, limites e perspectivas**. s.d. (mimeo).
- \_\_\_\_\_. Municipalização das políticas públicas: a experiência brasileira da saúde. **Anais do Seminário "Municipalização das Políticas Públicas"**. Brasília : IPEA/IBAM/ENAP, 1993.
- \_\_\_\_\_. **A Política de saúde na Nova República : subsídios para a sua formulação**. Brasília : IPEA/IPLAN, 1985. (Documento de Trabalho).
- \_\_\_\_\_. Descentralização e repartição de encargos no SUS. **Planejamento e Política Pública**. Brasília : IPEA, Nº 5, 1991.
- \_\_\_\_\_, VIANNA, S. M., BARROS, M. E. Política de Saúde na Brasil: diagnóstico e perspectivas. **Texto para Discussão**. Brasília : IPEA, nº 401, 1996.
- \_\_\_\_\_, BIASOTO JR, G. **Finanças e dispêndios : financiamento do SUS, gasto público e base tributária**, 2000. (mimeo).
- \_\_\_\_\_, BIASOTO JR, G. Financiamento do SUS nos anos 90. IN: NEGRI, B., GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil : Radiografia da Saúde**. Campinas, SP : UNICAMP. IE, 2001.
- \_\_\_\_\_, S. F., RIBEIRO, J. A. C., REIS, C. O. Financiamento das Políticas Sociais nos anos 1990: O Caso do Ministério da Saúde. **Texto para Discussão**. Brasília: IPEA, n. 802, 2001.
- \_\_\_\_\_, RIBEIRO, J. A. C., REIS, C. O. O. **Financiamento da Saúde: o que mudou com a CPMF**, 1999. (mimeo).
- \_\_\_\_\_, VIANNA, S. M. Regionalização dos gastos federais com saúde : desigualdade na distribuição espacial dos recursos. IN: FUNDAP. **Análise da Regionalização dos Gastos Federais em Saúde, no Brasil e no Estado de São Paulo**. São Paulo : FUNDAP.DIESP, 2001/2002. (Contrato FUNDAP/Ministério da Saúde).
- \_\_\_\_\_, VIANNA, S. M. Os desafios do SUS. **I Encontro Nacional de Economia da Saúde - Anais**. São Paulo : Associação Brasileira de Economia em Saúde, 1994.
- PLIHON, D. Desequilíbrios mundiais e instabilidade financeira : a responsabilidade das políticas liberais : um ponto de vista keynesiano. **Revista Economia e Sociedade**, Campinas, SP : IE. UNICAMP, nº 7, 1996.
- POCHMANN, M. **O movimento de desestruturação do mercado de trabalho brasileiro nos anos 90 : uma análise regional**. Campinas : UNICAMP. IE. Cesit, 1998.
- REIS, C. O., O. Desigualdades no acesso aos serviços de saúde. IN: NEGRI, B., GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil : Radiografia da Saúde**. Campinas, SP : UNICAMP. IE, 2001.
- SAMPAIO, P. S. A. A armadilha das dívidas eternas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 11 set. 2000. Caderno Dinheiro. Opinião Econômica.
- SERRA, J., AFONSO, J.R. Finanças públicas municipais: trajetórias e mitos, Rio de Janeiro, Centro de Estudos de Políticas Públicas, **Texto para Discussão**, nº 1, julho/1992.
- SILVA, P. L. B. **Reforma do Estado e política social no Brasil : limites da intervenção estatal**. Campinas, SP : UNICAMP. NEPP, 1998.

- \_\_\_\_\_. **Limites e obstáculos a reforma do Estado no Brasil : a experiência da Previdência Social na Nova República.** São Paulo : [s.n.], 1992. (Tese de Doutorado).
- \_\_\_\_\_. **Atenção à saúde como política governamental.** Campinas, SP : [s.n.], 1984. (Dissertação de Mestrado).
- SOARES, L. T., NORONHA, J. C. A política de saúde no Brasil nos anos 90. IN: ABRASCO. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, n° 2, 2001.
- SOUZA, R. R. O financiamento federal do SUS : mitos e verdades. IN: NEGRI, B. VIANA, A. L. A. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio** (O passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social). São Paulo : SOBRAVIRE.CEALAG, 2002.
- \_\_\_\_\_. O sistema público de saúde no Brasil. IN: NEGRI, B. VIANA, A. L. A. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio** (O passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social). São Paulo : SOBRAVIRE.CEALAG, 2002.
- \_\_\_\_\_. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. IN: ABRASCO. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, n° 2, 2001.
- TAPIA, J. R. B. **Políticas sociais na América Latina : diagnósticos e recomendações das agências multilaterais no início dos anos 90.** Campinas, SP : UNICAMP. NEPP, 1996. (Cadernos de Pesquisa, 28).
- TAVARES, M. C. **Destruição não criadora : memórias de um momento popular contra à recessão, desemprego e globalização subordinada.** Rio de Janeiro : Record, 1999. (Coletânea de artigos escritos por Maria Conceição Tavares publicados pela Folha de São Paulo entre 1995 e 1999).
- \_\_\_\_\_, FIORI, J. L. **(Des)Ajuste Global e a Modernização Conservadora.** Rio de Janeiro : Paes e Terra, 1993.
- VARSANO, R. et alli. Uma análise da carga tributária do Brasil. **Texto para Discussão**, RJ : IPEA, n°583, ago/1998.
- VELLOSO, J. P.R. (Org.). **Brasil: Desafios de um país em transformação.** Rio de Janeiro : José Olympio, 1997.
- VIANA, A. L. A. Descentralização : uma política (ainda) em debate. IN: ABRASCO. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, n° 2, 2001.
- \_\_\_\_\_. SUS : entraves à descentralização e propostas de mudança. IN: AFFONSO, R. B. A., SILVA, P. L. B., et alli. (Org.). **Descentralização e políticas sociais.** São Paulo : FUNDAP, 1996. (Federalismo no Brasil).
- \_\_\_\_\_, HEIMANN, L. S., LIMA, L. D., OLIVEIRA, R. G., RODRIGUES, S. H. Descentralização no SUS : efeitos da NOB-SUS 01/96. IN: NEGRI, B. VIANA, A. L. A. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio** : o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social, São Paulo : SOBRAVIRE.CEALAG, 2002.
- VIANNA, S. M. **Revisitando a distribuição de encargos na saúde entre as esferas de governo.** 2000. (mimeo).
- \_\_\_\_\_, et alli. O financiamento da descentralização dos serviços da saúde : critérios para a transferência de recursos federais para estados e municípios. **Documentos de Política.** Brasília : IPEA, n° 3, 1991.
- \_\_\_\_\_. A descentralização tutelada. **Relatório Interno 02/92.** Brasília : IPEA, 1992.
- ZAYEN, Z. et alli. Economia política da saúde: uma perspectiva quantitativa. **Texto para Discussão.** Brasília : IPEA, n° 370, 1995.

## LEGISLAÇÃO COMPLETA DO SETOR SAÚDE NOS ANOS 90

### 1. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

### 2. ATO DAS DISPOSIÇÕES CONSTITUCIONAIS TRANSITÓRIAS

### 3. LEGISLAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

#### LEGISLAÇÃO CONSTITUCIONAL COMPLEMENTAR (1990)

##### DECRETO 99060 DE 07/03/90

VINCULA O INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - INAMPS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS.

##### RESOLUÇÃO 227 DE 27/07/90

REGULAMENTA A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SIH/SUS.

##### DECRETO 99438 DE 07/08/90

DISPÕE SOBRE A ORGANIZAÇÃO E ATRIBUIÇÕES DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

##### LEI 8080 DE 19/09/90

DISPÕE SOBRE AS CONDIÇÕES PARA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, A ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS CORRESPONDENTES, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

##### LEI 8142 DE 28/12/90

DISPÕE SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA GESTÃO DO SUS E SOBRE AS TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS DE RECURSOS FINANCEIROS NA ÁREA DA SAÚDE, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

##### PORTARIA 1481 DE 31/12/90

DISPÕE SOBRE O CRITÉRIO PARA O REPASSE DE RECURSOS PARA ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS, E INCUMBE O INAMPS DE IMPLANTAR UMA NOVA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SUS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

#### **NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/92, DECRETOS E PORTARIAS (1991-1992)**

##### RESOLUÇÃO 258 DE 07/01/91

APROVA A NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS - NOB/SUS 01/91.

##### PORTARIA 15 DE 08/01/91

DISPÕE SOBRE O ÍNDICE DE VALORIZAÇÃO HOSPITALAR - IVH E O FATOR DE INCENTIVO AO DESENVOLVIMENTO DO ENSINO E PESQUISA UNIVERSITÁRIA EM SAÚDE - FIDEPS.

##### PORTARIA 16 DE 08/01/91

DISPÕE SOBRE A REMUNERAÇÃO HOSPITALAR E SOBRE O SIH/SUS.

##### PORTARIA 17 DE 08/01/91

DISPÕE SOBRE A REMUNERAÇÃO AMBULATORIAL E SOBRE O SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL DO SUS- SIA/SUS.

##### PORTARIA 18 DE 08/01/91

DISPÕE SOBRE O SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS DO SUS - SIOP/SUS E SOBRE A UTILIZAÇÃO DE PRODUTOS DE ÓRTESE E DE PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS.

##### PORTARIA 19 DE 08/01/91

DISPÕE SOBRE A AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH.

##### PORTARIA 20 DE 08/01/91

DISPÕE SOBRE A UNIDADE DE COBERTURA AMBULATORIAL - UCA.

##### DECRETO 100 DE 16/04/91

INSTITUI A FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

##### DECRETO 109 DE 02/05/91

APROVA A ESTRUTURA REGIMENTAL DO MS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

PORTARIA 712 DE 04/06/91  
INSTITUI O SISTEMA SETORIAL DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

RESOLUÇÃO 273 DE 17/07/91  
REEDITA A NOB/SUS 01/91.

DECRETO 229 DE 11/10/91  
APROVA A ESTRUTURA REGIMENTAL DO INAMPS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

PORTARIA 2290 DE 13/12/91  
INSTITUI PROCEDIMENTOS E MECANISMOS PARA REGULAR A SISTEMÁTICA DE PLANEJAMENTO DO SUS.

PORTARIA 2291 DE 13/12/91  
DISPÕE SOBRE A INSTITUIÇÃO DO SISTEMA SETORIAL DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO.

PORTARIA 27 DE 16/01/92  
ESTABELECE CRITÉRIOS PARA A REGULAMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DE PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO SUS, DURANTE O EXERCÍCIO DE 1992.

PORTARIA 46 DE 22/01/92  
INSTITUI O ÍNDICE DE VALORIZAÇÃO DE QUALIDADE - IVQ NA REDE HOSPITALAR DO SUS.

PORTARIA 234 DE 07/02/92  
EDITA A NOB/SUS 01/92.

DECRETO 571 DE 22/06/92  
ALTERA O ARTIGO 2º DO DECRETO 99438, DE 07/08/90, QUE DISPÕE SOBRE A COMPOSIÇÃO DO CNS.

**NOB/SUS 01/93, DECRETOS E PORTARIAS (1993-1995)**

DOCUMENTO " MUNICIPALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE: A OUSADIA DE CUMPRIR E FAZER CUMPRIR A LEI" DE 15/04/93

DECRETO 806 DE 24/04/93  
REORGANIZA O FNS, DE ACORDO COM AS DIRETRIZES E OBJETIVOS DO SUS, DE QUE TRATAM AS LEIS 8080, DE 19 DE SETEMBRO E 8142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.

PORTARIA 545 DE 20/05/93  
APROVA A NOB/SUS 01/93.

RESOLUÇÃO 62 DE 03/06/93  
APROVA A PROPOSTA DE REAJUSTE DOS VALORES DA UCA, DOS TETOS ORÇAMENTÁRIOS DOS RECURSOS PARA A COBERTURA AMBULATORIAL - RCA, DOS VALORES DOS PROCEDIMENTOS DE HEMOTERAPIA E DOS VALORES DOS DEMAIS PROCEDIMENTOS DO SUS, PARA O MÊS DE JUNHO DE 1993, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

LEI 8689 DE 27/07/93  
DISPÕE SOBRE A EXTINÇÃO DO INAMPS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

DECRETO 907 DE 31/08/93  
REGULAMENTA A LEI 8689, DE 27 DE JULHO DE 1993, QUE DISPÕE SOBRE A EXTINÇÃO DO INAMPS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

PORTARIA 1286 DE 26/10/93  
DISPÕE SOBRE A EXPLICITAÇÃO DE CLÁUSULAS NECESSÁRIAS NOS CONTRATOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ENTRE ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS E PESSOAS NATURAIS E PESSOAS JURÍDICAS DE DIREITO PRIVADO DE FINS LUCRATIVOS, SEM FINS LUCRATIVOS OU FILANTRÓPICAS PARTICIPANTES, COMPLEMENTARMENTE, DO SUS.

DECRETO 987 DE 17/11/93  
ALTERA O DECRETO 907, DE 31 DE AGOSTO DE 93, QUE REGULAMENTA A LEI 8689, DE 27 DE JULHO DE 1993, QUE DISPÕE SOBRE A EXTINÇÃO DO INAMPS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

MEDIDA PROVISÓRIA 379 DE 30/11/93  
DÁ NOVA REDAÇÃO AO ARTIGO 3º DA LEI 8689, DE 27 DE JULHO DE 1993, QUE DISPÕE SOBRE A EXTINÇÃO DO INAMPS.

PORTARIA 1883 DE 16/12/93

DISPÕE SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DA FNS.

MEDIDA PROVISÓRIA 405 DE 30/12/93

DÁ NOVA REDAÇÃO AO ARTIGO 3º DA LEI 8689, DE 27 DE JULHO DE 1993, QUE DISPÕE SOBRE A EXTINÇÃO DO INAMPS.

RELATÓRIO CONSOLIDADO DAS INSPEÇÕES EXTRAORDINÁRIAS REALIZADAS NO INAMPS (HOJE EM EXTINÇÃO), ABRANGENDO O SUS, EM TODOS OS ESTADOS DA FEDERAÇÃO DE 30/12/93

PORTARIA 203 DE 26/01/94

ESTABELECE MINUTA PADRÃO DE CONVÊNIOS A SEREM CELEBRADOS COM ESTADOS E MUNICÍPIOS COM VISTAS À HABILITAÇÃO À GESTÃO DESCENTRALIZADA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.

DECRETO 1105 DE 06/04/94

DISPÕE SOBRE O SISTEMA DE AUDITORIA DO SUS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

PORTARIA 892 DE 03/05/94

DISPÕE SOBRE A TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS PREVISTOS NA NOB/SUS 01/93, DÁ NOVA REDAÇÃO AO DISPOSITIVO REFERENTE AO FUNDO DE APOIO DO ESTADO - FAE E CRIA VALOR ADICIONAL AO FUNDO DE APOIO AO MUNICÍPIO - FAM.

PORTARIA 944 DE 12/05/94

ESTABELECE NORMAS GERAIS SOBRE A PARTICIPAÇÃO PREFERENCIAL DE ENTIDADES FILANTRÓPICAS E ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS NO SUS E DEFINE O REGIME DE PARCERIA ENTRE O PODER PÚBLICO E ESSAS ENTIDADES.

DECRETO 1226 DE 17/08/94

DISPÕE SOBRE A TRANSFERÊNCIA DE CARGOS EM COMISSÃO E FUNÇÕES DE CONFIANÇA DO INAMPS, EM EXTINÇÃO, PARA O MS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

DECRETO 1232 DE 30/08/94

DISPÕE SOBRE AS CONDIÇÕES E A FORMA DE REPASSE REGULAR E AUTOMÁTICO DE RECURSOS DO FNS PARA OS FUNDOS DE SAÚDE ESTADUAIS, MUNICIPAIS E DO DISTRITO FEDERAL, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

**NOB/SUS 01/96, IN 01/97, IN 01/98, DECRETOS E PORTARIAS (1996-1998)**

PORTARIA 2203 DE 05/11/96

APROVA A NOB/SUS 01/96.

INSTRUÇÃO NORMATIVA 01 DE 15/05/97

REGULAMENTA OS CONTEÚDOS, INSTRUMENTOS E FLUXOS DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS, ESTADOS E DO DISTRITO FEDERAL ÀS NOVAS CONDIÇÕES DE GESTÃO CRIADAS PELA NOB/SUS 01/96.

PORTARIA 1882 DE 18/12/97

ESTABELECE O PISO DA ATENÇÃO BÁSICA – PAB E SUA COMPOSIÇÃO.

PORTARIA 1883 DE 18/12/97

ESTABELECE O MONTANTE DE RECURSOS DO TETO FINANCEIRO DA ASSISTÊNCIA.

PORTARIA 1884 DE 18/12/97

FIXA O VALOR PER CAPITA NACIONAL PARA O CÁLCULO DA PARTE FIXA DO PAB.

PORTARIA 1885 DE 18/12/97

ESTABELECE O MONTANTE DE RECURSOS DESTINADOS AOS INCENTIVOS QUE COMPÕEM A PARTE VARIÁVEL DO PAB.

PORTARIA 1886 DE 18/12/97

APROVA NORMAS E DIRETRIZES DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - PACS - E DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF.

PORTARIA 1887 DE 18/12/97

DETERMINA A INSTITUIÇÃO DE COMISSÃO TÉCNICA ESPECIAL PARA FORMULAÇÃO DA NOVA TABELA DO SIH/SUS.

PORTARIA 1888 DE 18/12/97

ESTABELECE A DESCENTRALIZAÇÃO DO PROCESSAMENTO DAS AIH.

PORTARIA 1889 DE 18/12/97

DEFINE NOVA ESTRUTURA E CODIFICAÇÃO DO SIA/SUS.

PORTARIA 1890 DE 18/12/97

DETERMINA A ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO DE UNIDADES HOSPITALARES, AMBULATORIAIS E SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA DO SUS.

PORTARIA 1891 DE 18/12/97

DETERMINA À SECRETARIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MS - SVS/MS - QUE ESTABELEÇA NORMAS COMPLEMENTARES PARA EXPEDIÇÃO DE LICENÇAS DE FUNCIONAMENTO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE.

PORTARIA 1892 DE 18/12/97

INCORPORA A MODALIDADE "INTERNAÇÃO DOMICILIAR" AO SUS.

PORTARIA 1893 DE 18/12/97

AUTORIZA AS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE - SES - E AS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE - SMS - A ESTABELECEM VALORES PARA OS PROCEDIMENTOS DO GRUPO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA NA TABELA DO SIA/SUS.

INSTRUÇÃO NORMATIVA 01/98 DE 02/01/98

REGULAMENTA OS CONTEÚDOS, INSTRUMENTOS E FLUXOS DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS, ESTADOS E DO DISTRITO FEDERAL ÀS NOVAS CONDIÇÕES DE GESTÃO CRIADAS PELA NOB/SUS 01/96.

PORTARIA 51 DE 14/01/98

DIVULGA POR MUNICÍPIO (E ESTADO), O VALOR DA PARTE FIXA DO PAB.

PORTARIA 59 DE 16/01/98

DEFINE OS MECANISMOS PARA O REPASSE DOS RECURSOS QUE COMPÕEM AS PARTES FIXAS E VARIÁVEIS DO PAB PARA MUNICÍPIOS E ESTADOS E DÁ PROVIDÊNCIAS QUANTO A CRIAÇÃO DAS CONTAS BANCÁRIAS DESTINADAS A ESSE FIM.

PORTARIA 84 DE 06/02/98

DIVULGA POR MUNICÍPIO E ESTADO, O NOVO VALOR DA PARTE FIXA DO PAB, CONSIDERANDO O MÁXIMO DE R\$18,00 POR HABITANTE/ANO.

PORTARIA 157 DE 19/02/98

ESTABELECE OS CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO E REQUISITOS PARA A QUALIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS AOS INCENTIVOS AO PACS/PSF. DEFINE OS VALORES DO INCENTIVO PARA PACS E PARA AS EQUIPES DO PSF, DE ACORDO COM O VALOR DO PAB-FIXO DO MUNICÍPIO. ESTABELECE PARÂMETROS DE COBERTURA POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E POR AGENTE COMUNITÁRIO.

PORTARIA 2090 DE 26/02/98

ALTERA DISPOSITIVO DA PORTARIA 1884, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997, QUE FIXA O VALOR PER CAPITA NACIONAL PARA O CÁLCULO DA PARTE FIXA DO PAB.

PORTARIA 2091 DE 26/02/98

ALTERA DISPOSITIVO DA PORTARIA 1882, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997, QUE ESTABELECE O PAB E SUA COMPOSIÇÃO.

PORTARIA 2092 DE 26/02/98

ALTERA DISPOSITIVO DA PORTARIA 1888, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997, QUE ESTABELECE A DESCENTRALIZAÇÃO DO PROCESSAMENTO DAS AIH.

PORTARIA 2093 DE 26/02/98

ALTERA DISPOSITIVO DA PORTARIA 1893, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997, QUE AUTORIZA AS SES E SMS A ESTABELECEM VALORES PARA OS PROCEDIMENTOS DO GRUPO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA NA TABELA DO SIA/SUS.

PORTARIA 2094 DE 26/02/98

REGULAMENTA E DISPÕE SOBRE A EMISSÃO DO CARTÃO SUS – MUNICIPAL.

PORTARIA 2095 DE 26/02/98

ALTERA DISPOSITIVO DA PORTARIA 1890, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997, QUE DETERMINA A ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO DE UNIDADES HOSPITALARES, AMBULATORIAIS E SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA DO SUS.

PORTARIA 2096 DE 26/02/98

ALTERA DISPOSITIVO DA PORTARIA 1883, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997, QUE ESTABELECE O MONTANTE DE RECURSOS DO TETO FINANCEIRO DA ASSISTÊNCIA.

PORTARIA 2109 DE 26/02/98

ESTABELECE NORMAS PARA CREDENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS E AUTORIZAÇÃO PARA ESTABELECIMENTOS E EQUIPES ESPECIALIZADAS PROMOVEREM RETIRADAS, TRANSPLANTES OU ENXERTOS DE TECIDOS E ÓRGÃOS.

PORTARIA 2100 DE 27/02/98

PUBLICA OS PROCEDIMENTOS E OS RESPECTIVOS VALORES, REFERENTES AO PACS E PSF, CONSTANTES DA TABELA DO SIA/SUS, MANTENDO VALORES DIFERENCIADOS DE PAGAMENTO PARA ESTES PROGRAMAS, NO PERÍODO DE 01/02/98 A 30/04/98.

PORTARIA 2101 DE 27/02/98

ESTABELECE AS METAS FÍSICAS E FINANCEIRAS DOS ESTADOS E DO DISTRITO FEDERAL REFERENTES AO INCENTIVO DO PACS E PSF.

PORTARIA 16 DE 02/03/98

APROVA NOVAS INSTRUÇÕES PARA ALIMENTAÇÃO DOS BANCOS DE DADOS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DO SIA/SUS.

PORTARIA 2121 DE 06/03/98

DEFINE OS TETOS FINANCEIROS DAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO PARA 1998, OU SEJA, "DEFINE RECURSOS FEDERAIS DESTINADOS AO ANO DE 1998, POR ESTADO E DISTRITO FEDERAL, À ATENÇÃO BÁSICA, ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR".

PORTARIA 2283 DE 10/03/98

ESTABELECE CRITÉRIOS E REQUISITOS PARA A QUALIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS AO INCENTIVO ÀS AÇÕES BÁSICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

PORTARIA 2284 DE 10/03/98

DISPÕE SOBRE A APLICAÇÃO DO FATOR DE RECOMPOSIÇÃO ("O ABONO DE 25%").

PORTARIA 2409 DE 23/03/98

- ESTABELECE CRITÉRIOS E REQUISITOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS, NOS MUNICÍPIOS.
- DEFINE OS VALORES DOS INCENTIVOS PARA O COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS, POR MUNICÍPIO.

LEI 9656 DE 03/06/98

DISPÕE SOBRE OS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

PORTARIA 3925 DE 13/11/98

APROVA O MANUAL PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO SUS.

**LEGISLAÇÃO DE 1999**

PORTARIA 43 DE 18/01/99

DISPÕE SOBRE O REFORSUS.

LEI 9782 DE 26/01/99

DEFINE O SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, CRIA A AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

PORTARIA 91 DE 29/01/99

ESTABELECE ROTINAS COMPLEMENTARES AO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS À GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL E DEFINE ESTRATÉGIA PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DAS GESTÕES ESTADUAIS E ACOMPANHAMENTOS DAS CIB'S.

PORTARIA 35 DE 04/02/99

ADEQUA DIRETRIZES DO SIA/SUS E REDEFINE INSTRUMENTOS A SEREM UTILIZADOS PELO SISTEMA.

PORTARIA 109 DE 05/02/99

DETERMINA A EXTINÇÃO DA COORDENAÇÃO DE OPERACIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA SAÚDE - COSAU.

DECRETO 2979 DE 02/03/99

DÁ NOVA REDAÇÃO AO DECRETO 99438/90, QUE DISPÕE SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO CNS.

PORTARIA 61 DE 03/03/99

ESTABELECE QUE OS EFEITOS FINANCEIROS DA QUALIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS AOS INCENTIVOS DO PSF E PACS PASSEM A VIGORAR A PARTIR DA COMPETÊNCIA SEGUINTE AO MÊS DA ENTRADA DA "DECLARAÇÃO DE INCENTIVO" NO MS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

PORTARIA 3 DE 03/03/99

INSTITUI GRUPO DE TRABALHO PARA FORMULAR A POLÍTICA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE.

PORTARIA 176 DE 11/03/99

DISPÕE SOBRE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA.

RESOLUÇÃO 18 DE 23/03/99

DISPÕE SOBRE REGULAMENTAÇÃO DO REGIME DE CONTRATAÇÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

PORTARIA 219 DE 24/03/99

CONSTITUI A UNIDADE DE GERENCIAMENTO DO PROJETO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

PORTARIA 221 DE 24/03/99

DETERMINA QUE, A PARTIR DE 1º DE JULHO DE 1999, TODAS AS UNIDADES HOSPITALARES PASSEM A INFORMAR AO MS A OCORRÊNCIA DE TODOS OS EVENTOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, INDEPENDENTE DA FONTE DE REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

PORTARIA 476 DE 14/04/99

REGULAMENTA O PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, QUANTO AOS RESULTADOS ALCANÇADOS E QUANTO À OFERTA DE SERVIÇOS FINANCIADOS PELO PAB, CONFORME EXPRESSO NO MANUAL PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E NA NOB/SUS 01/96; E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

DECRETO 3029 DE 16/04/99

APROVA REGULAMENTO DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

PORTARIA INTERMINISTERIAL 529 DE 30/04/99

DESIGNA EQUIPE PARA DESENVOLVER PROJETO PARA IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS PARA SAÚDE.

RESOLUÇÃO 277 DE 07/05/99

APROVA CRIAÇÃO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE.

PORTARIA 710 DE 11/06/99

DISPÕE SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.

PORTARIA 832 DE 29/06/99

REGULAMENTA O PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO E DE AVALIAÇÃO A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

PORTARIAS 565 DE 05/08/99 E 661, 662 E 663 DE 10/09/99

APROVA PLANO DE TRABALHO DE APOIO ÀS AÇÕES DE SAÚDE OBJETIVANDO A RACIONALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS DE SUPRIMENTO DAS UNIDADES FEDERAIS, A CONTENÇÃO DE GASTOS PÚBLICOS E A GARANTIA DE QUALIDADE DOS INSUMOS HOSPITALARES.

PORTARIA 1069 DE 19/08/99

DISPÕE SOBRE A PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA NO ÂMBITO DO MS.

PORTARIA 1125 DE 31/08/99

DETERMINA QUE OS SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES, PRESTADOS POR UNIDADES PRÓPRIAS DOS ESTADOS, SOB GESTÃO E GERÊNCIA ESTADUAIS PASSEM A SER CUSTEADOS, EM ADIÇÃO AOS RECURSOS ESTADUAIS NELAS APLICADOS, POR MEIO DE UM VALOR MENSAL GLOBAL A SER REPASSADO PELO MS A TÍTULO DE CO-FINANCIAMENTO.

PORTARIA 1128 DE 31/08/99

DETERMINA QUE OS VALORES DA PARTE FIXA DO PAB, DO INCENTIVO PARA AÇÕES BÁSICAS E VIGILÂNCIA SANITÁRIA E DO INCENTIVO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA REPASSADOS A ESTADOS, DF E MUNICÍPIOS SERÃO ATUALIZADOS, CONSIDERANDO O DISPOSTO NA RESOLUÇÃO PR - 05/99 DO IBGE.

PORTARIA 1128 DE 01/09/99

PORTARIA PAB INCENTIVO AÇÕES BASICAS

EDITAL DE CONVOCAÇÃO 01 DE 02/09/99

DIVULGA SELEÇÃO DE CINCO SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE, UMA EM CADA REGIÃO DO PAÍS, PARA REALIZAREM UM PROJETO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL PARA O FORTALECIMENTO DAS GESTÃO ESTADUAL DO SUS.

DECRETO 3180 DE 22/09/99

ALTERA DECRETO 825/93, QUE ESTABELECE NORMAS PARA A PROGRAMAÇÃO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DOS ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL, APROVA COTAS TRIMESTRAIS DE DESPESA PARA O PODER EXECUTIVO, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

PORTARIA 1191 DE 24/09/99

DISPÕE SOBRE PACS.

DECRETO 3189 DE 04/10/99

FIXA DIRETRIZES PARA O EXERCÍCIO DA ATIVIDADE DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

PORTARIA 1211 DE 06/10/99

DIVULGA TETOS FINANCEIROS DOS ESTADOS E DF RELATIVOS À PARTE FIXA DO PAB, PROGRAMA DE COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS, PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA, AÇÕES BÁSICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SAÚDE DA FAMÍLIA.

RESOLUÇÃO 22 DE 21/10/99

ALTERA AS RESOLUÇÕES CONSU Nº 7 E 9 QUE DISPÕE SOBRE RESSARCIMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À SAÚDE.

PORTARIA 635 DE 11/11/99

DETERMINA QUE O PROCESSAMENTO DO SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS E AS ROTINAS DE COBRANÇA E PAGAMENTO REFERENTES AO RESSARCIMENTO, SERÃO REALIZADAS DE ACORDO COM AS RESOLUÇÕES CONSU Nº 7/98 E 22/98; E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

PORTARIA 1329 DE 12/11/99

ESTABELECE NOVA SISTEMÁTICA PARA O CÁLCULO DO INCENTIVO FINANCEIRO AO PSF, PARTE INTEGRANTE DO PAB.

PORTARIA 637 DE 16/11/99

ESTABELECE QUE A SISTEMÁTICA DE PAGAMENTOS DOS SERVIÇOS PROFISSIONAIS PASSA A SER EFETUADA PELO RATEIO DE PONTOS DOS ATOS MÉDICOS POR AIH.

PORTARIA 1329 DE 16/11/99

DISPÕE SOBRE PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

PORTARIA 46 DE 17/11/99

PUBLICA TETO FINANCEIRO MENSAL DOS MUNICÍPIOS HABILITADOS EM GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

PORTARIA 1350 DE 18/11/99

DEFINE CRITÉRIOS PARA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DOS INCENTIVOS AO PACS/PSF DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE PARA OS FUNDOS ESTADUAIS DE SAÚDE.

PORTARIA 1348 DE 19/11/99

DISPÕE SOBRE PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

MEDIDA PROVISÓRIA 1928 DE 25/11/99

CRIA A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

PORTARIA 1399 DE 15/12/99

REGULAMENTA A NOB/SUS 01/96 NO QUE SE REFERE AS COMPETÊNCIAS DA UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS E DF, NA ÁREA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS, DEFINE A SISTEMÁTICA DE FINANCIAMENTO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

**LEGISLAÇÃO DE 2000**

DECRETO 3327 DE 05/01/2000

APROVA O REGULAMENTO DA AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR - ANS, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.

PORTARIA 12 DE 10/01/00

DEFINE OS INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA NO ANO 2000.

LEI 9961 DE 28/01/2000

CRIA A AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR - ANS E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.

PORTARIA 358 DE 03/04/00

DISPÕE SOBRE UGP – CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE.

PORTARIA 508 DE 22/05/00

DISPÕE SOBRE A Operacionalização das Unidades gestoras dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde.

PORTARIA 779 DE 17/07/00

DEFINE INDICADORES DAS NORMAS TÉCNICAS/PAB.

DECRETO DE 28/07/2000

CONVOCA A 11 CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE, E DA OUTRAS PROVIDENCIAS.

DECRETO 3571 DE 21/08/00

DÁ NOVA REDAÇÃO A DISPOSITIVOS DO REGULAMENTO DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA APROVADO PELO DECRETO 3029 DE 16/04/9.

DECRETO 3594 DE 08/09/2000

DISPÕE SOBRE A EXECUÇÃO DO AJUSTE COMPLEMENTAR AO CONVENIO BASICO ENTRE O GOVERNO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE E AO ACORDO ENTRE O GOVERNO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E A REPARTIÇÃO SANITARIA PAN-AMERICANA PARA O FUNCIONAMENTO DO ESCRITORIO DE AREA DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE NO BRASIL, DE 16 DE MARÇO DE 2000.

EMENDA CONSTITUCIONAL 29 DE 13/09/00

ALTERA OS ATRS. 34, 35, 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.

MEDIDA PROVISÓRIA 2039-21 DE 26/09/00

ALTERA DISPOSITIVOS DA LEI 9782, DE 26/01/99, QUE DEFINE O SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, CRIA A AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

PORTARIA CONJUNTA 1163 DE 11/10/00

DISPÕE SOBRE O SIOPS.

PORTARIA 1147 DE 13/10/00

DISPÕE SOBRE A REORGANIZAÇÃO DOS NÚCLEOS ESTADUAIS DO MS.

PORTARIA 1359 DE 12/12/00

DISPÕE SOBRE A REORGANIZAÇÃO DOS MUNICIPIOS /NOB/SUS.

**LEGISLAÇÃO DE 2001**

PORTARIA 95 DE 26/01/01

APROVA A NORMA OPERACIONAL BÁSICA DA SAÚDE (NOAS).

PORTARIA 141 DE 01/02/01

ATUALIZAR VALORES FARMACIA BÁSICA (FPE E FPM).

PORTARIA 142 DE 01/02/01  
ATUALIZAR VALORES PAB-FIXO.

DECRETO 3745 DE 05/02/2001  
INSTITUI O PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE.

PORTARIA 217 DE 16/02/01  
IMPLANTAÇÃO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE.

PORTARIA 227 DE 19/02/01  
NORMAS DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO E SAÚDE.

PORTARIA 343 DE 22/03/01  
DISPÕE SOBRE O INCENTIVO ASSIST. FARMACIA BASIVA/ SAÚDE DA FAMÍLIA

PORTARIA 544 DE 16/04/01  
DISPÕE SOBRE A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE.

PORTARIA INTERMINISTERIAL 163 DE 04/05/01

MEDIDA PROVISÓRIA 2206 DE 06/09/2001  
CRIA O PROGRAMA NACIONAL DE RENDA MÍNIMA VINCULADO A SAÚDE: "BOLSA-ALIMENTAÇÃO" E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

MEDIDA PROVISÓRIA 2206 DE 06/09/2001  
CRIA O PROGRAMA NACIONAL DE RENDA MÍNIMA VINCULADO A SAÚDE: "BOLSA-ALIMENTAÇÃO" E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

#### **4. LEGISLAÇÃO SOBRE A CPMF**

EMENDA CONSTITUCIONAL 12 DE 1996  
OUTORGA COMPETÊNCIA À UNIÃO, PARA INSTITUIR CONTRIBUIÇÃO PROVISÓRIA SOBRE MOVIMENTAÇÃO OU TRANSMISSÃO DE VALORES E DE CRÉDITOS E DIREITOS DE NATUREZA FINANCEIRA.

LEI 9311 DE 24/10/96  
INSTITUI A CONTRIBUIÇÃO PROVISÓRIA SOBRE MOVIMENTAÇÃO OU TRANSMISSÃO DE VALORES E DE CRÉDITOS E DIREITOS DE NATUREZA FINANCEIRA - CPMF, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

LEI 9539 DE 12/12/97  
DISPÕE SOBRE A CONTRIBUIÇÃO PROVISÓRIA SOBRE MOVIMENTAÇÃO OU TRANSMISSÃO DE VALORES E DE CRÉDITOS E DIREITOS DE NATUREZA FINANCEIRA - CPMF.

EMENDA CONSTITUCIONAL 21 DE 18/03/99  
PRORROGA, ALTERANDO A ALÍQUOTA, A CONTRIBUIÇÃO PROVISÓRIA SOBRE MOVIMENTAÇÃO OU TRANSMISSÃO DE VALORES E DE CRÉDITOS E DIREITOS DE NATUREZA FINANCEIRA, A QUE SE REFERE O ART. 74 DO ATO DAS DISPOSIÇÕES CONSTITUCIONAIS TRANSITÓRIAS.

#### **6. OUTRAS LEGISLAÇÕES CONSULTADAS**

LEI CONSTITUCIONAL COMPLEMENTAR 101 DE 04/05/00 - LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL

LEI CONSTITUCIONAL COMPLEMENTAR 87 DE 13/09/96 - LEI KANDIR

LEI CONSTITUCIONAL COMPLEMENTAR 82 DE 27/03/95 - LEI CAMATA

EMENDA CONSTITUCIONAL 17 DE 22/11/97 - FUNDO SOCIAL DE EMERGÊNCIA/FUNDO DE ESTABILIZAÇÃO FISCAL