

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

INSTITUTO DE ECONOMIA

MONOGRAFIA



1290000506



IE

TCC/UNICAMP C124s



**“Saúde Pública no Brasil nos anos noventa: um estudo das políticas e
de seus limites macroeconômicos”**

Juliana Pinto de Moura Cajueiro

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO
INSTITUTO DE ECONOMIA
UNICAMP

CAMPINAS, JANEIRO DE 2001

CEDOC/IE

M635

SUMÁRIO

Apresentação	3
Capítulo I – Antecedentes (1964-1989)	4
I.1 - A política de saúde no regime militar (1964-1984)	4
I.2 - O período de reformas (1985-1989) e a Constituição de 1988	8
Capítulo II – Distorções do Sistema Único de Saúde (1990-1992)	16
Capítulo III – Tentativas de reorganização do Sistema Único de Saúde (1993-1998) ..	39
Capítulo IV – Cenário macroeconômico internacional e nacional nos anos 90 e as suas implicações sobre o setor social	81
IV.1 - Cenário internacional e inserção brasileira	81
IV.2 - Política macroeconômica brasileira nos anos 90	82
IV.3 - Problemáticas macroeconômicas impostas à política social	88
Conclusões e Perspectivas	94
Bibliografia	100
Legislação Consultada	106
Sites da Internet Consultados	117

APRESENTAÇÃO

O objeto desta monografia é a saúde pública no Brasil nos anos noventa, mais especificamente a política pública que norteia o Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo que o presente trabalho concentra-se no estudo da legislação do setor saúde ao longo desta década. E traz ainda, referente ao mesmo período, um breve relato sobre o financiamento da saúde e sobre os grandes programas macroeconômicos que significaram uma dificuldade a mais para o desempenho do SUS.

Neste sentido, o trabalho faz também uma referência ao período anterior para podermos entender por que a Constituição Federal de 1988 representa um marco na história não só da saúde, ao implementar o SUS e os princípios que norteiam o setor da saúde; mas também de toda a área social, ao instituir o conceito da Seguridade Social e os seus princípios. E ainda podemos dizer que todas as discussões e críticas que envolvem a saúde pública brasileira nos anos noventa vão sempre levar em consideração ou questionar os princípios constitucionais.

A estrutura deste trabalho segue a seguir. O primeiro capítulo traz o cenário da saúde entre os anos de 1964 e 1989, tratando primeiramente do período da ditadura e em seguida do período de reformas, incluindo a Constituição de 1988. O segundo capítulo trata do período compreendido entre 1990 e 1992, apresentando a legislação que norteia a implantação dos SUS, a fim de perceber a estratégia governista para o setor saúde, e discutindo brevemente o financiamento ao longo destes anos. O terceiro capítulo faz a mesma apresentação para o período que vai de 1993 até 1998. O quarto capítulo faz uma discussão a respeito dos entraves da política macroeconômica frente a política social, que inclui o setor saúde, durante os anos 90. Por último será apresentada uma conclusão sobre tudo o que foi exposto e uma perspectiva para o setor saúde dada as mudanças mais relevantes que ocorreram recentemente, isto é, ao longo dos anos 1999 e 2000.

CAPÍTULO I – ANTECEDENTES (1964-1989)

Este capítulo pretende fornecer os dados do setor saúde referentes ao período anterior aos anos noventa, tomando como início o ano de 1964. Sendo que o período entre 1964 e 1989 pode ser dividido em dois sub-períodos: um entre 1964-1984, que está relacionado ao governo militar; o outro compreende os anos entre 1985-1989, o início da Nova República¹.

I.1 - A POLÍTICA DE SAÚDE NO REGIME MILITAR (1964-1984)

O primeiro sub-período, que vai de 1964 até 1984, se refere ao governo militar, logo, vamos ter uma estratégia pública para o aparato social, do qual faz parte o setor da saúde, de acordo com as normas de uma ditadura. De um modo geral podemos dizer que era uma estratégia conservadora, com as seguintes características:

- “regressividade” dos mecanismos de financiamento, pois a maior parte dos recursos estava vinculada a fontes auto-sustentáveis e parafiscais, com restrição a utilização de recursos fiscais, o que reflete o caráter periférico conferido aos objetivos redistributivos na estratégia governamental.
- centralização do processo decisório, em função do caráter autoritário do sistema vigente e de fatores econômicos, resultado das reformas institucionais promovidas pelo governo militar.
- privatização do espaço público, devido a extrema intromissão dos interesses particulares, empresariais e clientelistas nas questões sociais.
- expansão da cobertura, o que refletia mais a capacidade de intervenção do Estado e que era fruto das mudanças institucionais.
- reduzido caráter redistributivo, pois estas características do sistema acabaram por gerar uma reduzida capacidade redistributiva do aparato público social.

Tratando especificamente do setor saúde, temos, de um lado, a assistência médica (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. O caráter regressivo destas é percebido em diversos estudos². Quanto à saúde pública, não foram instituídas fontes parafiscais, ficando este setor totalmente dependente dos recursos do Tesouro Nacional, deixando o setor da saúde em absoluta marginalização dentro da estratégia conservadora geral da condução da economia³.

A centralização das políticas públicas sociais no governo federal não fugiu a regra no caso da saúde, de modo que a política de saúde ficou ligada ao Instituto Nacional da Previdência Social (INPS)⁴, que concentrou não só as políticas de assistência médica, como também de previdência e de assistência social.

A questão da privatização do espaço público esteve muito presente no setor da saúde. Os serviços de saúde eram cada vez mais oferecidos pelo setor privado, conformando um modelo “médico assistencial privatista”, opção institucionalizada a partir de 1968. Isso acabou por gerar a “mercantilização” da medicina, logo, a saúde ficou sujeita a tudo o que acompanha qualquer sistema de mercado⁵.

Enfim, percebemos que estava conformado 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 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.

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

¹ Todos os dados sobre os antecedentes foram retirados dos livros de Fagnani (1997), Fagnani (1999), Medici (1994) e Levcovitz (1997).

² De Braga & Paula (1981).

³ Ver Braga & Paula (1981), Coimbra (1985) e Fagnani (1985).

⁴ O INPS foi criado em 1967 através da fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's).

⁵ Ver Gentile de Mello (1977:157-63).

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.

Continuando a análise do governo militar, podemos dizer que o período entre 1964 e 1967 foi o momento das reformas institucionais que preparariam o ciclo expansivo do “milagre”. Foi o crescimento econômico, a partir de 1968, que possibilitou a consolidação do modelo privatista na saúde, pois as bases financeiras estavam em função do nível de atividade da economia.

Mas, entre 1974 e 1980 o modelo entra em crise e o governo redireciona a sua estratégia, buscando a reforma do sistema social, enfatizando a necessidade redistributiva. No entanto as medidas do governo não foram suficientes para evitar o esgotamento do modelo conservador.

Na área da saúde, a reforma abrangeu a criação do Ministério da Previdência e da Assistência Social - MPAS (1974) e do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (1976), como um dos três desdobramentos do INPS, além da institucionalização do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS (1977).

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 foram a 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).

Entretanto, entre 1981 e 1984 começa a ocorrer uma maior abertura política e o quadro econômico se agrava, o que acaba por aumentar as demandas sociais da

população e diminuir a capacidade financiadora do governo, gerando pressões por mudanças mais efetivas na política social existente.

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.

E 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 tinha os principais pontos:

- 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.
- o Programa de Ações Integradas de Saúde - PAIS, buscando uma ação conjunta entre o governo federal e o estadual. O PAIS transformou-se posteriormente na estratégia denominada de Ações Integradas de Saúde - AIS.

As principais características deste plano foram:

- 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 desconcentração⁶, através da implementação, em 1982, das AIS. Este programa permitia

⁶ A colocação sobre desconcentração e descentralização é baseada na análise de Medici (1994). Ele coloca que descentralização se refere ao processo em que ocorre não apenas uma

o repasse de recursos do INAMPS para financiar os gastos com saúde dos estados e municípios, via assinatura de convênios.

Enfim, vemos que este sub-período (1964-1984) é marcado pela trajetória do regime militar brasileiro, desde o seu sucesso, até o seu desmantelamento, resultando no surgimento da Nova República, em 1985, que iria exigir novo aparato legal e institucional.

I.2 - O PERÍODO DE REFORMAS (1985-1989) E A CONSTITUIÇÃO DE 1988

O segundo sub-período, entre 1985-1989, em que se inicia a Nova República, é caracterizado pelo processo de redemocratização, vinculado a luta pela implementação de reformas que reestruturassem todo o aparato legal e institucional existente. E este processo culminaria na promulgação da Constituição Federal de 1988. Sendo que as mudanças no setor saúde neste sentido foram resultado do movimento sanitarista.

Nos anos de 1985 e 1986 temos a continuidade das AIS, já com um certo aumento do grau de desconcentração, devido a algumas inovações introduzidas que aumentaram a ligação entre o governo central e os estados e fortaleceram a estrutura de planejamento e programação das ações de saúde.

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), que vige entre 1987 e 1989.

Com o advento do SUDS, temos a passagem das unidades do nível federal do INAMPS para o estadual, sob a gestão das Secretarias Estaduais de Saúde. Simultaneamente ocorre o repasse dos recursos para estas secretarias, pois estas eram agora responsáveis pela assistência de suas novas unidades. Assim, o secretário da saúde passa a ter o total controle do seu sistema estadual de saúde. Além disso, temos o estabelecimento de um sistema descentralizado dos recursos para a assistência à saúde no nível municipal.

regionalização do poder institucional, mas também uma regionalização com autonomia política, financeira, institucional, etc. Enquanto o conceito de desconcentração trata do processo de retirada do governo central das tarefas de execução, mas sem dar aos governos regionais autonomia.

Ou seja, fica estabelecido que a União se encarregaria das ações normativas, mas também continuaria a exercer as ações de pesquisa, cooperação técnica e de produção e distribuição de medicamentos e insumos de saúde. Quanto aos Estados, ficariam as funções de execução de algumas ações e serviços e de coordenação intermediária de alguns programas e planejamentos do setor. E aos municípios caberia o planejamento local e execução dos serviços de saúde, com exceção daqueles ligados a produção de medicamentos, que ficaria a cargo das outras esferas.

O SUDS trouxe ainda outra novidade relacionada estrutura de orçamento através da instituição da Programação e Orçamentação Integrada (POI), que estabelece o acompanhamento e avaliação dos programas de saúde dos estados. Na verdade este instrumento já existia com as AIS a partir de 1985, mas é com o SUDS que ganha efetiva presença na estratégia de planejamento dos Estados.

E podemos também colocar que o SUDS significou a primeira tentativa de realizar a unificação institucional e de construir um aparato legal adequado ao processo de desconcentração na área da saúde. E ainda existia a preocupação com os critérios de transferência, de aplicação e de prestação de contas dos recursos dos estados.

Na sequência deste processo de reforma da segunda metade dos anos 80, vamos ter como resultado a Constituição de 1988. Quanto à questão social, esta Carta traz, no seu Título VIII, os princípios referentes à ordem social. No Capítulo I, coloca a disposição geral, através do artigo 193, determinando que "*A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais*".

Da seguridade social, temos o Capítulo II, que é dividido em seções de acordo com cada área (saúde, previdência e assistência social). Este capítulo traz na primeira seção as disposições gerais. Neste ponto temos o artigo 194, dispondo que "*A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social*".

No parágrafo único deste mesmo artigo, é colocado que o Poder Público deve organizar a seguridade social, com base em determinados objetivos, dentre eles: a

"universalidade da cobertura e do atendimento" e o "caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados".

Ainda quanto a Seção I, temos o artigo 195, que trata do financiamento da seguridade social, determinando que ela deve 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
- Contribuição sobre o Programa de Integração Social - PIS, e sobre o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PASEP (criados em 1974), que passam a constituir o Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT.

E este artigo ainda traz onze parágrafos, sendo que existem aqueles mais relevantes a serem destacados no presente trabalho. Fica definido, no primeiro parágrafo, que *"As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União"*. No segundo, que *"A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos"*.

No quarto parágrafo, fica definido por lei que poderão ser instituídas outras fontes *"destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social"*. No parágrafo dez fica determinado 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"*.

Quanto à área da saúde, a Constituição Federal vai tratar na segunda seção do capítulo primeiro, através dos artigos 196 ao 200. Cabe trazer os pontos mais relevantes para o presente estudo. No artigo 196, fica determinado 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".

O artigo 198 coloca que *"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, fica determinada a questão do financiamento do setor saúde, de modo que este *"será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios".*

A participação da iniciativa privada é discutida no artigo 199, sendo que é importante destacar que esta é livre e de caráter complementar do SUS. As relações entre o setor privado e o SUS serão feitas através de contratos de direito público ou de convênios, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Por último, o artigo 200 coloca que *"Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:*

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementarem sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;:

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Fica claro que a intenção da Constituição para o setor saúde era a de que fosse implementada uma política de saúde, e não somente uma política de atenção à saúde. Isso porque os princípios deixam bem claro que a proposta era a de construir não só um sistema de ações e serviços de acesso universal e igualitário e organizado de forma hierárquico e regionalizado, como uma rede de prevenção, de ações de vigilância sanitária e epidemiológica e de saneamento básico. Também fornecer o controle dos alimentos, das bebidas e da água. Além disso, observa-se a importância de constituir um suporte de pesquisa para o setor saúde, a fim de amparar o setor com um estudo médico, nutricional, farmacêutico, econômico, científico, tecnológico, e etc. E ainda participar da produção de medicamentos e equipamentos, ou de outro tipo de insumo do setor. E também colaborar na proteção do meio ambiente. Enfim, pretendia-se amparar a saúde da população não somente curando, mas promovendo, protegendo, prevenindo e oferecendo condições de bem-estar.

Entretanto, apesar de todo o avanço legal, a Constituição Federal de 1988 é uma *"versão frágil e inacabada"*⁷ que deveria ser seguida de uma legislação complementar para a consolidação efetiva do projeto reformista. Mas, essa legislação : *"concentrou-se , nos anos 90, num contexto político e econômico hostil ao projeto reformista"*⁸. Então, a

⁷ Fagnani (1999:156).

⁸ Fagnani (1999:156). Levcovitz (1997:110) vai fazer o mesmo comentário: *"O quinto ano do governo Sarney já se configurava como uma clara marca na tendência à não-implementação dos*

partir de 1989, o momento que iniciaria a legislação constitucional complementar, tivemos o início da reversão de todo o processo, com a contra-reforma impulsionada por forças políticas conservadoras.

Enfim, percebemos que a busca pela descentralização no setor saúde iniciado com as AIS e com o SUDS, em meio ao contexto de redemocratização e de reformas, vai culminar com a criação do Sistema único de Saúde (SUS), através da Constituição de 1988, mas que só vai se tornar efetivo a partir de 1990, após a promulgação da legislação constitucional complementar.

O SUS deveria representar a descentralização efetiva, mas vamos observar que nos anos 90-92 (cap. II) tivemos apenas elevação do grau de desconcentração, sendo que é a partir de 1993 (cap. III) que temos o início de um efetivo processo de descentralização.

Analisando o período todo, podemos dizer que, entre 1964-1989, tivemos uma mudança brusca na estratégia do governo central na condução da política de saúde e na concepção e execução do SUS, instituído em 1988, passando de um estratégia conservadora e centralizadora, para uma reformista e descentralizadora, pelo menos quanto aos princípios. Mas esta mudança deveria ser colocada realmente em prática com a legislação complementar, porém, tal como será colocado no capítulo seguinte, vamos acompanhar a reversão do processo.

Quanto ao financiamento, podemos dizer que durante os anos 80 a saúde foi financiada praticamente pelos recursos do FPAS. Como a principal fonte de financiamento do SINPAS eram os recursos das contribuições de empregado e empregador tinha um caráter pró-cíclico, isto é, seu montante variava em função da variação do nível de atividade. Por isso entre os anos de 1981 e 1983, em que o país atravessou um período de recessão, houve retração deste volume de recursos.

novos dispositivos constitucionais" e completa (1994:111) dizendo que "Desta forma a regulamentação complementar da Constituição Federal de 1988 não interessava a nenhum dos partidos políticos, uma vez que avaliam que na legislatura seguinte teriam condições políticas muito mais favoráveis de fazer valer seus interesses".

Em 1988, a Constituição procurou diversificar as fontes de recursos. Deste modo, além das contribuições de empregados e empregadores e de trabalhadores autônomos (que constituíam o FPAS), criou a CSLL e foi incorporada a receita do FINSOCIAL (posteriormente chamado de COFINS) para seu único uso.

Contudo, no ano de 1989 o OSS não foi elaborado e os novos recursos foram desviados para financiar outras atividades que não os setores da seguridade.

Relacionado ainda ao texto constitucional, foi disposto 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, serão destinados ao setor saúde”*. Isso seguiria também, até que fosse aprovada a lei orgânica da saúde. A intenção deste artigo era a de dar certa estabilidade ao financiamento e a garantia de um mínimo volume de recursos para o setor saúde.

CAPÍTULO II – DISTORÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (1990-1992)

Este capítulo irá tratar da legislação do setor saúde do período 1990-1992, o que deixará claro qual era a estratégia da política pública para o setor em questão, estratégia esta condutora do processo de implementação do SUS. E neste contexto, será tratado brevemente o financiamento do setor.

Como já foi colocado no capítulo anterior, a Constituição Federal de 1988 institucionaliza o SUS como sendo o novo sistema público de saúde, de acordo com os princípios da universalização do acesso aos serviços e da descentralização da gestão. E deveria existir uma continuidade deste processo através da legislação constitucional complementar. Entretanto esta continuidade não foi respeitada, tal como podemos observar claramente com a análise da legislação do período considerado que será feita a seguir⁹.

No ano de 1990 temos a legislação constitucional complementar, que é composta pelas seguintes normas: Decreto nº 99060 de 07/03/90, Resolução nº 227 de 27/07/90, Decreto nº 99438 de 07/08/90, Lei nº 8080 de 19/09/90, Lei nº 8142 de 28/12/90, e Portaria nº 1481 de 31/12/90¹⁰.

⁹ Levcovitz (1997:115-116) coloca que "Se, ao final do governo Sarney, a fragmentação da seguridade social já se manifestava de forma incipiente, segundo os referenciais político-ideológico, político-institucional e financeiro, nos primórdios do governo Collor ela foi não apenas intensificada sob estes mesmos pontos de vista até seus limites máximos, como foi inaugurada e consolidada organizacional e operacionalmente. Na esfera político-ideológica, o "Brasil Novo" e suas manifestas intenções de inserir o país numa "moderna economia de mercado" iniciaram este movimento por uma ruptura com qualquer idéia de solidariedade coletiva (...). Segundo o referencial político-institucional, o complexo jurídico-legal de regulamentação da seguridade, votado e promulgado entre 1990 e 1993, consolida a plena separação entre as funções, a especialização das fontes, a exoneração da participação de transferências da descentralização, num contexto político em que "(...) Congresso abdicou de discutir a regulamentação dos preceitos constitucionais relativos à ordem social, abrindo terreno para a reestruturação indispensável do projeto Collor (WERNECK VIANNA 1991)". A fragmentação financeira aprofundou os mecanismos de 1989, com uma completa apropriação pelo Tesouro Nacional das novas contribuições sociais (FINSOCIAL/COFINS e CSLL), responsabilização plena dos recursos da seguridade pela cobertura dos Encargos Previdenciários da União e completa destruição do Orçamento da Seguridade Social - OSS, que havia se tornado a única materialização do conceito constitucional de seguridade (TEIXEIRA, 1990)".

¹⁰ O Decreto nº 99060 de 07/03/90 "Vincula o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS ao Ministério da Saúde - MS"; a Resolução nº 227 de 27/07/90 "Regulamenta a implantação do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde -

O Decreto nº 99060 vincula o INAMPS ao MS, o que demonstra que o primeiro continuaria a ser um órgão responsável pelo setor saúde, mas que não deveria mais concentrar a gestão. Mas como será visto a seguir a gestão dos recursos continuará centralizada no INAMPS.

A Resolução nº 227 implanta o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e ligado a ele determina a remuneração dos serviços hospitalares, estabelecendo a forma de pagamento (creditado diretamente às unidades hospitalares em conta corrente bancária) e o índice de Valorização Hospitalar (IVH).

Com esta resolução fica claro que não existia muito controle sobre os recursos e nem existia uma gestão (orçamento, planejamento e programação) destes, pois os recursos eram repassados diretamente aos hospitais. E ainda fica determinado que a Direção Geral do INAMPS deveria assistir os gestores do SUS na operação do SIH/SUS, o que evidencia a importância deste órgão.

A Lei nº 8080 é a Lei Orgânica da Saúde (LOS) e que *"dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes"*. No seu primeiro artigo determina como disposição preliminar que através desta lei regula-se, *"em todo Território Nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado."*

Esta lei traz como disposição geral a segundo artigo que diz que *"a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício."* No primeiro parágrafo deste artigo coloca que *"o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais*

SIH/SUS"; o Decreto nº 99438 de 07/08/90 *"Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde - CNS, e dá outras providências"*; a Lei nº 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"*; a Lei nº 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"*; e a Portaria nº 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"*.

que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

No terceiro artigo da LOS, é disposto que *"a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e ao acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País."*

No artigo quarto da referida lei coloca-se que *"o conjunto das ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema único de Saúde - SUS."*

Nos artigos seguintes apresentam-se os objetivos, as atribuições, os princípios e as diretrizes, a organização, a direção e a gestão do SUS, que estão de acordo com o que foi apresentado nos artigos anteriores e com os princípios constitucionais.

Cabe destacar que os objetivos seriam os de: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, formular política de saúde de acordo com o segundo artigo desta lei e assistir à população através de ações de promoção, proteção e recuperação. Através destes objetivos percebemos quais devem ser as atribuições do SUS, ou melhor, quais devem ser os meios para atingir os fins.

Quanto aos princípios e às diretrizes, as ações e serviços de saúde, públicos ou contratados frente ao setor privado, estão de acordo com o previsto no Artigo 198 da Constituição, obedecendo aos seguintes princípios: universalidade do acesso; igualdade da assistência; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; etc.

Com relação à organização do SUS, a LOS coloca que as ações e serviços de saúde devem ser organizados regionalizada e hierarquicamente. Quanto à direção do SUS, ela deve ser única, tal como é previsto no Artigo 198 da Constituição, sendo exercida: na esfera federal, pelo Ministério das Saúde (MS); na estadual, pela Secretaria

Estadual de Saúde (SES); na municipal pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). É coloca também que podem ser criadas Comissões Intersetoriais subordinadas ao CNS.

Em seguida são colocadas as competências e as atribuições das esferas de governo, existindo aquelas que são comuns a todas elas, e as que são específicas de cada direção.

Dentre as competências e as atribuições comuns, cabe destacar: definição de instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços; administração dos recursos; organização e coordenação dos sistemas de informações em saúde; elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade; participação da formulação da política de saúde; elaboração de normas para regular as atividades privadas de saúde; elaboração de proposta orçamentária do SUS; etc.

É relevante colocar que à direção nacional do SUS compete: formular, avaliar e apoiar políticas; definir e coordenar sistemas; participar da definição de mecanismos e de normas de controle; coordenar e participar na execução de ações; prestar cooperação técnica e financeira aos estados e municípios; etc.

À direção estadual do SUS cabe: promover a descentralização para os municípios as ações e serviços de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS; prestar cooperação técnica e financeira aos municípios; executar de modo complementar, ações e serviços de saúde; etc.

Quanto à direção municipal do SUS temos as seguintes competências e atribuições: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar do planejamento, programação e organização do SUS; formar consórcios administrativos municipais; controlar e fiscalizar serviços privados de saúde; etc.

Podemos concluir que a União deve formular a política nacional, com a participação dos estados e municípios e dar a direção e realizar o controle geral, isto é, controlar os estados e os municípios. Quanto aos estados, eles devem ter uma gestão estadual do SUS e devem coordenar e controlar os seus municípios, participando de

maneira complementar na execução de ações e serviços de saúde. E os municípios devem ter uma gestão local do SUS e são eles os responsáveis pela execução dos serviços e ações de saúde.

Os artigos seguintes tratam dos serviços privados de saúde. É importante ressaltar o caráter complementar do setor privado na assistência à saúde da população. E ainda que as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do SUS.

Agora é importante analisar o ponto central da LOS: o financiamento. Quanto aos recursos é disposto, no artigo 31, 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."*

Quanto à gestão financeira, a LOS coloca, no seu artigo 33, que *"os recursos do Sistema Único de Saúde - SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde."* O artigo 34 diz que autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecada transferirão automaticamente os recursos ao Fundo Nacional de Saúde.

O artigo 35 desta lei, dispõe 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."

Complementando este artigo, temos o seu primeiro parágrafo que coloca que *"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."*

No artigo 36, sobre o planejamento e orçamento, fica estabelecido que *"o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde - SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União."*

Podemos dizer que a LOS tem uma base legal que regulamenta a questão do financiamento do SUS, que se preocupa com o montante de recursos destinados ao setor saúde e com o repasse dos recursos aos estados e municípios. Porém não é estabelecido claramente quanto do OSS será destinado ao financiamento do setor saúde. Quanto às transferências intergovernamentais, nada garante que a lei vai ser respeitada e cumprida. Essas são duas questões de debate e de grandes polêmicas ao longo dos anos 90.

Quanto aos vetos existentes na LOS eles se distribuem da seguintes maneira: um no capítulo sobre a organização, a direção e a gestão do SUS; três quanto o item sobre recursos humanos; três no capítulo referente aos recursos destinados ao financiamento; cinco no item da gestão financeira; treze no item das disposições finais e transitória a respeito do financiamento.

Podemos ver que a LOS está de acordo com o disposto na Constituição nos seguintes aspectos: instituição do SUS; acesso universal e igualitário; forma hierarquizada e regionalizada de organização das ações e dos serviços de saúde; repasse automático e

regular dos recursos aos estados e municípios; contrapartidas de recursos dos estados e municípios; etc.

Além disso, a Lei 8080/90 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 básica (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."*

Por outro lado, esta lei traz 25 vetos ao longo do seu texto, sendo que a concentração maior se dá na questão do financiamento, que representa o ponto central do funcionamento do SUS. Logo, é comum dizer que a LOS tem uma grande falha na sua espinha dorsal. E isso vai dificultar a implantação do SUS, demonstrando o caráter desestruturador do período 90-92.

A próxima norma, a Lei nº 8142, que complementa a Lei 8080/90, dispõe sobre a participação da comunidade da gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos. No seu primeiro artigo fica determinado que *"o Sistema único de Saúde - SUS, de que trata a Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:*

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho Nacional de Saúde."

No primeiro parágrafo deste artigo determina-se que a Conferência de Saúde deveria reunir-se a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política nacional de saúde. No segundo parágrafo, coloca-se que o CNS teria caráter permanente e deliberativo e seria composto por representantes do governo, prestadores de serviços,

profissionais da saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.

No segundo artigo desta lei, fica disposto que *"os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:*

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

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

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

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

No terceiro artigo da Lei 8142/90, fica determinado que *"os recursos referidos no inciso IV do artigo 2º desta Lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no artigo 35 da Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990."* O primeiro parágrafo ressalva que *"enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no artigo 35 da Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo."* O segundo parágrafo determina que estes recursos devem ir pelo menos 70% para o município, e o restante para o estado.

No quarto artigo desta lei, fica estabelecido que para os municípios, os estados e o Distrito Federal receberem os seus recursos, deveriam contar com: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; plano de saúde; relatório de gestão; contrapartida de recursos para saúde no respectivo orçamento; e Comissão de elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). Em parágrafo único fica disposto que o não cumprimento deste implica em não recebimento dos recursos de modo que estes seriam administrados pelo Estado (no caso do não cumprimento por parte do município) ou pela União (no caso do não cumprimento por parte do estado).

Analisando o disposto na Lei 8142/90 percebemos que ela está de acordo com os princípios constitucionais, tal como a Lei 8080/90. Fica claro que a intenção era regulamentar o processo de descentralização, observando a importância da participação da comunidade e estabelecendo critérios para o repasse dos recursos às esferas locais. O primeiro aspecto é relevante e sua regulamentação está de acordo com o almejado com o SUS.

Quanto as transferências de recursos, devido a não regulamentação do artigo 35 da Lei 8080/90, seria utilizado o critério populacional para efetivar o repasse dos recursos para estados, municípios e Distrito Federal (critério estabelecido no § 1º do artigo 35 da Lei 8080/90). Porém, cabe colocar que o artigo 35 da Lei 8080/90 é um dos principais artigos desta lei e de toda a regulamentação do SUS, e, por isso, deveria ser regulamentado rapidamente. Mas isso não vai acontecer nesse período (90-92), o que demonstra a falta de compromisso com os princípios do SUS e com a LOS.

Na sequência, a Portaria nº 1481, define o seguinte critério de repasse dos recursos: deve-se seguir o critério populacional, enquanto não for regulamentado o Artigo 35 da Lei 8080/90. E determina ainda que o INAMPS ficaria incumbido de implantar a nova política de financiamento do SUS para o ano de 1991, dentro dos recursos financeiros alocados ao seu orçamento para aplicação nos serviços de saúde. Com isso fica claro que o INAMPS centralizava a gestão dos recursos do setor saúde.

Posteriormente, tivemos a continuidade deste processo de distorção dos princípios constitucionais que norteiam a consolidação do SUS, com a edição da NOB 01/91, que foi substituída pela NOB 01/92, e de outras normas. A análise de toda esta legislação será feita a seguir.

A Resolução nº 258, de 07/01/91, aprova a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS 01/91). Esta norma tem por objetivo *"fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS"*, ficando estabelecidos nesta norma *"tanto os aspectos de natureza operacional como também aqueles intrinsecamente necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde estabelecidos pela Constituição de 1988, nos três níveis de governo, como também do controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos."*

A NOB 01/91 determina que de acordo com a nova política de financiamento do SUS, o orçamento do INAMPS, definido para o ano de 1991, deveria ser dividido em cinco itens: financiamento da atividade ambulatorial proporcional à população; recursos transferidos na forma de AIH's a cada unidade executora, proporcional à população; custeio da máquina administrativa do INAMPS; custeio de Programas Especiais em saúde; e investimentos. Complementa colocando que para o êxito do programa deveria estar presente o pressuposto da contrapartida dos estados e municípios de valores estabelecidos nos seus orçamentos.

Ao longo da NOB 01/91 vão ser estabelecidas normas a respeito do financiamento da atividade ambulatorial. Neste ponto determina-se que *"será utilizado o instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios"*. Também coloca que *"enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no Art. 35 da Lei 8080/90, o montante a ser transferido a Estados, Distrito Federal e Municípios será definido no Convênio, de acordo com:*

a) o critério populacional com base nos dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE;

b) empenho global (valor semestral e/ou anual);

c) índice de reajuste com base na Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA."

Quanto às ações e serviços de saúde a nível ambulatorial (públicos e privados conveniados ou contratados), estes serão pagos através do sistema de cobertura ambulatorial. Institui-se a UCA destinada a reajustar os valores a serem repassados às esferas locais. A UCA será fixada pelo presidente do INAMPS, que deverá considerar a classificação dos estados dentro dos seguintes critérios: população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde do estado e considerados os casos atípicos. O valor nominal da UCA, a partir de abril de 1991, será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do INAMPS.

O Sistema de Cobertura Ambulatorial será executado em quatro etapas: utilização da Cobertura Ambulatorial em janeiro de 1991 e criação dos Fundos Estaduais e

Municipais de Saúde; estabelecimento de requisitos básicos para as transferências automáticas e diretas do INAMPS para os municípios; articulação entre municípios através de consórcios administrativos; e implantação de novo sistema de pagamento aos prestadores, realizado diretamente pelo INAMPS, através do SIA/SUS, a partir de fevereiro de 1991.

Cabe destacar quais são os requisitos básicos para as transferências automáticas e diretas do INAMPS para os municípios que ficam estabelecidos nesta norma: criação de Conselho Municipal de Saúde e de Fundo Municipal de Saúde; apresentação do Plano Municipal de Saúde; Programação e Orçamentação da Saúde (PROS); apresentação de Relatório de Gestão Local; contrapartida de recursos para a saúde de no mínimo 10% de seu orçamento; e constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS).

E a NOB 01/91 determina que o pagamento ficará centralizado no INAMPS e será realizado automática e diretamente aos estados e municípios através do SIA/SUS. O INAMPS repassará os recursos às esferas locais, *"concretizando, desta forma, o programa de descentralização previsto no Texto Constitucional e na Lei 8080/90, visando à municipalização"*.

Ainda nesta norma são apresentados os instrumentos de acompanhamentos, controle e avaliação da execução. Quanto aos Conselhos de Saúde, atuarão na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Eles ainda deverão aprovar Planos de Saúde e fiscalizar a movimentação de recursos repassados às secretarias e/ou fundos. Um outro instrumento se refere ao Fundo de Saúde, que é de natureza contábil e financeira e que são geridos pelo órgão de saúde da esfera correspondente e fiscalizados pelo Conselho de Saúde respectivo.

Outro instrumento são os Consórcios Administrativos Intermunicipais. O quarto instrumento está relacionado aos Relatórios de Gestão, que devem conter os seguintes aspectos: finalidades essenciais; plano de trabalho elaborado; plano de trabalho executado; resultados alcançados.

Temos ainda como instrumento a PROS, que deve compatibilizar as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos, visando a melhoria da eficiência e dos procedimentos seguidos para a realização dos serviços e ações de saúde. A PROS constituirá a base de atividades e ações da cada nível de direção do SUS, mostrando as diretrizes, objetivos e metas a serem atingidos, o diagnóstico das necessidades da população e as estratégias necessárias à obtenção dos objetivos.

Os outros dois instrumentos são: Planos de Aplicação e Prestação de Contas dos Fundos de Saúde. Estes instrumentos não precisam ser detalhados neste trabalho.

A NOB 01/91 ainda estabelece normas a respeito do controle e do acompanhamento. A avaliação técnica e financeira do SUS será efetuada e coordenada pelo MS e INAMPS, em cooperação com as esferas subnacionais. O MS acompanhará a conformidade à programação aprovada da aplicação de recursos repassados. O INAMPS, como órgão repassador dos recursos e responsável pelo cumprimento dos programas financeiros, deverá exercer o controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira.

Nas disposições gerais da NOB 01/91 determina-se que *"até que o Conselho Nacional de Saúde aprove as normas de aplicação dos critérios de alocação de recursos referidos no Art. 35 da Lei Federal 8080, de 19/09/90, será utilizado exclusivamente o critério populacional."*

Dispõe-se também que o quantitativo de AIH a cada unidade executora será proporcional à população, cabendo às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição entre municípios e prestadores. As AIH's serão creditados diretamente aos hospitais em conta corrente especial do Banco do Brasil.

Quanto aos investimentos (despesas de capital), determina-se que as transferências de recursos para tal serão alocadas de acordo com os seguintes aspectos: previsão no Plano Quinquenal de Metas do MS; previsão em lei orçamentária de iniciativa do poder executivo e aprovada pelo Congresso Nacional; em caráter excepcional a critério do MS; e formalizadas mediante celebração de Convênio e/ou Termo Aditivo ao Convênio

SUS, observada a Lei Orçamentária e a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do INAMPS.

Analisando a NOB 01/91, é importante notar as dificuldades e as contradições do processo de implantação do SUS. Por um lado vemos que ela pretende estabelecer normas 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, percebemos claramente a presença ainda marcante e centralizadora do INAMPS neste processo. Temos ainda a continuação da utilização do critério populacional para o repasse de recursos aos estados e municípios, já que ainda não fora regulamentado o Art. 35 da Lei 8080/90. E também podemos questionar o fato dos recursos destinados ao custeio hospitalar serem creditados diretamente aos hospitais em conta corrente especial do Banco do Brasil, pois deveria caber ao gestor municipal o controle e a alocação dos recursos, segundo as diretrizes do SUS.

Na sequência temos as Portarias nºs 15 a 20, de 08/01/91, que dispõem sobre as remunerações dos serviços contemplados pelo SUS. Podemos dizer que estas portarias são cruciais para o funcionamento do sistema de saúde, pois determinam as regras de pagamento dos serviços oferecidos pelo sistema de saúde.

A Portaria nº 15 determina a ascensão do IVH. A Portaria nº 16 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. A Portaria nº 17 dispõe sobre as mesmas questões que a portaria anterior, mas para o nível ambulatorial, que faz parte do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). A Portaria nº 18 também traz os mesmos pontos mas para o uso de materiais de órtese, prótese e materiais especiais, a nível hospitalar. A Portaria nº 19 define as quantidades de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para cada estado. A Portaria nº 20 estabelece critérios para aplicação da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) nas transferências de recursos aos estados, Distrito Federal e municípios.

Depois vamos ter a Resolução nº 273, de 17/07/91, que reedita a NOB/SUS 01/91. Esta nova versão da NOB 01/91 leva em consideração a Portaria nº 1481, de 31/12/90, que incumbe o INAMPS de implantar a nova política de financiamento do SUS para 1991. E também considera a necessidade de normalizar os repasses financeiros automáticos e regulares aos estados e municípios até que seja regulamentado artigo 35 da Lei 8080/90, que define os critérios para a transferência intergovernamental de recursos.

Esta nova versão da NOB 01/91 vai apresentar em primeiro lugar a questão do financiamento do SUS pelo orçamento do INAMPS. Quanto ao financiamento das atividades hospitalares, elas serão pagas através do SIH/SUS e seu formulário de AIH. A quantidade de AIH destinada a cada unidade executora será proporcional à população, cabendo às SES a distribuição entre municípios e prestadores. As AIH's serão creditadas diretamente aos hospitais em conta corrente especial no Banco do Brasil, tal como já havia sido determinado na primeira versão.

E serão estabelecidos mecanismos de compensação de AIH a fim de atender especialmente às internações referente a procedimentos de alta complexidade definidos pelo Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), de modo a se constituir um Fundo de Compensação na Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.

Quanto ao financiamento da atividade ambulatorial, segue o que foi definido na primeira versão. O único ponto que apresenta uma pequena diferença se refere ao fato de que define-se nesta versão que a UCA é destinada a definir os valores a serem repassados aos estados e municípios, enquanto a primeira versão coloca que a UCA destinada a reajustar os valores a serem repassados às esferas locais.

Esta nova versão da NOB 01/91 apresenta com mais detalhe o ponto referente ao financiamento para investimento na rede. Define-se que *"os recursos para investimento serão transferidos aos estados e ao Distrito Federal para a aquisição de equipamentos de unidades assistenciais públicas estaduais e municipais, já existentes"*. Institui-se a *"Unidade de Capacitação da Rede (UCR), destinada a definir e reajustar os valores a serem repassados de forma automática e regular aos estados e ao Distrito Federal para a*

reposição e modernização tecnológica dos equipamentos da rede pública estadual e municipal".

Os estados e o Distrito Federal deverão administrar os recursos da UCR através do estabelecimento de prioridades de investimento, de acordo com os projetos previstos no Plano Municipal de Saúde e nos casos excepcionais. As transferências de outros recursos que não são repassados de forma regular e automática deverão ser justificadas pelo Plano de Saúde e observar os seguintes aspectos: previsão no Plano Quinquenal de Metas do MS; previsão nos Planos Municipais e/ou Estaduais de Saúde aprovados pelo respectivo Conselho; previsão em lei orçamentária de iniciativa do poder legislativo e aprovada pelo Congresso Nacional; em caráter excepcional a critério do MS.

O último ponto sobre o financiamento do SUS pelo orçamento do INAMPS é uma novidade desta versão e se refere ao estímulo à municipalização do SUS e às ações de saúde coletiva. De acordo com esta NOB, *"serão considerados "municipalizados" dentro do Sistema único de Saúde, os municípios que houverem atendido os requisitos básicos para transferência direta de recursos segundo a Lei 8142/90"*; requisitos semelhantes aos já colocados na primeira versão destas NOB. Deste modo, fica instituído o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM), caracterizado como repasse de recursos de custeio aos municípios efetivamente municipalizados.

Em seguida, esta segunda versão da NOB 01/91 traz os instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação, que são semelhantes aos da primeira versão.

Por último, esta NOB traz as disposições finais, das quais cabe ressaltar um ponto que também aparece na primeira versão: *"enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no Art. 35 da Lei 808/90, o montante a ser transferido a Estados, Distrito Federal e Municípios será definido no Convênio, de acordo com:*

a) o critério populacional com base nos dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; e

b) empenho global (valor semestral e/ou anual)."

Analisando esta nova versão de NOB 01/91, percebemos que não existe nenhuma mudança na estratégia do governo na condução do processo de implantação do SUS, então as distorções são as mesmas colocadas em relação à primeira versão da referida norma.

Posteriormente vamos ter a Portaria nº 234, de 07/02/92, que edita a NOB/SUS 01/92, substituindo a NOB/SUS 01/91. Esta nova NOB leva em consideração os seguintes pontos: necessidade de avançar no processo de construção e maturação do SUS e a necessidade de normatizar a organização e operacionalização da assistência à saúde no SUS para 1992. São fundamento desta norma o texto constitucional e as leis que regulamentam o SUS, Lei 8080/90 e 8142/90.

O primeiro tópico desta norma define a questão do planejamento. A NOB 01/92 determina que *"o planejamento é de competência das três esferas de Governo e constitui a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação, o controle e a gerência do sistema de saúde, e pressupõe o conhecimento da realidade existente e dos instrumentos disponíveis e necessários para se atingir as metas propostas"*. Sendo que *"uma das consequências do planejamento será proporcionar o aclaramento das responsabilidades das três esferas de governo, da definição de prestação e gestão dos serviços e do aporte dos recursos financeiros. Desta forma, o processo de planejamento-orçamentação deve ser indivisível. Assim, a Programação e Orçamentação em Saúde - PROS, é essencial enquanto parte integrante e detalhamento dos planos de saúde."*

Em seguida a NOB 01/92 traz a questão do financiamento do SUS, quanto ao financiamento da assistência à saúde. Fica definido 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"*.

Em primeiro lugar vai definir as normas referentes ao financiamento das atividades hospitalares. O que esta NOB apresenta de novo em relação a NOB 01/91 e que é relevante para este estudo está é o ponto que trata 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 os critérios estabelecidos em instrumento específico"*.

Em seguida a NOB 01/92 apresenta as normas referentes ao financiamento das atividades ambulatoriais e depois aquelas que tratam do estímulo à municipalização do SUS e às ações de ação coletiva. Estes dois pontos não apresentam nenhuma novidade em relação à NOB 01/91.

O próximo ponto deste NOB trata dos investimentos na rede. Em primeiro lugar determina que os recursos de capital para aquisição ou recuperação de equipamentos para as unidades assistenciais já existentes serão transferidos aos estados que tenham cumprido o disposto no art. 4 da Lei 8142/90.

Em seguida apresenta o 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. O valor do FEGE corresponde a uma percentual do valor mensalmente calculado para a cobertura das atividades ambulatoriais, de maneira inversamente proporcional aos valores definidos para os agrupamentos dos estados no sistema ambulatorial. E a documentação necessária deverá ser encaminhada ao INAMPS que deliberará sobre sua adequação a regularidade.

Depois, a norma estabelece o programa Pró-Saúde, que tem como objetivo principal a reorganização dos serviços de saúde com a participação das três esferas de governo. Os municípios a serem incluídos no programa serão selecionados por um dos seguintes critérios: se caracterizarem como um pólo de referência macrorregional; população igual ou superior a 200.000 habitantes; serem capitais das Unidades da Federação. Os repasses de recursos serão feitos observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

Os projetos deverão ser elaborados segundo roteiro padrão, contemplando as seguintes áreas: desenvolvimento gerencial (modelo assistencial), recursos humanos (desenvolvimento de RH) e recursos físicos (reforma e/ou construção de unidades e aquisição e/ou recuperação de equipamentos). E o gerenciamento dos projetos será realizado por uma comissão formada por elementos das três esferas de governo.

Ainda fica definido que os recursos para os investimentos que não pertencem ao repasse regular e automático e nem ao Pró-Saúde deverão ser justificados em função dos Planos de Saúde e observar alguns aspectos.

Posteriormente, a NOB discorre sobre os sistemas de informação. Não apresenta grandes novidades a este respeito. Reafirma que são basicamente dois os sistemas de informação, o SIA e o SIH, que constituem em grandes bancos de dados com informações relativas aos atendimentos ambulatorial e hospitalar, respectivamente, disponíveis a todas as secretarias de saúde, bem como a outras instituições que atuam na área. Tais dados podem e devem ser utilizados para em todos os níveis para o planejamento, o controle e a avaliação de ações e serviços de saúde.

O SIA deverá ser totalmente implementado e todas as Unidades da Federação até março de 1992. O SIH continuará centralizado pelo nível federal. Ambos devem ser operacionalizados de forma descentralizada e obrigatoriamente existir e serem utilizados.

O próximo ponto desta norma se refere ao controle, à avaliação e à auditoria do SUS. Quanto aos instrumentos não temos nenhuma novidade. O que é preciso ressaltar é o fato de que fica determinado que a *“avaliação dos municípios deve analisar se os serviços produzidos foram eficientes, eficazes e efetivos”*. E também que a *“avaliação técnica e financeira do SUS, em todo território nacional, será efetuada e coordenada pelo MS e INAMPS em conjunto com os estados, Distrito Federal e municípios”*. E ainda que *“caberá ao INAMPS, órgão repassador dos recursos e responsável por imposição legal, perante o TCU, pelo cumprimento dos programas financeiros, exercer o controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira”*.

Em seguida a NOB trata do processo de municipalização para repasse de recursos. Caracteriza este processo da seguinte maneira: *“a municipalização na saúde não deve ser entendida apenas pelo cumprimento aos critérios, estabelecidos na Lei 8142/90, para repasse, de forma regular e automática, do recursos financeiros federais para a cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios. Ele deve ser entendida principalmente pela nova responsabilidade do município de administrar as ações e serviços de saúde em sua área de abrangência, planejando,*

decidindo e gerindo os recursos humanos, materiais e financeiros. É o estabelecimento do comando único do SUS na esfera municipal".

E esta norma regulamenta apenas os aspectos relativos aos critérios para repasse dos recursos referentes a Lei 8142/90 e ao fluxo de documentação necessária à aferição do seu cumprimento, que continua sendo realizada pelo INAMPS.

Outro ponto importante e novo da NOB 01/92 é a questão da produtividade e qualidade. A norma vai definir que *"na área da saúde, uma política de qualidade e produtividade é fundamental"*. Em relação à produtividade, ela vem sendo incentivada, 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). E *"cabe agora aos gestores estaduais e municipais o desenvolvimento e universalização de mecanismos que possibilitem o pagamento de incentivos pessoais à produtividade, dedicação e deslocamento, o que já vem sendo praticado com sucesso por diversas Secretarias Estaduais e Municipais"*.

Em relação 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"*. Os princípios operacionais gerais e estratégicos deste sistema são: simplicidade, reconhecimento da heterogeneidade, dinâmica e gradualidade. As medidas iniciadoras do processo de avaliação de qualidade serão: implantação do Índice de Valorização de Qualidade (IVQ), elaboração de um documento básico sobre "Direitos dos Usuários do SUS", e incentivo para organização de "Comissões Internas de Avaliação e Controle de Qualidade".

Por último a NOB traz as disposições gerais. A única novidade está no ponto que define que a partir de 1993 os recursos financeiros destinados à assistência à saúde serão repassados de forma globalizada aos Fundos Estaduais de Saúde, devendo ser administrados pelas respectivas secretarias e conselhos. A implementação do planejamento ascendente e a PROS substituirão a atual sistemática dos repasses federais segmentados por atividades.

Enfim, percebemos que 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.

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 8142/90 que trata deste critério. Mas a norma não avança neste sentido.

Outro ponto que deve ser comentado diz respeito a 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 podemos 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.

Estas normas apresentadas acima são as principais do período e as mais relevantes para o presente trabalho, mas cabe destacar as que estão dispostas a seguir. O Decreto nº 109, de 02/05/91 que aprova a Estrutura Regimental do MS. A Portaria nº 712, de 04/06/91, que institui o Sistema Setorial de Planejamento e Programação, o que demonstra a intenção de regulamentar a implantação do SUS.

O Decreto nº 229, de 11/10/91, que aprova a Estrutura Regimental do INAMPS. No segundo artigo do primeiro anexo deste decreto fica determinado que o INAMPS teria "*por finalidade prestar apoio técnico e administrativo ao SUS na área de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e complementar, e especialmente:*

I - desenvolver, implantar e operacionalizar, em nível federal, sistema de informações assistenciais ao SUS;

II - avaliar e planejar, a nível federal e em interação com os Estados, Distrito Federal e Municípios, a Assistência à saúde no SUS;

III - assessorar os níveis estadual e municipal no desenvolvimento do SUS, bem assim no planejamento, implantação, operacionalização, controle e avaliação das ações e serviços assistenciais;

IV - acompanhar e controlar, a nível federal e em interação com os Estados, Distrito Federal e Municípios, o conjunto de ações e serviços de assistências à saúde do SUS; e

VI - administrar e controlar os recursos patrimoniais e humanos alocados ao SUS pela Previdência Social."

Além disso, fica determinado, no artigo 17 deste anexo, que "o INAMPS fica incumbido de gerenciar e auditar o repasse aos Estados, Municípios e Distrito Federal, dos recursos financeiros destinados à assistência à saúde, vem assim os pagamentos de serviços prestados, enquanto não estabelecidas novas formas de administração e gerência desses recursos."

Então, percebemos através deste decreto que o INAMPS era um órgão do MS importante no setor saúde, dadas as suas finalidades estabelecidas no segundo artigo deste decreto. E isso é reafirmado pelo artigo nº 17 que incumbe ao INAMPS o controle do repasse de recursos às esferas locais, dado que não existe outra forma de administração e gerência destes recursos.

Temos ainda a Portaria nº 2290, de 13/12/91, que institui os procedimentos e os mecanismos para regular a sistemática de planejamento do SUS. Através dela ficam determinadas as regulamentações dos Planos de Saúde e da Programação e Orçamentação da Saúde (PROS). Dispõe também sobre a habilitação dos municípios ao repasse direto dos recursos financeiros federais, as normas necessárias à

complementação do processo de planejamento e programação do SUS e determina que os recursos financeiros do SUS serão administrados pelo MS através do Fundo Nacional de Saúde (FNS) a partir de 01/01/92.

Esta portaria deixa claro que existia a intenção de regulamentar o processo de implantação do SUS e de deixar sob responsabilidade do MS a gestão dos recursos do FNS, sem mencionar a presença do INAMPS neste sentido.

Também vamos ter a Portaria nº 46, de 22/01/92, que institui o Índice de Valorização de Qualidade - IVQ na rede hospitalar do SUS. Este índice deveria estar de acordo com o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade e deveria considerar a idéia de que a qualidade é um fator intrínseco da produtividade e que deveria existir um estímulo a ações de aprimoramento da qualidade dos serviços prestados.

Percebemos que por um lado a idéia desta portaria era a de promover a qualidade dos serviços de saúde, o que é imprescindível para qualquer serviço, principalmente em se tratando da saúde das pessoas. Mas por outro lado, fica claro que esta qualidade deveria estar vinculada à produtividade, o que pode reverter o processo, pois os prestadores poderiam buscar somente produtividade e deixar de lado a qualidade. Isso fica claro pelo fato do IVQ ser um valor de 20% incidente sobre o item de serviços hospitalares das faturas das AIH, ou seja, quanto maior a fatura das AIH, isto é, quanto mais AIH, isto é, quanto maior a produtividade do hospital, maior o IVQ que a unidade hospitalar receberia.

Além disso, no período ainda existem outras Portarias e Decretos, como por exemplo: Decreto nº 100 de 16/04/91, Portaria nº 2291 de 13/12/91, Portaria nº 27 de 16/01/92 e Decreto nº 571 de 22/06/92¹¹.

¹¹O Decreto nº 100 de 16/04/91 "*Institui a Fundação Nacional de Saúde - FNS, e dá outras providências*"; a Portaria nº 2291 de 13/12/91 "*Dispõe sobre a instituição do Sistema Setorial de Planejamento e Programação*" (é igual à Portaria nº 712, de 04/06/91); a Portaria nº 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*"; e o Decreto nº 571 de 22/06/92 "*Altera o artigo 2º do Decreto 99438, de 07/08/90, que dispõe sobre a composição do CNS*".

Enfim, percebemos ao longo deste capítulo que o período do governo Collor foi marcado por distorções do SUS causados pela reversão da estratégia de política social, incluindo o setor saúde, que deixou de dar continuidade à estratégia reformista, e se seguiu uma linha de contra-reforma conservadora, o que interrompeu o processo de consolidação do SUS de acordo com os princípios constitucionais.

E um fator agravante das distorções do SUS está ligado aos limites que o programa macroeconômico impôs sobre as políticas sociais em geral, e, em particular, sobre a política de saúde. Entre 1990-1992 este impactos se refletem principalmente sobre o financiamento do setor da saúde. Mas isso será analisado no quarto capítulo.

Quanto ao financiamento do setor saúde, os gastos federais com saúde eram financiados até 90 com recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social. Mesmo com a Constituição de 1988, no ano de 1989 o OSS não foi elaborado e os novos recursos foram desviados para financiar outras atividades que não os setores da seguridade e essa situação apenas melhorou em 1990, mas não foi totalmente revertida. Somente a partir de 1991 é que a saúde passou a ser financiada efetivamente através do OSS.

E também cabe colocar que artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) dizia que *"até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor saúde"*. Isso seguiria também, até que fosse aprovada a lei orgânica da saúde. A intenção deste artigo era a de dar certa estabilidade ao financiamento e garantir um volume mínimo de recursos para o setor saúde. Porém, com a LOS, aprovada no final de 1990, o Ministério da Previdência Social reduziu o repasse para a área da saúde.

CAPÍTULO III – TENTATIVAS DE REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (1993-1998)

Este capítulo tratará da legislação do setor de saúde referente ao período compreendido entre os anos de 1993-1998, procurando perceber qual é a estratégia do governo quanto à política de saúde nestes anos. Também será tratada a questão do financiamento do setor saúde.

Podemos dizer que a partir de 1993 observamos uma tentativa de retomar a estratégia reformista da Constituição 88 e da LOS. Neste sentido, já no ano de 1993, temos a edição de dois documentos oficiais: "Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei" e a Norma Operacional Básica 01/93. Além disso, temos a extinção do INAMPS, juntamente com uma inspeção realizada neste órgão, o que demonstra claramente a busca para eliminar os entraves frente ao processo de consolidação do SUS.

O primeiro documento oficial intitulado "Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei", integra o documento "Descentralização do SUS: prioridade do MS", aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15/04/93 e elaborado pelo Grupo Especial para a Descentralização (GED), constituído no âmbito da Secretaria Executiva do MS. Este GED deveria avaliar o processo de descentralização através do cumprimento da Constituição de 1988 e das leis 8080/90 e 8142/90. Tal como o próprio documento coloca, *"O Ministério da Saúde assume como prioridade absoluta nesta gestão, o cumprimento dos dispositivos legais que regulam a implantação do SUS"*. E no final do trabalho, o grupo deveria *"elaborar propostas que viabilizem o aprofundamento do processo de implantação do SUS, priorizando a descentralização."*

O GED traz em primeiro lugar uma discussão acerca do financiamento das ações de saúde. No documento temos a seguinte preocupação deste grupo: *"O financiamento das ações de saúde é responsabilidade a ser compartilhada pelos três níveis de governo, devendo-se assegurar o aporte de recursos fiscais, regularmente, aos Fundos de Saúde."*

Entretanto, isto só não basta. O enfrentamento deste situação-problema se inicia, necessariamente, na resposta a três perguntas-chave:

1) Como ampliar a receita num quadro recessivo?

2) Como racionalizar o custo da assistência?

3) Como erradicar o desperdício?

Trata-se, no primeiro caso, de um desafio de natureza essencialmente política, no sentido de adotar medidas capazes de efetivar um compromisso entre as três esferas de governo, quais sejam:

-programar e executar entre 10 e 15% das receitas próprias da União, Estados e Municípios;

-definir claramente os itens que compõem o gasto com saúde para efeito da alocação dos recursos ao setor;

-explicitar nos orçamentos e balancetes orçamentários estaduais e municipais, o que são receitas próprias e oriundas de transferências;

-garantir que as atuais fontes de recursos para a Seguridade Social sejam arrecadas na sua totalidade; (...).

No segundo caso, o desafio se reveste de cunho preponderantemente técnico e significa, em termos sintéticos, a reformulação do sistema assistencial dominante, a fim de assegurar a manutenção, em todos os pontos do sistema, do melhor padrão possível de cada uma e de todas as ações, serviços, processos e produtos que afetam o bem-estar do indivíduo, do coletivo e a sanidade do ambiente, incluindo o do trabalho. Considera-se o melhor padrão possível, aquele que atente, simultaneamente, a três requisitos: relação otimizada entre recursos financeiros, tecnológicos e resultados; acessibilidade equânime e universal e reconhecimento por parte dos usuários.

Por fim, erradicar o desperdício, implica em reverter radicalmente a lógica da prática gerencial vigente. Isto implica que todos os gestores do sistema devem assumir a responsabilidade pela regulação e controle dos recursos materiais, humanos, financeiros, tecnológicos, cognitivos e informativos, para extrair deles o resultado último, que é a melhoria das condições de saúde da população, prestando contas desse encargo às instituições competentes e a toda sociedade."

O segundo ponto deste documento se refere a redefinição das competências das três esferas de governo. Segundo o documento, "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.

Da análise dos dispositivos legais, pode-se estabelecer, em termos gerais, que:

-à esfera federal caberão as funções típicas do Estado Nacional: formulação de políticas nacionais, apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico ao desenvolvimento de recursos humanos; a regulação do Sistema Único de Saúde de abrangência nacional; a elaboração de normas técnicas que devam ter caráter nacional; a cooperação técnica e financeira com estados e municípios; (...); o acompanhamento e avaliação do desempenho do Sistema; (...);

-à esfera estadual cabe a formulação da política estadual de saúde, a coordenação e planejamento da rede e o estabelecimento de padrões de atenção à saúde no seu âmbito, bem como a supervisão e cooperação técnica e financeira a municípios e, supletivamente, a execução de alguns serviços;

-à esfera municipal cabe a formulação de política de âmbito local, o planejamento e controle de ações e serviços de saúde, quer sejam voltados aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, incluindo os processos de produção e consumo dos produtos de interesse para a saúde.

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."

O próximo item do documento traz propostas para a descentralização. Para a reorganização da esfera federal, o que exige a revisão do organização administrativa do MS, devendo se adequar às novas funções tanto da própria esfera federal, como dos estados e municípios. Então o GED propõe a criação de Grupos-Tarefa (GT), *"que funcionem como equipes perenes, dotadas de infra-estrutura, apoio administrativo e jurídico, aos quais incumbirá redefinir estratégias para cada área, articular e coordenar as ações do MS no marco de seu novo papel no Sistema Único de Saúde e promover as transformações do sistema em todas as esferas de governo"*. Deverão se constituir GT nas seguintes áreas: financiamento, desenvolvimento científico e tecnológico, recursos humanos, planejamento e orçamento, vigilância epidemiológica e informação em saúde, qualidade de assistência à saúde, qualidade de processos e produtos, qualidade do ambiente e incentivo à participação e controle social.

O ponto seguinte trata da questão da municipalização e descentralização das ações. Coloca-se a necessidade de estratégia planejada e gradual de transição para o SUS, ao contrário do que vinha ocorrendo até então. O MS deve *"tomar a iniciativa de formular um projeto de operacionalização da municipalização de ações e serviços de saúde"*. Complementa dizendo que *"caminhos para a descentralização existem e dependem de uma ação pactuada. Não será possível atingir os objetivos constitucionais sem o prévio entendimento entre os gestores das três esferas, o que deverá ser obtido através da Comissão Tripartite"*. Ainda diz que é preciso uma *"discussão ampliada, visando obter o suporte técnico, o apoio político e a adesão institucional necessária à sua implementação, incluindo obrigatoriamente os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo"*. E por último diz que é preciso atingir os espaços de comunicação a fim de alcançar toda a sociedade para *"aprimorar a consequencia sanitária da população brasileira."*

Dentro deste assunto é colocada a questão da descentralização das ações de assistência à saúde (da rede do INAMPS e da rede da FNS), vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e a descentralização de outras ações.

O que nos interessa é o primeiro caso (descentralização das ações de assistência à saúde), no qual temos a transição da situação atual para a gestão plena almejada com o SUS, o que deveria contar com uma estratégia concreta. No momento temos *"um quadro intermediário em que os gestores poderão ter ampliado o seu espaço de governabilidade"*. O GED coloca que *"esta situação intermediária consiste na convivência de três sistemáticas diferentes de relacionamento entre as três esferas de governo"*. Essas três sistemáticas de relacionamento são: transicional incipiente, transicional parcial e transicional semiplena. Elas *"representam situações progressivas de gestão de estados e municípios sobre o SUS, convivendo simultaneamente."*

No caso da situação transicional incipiente, as *"secretarias passam assumir a responsabilidade sobre a autorização do credenciamento, descredenciamento, controle e avaliação dos serviços privados contratados no município, a distribuição de uma cota de AIH's correspondente a 8% da sua população e assumem o gerenciamento da rede ambulatorial existente no município."*

Na situação transicional parcial, *"os municípios e estados, além das responsabilidades gerenciais definidas na situação anterior, recebem o recursos financeiros referentes a diferença entre o que foi gasto com o pagamento de custeio aos prestadores públicos e privados (ambulatorial e hospitalar) e o teto financeiro fixado a partir de uma série histórica de gastos de custeio, cujo período deverá ser definido."*

Na situação transicional semiplena, *"os estados e municípios recebem a totalidade dos recursos de custeio (ambulatorial e hospitalar), elaboram os convênios com o setor privado, pagam e controlam estes serviços."*

E todas estas três situações transicionais deverão caminhar para a situação desejada, *"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."* Para que esta situação seja atingida é preciso que sejam assegurados ao setor saúde: o fluxo regular de repasses financeiros das diversas fontes para o FNS; a destinação de 10 a 155 das receitas próprias da União, Estados e Municípios; medidas político-administrativas, refletindo os requisitos essenciais para que estados e municípios possam avançar em relação a situações de gestão descritas.

O documento ainda coloca que *"para a efetivação deste processo está sendo iniciado um diagnóstico da situação vigente, visando obter-se um quadro real da rede, para definição das estratégias de municipalização nas diferentes realidades existentes."*

E em relação aos recursos de investimento, a proposta está relacionada a elaboração de Planos Municipais e Estaduais de Investimento, que deverão ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde e incorporados ao Plano Nacional de Investimento, de acordo com o Plano Quinquenal.

O segundo documento oficial se refere à Portaria nº 545, de 20/05/93, que aprova a NOB/SUS 01/93, que substitui a NOB/SUS 01/92. A NOB 01/93 *"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 diretrizes para os investimentos no setor."*

A NOB 01/93 fundamenta-se na Constituição, nas leis 8080/90 e 8142/90 e no documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei" e *"tem como objetivo disciplinar processo de descentralização da gestão dos serviços e ações na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde."* Coloca que *"a construção do SUS é um processo, no qual a diretriz de descentralização da gestão dos serviços e ações vem assumindo dimensões bastante complexas. Por esta razão, tem como fundamentos os seguintes pressupostos:*

a) a descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional; reformulação de práticas; controle social;

b) a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões;

c) o estabelecimento desta nova prática requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde (...);

d) a responsabilidade pelo financiamento das ações de saúde tem que ser compartilhada pelas três esferas de governo, assegurando, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde;

e) a transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas (...) impondo, por isso, um período de transição (...);

f) o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade (...);

g) a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal (...)."

Dados estes pressupostos, a NOB 01/93 vai determinar, em primeiro lugar, a questão do gerenciamento do processo de descentralização. No âmbito nacional temos os seguintes instrumentos para o gerenciamento: a Comissão Intergestores Tripartite (composta por representantes do MS, do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais da Saúde - CONASS e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais da Saúde - CONASEMS), que deve assistir ao MS na elaboração de propostas para implantação do SUS, submetendo-se ao poder do Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional de Saúde, formula estratégias e controla a execução da Política Nacional de Saúde.

No âmbito estadual seriam os seguintes: Comissão Intergestores Bipartite Integrada por dirigentes da Secretaria Estadual da Saúde e pelo órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde), que deve ser uma instância de negociação e decisão relativa aos aspectos operacionais do SUS; Conselho Estadual de Saúde, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde.

Por último, no nível municipal temos o Conselho Municipal de Saúde como instância local de gerenciamento do SUS, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde.

Além disso, o gerenciamento do SUS requer uma articulação entre estas instâncias federais, estaduais e municipais.

Quanto ao financiamento com recursos arrecadados pela União, temos os seguintes pontos: o financiamento das atividades ambulatoriais, o Fator de Apoio ao Município (FAM), o financiamento das atividades hospitalares e os recursos de investimento.

Em relação ao primeiro ponto, temos que as ações e serviços ambulatoriais serão custeados através do sistema de financiamento ambulatorial, tendo como instrumento operacional o SIA e o formulário próprio para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de alto custo (APA).

A Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), destinada a definir os valores a serem repassados aos estados e municípios, é fixada através de resolução da Secretaria de Assistência à Saúde, considerando a classificação dos estados, com base nas características da população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro e desempenho da auditoria estadual do ano anterior. O valor nominal será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do Fundo Nacional de Saúde.

Os Recursos para Cobertura Ambulatorial (RCA), que são destinados anualmente aos estados para a cobertura ambulatorial e serão obtidos através da multiplicação do valor da UCA pela população de cada Unidade da Federação. Este valor anual será dividido em duodécimos, pois será repassado a cada mês.

Ainda dentro do primeiro ponto, temos o Fator de Apoio ao Estado (FAE), que é um repasse de recursos de custeio aos estados enquadrados na condição de gestão parcial e semi-plena, para a utilização nas atividades de tratamento fora de domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais. O

valor do FAE é dado pelo valor obtido através da multiplicação de 5% de UCA do estado pelo número de habitantes do estado, sendo repassado mensalmente, este valor encontrado deve ser dividido em duodécimos.

Existe ainda a definição de um teto financeiro mensal para os municípios e também para os estados, calculados em função da UCA.

O segundo ponto se refere ao FAM, que é o repasse de recursos de custeio aos municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena. O cálculo do FAM é semelhante ao do FAE: multiplica-se o valor correspondente a 5% da UCA do estado pelo número de habitantes do município, resultando no valor anual do FAM, tendo que ser dividido em duodécimos para ser repassado mensalmente.

No terceiro ponto, definiu-se que as atividades hospitalares serão custeadas através do sistema de financiamento hospitalar, tendo como instrumento operacional o SIH e seu formulário próprio dado pela AIH. O teto quantitativo de AIH deve ser proporcional à população, cabendo às Secretarias de Saúde e aos Conselhos de Saúde o planejamento e a distribuição para os prestadores, segundo as necessidades da população. Existe ainda um teto financeiro para os estados e um para os municípios, calculados de acordo com os quantitativos de AIH.

O último ponto se refere aos recursos de investimento. Estes deverão ter sua alocação prevista no Plano Nacional de Prioridades em Investimento, após avaliação, negociação e compatibilização entre os Planos Municipais e Estaduais, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

A próxima questão colocada na NOB 01/93 vai tratar das condições de gestão. Propõe-se uma sistemática de relacionamento entre as três esferas de governo, todas elas representando esferas político-administrativas. A sistemática de relacionamento para os municípios prevê as seguintes condições de gestão: incipiente, parcial e semi-plena. Em relação aos estados temos as seguintes: parcial e semi-plena.

Primeiramente trataremos das condições de gestão dos municípios. Quanto à incipiente, define-se como responsabilidade e prerrogativa: a Secretaria Municipal de

Saúde assume imediata ou progressivamente a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados; controla e avalia os serviços hospitalares e ambulatoriais; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância ambiental e da saúde do trabalhador.

Como requisitos ao enquadramento e à permanência dos municípios na condição de gestão incipiente coloca-se que são indispensáveis: a manifestação à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades desta condição; a existência e o funcionamento de um Conselho Municipal de Saúde; a existência de Fundo Municipal de Saúde; a existência de condições técnicas e materiais. Existem ainda outros requisitos menos importantes para o presente trabalho.

E ainda é discutida a questão da operacionalização desta condição de gestão, mas que não é relevante ser apresentado neste trabalho.

Na segunda condição de gestão parcial, às responsabilidades e prerrogativas já presentes na condição incipiente somam-se as seguintes: recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais existentes no município.

Quanto aos requisitos indispensáveis, temos os já apresentados na condição incipiente e ainda os seguintes: apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão; comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde; apresentar à Comissão Bipartite comprovante de existência de elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o município. Quanto à operacionalização vale o mesmo comentário feito na condição incipiente.

Na condição de gestão municipal semi-plena temos que a SMS assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e

hospitalares. Assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto daquelas unidades sob gestão estadual. Também assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária e da saúde do trabalhador. E ainda recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

Quanto aos requisitos são praticamente os mesmos apresentados nas demais condições de gestão. E quanto à operacionalização vale o mesmo comentário anterior.

Agora é preciso tratar da sistemática de relacionamento para os estados. Em primeiro lugar está a condição de gestão parcial, na qual a SES assume a responsabilidade pela programação integrada com seus municípios, quanto à manutenção de serviços e aos investimentos, e pela gestão dos recursos de investimento próprios e os transferidos pela União, sempre respeitando as responsabilidades dos municípios.

E ainda, a SES assume cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, controle e avaliação da rede de serviços. E também coordena a rede de referência estadual e gere os sistemas de alta complexidade; formula e coordena as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órteses e próteses ambulatoriais, medicamentos especiais; coordena, no seu âmbito, as ações de vigilância, os hemocentros, as redes de laboratórios de saúde pública; formula, executa e controla as ações de vigilância ambiental e do trabalhador.

Além disso, recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado ao conjunto das unidades hospitalares e ambulatoriais próprias, contratadas suplementarmente pelo estado e aquelas dos municípios que não estiverem enquadrados em nenhuma das condições de gestão.

O requisitos mais importantes para que o estado se habilite à condição parcial seriam: a manifestação à Comissão Tripartite o interesse em assumir as responsabilidades desta condição; a existência e o funcionamento de um Conselho Estadual de Saúde; a existência de Fundo Estadual de Saúde; existência de Comissão Bipartite em atividade; comprovar anualmente à Comissão Tripartite a contrapartida de

recursos próprios do Tesouro Estadual para a saúde; apresentar anualmente à Comissão Tripartite o Plano Estadual de Saúde, o Relatório de Gestão, o comprovante de existência de elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o município, a Programação Integrada; manter permanentemente o SIA e o SIH; dispor de condições técnicas e materiais. Existem ainda outros requisitos menos importantes para o presente trabalho.

Quanto à operacionalização vale o mesmo comentário feito para os municípios, de que não é relevante para o presente trabalho citar os pontos deste assunto.

A outra condição de gestão à qual os estados podem se habilitar é a semi-plena, na qual as responsabilidades e prerrogativas são maiores que no outro caso. Além das responsabilidades já existentes na condição parcial, a SES assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares. E ainda recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos para a rede própria, contratadas suplementarmente pelo estado e aquelas dos municípios que não estiverem enquadrados em nenhuma das condições de gestão. Tudo sempre respeitando as responsabilidades dos municípios.

Quanto aos requisitos são basicamente os mesmos presentes na condição parcial. E quanto à operacionalização vale o mesmo comentário anterior.

Cabe colocar ainda a respeito dos estados que aqueles que não tenham possibilidades técnicas e materiais para o enquadramento em nenhuma das condições, permanecerão na condição de gestão incipiente. Nesta condição, a SES assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores, programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, coordena e executa ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e das condições de trabalho.

Para tal estes estados devem dispor de Conselho Estadual de Saúde, Fundo Estadual de Saúde, Comissão Bipartite em atividade, condições técnicas e materiais, para

programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços, manter o SIH e o SIA, dentre outras obrigações. Quanto à operacionalização, também não é preciso colocar neste trabalho.

Por último, a NOB 01/93 traz as disposições finais. Deste ponto é preciso colocar que fica determinado que o repasse de recursos para estados e municípios nas condições parcial e semi-plena será feito mensalmente, obedecendo a um cronograma que deve ser estabelecido pelas partes. E também que com a publicação desta norma deixam de existir o Fator de Estímulo à Municipalização (FEM) e o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE), previstos na Portaria 234/92 e na NOB 01/92.

A extinção do INAMPS é determinada pela Lei nº 8689¹², de 27/07/93. No seu primeiro artigo fica definido que esta extinção estaria de acordo com o artigo 198 da Constituição e as leis 8080/90 e 8142/90. As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidos pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do SUS, de acordo com as leis 8080/90 e 8142/90, tal como coloca o parágrafo único do primeiro artigo da Lei 8689.

O artigo terceiro da Lei 8689/93 coloca que o Poder Executivo autoriza a transferência das dotações orçamentárias do INAMPS para o Fundo Nacional de Saúde.

Na sequência, o quarto artigo traz que os recursos de custeio dos serviços transferidos aos municípios e estados integrarão o montante de recursos que o FNS transfere, regular e automaticamente, ao Fundo Municipal de Saúde e ao Fundo Estadual de Saúde, de acordo com as leis 8080/90 e 8142/90. No segundo parágrafo deste mesmo artigo fica determinado que os serviços de assistência ainda sob responsabilidade do INAMPS serão prestados pelos municípios e estados de acordo com a Lei nº 8080/90.

¹² Sendo que esta lei é regulamentada pelo Decreto nº 907 de 31/08/93; e é modificada inúmeras vezes pelas seguintes normas: Decreto nº 987 de 17/11/93 que *"Altera o Decreto nº 907, de 31 de agosto de 93, que regulamenta a Lei nº 8689, de 27 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção do INAMPS, e dá outras providências"*; Medida Provisória nº 379 de 30/11/93, que *"Dá nova redação ao artigo 3º da Lei nº 8689, de 27 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção do INAMPS"*; Medida Provisória nº 405 de 30/12/93, que *"Dá nova redação ao artigo 3º da Lei nº 8689, de 27 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção do INAMPS"*.

O sexto artigo da Lei 8689/93 institui, no âmbito do MS, o Sistema Nacional de Auditoria, de acordo com a Lei nº 8080/90.

No artigo 13º está definido que o Poder Executivo, no prazo máximo de 90 dias deverá reestruturar o MS e seus órgãos e entidades, a fim de adequar as suas atividades ao disposto na Constituição e nas leis 8080/90 e 8142/90.

Em seguida será elaborado um Relatório Consolidado das Inspeções Extraordinárias realizadas no INAMPS, em todos os Estados da Federação. A inspeção foi realizada entre 28/04 e 07/05/93 e o relatório foi publicado no Diário Oficial em 30/12/93. A intenção desta inspeção, realizada na Direção Geral do INAMPS e posteriormente nos Estados da Federação, era a de que se realizasse uma auditoria no INAMPS, extensiva ao SUS, para que se apurassem as denúncias, que, caso sejam confirmadas, serão adotadas medidas corretivas e punitivas.

Neste relatório é apresentado o cenário da saúde no Brasil, que é definido da seguinte maneira: *"o contexto em que se encontra a saúde no Brasil não poderia ser diferente da situação caótica por que passa o país"*; sendo que o relatório ainda apresenta uma qualificação desta situação caótica da saúde e do país. Em primeiro lugar traz dados a respeito da saúde, como por exemplo, o fato de que *"a cólera, sumida do país desde o século passado, voltou e matou 429 brasileiros em 1992."*

Caracteriza também a situação do país, colocando que *"não se pode avaliar a saúde separadamente dos demais problemas sócio-econômicos do país. Mais de 32 milhões de brasileiros passam fome hoje. Quase 70% da população brasileira não se alimenta suficientemente para ter saúde e vida digna."*

Procura também caracterizar o atendimento à saúde através das estrutura física de estabelecimentos de saúde no Brasil. O número de estabelecimentos, entre 1980 e 1990, quase dobrou, mas observa-se que a população brasileira não está devidamente amparada. Por exemplo, observa-se que *"a oferta de leitos do setor privado é cerca de 3 vezes maior que a do setor público"*, porém a maioria da população não tem acesso. Constata-se que *"os hospitais da rede pública no Brasil não possuem nem um leito por mil*

habitantes para fins de internação". Além disso, "há um declínio na qualidade dos serviços hospitalares prestados no Brasil".

Faz parte também do cenário da saúde no país a questão de que "os serviços de saúde podem ser classificados em dois grandes setores: o Setor Público e o Setor Particular (ou Privado). O Setor Público procura suprir as necessidades de serviços disponíveis, dentro do princípio de que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado; o Setor Particular, a maior parte com fins lucrativos, oferece serviços de saúde de acordo com o mercado."

Ainda coloca que "Esta intenção democrática do poder público, de atender às necessidades do cidadão, nem sempre se realiza. Talvez os principais motivos sejam: a escassez de recursos, a má administração dos serviços de saúde e a predominância da influência política sobre as distribuições de recursos. Uma evidência de que isto acontece no Brasil é a desigualdade regional de distribuição de recursos."

Quanto ao gasto público federal com saúde, observamos que, entre 1980 e 1991, houve "um aumento nos gastos per capita em saúde pelo governo federal, de US\$ 35 para US\$ 60". Mas, "apesar de atingir US\$ 8,91 bilhões em 1991, o gasto público federal com saúde não pode ser considerado suficiente, uma vez que representou apenas 2,21% do PIB."

Em seguida o relatório apresenta as seguintes questões: a evolução do SUS no Brasil, o funcionamento do SUS e as fragilidades do SUS. Quanto a evolução do SUS, temos tudo o que já foi tratado até então no presente trabalho. Coloca desde o início da assistência médica, sempre ligada à previdência, passando pelas mudanças ao longo dos anos 80, incluindo a AIS e a Constituição de 1988, chegando às leis 8080/90 e 8142/90.

Quanto ao funcionamento do SUS, o relatório apresenta toda a legislação do período 90-93, que já foi tratada neste trabalho, incluindo a Lei 8080/90, a Lei 8142/90, a Portaria 1481/90, a NOB 01/91, a NOB 01/92 e a NOB 01/93. Traz também um quadro com as principais despesas do INAMPS no ano de 1992, no qual observa-se que 71,6% destas despesas estão voltadas ao custeio das atividades assistenciais, ambulatoriais e hospitalares. E depois dispõe sobre as atividades ambulatoriais e hospitalares, trazendo

tudo o que já foi colocado a este respeito (formas de controle via SIA e SIH., formas de financiamento via UCA, RCA e AIH, e etc.). E ainda trata dos convênios vinculados ao SUS, o que também já foi apresentado neste trabalho, isto é, trata dos convênios das SMS e SES com os prestadores públicos e privados e dos convênios entre as três esferas de governo.

Em relação às fragilidades e também irregularidades do SUS, temos aquelas comuns aos diversos sub-sistemas e aquelas específicas ao Sistema de Atendimento Ambulatorial, ao Sistema de Atendimento Hospitalar e ao Sistema de Convênios. Os pontos comuns tratados se referem às seguintes questões: financiamento, gestão (nesta é avaliado os seguintes pontos: municipalização, distribuição de recursos e conselhos de saúde), credenciamento, rede assistencial, sistema de processamento de dados, auditoria.

Quanto ao Sistema de Atendimento Ambulatorial, estão presentes as questões relativas ao SIA e ao Sistema de Guia de Autorização de Pagamento (GAP/Prestador). Em relação ao Sistema de Atendimento Hospitalar, são tratados os pontos referentes à AIH, a sua distribuição e ao seu custo, às "diárias de acompanhantes", à ocupação dos leitos, às "altas precoces", às "cirurgias múltiplas", ao sistema de órteses, próteses e materiais especiais (OPM), ao perfil dos hospitais e ao pagamento.

Por último são tratadas as fragilidades e irregularidades do Sistema de Convênios, de modo a definir as irregularidades mais frequentes na aplicação de recursos do SUS transferidos aos estados e municípios mediante convênios.

O relatório vai apresentar em seguida os processos pertinentes e/ou correlatos à inspeção, todas as irregularidades constatadas, as decisões, os despachos e as propostas contidas nos relatórios e uma conclusão diante de todo o exposto, trazendo a proposta para que sejam adotadas algumas providências.

Isto tudo não será exposto neste trabalho, pois esta inspeção no INAMPS e em todo o SUS está muito detalhada no relatório, e, apesar de ter sido crucial para perceber todas as carências e os pontos falhos do SUS, este trabalho não requer tamanho aprofundamento nestas questões. O importante é perceber que era preciso fazer uma

investigação séria e minuciosa não só no INAMPS, mas em todo o SUS, a fim de descobrir todas as fragilidades e irregularidades e tentar superá-las, com a intenção de implementar o SUS efetivamente, isto é, de cumprir a Constituição e as leis 8080/90 e 8142/90. A NOB 01/93 já dera um grande passo neste sentido, mas isso somente em termos legais, isto é, na teoria, tendo, então, que ser colocada em prática.

Aprofundando e aprimorando o processo de regulamentação do SUS, temos a Portaria nº 2203, de 05/11/96, que aprova a NOB/SUS 01/96, substituindo a NOB 01/93. Esta norma pretende dar continuidade ao SUS que foi estabelecido pela Constituição de 88 e regulamentado pelas leis 8080/90 e 8142/90, aprimorando o que já fora colocado pela NOB 01/91 e pela NOB 01/93. Isso porque as normas operacionais básicas a partir de uma avaliação da situação do SUS visam a definição de estratégias que orientem a operacionalização do sistema.

A finalidade desta nova norma é *"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"*, e para tal tem como foco central a redefinição do modelo de gestão municipal e estadual.

A NOB determina os seguintes campos da atenção à saúde: o da assistência, o das intervenções ambientais e o das políticas externas ao setor saúde. Nestes campos devemos buscar a promoção, a proteção e a recuperação, priorizando o primeiro.

Esta norma vai definir o Sistema de Saúde Municipal *"a totalidade das ações e serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município - o SUS-Municipal - voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional."*

Os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as

entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

Isto significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder. (...). São, portanto, os gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal."

Quanto ao Sistema Estadual, a NOB 01/96 determina que os papéis do gestor estadual são basicamente quatro: exercer a gestão do SUS no âmbito estadual; promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde; assumir, em caráter transitório, a gestão da atenção à saúde das populações pertencentes aos municípios não habilitados; promover a harmonização, e integração e a modernização dos sistemas municipais, compondo o SUS-Estadual.

Em relação aos papéis do gestor federal, a norma define os seguintes: exercer a gestão do SUS no âmbito nacional; promover as condições e incentivar o gestor estadual a fim de desenvolver o sistema municipal, conformando o SUS-Estadual; fomentar a harmonização, e integração e a modernização dos sistemas estaduais, compondo o SUS-Nacional; exercer funções de normalização e coordenação quanto à gestão nacional do SUS.

Quanto à Direção e Articulação, a norma define que a direção do SUS em cada esfera de governo é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde. A articulação entre os gestores dos diferentes níveis de governo ocorre na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), composta por representantes da SES e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por representantes do MS, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional do Secretários

Municipais de Saúde (CONASEMS). Nestas instâncias se dá a programação pactuada e integrada do SUS.

A NOB 01/96 vai definir normas a respeito do Financiamento das Ações e Serviços de Saúde. O financiamento do SUS é responsabilidade das três esferas de governo e que a saúde integra a Seguridade Social, que deve ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados e dos municípios e de contribuições sociais.

Quanto às Fontes de Recursos, temos as principais fontes da Seguridade Social que são as fontes incidentes sobre: a Folha de Salários (fonte 154), o Faturamento (fonte 153 - COFINS), e o Lucro (fonte 151 - Lucro Líquido). Sendo que a partir de 1993, a fonte 154 deixou de ser repassada ao MS e atualmente as fontes que asseguram os recursos para o setor saúde são as fontes 151 e 153. E o volume de recursos de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesa com pessoal e Encargos Sociais. A NOB ainda prevê a criação da CPMF. E os estados e municípios ainda contam com os recursos das transferências intergovernamentais (da União para estados e para municípios, e dos estados para municípios).

São ainda definidos os Tetos Financeiros dos Recursos Federais. Os recursos de custeio da esfera federal destinados às ações e serviços de saúde constituem o Teto Financeiro Global (TFG). O Teto Financeiro Global do Estado (TFGE) e do Município (TFGM) são constituídos pela soma dos seguintes Tetos Financeiros: da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD). Sendo que o teto dos estados deve conter os tetos de todos os municípios.

Todos os tetos financeiros são definidos com base na Programação Pactuada e Integrada (PPI), negociados nas Comissões Intergestores (CIB e CIT), formalizados em atos dos gestores estadual e federal e aprovados previamente nos respectivos Conselhos (CES e CNS).

O próximo ponto da NOB 01/96 trata da Programação, do Controle, da Avaliação e da Auditoria do SUS. Quanto à Programação temos a PPI é uma programação pactuada entre os gestores e integrada entre as esferas de governo, respeitando a autonomia de cada gestor. O Controle, a Avaliação e a Auditoria está vinculado ao cadastro das

unidades prestadoras de serviços de saúde (UPS) , aos bancos de dados nacionais, às ações de auditoria analítica e operacional, ações de controle que priorizem os procedimentos técnicos e administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, ao aperfeiçoamento e à disseminação dos instrumentos e técnicas de avaliação de resultados e do impacto das ações sobre as condições de saúde da população. Sendo que o exercício da função gestora do SUS exige uma articulação entre as ações de programação, controle, avaliação e auditoria e que tudo isso deve ser responsabilidade das três esferas gestoras do SUS.

Na sequência, a NOB vai tratar do Custeio da Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Os recursos de custeio da União destinados à assistência ambulatorial e hospitalar, tal como já foi colocado, configuram o TFA e os seus valores são transferidos segundo dois critérios: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.

A Transferência Regular e Automática se refere à transferência direta do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, de acordo com as condições de gestão. Esses recursos correspondem as seguintes modalidades: Piso Assistencial Básico (PAB), Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Fração Assistencial Especializada (FAE), Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM), Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE) e Índice de Valorização de Resultados (IVR).

O PAB "*consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população da cada município (fornecida pelo IBGE)*". O incentivo ao PSF e ao PACS representa um acréscimo percentual ao montante do PAB, de acordo com critérios determinados.

A FAE é um montante correspondente a procedimentos de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do estado.

O TFAM e o TFAE referem-se ao financiamento do conjunto das ações assistenciais assumidas pela SMS e pela SES, respectivamente.

O IVR está relacionado a valores adicionais equivalentes a até 2% do TFAE, transferidos ao Fundo Estadual de Saúde. Este índice representa um incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população. Estes recursos podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme determinação da CIB.

A Remuneração por Serviços Produzidos "*consiste no pagamento direto aos prestadores estatais e privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referente a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério (SAS/MS)*". Estes valores estão incluídos no TFA do estado e do município. Esta forma de pagamento envolve a Remuneração de Internações Hospitalares, a Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/Complexidade, a Remuneração Transitória por Serviços Produzidos e os Fatores de Incentivo e Índices de Valorização.

A Remuneração de Internações Hospitalares está relacionada ao pagamento dos valores apurados através do SIH, com base na AIH, que é o documento de autorização e de fatura dos serviços de internação hospitalar. A Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/Complexidade consiste no pagamento dos valores apurados pelo SIA, com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), documento que identifica cada paciente e assegura prévia autorização e registro adequado dos serviços que lhe foram prestados.

A Remuneração Transitória por Serviços Produzidos, se refere a remuneração direta, por serviços produzidos, que o MS é responsável vinculada aos procedimentos relacionados ao PAB e à FAE, enquanto os municípios não estejam habilitados na condição de gestão semiplena da NOB 01/93 ou nas condições de gestão definidas nesta NOB.

Os Fatores de Incentivo e os Índices de Valorização estão relacionados ao Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS) e ao

Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), dentre outros fatores de incentivos e índices.

Em seguida a NOB 01/96 vai trazer as normas referentes ao Custeio das Ações de Vigilância Sanitária. Os recursos de custeio da União destinados à vigilância sanitária, tal como já foi colocado, configuram o TFVS e os seus valores são transferidos segundo dois critérios: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.

Quanto à Transferência Regular e Automática, tal como no caso anterior, se refere a transferência direta de valores do FNS aos FES e FMS, segundo as condições de gestão. Os recursos transferidos desta forma são o Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) e o Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA). Em relação à Remuneração por Serviços Produzidos, temos o Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS) e as Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária.

A NOB 01/96 vai tratar em seguida do Custeio das Ações de Epidemiologia e de Controle de Doenças. Os recursos de custeio da União destinados às ações de epidemiologia e controle de doenças não contidas no elenco de procedimentos do SIA e SIH, tal como já foi colocado, configuram o TFECD e os seus valores são transferidos segundo três critérios: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo), Remuneração por Serviços Produzidos e Transferência por Convênio.

O próximo ponto da NOB 01/96, a sua principal inovação, se refere às Condições de Gestão do Município e do Estado, que vão substituir aquelas apresentadas pela NOB 01/93. Quanto aos municípios temos as seguintes novas condições de gestão: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Quanto aos estados temos a Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Gestão Plena do Sistema Estadual.

Em primeiro lugar trataremos das condições de gestão dos municípios. A Gestão Plena da Atenção Básica traz as seguintes responsabilidades aos municípios que nela se habilitarem: elaboração de programação municipal dos serviços básicos e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar; gerência de unidades ambulatoriais

próprias, do estado e da União; prestação de serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento dos demais serviços prestados, conforme PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e com as demais SMS; contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB; operação e alimentação do SIA quanto aos serviços cobertos pelo PAB; autorização das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados; avaliação dos impactos sobre as condições de saúde da sua população; execução das ações de vigilância sanitária e de epidemiologia e de controle de doenças incluídas no PBVS e no TFECD, respectivamente; elaboração de relatório anual de gestão.

Os requisitos para que os município se habilitam a esta condição de gestão são: comprovar o funcionamento do CMS e do FMS; apresentar Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e implementação da PPI; comprovar capacidade técnica e administrativa e as condições materiais para o exercício de suas responsabilidades; comprovar a dotação orçamentária correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal; comprovar capacidade para o desenvolvimentos das ações de vigilância sanitária e epidemiológica; e outros.

Quanto à Gestão Plena do Sistema Municipal, as responsabilidades dos municípios habilitados nesta condição são: elaboração de toda programação municipal, incluindo a ambulatorial especializada e hospitalar; gerência de unidades próprias, estaduais e federais, ambulatoriais e hospitalares; garantia de prestação de serviços, conforme PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS; normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência a seus munícipes e à referência intermunicipal; contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM; administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme PPI e segundo normas federais e estaduais; operação e alimentação junto às SES dos bancos de dados do SIA e do SIH; execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária. Além do que já foi colocado a respeito da outra condição de gestão.

Quanto aos requisitos, além daqueles já apresentados na outra condição de gestão, temos ainda os seguintes: comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância sanitária e epidemiológica e de controle de zoonoses; apresentar Relatório de Gestão; comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA); assegurar oferta, em seu território dos procedimentos cobertos pelo PAB e dos serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas; entre outros.

A condição de Gestão Plena do Sistema Municipal traz ainda algumas prerrogativas: a transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao TFA e ao PBVS; remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e remuneração pela execução do PDAVS; transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças; entre outras.

Em segundo lugar temos a situação dos estados. As responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual são: elaboração da PPI do estado; elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos; cooperação técnica e financeira com o conjunto dos municípios; implementação de políticas de integração das ações de saneamento às ações de saúde; coordenação das atividades de vigilância sanitária e epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar aos municípios; execução das ações básicas de vigilância sanitária aos municípios não habilitados; entre outras.

Os requisitos comuns são os seguintes: comprovar funcionamento do CES, da CIB e do FES; apresentar o Plano Estadual de Saúde (que deve conter: as metas pactuadas; a programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças, de saneamento, e etc.; as estratégias de descentralização das ações de saúde para os municípios; as estratégias de reorganização do modelo de atenção; os critérios utilizados e os indicadores pelo qual são acompanhadas as ações); apresentar Relatório de Gestão; comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas; comprovar dotação orçamentária correspondente à contrapartida de recursos próprios do Tesouro Estadual; comprovar estruturação do componente estadual do SNA; comprovar o funcionamento do serviço de vigilância sanitária e epidemiológica no estado; entre outros.

A Gestão Avançada do Sistema Estadual tem as seguintes responsabilidades específicas: contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços, sob gestão estadual, contidos no FAE; contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados; ordenação do pagamento dos demais serviços ambulatoriais e hospitalares sob gestão estadual; operação e alimentação do SIA.

Os requisitos específicos a esta gestão são: apresentar a PPI ambulatorial, hospitalar e de alto custo; dispor de um percentual de seus municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB; dispor de 30% do valor do TFA comprometido com as transferências regulares e automáticas aos municípios.

As prerrogativas desta condição de gestão são: transferência regular e automática dos recursos correspondentes à FAE e ao PAB, relativo aos municípios não habilitados; transferência regular e automática do PBVS relativo aos municípios não habilitados; transferência regular e automática do IVISA; remuneração pelos serviços produzidos na área da vigilância sanitária e pelas ações de epidemiologia e controle de doenças.

A Gestão Plena do Sistema Estadual tem as seguintes responsabilidades específicas: contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços, sob gestão estadual; operação e alimentação do banco de dados do SIA e do SIH.

Os seus requisitos específicos são: apresentar a PPI ambulatorial, hospitalar e de alto custo; comprovar operacionalização de mecanismos de controle de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares; dispor de um percentual maior que o da outra condição de gestão de seus municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB; dispor de 50% do valor do TFA comprometido com as transferências regulares e automáticas aos municípios.

As prerrogativas específicas à gestão plena estadual são: transferência regular e automáticas dos recursos correspondentes ao TFA, ao IVR, ao PBVS e ao IVISA; remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária; transferências de recursos referentes às de epidemiologia e de controle de doenças; normalização

complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua contratação.

Os estados que não se habilitarem a nenhuma das condições de gestão descritas acima, permaneceram na condição de gestão convencional, desempenhando as funções já assumidas ao longo do processo de implantação do SUS.

Por último a NOB 01/96 traz as Disposições Finais e Transitórias. Cabe destacar que no processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas nesta NOB são considerados os requisitos já cumpridos para habilitação nos termos da NOB 01/93, cabendo ao municípios ou ao estado a comprovação do cumprimento dos novos requisitos apresentados nesta NOB, observando alguns procedimentos.

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 habilitação dos municípios à gestão plena da atenção básica é decidida na CIB e a habilitação dos municípios à gestão plena do sistema municipal é decidida na CIT, com base em relatório da CIB, e formalizada em ato da SAS. A habilitação dos estados a qualquer condição de gestão é decidida na CIT e formalizada em ato do MS. Sendo que em todas essas habilitações cabe recursos aos respectivos Conselhos de Saúde.

A partir desta NOB, ficam extintos o Fator de Apoio ao Estado e ao Município e as transferências dos saldos de teto financeiro relativos às condições de gestão municipal e estadual parciais previstos na NOB 01/93.

O MS continua efetuando pagamento por produção de serviços relativos aos procedimentos cobertos pelo PAB diretamente aos prestadores, somente nos municípios não habilitados situados em estados em gestão convencional.

No final do ano de 1996, juntamente com a NOB 01/96, é instituído o REFORSUS (Reforço à Reorganização do SUS), que é um projeto do MS que integra o 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, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD), que busca reforçar a rede de saúde através de investimentos que visam a recuperação física, tecnológica, gerencial e operacional das unidades de saúde (públicas e filantrópicas) e a ampliação o acesso aos serviços de saúde.

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 d projeto; o Componente II é constituído de ações, projetos e pesquisas para apoiar a melhoria do desempenho do sistema de saúde.

Na sequência é implementada a Instrução Normativa (IN 01/97), em 15/05/97, que *"regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação do Municípios, Estados e do Distrito federal às novas condições de gestão criadas pela NOB/SUS 01/96"*. Esta vai ser substituída por uma nova Instrução Normativa (IN 01/98), em 02/01/98, que vai tratar *"do processo, requisitos e instrumentos de comprovação para a habilitação a uma das condições de gestão da NOB-96"*. Sendo que *"a alteração da IN anterior se fez necessária em função das alterações introduzidas pelas Portarias que alteram a NOB-96"*. Estas instruções normativas não apresentam nenhuma novidade, apenas regulamentam o que foi determinado na NOB 01/96.

Além disso, temos no período 1993-1998, outras Portarias e Decretos importantes para o processo de consolidação do SUS e que vão estar de acordo com as normas estabelecidos pela NOB 01/96. Dentre elas se destacam: Decreto nº 806 de 24/04/93, Portaria nº 1883 de 16/12/93, Decreto nº 1105 de 06/04/94, Portaria nº 892 de 03/05/94, Decreto nº 1232 de 30/08/94, Portarias nºs 1882 a 1893 de 18/12/97, Portaria nº 51 de 14/01/98, Portaria nº 59 de 16/01/98, Portaria nº 84 de 06/02/98, Portaria nº 157 de 19/02/98, Portarias nºs 2090 a 2096 de 26/02/98, Portarias nºs 2100 e 2101 de 27/02/98, Portaria nº 2121 de 06/03/98, Portaria nº 2284 de 10/03/98 e Portaria nº 3925 de 13/11/98.

O Decreto nº 806 de 24/04/93, que reorganiza o Fundo Nacional de Saúde de acordo com as diretrizes e objetivos do SUS, de que tratam as leis 8080/90 e 8142/90. O artigo 2º deste decreto determina que *"os recursos do Fundo Nacional de Saúde*

destinam-se a prover, nos termos do artigo 2º da Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, as despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades da administração indireta, as de transferência para a cobertura de ações e serviços de saúde, a serem executados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, e outras autorizadas pela Lei Orçamentária Federal, em consonância com o Plano Quinquenal do Ministério da Saúde."

No artigo 3º estão definidos os recursos que constituem o FNS: os consignados a seu favor no Orçamento da Seguridade Social; os consignados a seu favor no Orçamento Fiscal da União; os decorrentes de créditos adicionais; os provenientes de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas e de entidades de cooperação técnica e financeira e empréstimos; os resultantes de aplicação financeira na forma da legislação vigente; os de outras fontes, de acordo com o artigo 32 da Lei nº 8080/90.

Fica determinado no artigo quarto que o FNS está sob supervisão direta do CNS. E no artigo quinto defini-se que a gestão dos recursos de FNS será responsabilidade de uma Junta Deliberativa, composta por membros designados pelo Ministro de Estado da Saúde, e de um Diretor-Executivo, que está sob orientação e supervisão direta do Ministro de Estado da Saúde.

A Portaria nº 1883, de 16/12/93, que, levando em consideração a Constituição de 88 e as leis 8080/90 e 8142/90, dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde da Fundação Nacional de Saúde.

O Decreto nº 1105, de 06/04/94, dispõe sobre o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), que foi instituído pela Lei 8689/93. No artigo 1º decreta-se que o SNA tem como atribuições o acompanhamento, a fiscalização, o controle e a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial das ações e serviços de saúde. No primeiro parágrafo deste artigo, determina-se que o SNA deve acompanhar, fiscalizar, controlar e avaliar a aplicação dos recursos da União transferidos pelo FNS aos estados e municípios e às entidades prestadoras de serviços.

No artigo 3º fica definido que a descentralização das ações de acompanhamento, fiscalização, controle e avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial das ações e serviços de saúde ocorrerá mediante: unidades do SNA nos órgãos regionais; pelos órgãos ou sistemas competentes instituídos pelos demais níveis de direção do SUS. Mas o SNA terá como órgão central o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA), criado pela Lei nº 8689/93, o que está definido no artigo 4º deste decreto.

A Portaria nº 892, de 03/05/94, dispõe sobre a transferência de recursos previstos na NOB 01/93, tratando do Fundo de Apoio ao Estado (FAE) e do Fundo de Apoio ao Município (FAM). No primeiro artigo fica definida nova redação do dispositivo do NOB 01/93 referente ao FAE, que passa a vigorar da seguinte maneira: "*O FAE - Fator de Apoio ao Estado, caracteriza-se da mesma forma que o FAM, como repasse de recursos de custeio aos estados enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena.*"

No segundo artigo desta portaria determina-se que "*o FAE e o FAM serão destinados ao custeio de parte das novas responsabilidades gerenciais transferidas pela União aos Estados e Municípios, sendo calculados de acordo com a fórmula estipulada no item 3.2 da NOB/SUS/93.*" Os municípios consorciados terão direito a um valor adicional ao seu FAM.

No terceiro artigo fica definido que as transferências do FAE e do FAM serão efetuadas pelo FNS sob a forma de Autorização de Pagamento (AP), mediante o controle e autorização do Departamento de Desenvolvimento, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde (DCAS).

O Decreto nº 1232, de 30/08/94, dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do FNS para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. O seu primeiro artigo determina que os recursos do OSS alocados ao FNS e destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde a serem implementados pelos estados e municípios serão transferidos de acordo com a Lei nº 8080/90. No primeiro parágrafo deste mesmo artigo traz que "*enquanto não forem estabelecidas, com base nas características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais previstas no artigo 35 da Lei nº 8080/90, as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos*

de saúde, a distribuição dos recursos será feita exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE, obedecidas as exigências deste Decreto."

O segundo artigo estabelece que a transferência tratada no primeiro artigo fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, de modo a constar a contrapartida de recursos no Orçamento dos estados e dos municípios.

O artigo nº 3 determina que os recursos transferidos pelo FNS serão movimentados sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde, sem o prejuízo dos demais controles existentes. Sendo que o 4º artigo alerta para o fato de que fica vedada a transferência de recursos ao pagamento de serviços e ações que não estejam apresentadas nos planos de saúde, salvo nos casos de calamidade pública ou em situações emergenciais.

No artigo nº 5 defini-se que o MS, através do SNA e dos relatórios de gestão dos estados e dos municípios, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos em relação à programação dos serviços e das ações contida no plano de saúde.

O sexto artigo estabelece que *"a descentralização dos serviços de saúde para os Municípios e a regionalização da rede de serviços assistenciais serão promovidas e concretizadas com a cooperação técnica da União, tendo em vista o direito de acesso da população aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e a igualdade do atendimento."* Sendo que a esta cooperação técnica, prevista na Constituição e na Lei nº 8080/90, *"será exercida com base na função coordenadora da direção nacional do SUS, tendo em vista a realização das metas do Sistema e a redução das desigualdades sociais e regionais"*, o que é colocado no artigo nº 7 deste decreto.

No artigo nº 9 fica definido que a União *"exercerá o controle finalístico global do Sistema único de Saúde, utilizando-se, nesse sentido, dos instrumentos de coordenação de atividades e de avaliação de resultados, em âmbito nacional, previstos na Lei Orgânica da Saúde e explicitados neste Decreto."*

As Portarias nºs 1882 a 1893, de 18/12/97, tratam do financiamento do SUS. A Portaria nº 1882, estabelece o Piso de Atenção Básica (PAB) e a sua composição. O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado exclusivamente ao custeio de procedimentos e ações de atenção básica à saúde. Os valores do PAB serão transferidos aos municípios de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde. Tais recursos serão transferidos transitoriamente ao 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 destina-se 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.

A Portaria nº 1883, estabelece o montante de recursos do Teto Financeiro de Assistência (TFA). Define um teto financeiro de assistência para 1998 que seria transferido de forma regular e automática pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde dos estados habilitados conforme a NOB 01/96. Deste montante serão descontados os valores transferidos regularmente e automaticamente ao Fundo Municipal de Saúde dos municípios habilitados às condições de gestão da NOB 01/96. Do total destes recursos, uma parte destina-se à atenção básica. Cabe aos estados e municípios complementarem os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde.

Em relação ao PAB, temos ainda a Portaria nº 1884 que fixa o valor per capita nacional para o cálculo da parte fixa. A Portaria nº 1885 estabelece o montante de recursos destinados aos incentivos que compõe a parte variável. A Portaria nº 1886 que aprova normas e diretrizes do PACS e do PSF. Não cabe detalhar cada uma destas normas.

A Portaria nº 1887 determina a instituição de uma Comissão Técnica Especial para formulação da nova tabela do SIH. A Portaria nº 1888 estabelece a descentralização do

procedimento das AIH's, definindo que o processamento das AIH's fica descentralizado para os estados e municípios habilitados no NOB 01/96 e a falta de alimentação do banco de dados acarretaria a suspensão dos repasses do Fundo Nacional de Saúde aos estados e municípios e a suspensão da condição de gestão a que es tiverem habilitados.

A Portaria nº 1889 define nova estrutura e codificação do SIA. A Portaria nº 1890 determina a atualização do cadastro de unidades hospitalares, ambulatoriais e serviços de diagnose e terapia do SUS. A Portaria nº 1891 determina à Secretaria de Vigilância Sanitária do MS (SVS) que estabeleça normas complementares para expedição de licenças de funcionamento de estabelecimentos de saúde. A Portaria nº 1892 incorpora a modalidade " internação domiciliar" ao SUS. A Portaria nº 1893 autoriza as SES e as SMS a estabelecerem valores para os procedimentos do Grupo de "Assistência Básica" na tabela do SIA.

Com relação ao PAB ainda temos a Portaria nº 51, de 14/01/98, que divulga por município e por estado o valor da parte fixa. A Portaria nº 59 define os mecanismos para o repasse dos recursos que compõe as partes fixa e variável para municípios e estados e dá providências quanto à criação das contas bancárias destinadas a este fim. A Portaria nº 84 divulga por município e estado o novo valor da parte fixa, considerando o máximo de R\$ 18,00 por habitante/ano, substituindo a Portaria nº 51.

Ainda relacionado ao PAB temos a Portaria nº 157, que estabelece os critérios de distribuição e requisitos para qualificação dos municípios aos incentivos ao PACS e ao PSF, define os valores do incentivo ao PACS e para as equipes do PSF, de acordo com o valor do PAB-fixa do município e estabelece parâmetros de cobertura por equipe do PSF e por Agente Comunitário.

As Portarias nºs 2090 a 2096, de 26/02/98, com exceção do Portaria nº 2094, vão alterar dispositivos de outras portarias existente já tratadas. A Portaria nº 2090 altera a Portaria nº 1884, a Portaria nº 2091 altera a Portaria nº 1882, a Portaria nº 2092 altera a Portaria nº 1888, a Portaria nº 2093 altera a Portaria nº 1893, a Portaria nº 2095 altera a Portaria nº 1890 e a Portaria nº 2096 altera da Portaria nº 1883. Apesar destas alterações, a substância continua a mesma.

A Portaria nº 2094 regulamenta e dispõe sobre a emissão do Cartão SUS-Municipal. Este cartão seria emitido pela SMS para os usuários da rede do SUS. A Portaria traz todas as características do cartão e todas as descrições que devem estar presentes no cartão.

As Portarias nºs 2100 e 2101, de 27/02/98, tratam do PACS e do PSF. A Portaria nº 2100 publica os procedimentos e os respectivos valores, referentes ao PACS e PSF, constantes da tabela do SIA, mantendo valores diferenciados de pagamento para estes programas, durante o período de 01/02/98 a 30/04/98. A Portaria nº 2101 estabelece as metas físicas e financeiras dos estados referentes ao incentivo ao PACS e ao PSF.

A Portaria nº 2121, de 06/03/98, define os recursos federais destinados no ano de 1998 ao financiamento das ações e serviços de saúde que compõem o Teto Financeiro Global dos Estados (TFGE). Para receber os repasses fundo-a-fundo os estados e seus municípios devem atender aos requisitos presentes na NOB 01/96, na IN 01/98 e nas Portarias relativas ao assunto. A composição do TFGE corresponde à parte fixa do PAB, à parte variável do PAB e à parte referente ao conjunto dos procedimentos da assistência ambulatorial de média e de alta complexidade e da assistência hospitalar. Os limites fixados poderão ser alterados dada a disponibilidade financeira do MS e a definição de novos critérios de distribuição de recursos.

A Portaria nº 2284, de 10/03/98, dispõe sobre a aplicação do fator de recomposição. Mantém a apreciação do fator de recomposição de 25% (de que trata a Portaria nº 2277, de 22/11/95), nos valores dos procedimentos das tabelas do SIA e do SIH, relativos aos serviços produzidos, excluindo-se de sua incidência os valores já compreendidos no PAB. Este fator de recomposição será aplicado aos valores dos repasses federais fundo-a-fundo dos estados habilitados em qualquer condição de gestão e aos tetos financeiros dos municípios habilitados nas condições de gestão Plena do Sistema Municipal e Semi-Plena, excluindo-se de sua incidência os valores já compreendidos no PAB.

A Portaria nº 3925, de 13/11/98, aprova o Manual para Organização da Atenção Básica. Este manual objetiva *"regular, no âmbito do Sistema único de Saúde, a atenção básica à saúde e apontar um eixo orientador para a reorganização do modelo de atenção,*

de acordo com o estabelecido na NOB-SUS 01/96". A atenção básica é definida como "o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso da Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente". O PAB visa garantir a cada município um montante mínimo de recursos, calculado em função de sua população.

O manual vai trazer as normas para a organização da atenção básica, incluindo: as responsabilidades dos municípios habilitados conforme a NOB 01/96 no que se refere à Atenção Básica (responsabilidades na gestão da atenção básica e na atenção às pessoas, dirigidas à população como um todo e a grupos específicos da população); as estratégias para operacionalização (instrumentos que contribuem para a reorganização gerencial e operacional: cadastramento e implantação do Cartão-SUS, adscrição da clientela, referência para a assistência de média e alta complexidade e acompanhamento e avaliação); a gerência do PAB (composição, repasse, e aplicação do PAB, processamento das informações e pagamentos dos prestadores, prestação de contas e contratação e cadastramento das unidades prestadoras de serviços).

Cabe colocar que ainda tivemos outras Portarias e Decretos menos importantes neste o período. Como por exemplo: Resolução nº 62 de 03/06/93, Portaria nº 1286 de 26/10/93, Portaria nº 203 de 26/01/94, Portaria nº 944 de 12/05/94, Decreto nº 1226 de 17/08/94, Portaria nº 2109 de 26/02/98, Portaria nº 16 de 02/03/98, Portaria nº 2283 de 10/03/98, Portaria nº 2409 de 23/03/98¹³.

¹³ A Resolução nº 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"; a Portaria nº 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"; a Portaria nº 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"; a Portaria nº 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

Com base em toda esta legislação exposta acima referente aos anos compreendidos entre 1993-1998, podemos notar que houve um grande avanço institucional e legal. Os grandes marcos deste período foram a NOB 01/93 e a NOB 01/96 (uma versão aprimorada da primeira), que realmente vão estabelecer normas operacionais determinantes e coerentes com a efetiva implementação do SUS, levando em consideração a Constituição e as leis 8080/90 e 8142/90.

Porém apesar deste avanço institucional-legal, o programa macroeconômico instituído a partir de 1993, o Plano Real, vai se colocar contra o programa social, dificultando a construção do SUS. Isso será analisado no próximo capítulo.

Quanto ao financiamento do setor, tal como já foi colocado no capítulo anterior, os gastos federais com saúde eram financiados até 90 com recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social. E a partir de 1991, através do OSS.

A partir de 1993, os aumentos das despesas previdenciárias fizeram com que os recursos arrecadados pelo INSS (as contribuições sociais sobre a folha de salários dos empregados, empregadores e trabalhadores autônomos) deixassem de ser repassados ao setor saúde, ficando exclusivos do financiamento da Previdência. No ano de 1994, a COFINS foi elevada para compensar a ausência dos repasses da Previdência, que, no ano de 1993, representavam uma parcela importante no financiamento da saúde (ver tabela I no anexo ao final do capítulo).

Ainda no ano de 1994, foi criado o Fundo Social de Emergência (renomeado de Fundo de Estabilização Fiscal - FEF), destinado a aumentar os recursos desvinculados da União, a fim de assegurar o equilíbrio fiscal, que era uma das exigências do Plano Real.

entidades"; o Decreto nº 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"; a Portaria nº 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"; a Portaria nº 16 de 02/03/98 "Aprova novas instruções para alimentação dos bancos de dados municipais e estaduais do SIA/SUS"; a Portaria nº 2283 de 10/03/98 "Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios ao incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária"; a Portaria nº 2409 de 23/03/98 "Estabelece critérios e requisitos para implementação de ações de combate às carências nutricionais, nos Municípios e define os valores dos incentivos para o Combate às Carência Nutricionais, por município".

Neste ano esta fonte de recursos teve uma participação importante no financiamento da saúde (ver tabela I no anexo ao final do capítulo).

Por outro lado, este fundo vai significar um certo “desfinanciamento” da seguridade social, incluindo a saúde, pelo fato de que 20% da arrecadação das contribuições devem ser destinadas ao FEF. Ou seja, a desvinculação de recursos da União atingiu também as contribuições da seguridade que, segundo o disposto no texto constitucional, deveria ser de uso exclusivo dos setores da saúde, da previdência e da assistência.

Nos anos posteriores, a situação da Previdência se deteriorou de modo que esta passou a avançar sobre as outras fontes da seguridade, isto é, avançou sobre os recursos da COFINS e CSLL, aumentando sua participação no uso destes recursos de 29,09% para 33,61%, entre 1996 e 1999¹⁴. Isto deteriorou ainda mais as condições de financiamento da saúde.

Esta situação levou a busca de novas fontes de financiamento, com a criação do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), em 1994, que passou a ser chamado de Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), em 1996. Além disso, o Ministério da Saúde teve que recorrer à empréstimos junto ao FAT.

A base legal de implantação da CPMF será tratada neste momento. Em primeiro lugar temos a Emenda Constitucional nº 12, de 1996, que *“Outorga competência à União, para instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira”*. Na sequência tivemos a Lei nº 9311, de 24/10/96, que institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira – CPMF e que dá outras providências. Dentre estas outras providências, determina-se que o produto da arrecadação da CPMF seria destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para o financiamento das ações e serviços de saúde. Em seguida teremos a Lei nº 9539, de 12/12/97, que complementa e altera a Lei nº 9311/96, mas sem grandes novidades.

Em 1997 e 1998, a CPMF passa a ser a principal fonte de financiamento do setor saúde (ver tabelas I e II no anexo ao final do capítulo). Sendo que do total arrecadado

nestes anos com a CPMF boa parte foi destinada à saúde, afinal esta contribuição foi criada para financiar este setor. Mas nem tudo foi para o MS, pois uma parte da arrecadação foi alocada para outras áreas, o que foi possível pela existência do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) que permite a desvinculação dos recursos.

Contudo, a CPMF não conseguiu elevar a soma de recursos destinados à saúde devido a redução das fontes tradicionais que financiavam o setor, resultado de vários fatores: o fim do repasses das contribuições sociais sobre a folha de salários dos empregados, empregadores e trabalhadores autônomos; a existência do FEF que desvincula parte dos recursos destinados à saúde; a diminuição da participação da COFINS e da CSLL no financiamento da saúde, que passou de 40,5% para 26,8% e de 21,21% para 12,9%, respectivamente¹⁵ (ver tabelas I e II no anexo ao final do capítulo).

Ou seja, houve apenas uma modificação na composição das fontes que financiam a saúde, sem que houvesse grande elevação no montante de recursos destinados ao setor.

Além disso, o orçamento da saúde é pressionado pela amortização de dívidas contraídas, principalmente, junto ao FAT e pelo pagamento de encargos previdenciários da União - EPU (encargos com inativos), o que reduz o montante dos recursos disponíveis para o financiamento das ações e dos serviços de saúde.

Cabe ainda colocar que a participação de impostos gerais no financiamento do setor saúde é residual, ficando as contribuições sociais como a maior fonte de recursos destinados ao setor (ver tabela I no anexo ao final do capítulo).

Por último, analisando os gastos segundo a categoria econômica da despesa, percebemos que houve um avanço no processo de descentralização da gestão dos recursos setoriais (ver tabelas III a VI no anexo ao final do capítulo). Apesar deste avanço

¹⁴ Dados retirados de Marques e Mendes (2000).

¹⁵ Dados retirados de Marques e Mendes (2000).

ser decorrente da implementação da NOB de 93, ele vai ser mais significativo após a NOB de 1996, que trouxe a novidade do Piso de Atenção Básica (PAB)¹⁶.

Até janeiro de 1997, 3127 municípios (62,9% do total) haviam se habilitado a alguma das formas de gestão da NOB/93, sendo 2367 (75,7%) habilitados à gestão incipiente, 616 (19,7%) à gestão parcial e 144 (4,6%) à gestão semiplena. Entre janeiro de 1998 e abril de 1999, 5222 municípios (quase 95% do total) estavam habilitados em alguma das formas de gestão do NOB/96: 4752 (86,3%) habilitados na condição de gestão da atenção básica e 470 (8,5%) na condição plena do sistema municipal de saúde¹⁷.

De um modo geral, podemos dizer que a previdência social comprometeu em muito o sucesso da implementação do SUS pelo fato de ter avançado sobre as fontes de financiamento da seguridade social. E isto está diretamente relacionado à política econômica, pois os impactos desta sobre a economia e a sociedade acabaram por reduzir o volume de recursos que tradicionalmente financiam a previdência, que são as contribuições dos empregados e dos empregadores, que tem um comportamento pró-cíclico. Este comprometimento do financiamento da seguridade social em função da política macroeconômica será discutido no capítulo IV.

¹⁶ Apesar da NOB/96 ter sido publicada em novembro de 1996, só começou a ser implementada a partir de janeiro de 1998.

¹⁷ Dados retirados do texto de Piola, Ribeiro e Reis (1999).

ANEXO DO CAPÍTULO III

Tabela I - MS: Distribuição percentual das fontes de financiamento, 1993-1998

Fontes	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Recursos Ordinários do Tesouro (Fonte 100)	8,9	1	3,1	0,2	1	10,8
Títulos Resp. Tesouro Nacional (Fonte 144-149)	15,1	1,6	2,6	3,3	2,8	0,5
Operações de Crédito Internas (Fonte 144-149)	2,6	0	7,6	8,2	0	0
Operações de Crédito Externas - Moeda	0,5	1,2	1,1	0,9	0,5	1,1
Recursos Diretamente Arrecadados (Fonte 150)	1	2,1	2,4	2,5	2,4	2,6
Contribuições Sociais	67,4	54,5	69,2	63,3	73	71
Contrib. Social Lucro PJ (Fonte 151)	10,7	12,9	20,2	20,8	19,3	8
Contrib. Social p/ Financ. Segurid. Social (Fonte 153)	25,1	34	49,1	42,5	25,9	26
Contrib. Empr. e Trab. p/ Segurid. Social (Fonte 154)	31,6	0	0	0	0	0
Contrib. Prov. s/ Mov. Financeira	0	0	0	0	27,8	37
FINSOCIAL - Recup. Dep. Judiciais (Fonte 198)	0	7,6	0	0	0	0
Fundo de Estabilização Fiscal (Fonte 199)	0	36,8	11,9	17,7	19,5	13,3
Outras	4,4	2,8	1,9	3,9	0,8	0,9
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Siafi/Sidor - *apud* Piola & Biasoto Jr. (2000)

Tabela I - MS: Distribuição percentual das fontes de financiamento, 1993-1998

Fontes	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Recursos Ordinários	8,9	1	3,1	0,2	1	10,8
Títulos Resp. Tesouro Nacional	15,1	1,6	2,6	3,3	2,8	0,5
Operações de Crédito Internas - Moeda	2,6	0	7,6	8,2	0	0
Operações de Crédito Externas - Moeda	0,5	1,2	1,1	0,9	0,5	1,1
Recursos Diretamente Arrecadados	1	2,1	2,4	2,5	2,4	2,6
Contribuições Sociais	67,4	54,5	69,2	63,3	73	71
Contrib. Social Lucro PJ	10,7	12,9	20,2	20,8	19,3	8
Contrib. Social p/ Financ. Segurid. Social	25,1	34	49,1	42,5	25,9	26
Contrib. Empr. e Trab. p/ Segurid. Social	31,6	0	0	0	0	0
Contrib. Prov. s/ Mov. Financeira	0	0	0	0	27,8	37
FINSOCIAL - Recup. Dep. Judiciais	0	7,6	0	0	0	0
Fundo de Estabilização Fiscal	0	36,8	11,9	17,7	19,5	13,3
Demais Fontes	4,4	2,8	1,9	3,9	0,8	0,9
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: Siafi/Sidor - *apud* Piola, Ribeiro & Reis (1999)

Tabela II - Distribuição dos recursos do MS, por fontes (em R\$ correntes)

Fontes	1996 (%)	1997 (R\$ correntes)	%	1998 (R\$ correntes)	%
Recursos Ordinários	-	115.705.536	0,7	1.695.484.343	9,3
Concursos e Prognósticos	0,4	151.093.955	0,9		
Alienação de Bens Apreend.	-				
Títulos Tesouro - Ref. Divid.	-	71.137.857	0,4	106.575.083	0,6
Título Tesouro - Outr. Aplic.	3,4	460.674.483	2,6	9.035.232	0,1
Oper. Crédito Inter. - Moeda	8,4				
Operação Crédito Exter. - Moeda	0,8	98.983.336	0,5	54.152.903	0,3
Oper. Cred. Ext. - Bens e Serv.	-				
Dpvat	2,1	373.691.240	2,1	467.794.977	2,5
Contrib. s/ Lucro Pessoa Jurídica	21,1	4.244.174.023	24,1	1.333.329.326	7,7
Cofins	40,5	2.707.690.021	15,5	4.342.869.222	23,7
CPMF - 80%	-	5.486.742.331	31,2	6.466.837.097	35,3
Contrib. Plano Seg. Social	2,9			20.138.000	0,1
Doações Intern. Contrap.	0,3	26.259.435	0,1		
FEF e FSE	15,3	3.360.834.683	19,1	1.909.087.600	10,4
Receitas de restos a pagar	2	49.284.450	0,3		
Rec. Darf. sem Transf. Fin.	2,7	439.978.981	2,5	459.537.682	2,5
Recursos Diret. Arrecadados	0,1	11.610.185	0,1		
TRTN - Refinanciamento				46.931.456	0,3
TRTN - Outras Aplicações				33.893.308	0,2
Contrapartida Nacional				11.210.000	0,1
Dívida Amortizada pela STN				1.381.958.552	7,5
Total de Receitas	100	17.597.860.516	100	18.338.834.781	100

Fonte: MS - *apud* Mendes & Marques (1999)

Tabela III - MS: Distribuição percentual dos gastos por categoria econômica, 1993-1998

Categoria	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Pessoal	17,86	21,77	16,54	16,53	13,16	12,83
Outras Despesas Correntes	64,52	59,7	54,73	55,44	52,25	42,33
Investimentos	0,75	1,45	1,35	0,63	0,8	0,79
Amortiz., Juros e Encargos Dívida	0,47	2,84	8,99	3,45	8,46	3,15
Inativos e Pensionistas	7,33	7,43	8,82	10,26	8,34	9,95
Transf. Estados e DF	5,41	2,45	2,59	1,28	2,13	3,26
Transf. Municípios	1,67	2,26	5,26	10,62	12,85	24,2
Outros	1,99	2,1	1,71	1,8	2	3,68
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: MS - *apud* Piola, Ribeiro & Reis (1999)

**Tabela IV - Gasto público com saúde nas três esferas de governo
(1980=100)**

ANOS	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS	TOTAL
1980	100	100	100	100
1981	92	88	86	91
1982	99	82	114	97
1983	77	76	86	78
1984	80	88	100	83
1985	92	94	114	94
1986	99	112	157	105
1987	143	53	143	128
1988	135	-35	214	11
1989	153	71	214	143
1990	128	94	200	128
1991	107	82	257	113
1992	89	106	257	104
1993	112	71	243	114
1994	99	-	-	-
1995	120	-	-	-
1996	106	-	-	-
1997	128	-	-	-

Fonte: IPEA/CSP e IESP/FUNDAP. Em 1991/92 e 93, o gasto de estados e municípios são estimativas - *apud* Mendes & Marques(1999)

Tabela V - Total das Transferências Federais, pelas Unidades Orçamentárias do MS (1996-1999)
Em Percentagem

Unidade Orçamentária	1996			1997			1998			1999		
	Est.	Mun.	Total	Est.	Mun.	Total	Est.	Mun.	Total	Est.	Mun.	Total
Fundação Nacional de Saúde	0,19	0,44	0,29	0,65	0,90	0,75	0,63	1,02	0,81	0,67	1,46	1,07
Fundo Nacional de Saúde	0,48	11,88	5,18	0,86	14,86	6,85	1,78	20,26	10,21	3,09	24,24	13,71
Subtotal	0,67	12,32	5,47	1,51	15,76	7,6	2,41	21,28	11,02	3,76	25,70	14,78
Transferências Voluntárias	17,07	23,50	19,72	19,18	28,50	23,17	19,46	33,99	26,09	16,71	37,14	26,97
Transferências Obrigatórias	82,93	76,50	80,28	80,82	71,50	76,83	80,54	66,01	73,91	83,29	62,86	73,03
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Orçamento Geral da União

Tabela VI - Transferências Voluntárias pelas Unidades Orçamentárias do MS (1996-1999)
Em Percentagem

Unidade Orçamentária	1996			1997			1998			1999		
	Est.	Mun.	Total	Est.	Mun.	Total	Est.	Mun.	Total	Est.	Mun.	Total
Fundação Nacional de Saúde	1,12	1,88	1,50	3,38	3,14	3,26	3,25	3,00	3,10	4,04	3,94	3,97
Fundo Nacional de Saúde	2,80	50,55	26,27	4,49	52,15	29,58	9,16	59,6	39,13	18,5	62,25	50,84
Subtotal	3,92	52,43	27,77	7,87	55,29	32,84	12,41	62,6	42,23	22,54	69,19	54,81
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Orçamento Geral da União

CAPÍTULO IV – CENÁRIO MACROECONÔMICO INTERNACIONAL E NACIONAL NOS ANOS 90 E AS SUAS IMPLICAÇÕES SOBRE O SETOR SOCIAL

Este capítulo subdivide-se em quatro partes. A primeira apresenta uma descrição do cenário internacional nos anos 90 e seus condicionantes na reestruturação dos sistemas financeiro e produtivo brasileiros. A segunda, sublinha os principais aspectos da política macroeconômica adotada no Brasil nos anos 90. A terceira procura indicar em que medida esses processos macroeconômicos mais amplos têm restringido os raios de manobra da política social, que inclui a política de saúde..

IV.1 - CENÁRIO INTERNACIONAL E INSERÇÃO BRASILEIRA

Em primeiro lugar é preciso ter um panorama geral do contexto internacional, nos anos 90, para entendermos quais as suas repercussões e seus condicionantes para a economia brasileira¹⁸.

O movimento mundial é o da globalização financeira e nesta nova ordem internacional é o capital internacional de curto prazo, que se move em função da arbitragem e da especulação, quem dita não só as regras internacionais, mas as nacionais também. Os governos nacionais perderam o controle sobre suas políticas monetária e cambial, e a política fiscal está atrelada a um ajuste fiscal. E a ideologia que está por trás desta ordem é o neoliberalismo, que defende o livre mercado e as políticas de ajuste ortodoxas e neoclássicas.

Com isso vamos assistir aos processos de abertura financeira e comercial, em busca da maior eficiência que seria resultante do aumento da concorrência. Mas isso tudo vai ter sérias repercussões sobre as economias nacionais, principalmente sobre aqueles países que não tem moedas conversíveis nesse sistema internacional.

E isso tudo foi internacional e oficialmente discutido no do Consenso de Washington no qual foi determinado que deveriam ser estabelecidas regras e circunstâncias mais favoráveis para se obter o apoio político necessário para levar adiante

¹⁸ Este tópico é baseado em Carneiro (2000).

e com êxito programas de estabilização e reformas de modo a seguir um plano único de ajustamento das economias periféricas, chancelado pelo FMI e pelo BIRD, de acordo com o modelo ortodoxo e neoclássico.

O Brasil vai se inserir neste cenário internacional de uma maneira subordinada e perdendo o controle sobre a taxa de câmbio e sobre a taxa de juros. A abertura financeira vai, por um lado alimentar a escassez doméstica de financiamento (mas que vai se concentrar em capital de curto prazo, o que vai ter suas implicações posteriormente) e, por outro, gerar a desnacionalização dos sistemas bancários nacionais. A abertura comercial vai gerar a desnacionalização do parque produtivo brasileiro e uma especialização da produção brasileira. Isto vai fazer com que o nosso país volte à divisão internacional do trabalho dos anos 30, como exportador de bens intensivos em mão-de-obra e de bens intensivos recursos naturais e importador de bens intensivos em tecnologia e de bens intensivos em capital. O balanço de pagamentos brasileiro vai tornando-se cada vez mais frágil devido ao fato de ter um elevado déficit em transações correntes e a dependência do financiamento do capital de curto prazo, mais volátil e mais reversível.

IV.2 - POLÍTICA MACROECONÔMICA BRASILEIRA NOS ANOS 90

Tendo como base este cenário internacional, podemos analisar a política macroeconômica brasileira ao longo dos anos 90. Estas políticas apresentam dois aspectos principais: a abertura comercial e financeira e os programas de estabilização e reformas.

O programa de estabilização e reformas existente nos anos 90 no Brasil se refere ao Plano Collor e, principalmente, ao Plano Real. Estes planos vão deteriorar ainda mais a situação de autonomia da política macroeconômica nacional e a própria situação econômica e social do Brasil, colocando-nos em um dilema entre crescimento e estabilidade.

O Plano Collor, iniciado em 1990, promoveu a abertura comercial e instituiu um programa de estabilização baseado no confisco dos ativos financeiros, interrompendo o processo de financeirização que alimentava a inflação. Quanto à abertura financeira, ela

também era uma intenção de política econômica, mas que teve impulso mais notável a partir de 1992.¹⁹

No entanto, este processo de abertura e estabilização foi truncado, no final de 1992, com o impeachment de Collor, e a posterior ocupação do cargo de Presidente por Itamar Franco, em 1993. Então, segundo Fagnani (1999:157), *"O breve intervalo compreendido entre outubro de 1992 e maio de 1993 é marcado pela indefinição acerca da estratégia política e econômica mais ampla do governo"*.

O Plano Real — cuja formulação teve início em meados de 1993 — baseou sua política de controle da inflação na ancoragem cambial, que exigiu, como pré-requisito o equacionamento simultâneo do financiamento externo (para equilibrar o balanço de pagamentos e sustentar o nível de reservas, a fim de manter fixa a taxa de câmbio) e 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 impactos deste programa de ajuste macroeconômico sobre a trajetória da economia (consumo e crédito, saldo comercial e de transações correntes, contas públicas e investimento) serão tratados a seguir.

Em primeiro lugar, tivemos um boom de consumo (com destaque para o crescimento brutal do consumo de bens de consumo duráveis, principalmente os de maior valor), resultado da elevação do salário médio e da massa salarial e da grande expansão do crédito (sobretudo do crédito pessoal dirigido para o financiamento dos bens de consumo duráveis).

Quanto ao aumento salarial este é decorrente das regras de conversão dos salários, do rápido declínio da inflação e do aquecimento do nível de atividade que permitiram a elevação tanto do salário médio, quanto dos níveis de ocupação, logo, da massa salarial.

O maior endividamento esteve ligado, pelo lado da demanda por crédito, à estabilidade (que possibilita calcular os valores dos compromissos), à elevação da

¹⁹ Segundo Tavares (1999), a partir de 1991, com o governo Collor, passou a existir uma política de abertura comercial e financeira que desestruturou alguns setores produtivos e que inseriu o país na bolha do capital especulativo e na nova economia mundial guiada pelo ciclo de ativos, o que retirou do país o controle sobre o fluxo de capital que entra e sai.

ocupação e da renda; e pelo lado da oferta de crédito, à mudança das estratégias bancárias (tal como já foi dito, a perda de ganho com a inflação levou os bancos a buscarem uma fonte alternativa de lucro).

Em segundo lugar, o programa de ajuste macroeconômico teve efeitos devastadores sobre o saldo comercial. A combinação de abertura econômica, com elevação do dinamismo interno e com a valorização da taxa de câmbio, acabaram invertendo o saldo comercial (superavitário entre 1992-1994 e deficitário após 95). Sendo que o maior peso nesta inversão se deve ao aumento da importação, de modo que o ajuste só poderia vir do controle do nível de absorção o doméstica.

O impacto sobre a conta corrente esteve ligado a esta inversão, pois a perda de superávit comercial fez com que crescesse rapidamente o déficit em transações correntes, de modo que agora todas as contas deste balanço estavam negativas. Mas essa deterioração também decorreu de uma elevação do saldo negativo da conta de serviços, com destaque para o aumento do item de viagens internacionais (em função do crescimento doméstico e da valorização cambial)²⁰.

Um outro impacto se refere a deterioração das contas públicas, tanto em termos correntes, quanto em termos patrimoniais. Em relação às contas fiscais, o governo passa de uma situação de relativo equilíbrio, com elevados superávits operacionais entre 1993-1994, para uma situação de desequilíbrio com déficits operacionais crescentes até 1998, quando se inicia o programa de ajuste fiscal.

Essa inversão foi resultado da brutal elevação da carga de juros, decorrente da manutenção da taxa de juros em um nível muito elevado, e que incidia sobre uma dívida pública crescente, vinculada a dois processos: política de esterilização e revalidação de antigas dívidas públicas formadas nos anos 80 (os chamados "esqueletos"). Do ponto de

²⁰ Sobre esse ponto, Sampaio Jr (2000) coloca que *"a magnitude do desequilíbrio nas contas externas revela o caráter estrutural do problema. (...) A extrema volatilidade do capital internacional tornou as contas externas perigosamente vulneráveis às vicissitudes das finanças internacionais. Velada nos momentos em que há oferta abundante de recursos externos, a perda de soberania fica patente quando, na impossibilidade de fechar o balanço de pagamentos, a política econômica subordina-se de maneira absoluta aos interesses do capital financeiro"*. Delfim Netto (1998:155) faz o seguinte comentário sobre este assunto que *"Falar em política econômica, hoje, é pura conversa. O governo faz o que agrada ao sistema financeiro. O banqueiros ditam que querem. Leiam os relatórios: pedem um grande esforço de redução do déficit pública. Estamos de acordo. Mas não querem redução dos juros. Ora, os juros é que estão estourando o déficit!"*.

vista patrimonial, tivemos um ajuste com o processo de privatização, que acabou rendendo 4,5% do PIB. Mas este ajuste não foi capaz de deter a dívida pública.

Ou seja, dívida interna explode devido à sobrevalorização da taxa de juros, que é ainda mais elevada sempre que é necessário conter a demanda ou quando é preciso atrair mais capital externo ou controlar a sua fuga.²¹

Frente a esse comportamento da dívida pública interna, torna-se imperativo e central no âmbito da estratégia macroeconômica a busca do ajuste fiscal. Esse objetivo prioritário fica ainda mais prioritário na agenda governamental após o acordo com o FMI, que exige com meta a obtenção de um superávit primário capaz de cobrir a conta de juros. Ou seja, seria preciso ajustar não só as contas primárias, mas também era preciso buscar o equilíbrio operacional.

Por último, temos que o ciclo de investimentos que ocorre é muito rápido e concentrado no aumento de consumo decorrente do plano, que não foi suficiente para “puxar” o resto da indústria. Além disso, ocorreram investimentos em modernização tecnológica, privatização, fusão e aquisição, ou seja, investimentos em efeitos encadeadores. Com isso percebemos que houve perda de dinamismo na economia, sem que houvesse como reverter a desaceleração do nível de atividade econômica através de um ciclo de investimentos.

²¹ As relações entre as dívidas externa e interna, bem como a tentativa de amenizar o crescimento da dívida pública interna através do programa de privatização das estatais, são realçadas por Sampaio Jr (2000) nos seguintes termos: *“O aumento explosivo da dívida interna é contrapartida direta da política de endividamento externo. Na fase inicial de cada ciclo de endividamento externo, a dívida pública aumenta porque, para incentivar a entrada de recursos externos, os juros dos títulos públicos são fixados num patamar muito acima dos juros externos, dando início a uma ciranda financeira interna. Na fase terminal, quando se configura uma situação de insolvência externa, a dívida pública explode, porque, para desestimular a fuga de capitais, as autoridades socializam os prejuízos, jogando os juros internos para a estratosfera e estatizando o risco da desvalorização cambial. (...) Mesmo tendo arrecadado até 1999 cerca de R\$ 70 bilhões com o programa de privatização, recursos que foram utilizados para abater a dívida interna, o estoque de títulos públicos sob responsabilidade da União saltou de R\$ 62 bilhões, em 1995, para R\$ 465 bilhões, em 1999, um espetacular crescimento de 650%”*. Tavares (1999:80-81) também coloca a respeito da dívida interna: *“As contradições da política econômica, por sua vez, produzem uma crise fiscal que decorre menos da arrecadação, que subiu consideravelmente dado o ciclo de crescimento e a queda da inflação, do que do endividamento interno explosivo, decorrente basicamente da tentativa de segurar o balanço de pagamentos e impedir a fuga de capitais especulativos”*. Delfim (1998:155) também coloca sobre a dívida interna: *“Ora, os juros é que estão estourando o déficit!”*. E Delfim Netto (1998:153) também comenta a questão da relação entre o programa de privatização e a redução do crescimento da dívida interna, dizendo que *“Haja estatal para vender! O risco que corremos para financiar esse processo [se refere a remuneração do*

Com isso vemos que o plano foi construindo sua própria cilada. O crescimento se torna uma ameaça à estabilidade e as altas taxas de juros necessárias para sustentar o plano são uma ameaça para o crescimento. A opção foi pela defesa do plano, logo, aperta-se a política monetária, através da elevação da taxa de juros e da restrição do crédito (com a elevação do compulsório).

Este fato é consenso de economistas de diversas matizes.²² Mas quem melhor sintetiza essa situação é Tavares (1999:84), conforme revela a seguinte passagem transcrita a seguir : *"Esse tipo de plano colocou o manejo da política econômica dentro de uma camisa-de-força que gira em torno de uma obsessão: a sustentabilidade da regra cambial. A expansão da produção e da demanda interna transformaram-se, deste modo, em uma ameaça potencial à própria estabilização"*²³.

Na mesma direção, Furtado (1998:12) diz que *"O país não está se movendo a partir de seu próprio esforço, mas em função de facilidades criadas pelo processo de endividamento (...). Se a economia não retoma o dinamismo, esse processo, além de caro, não tem sentido nenhum. Daqui a algum tempo, governar o Brasil se tornará muito difícil. Seremos tão dependentes dos recursos externos que qualquer mudança na conjuntura internacional, qualquer modificação nos fluxos financeiros, trará consequências seríssimas. A instabilidade macroeconômica potencial aponta para uma crescente ingovernabilidade"*.

capital que entrou] é imenso e crescente, principalmente porque dependemos de fatores sobre os quais não temos controle".

²² Delfim Netto (1998:159) coloca que nós *"Só não crescemos porque transformamos o não-crescimento [ou como tal como o título do artigo traz como sendo o desemprego] na âncora do Real. Esta é a nossa única restrição"*, pois para ele (1998:157) *"A economia brasileira não cresce porque não tem condições de financiar o buraco externo que se cria sempre que ela se move nessa direção. É um fato recorrente em nossa história e econômica: as importações tendem a crescer muito mais vigorosamente que as exportação. As crises que impediram o nosso crescimento sempre foram crises externas"*. Ou seja, para Delfim Netto, tal como ele coloca em outro texto (1997) o crescimento é a armadilha do Real. Reinaldo Gonçalves (1997) também comenta a questão trazendo a idéia de que o Plano Real armou as suas próprias bombas de efeito retardado.

²³ Conceição (1999:84) comentando a mesma questão (crescimento versus estabilidade) coloca com outras palavras que *"Uma das principais consequências do Plano Real é ter agravado o peso da restrição externa na determinação dos rumos e possibilidades de crescimento da economia brasileira"*. E também comentando esta questão Conceição (1999:81) vai dizer que *"Tendo optado por um esquema de financiamento incorreto, com base no capital especulativo e revertendo a política histórica da câmbio real estável, o governo montou para si mesmo uma armadilha"*.

Na sequência da análise do programa macroeconômico dos anos 90, cabe colocar que após as crises mexicana (1994), asiática (1997) e russa (1998), o governo brasileiro tentou seguir com o seu programa (abertura e estabilização), mas para tal precisou elevar ainda mais a taxa de juros, tanto para controlar a demanda doméstica que pressionava as transações correntes, como para atrair ou não deixar fugir, o capital externo necessário para financiar o balanço de pagamentos.

Mas a situação não se reverte e se mantém a ameaça de um ataque especulativo. Com tudo isso o governo acaba tendo que entrar em negociação com o FMI em 1998, que, via de regra, exige como contrapartida para o empréstimo que concede, uma política de ajuste recessivo.

É interessante colocar a opinião de Tavares (1999:103) em relação à crise cambial e ao ataque especulativo: *“Todos os países do Terceiro Mundo que se endividam desbravadamente, no exterior e internamente, e que fazem uma política de abertura comercial desvairada, quando chegam a uma situação de balanço de pagamentos crucial (...) dificilmente conseguirão evitar um ataque especulativo contra sua moeda. Agora, esse ataque é mais provável quando, além dessa política selvagem, foi feita uma valorização cambial muito grande”*.

E Tavares (1999:114) ainda vai comentar as tentativas do governo de reverter tal situação dizendo que a estratégia do governo para enfrentar o agravamento da situação após a moratória russa foi a de *“estender o tapete vermelho para o capital especulativo”*, quando se refere à elevação da taxa de juros. E que *“A morte anunciada do real forte chegou antes do tempo previsto pelas condições do FMI”* isso porque *“ocorreu um violento ataque à moeda, a despeito das altas taxas de juros e do ajuste fiscal permanente que acaba de incluir entre suas vítimas os aposentados. Em pouco mais de uma semana o real sofreu uma maxidesvalorização que beira os 40%”* (1999:117). Continua (1999:117) dizendo que *“o mercado estava se preparando para o ataque definitivo ao real desde o início das negociações com o FMI, em outubro. Os banqueiros internacionais vinham reduzindo aceleradamente seus empréstimos ao Brasil e não renovando a dívida de curto prazo da maioria das grandes empresas e bancos brasileiros. Tão pronto ingressou a primeira parcela do empréstimo, o ataque começou para valer”*. Para ela, o acordo com o FMI não foi suficiente para recuperar a confiança no real.

Então, observamos que após estas crises internacionais e as negociações com o FMI, a situação da economia brasileira se deteriora, pois temos aumento do desemprego e da dívida pública, interna e externa, de modo que o país entra em recessão. E Tavares (1999:113) vai colocar que *"Não adianta por a culpa na crise internacional, pois o governo teve pelo menos quatro oportunidades para desmontar a armadilha de juros altos e câmbio sobrevalorizado criada pela sua própria política econômica: antes e depois da crise mexicana, antes da crise asiática e antes da crise russa. Ao não fazê-lo, as autoridades financeiras conduziram o país a um endividamento interno e externo explosivo. Esta situação de endividamento com altos juros estourou as finanças públicas federais, estaduais e municipais, produzindo um déficit operacional superior a 7% do PIB, dos quais a quase totalidade são juros das dívidas públicas"*.

E para concluir o assunto, podemos ter uma idéia resumida a respeito do Plano Real através das seguintes palavras de Tavares (1999:93): *"O "pecado original" do câmbio sobrevalorizado e da abertura comercial descontrolada desdobrou-se em vários pecados capitais: déficit em transações do balanço de pagamentos, juros escorchantes, déficit público gigantesco, inadimplência generalizada, crise agrícola e desindustrialização, todos destruidores e limitantes do crescimento global futuro. Finalmente chegaram as três pragas contemporâneas: desemprego estrutural, crise bancária e explosão do endividamento público nas três órbitas do governo"*.

Na mesma linha, questionando a política macroeconômica dos anos noventa em geral, temos a opinião de Sampaio Jr (2000), que diz que *"A rodada de modernização dos padrões de consumo iniciada por Collor e aprofundada por FHC tem provocado uma assustadora expansão da dívida externa. O problema decorre da adoção de um modelo econômico que define a cópia dos estilos de vida das economias centrais como principal objetivo da política econômica. A dependência comercial, tecnológica e financeira daí decorrente torna o capital internacional a mola propulsora da economia brasileira. Por essa razão, a modernização dos padrões de consumo implica necessariamente, além de imensa exclusão social, desnacionalização crescente da economia e crises recorrentes de sobreendividamento externo"*.

IV.3 – PROBLEMÁTICAS MACROECONÔMICAS IMPOSTAS À POLÍTICA SOCIAL

Tendo como base todo este cenário macroeconômico externo e interno, podemos perceber os impactos e os condicionantes sobre a política social.

Em primeiro lugar podemos dizer que os aspectos excludentes dos anos noventa fazem parte do processo da globalização. Essa idéia fica clara quando Furtado (1998:13) diz que a globalização gera a tendência à instabilidade macroeconômica e à exclusão social, e que o nosso desafio é " *viver na era da globalização e evitar esses efeitos negativos*". E ainda vai colocar (1998:14) que " *Toda a discussão atual na Europa tem como eixo exatamente a tentativa de evitar que a globalização agrave a exclusão social. (...) Nosso problema número um é social, com duas faces principais: a geração de emprego e o controle à fome. Desculpem se digo o óbvio, mas qualquer governo responsável deveria pensar, antes de mais nada, em melhorar as condições de vida da população. O que hoje se vê não é isso: todos os programas deste governo criam o desemprego*".

Na mesma linha temos Fiori (1997:215) dizendo que nos anos 90 existe uma " *contradição (...) entre os processos latino-americanos de consolidação democrática e inserção subalterna no movimento de globalização*".

E Furtado (1998) vai comentar o caso do Brasil fazendo parte deste movimento mundial, ao dizer que acredita que nós interrompemos o nosso processo democrático. Além disso, Furtado (1998:13-14) coloca que " *O processo de construção da economia brasileira [ou processo de construção nacional] foi interrompido, aparentemente porque se considerou que a globalização exigia essa interrupção. O país deixou de acreditar em si*".

Seguindo o mesmo raciocínio, Sampaio Jr (2000) coloca que " *A especificidade do movimento recente de endividamento externo, em contraste com tantos outros que marcaram a história brasileira, reside da absoluta incompatibilidade com a continuidade do processo de construção das nação*".

Dentro deste processo mundial, do qual o Brasil faz parte, de exclusão social e de interrupção dos processos democráticos e da construção da nação, podemos analisar as políticas sociais brasileiras.

De uma maneira geral podemos dizer, segundo as palavras de Fagnani (1999:159) que 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*".

Complementando, Fiori (1997:211-212) vai dizer que *"Não é de se espantar (...) que (...) o sucesso inicial dos novos planos de estabilização tenha sido sucedido pelo aumento de desemprego, a desaceleração do crescimento e o aumento exponencial da dívida pública, apesar da diminuição dos gastos com salários e com as políticas sociais"*.

Vemos então que existem dois limites dos programas macroeconômicos frente à questão social. Por um lado, estes programas são excludentes porque a economia não cresce. Sendo que observamos dois aspectos desta exclusão: o aumento do desemprego e o aumento da informalidade no mercado de trabalho.

Por outro lado, os ajustes macroeconômicos destroem as bases financeiras e institucionais do Estado, e com isso reduzem a margem de manobra das políticas sociais. Afinal, estes ajustes, ao provocarem o aumento do desemprego e da informalidade, reduzem tanto o montante de recursos destinados ao financiamento dos programas sociais, como os direitos sociais, pois ambos estão vinculados ao trabalho formal. Além disso, temos o fato de que o ajuste fiscal existente acaba por reduzir ainda mais a capacidade de intervenção do Estado, que no caso, se refere aos cortes feitos na área social (com destaque para a Reforma da Previdência).

Agora, podemos analisar cada um destes limites mais detalhadamente. Em primeiro lugar, fica claro que houve uma desorganização do mercado de trabalho, com o aumento do desemprego, a redução da participação do trabalho assalariado no total das ocupações e a redução do trabalho assalariado com carteira assinada no total da PEA. E 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 de evitar o desemprego, reduziu os encargos e os direitos trabalhistas. Um exemplo se refere à institucionalização do Contrato Temporário de Trabalho.

Com tudo isso, vemos que a política macroeconômica faz com que a economia não cresça, pois o crescimento colocaria em xeque o ajuste macroeconômico, e isso vai resultar no aumento da exclusão. Esse quadro piora ainda mais após as negociações com o FMI, que passa a exigir um ajuste recessivo.

O governo, dentro da sua estratégia de desenvolvimento social, adota políticas compensatórias, que são políticas de emprego e geração de oportunidades de trabalho e renda, mas que não são suficientes diante da imensa desorganização.

Criticando isso, Maria da Conceição Tavares (1999:244) coloca que a *"era do neoliberalismo é marcada, em nível mundial, pela deterioração das condições de emprego e do mercado de trabalho"*.

Conceição (1999:245) ainda coloca que *"não são as condições institucionais do mercado de trabalho, mas sim a política macroeconômica (de abertura descontrolada, juros altos e câmbio valorizado) e seus reflexos na dinâmica do sistema produtivo, bem como a ausência de uma política de desenvolvimento, proteção, financiamento e reestruturação econômica e social, os fatores determinantes da evolução do emprego e das condições de uso e remuneração da mão-de-obra. Propor a degradação destas condições sob o falso pretexto de evitar o desemprego ou de elevar a competitividade da economia, numa sociedade como a brasileira - já marcada por profundas desigualdades sociais e, portanto, com muito menos "gorduras" para ajuste deste tipo -, mais do que um absurdo ético, é uma inominável irresponsabilidade social"*.

No mesmo livro (1999:87) ela ainda coloca que *"O tão decantado aumento da produtividade que deveria compensar a sobrevalorização cambial e estimular as exportações é eminentemente espúrio, devendo-se em grande parte ao desemprego industrial à terceirização"* e completa (1999:87) dizendo que *"não está a vista nem a diminuição significativa do chamado "custo Brasil", nem o aumento da produtividade que acompanha uma revolução tecnológica de base estrutural, únicos fatores sistêmicos que sustentariam tanto o crescimento das exportações quanto um novo ciclo de expansão da economia"*.

Comentando a mesma questão, Furtado (1998) coloca que para ele o Brasil é competitivo em determinadas áreas e que tem um dos maiores parques industriais do mundo e que com sua instalação nós demos um grande salto e mudamos radicalmente a nossa economia e a nossa pauta exportadora. Para ele nós não precisamos *"atender às necessidades do comércio internacional"* e nem colocar a *"competitividade internacional como objetivo único"*.

Em segundo lugar, o aumento da exclusão social acaba por fragilizar os mecanismos de financiamento da área social porque os recursos destinados à seguridade social e à educação são constituídos pelas contribuições sociais feitas pelos trabalhadores formais. Logo, vemos que os gastos com os programas sociais ficam limitados devido as consequências dos programas macroeconômicos sobre o mercado de trabalho.

O mesmo vale para os direitos sociais, que são voltados somente para os trabalhadores com carteira assinada, logo, o aumento do desemprego e da informalidade vão reduzir o acesso a esses direitos. Então de nada adianta termos direitos sociais universais e uniformes se a situação da economia, decorrente do ajuste macroeconômico, não permite que todos tenham acesso a eles.

Além disso, o governo ainda adota uma política de ajuste fiscal, que era necessária frente a elevada dívida interna, decorrente da manutenção da taxa de juros interna em um patamar muito alto, e que é elevado cada vez que o capital externo ameaça reverter o seu fluxo. E essa política monetária contracionista é necessária, por um lado, porque era preciso atrair capital externo, ou não deixar que ocorra uma fuga, para poder manter equilibrado o balanço de pagamentos; por outro lado, para controlar a demanda interna que também pressionava as contas externas e os preços. Podemos dizer que tanto o capital externo, quanto o não-crescimento (consequentemente o desemprego), são as âncoras do Plano Real. Sendo que esse cenário se deteriora quando entra em cena o FMI, que vai exigir uma ajuste recessivo.

Como esse ajuste visava o equilíbrio da dívida pública interna, foi desenvolvido na direção de um aperto fiscal através da redução dos gastos públicos, o que acaba sempre por se dirigir para os cortes nas despesas sociais. Era necessário obter com este ajuste um superávit primário que fosse capaz de cobrir a conta de juros (ou pelo menos sua maior parte), a fim de obter o equilíbrio operacional das contas públicas.

Isso vai agravar ainda mais o quadro social e dificultar ainda mais a execução de políticas públicas nacionais. Segundo Fagnani (1999:166), "*O ajuste fiscal é um dos principais motores da ofensiva contra os direitos sociais*". O caso gritante deste ajuste está ligado à Reforma da Previdência Social.

Cabe ainda colocar quais são os pontos da estratégia de desenvolvimento social adotada pelo governo²⁴. Em primeiro lugar, adota as já citadas políticas de emprego e geração de oportunidades de trabalho e renda. Em segundo lugar, temos a também já citada Reforma na Previdência Social. Em terceiro lugar, está a reestruturação e a reforma dos serviços sociais básicos, que inclui as políticas de saúde, de assistência social e de educação fundamental. Em quarto lugar, estão as tentativas de reorganizar as

²⁴ Baseado em Fagnani (1999).

políticas urbanas. E por último, o governo coordena políticas focalizadas de combate à fome e à miséria.

CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS

Após toda essa exposição sobre a saúde pública ao longo dos anos de 1964 e 1998, podemos dizer que a Constituição de 1988 foi o grande marco, primeiro porque significou uma brusca mudança de princípios e de organização a respeito do sistema público de saúde, segundo por representar a base para a construção efetiva do SUS. Toda discussão e tentativa de melhora das condições da saúde pública leva em consideração os princípios constitucionais.

Com relação aos anos 90, o centro deste estudo, ficou muito claro que durante o período Collor (1990-1992) a Constituição não foi muito respeitada. Este momento representou uma contra-reforma quanto à base institucional-legal e uma recentralização dos poderes e do financiamento. E a situação se deteriora com o programa macroeconômico existente, que vai colocar grandes dificuldades ao financiamento não só do setor da saúde, mas de toda a área social.

Na sequência, o período do governo FHC (1993-1998) vai trazer uma tentativa de resgate da reforma, buscando seguir os princípios do SUS determinados pela Constituição Federal de 88 e pelas Leis 8080/90 e 8142/90. Os destaques do avanço alcançado estão voltados para a NOB 01/93 e para a NOB 01/96. Porém, o Plano Real acabou por representar uma grande barreira para a efetiva implementação do SUS, ao submeter o país a uma recessão e a um ajuste fiscal, o que ocasionou exclusão social e contenção dos gastos sociais.

Quanto ao financiamento do setor saúde ao longo dos anos 90, principalmente após 93, percebe-se, de um modo geral, que a saúde vem disputando os recursos da seguridade social com a previdência e que a criação da CPMF apenas compensou a perda de receitas do setor. E ainda que os recursos destinados ao financiamento dos serviços e ações são reduzidos resultado da obrigação de pagamento das dívidas e dos encargos previdenciários e que o FEF ao mesmo tempo pode financiar e "desfinanciar" a saúde.

E relacionado também a questão do financiamento, podemos trazer um tema de grande discussão atual referente ao fato de o OSS (Orçamento da Seguridade Social) ter a maior participação no OGU (Orçamento Geral da União) e financiá-lo e sustentá-lo.

Enfim, de tudo o que foi visto e discutido ao longo deste trabalho de análise da situação do SUS, pelo lado da legislação, das estratégias do governo, do financiamento e dos limites macroeconômicos, podemos concluir que o SUS é algo muito recente, sua origem está na Constituição de 1988 e na Legislação Constitucional Complementar de 1990, e sua efetiva implementação iniciou-se no ano de 1993, com grandes avanços a partir de 1996. Além disso, podemos dizer que o SUS é um sistema que ainda vai demorar para se consolidar e que está atravessando todas as dificuldades que qualquer processo de transição atravessa. Sendo que a política macroeconômica aumenta essas dificuldades (desemprego, desregulamentação do mercado de trabalho, Ajuste Fiscal).

Com relação as perspectivas para o setor saúde, em primeiro lugar cabe ressaltar que no ano de 1999 não tivemos grandes mudanças na trajetória da legislação e da estratégia quanto ao setor saúde. Dentre várias normas implementadas ao longo de 1999, vale a pena citar:

- Lei nº 9782 de 26/01/99: Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências.

- 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 1163, de 11/10/2000, que dispõe sobre a implantação do SIOPS e dá outras providências.

- Medida Provisória nº 1928 de 25/11/99: Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências.

- Portaria nº 531: Define os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde que compõem o TFA, integrado por recursos para atenção básica e para assistência ambulatorial, de média e alta complexidade, e assistência hospitalar.

Desta nova legislação é preciso comentar a implementação do SIOPS, que é um sistema de informações sobre os orçamentos públicos de saúde que surge como uma novidade e uma inovação em matéria de orçamento setorial passando a representar uma peça fundamental para a construção do SUS e para o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/00, que determina a vinculação dos recursos para o setor saúde (esta emenda será tratada a seguir).

Além disso, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar surge da necessidade de controlar e regular os serviços e os convênios privados de saúde. Foi uma conquista importante para os brasileiros usuários destes serviços e para o próprio SUS.

Com relação a CPMF é preciso expor a novidade da edição da Emenda Constitucional nº 21, de 18/03/99. Esta emenda prorroga, alterando a alíquota, a CPMF, determinando que o resultado do aumento da arrecadação, decorrente da elevação da alíquota, nos exercícios financeiros de 1999, 2000 e 2001, seria destinado ao custeio da Previdência Social. A discussão que aparece está ligada ao fato de que o aumento da arrecadação da CPMF, uma contribuição criada exclusivamente para o financiamento da saúde e que poderia melhorar a situação deste setor, foi para a previdência e não para a saúde.

Outra questão importante está relacionada à Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/00 (que antes era a PEC Nº 86/99). Esta emenda destina-se a *"assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde"*.

Fica estabelecido o seguinte no seu artigo 7º: *"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 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.

A discussão existente sobre esta emenda está ligada a vários pontos. Por um lado, sua intenção é muito importante pois pretende-se assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Porém, os percentuais exigidos pela emenda já são atingidos pela maioria dos municípios. No caso dos estados vem sendo praticado um percentual de 6%, logo, a emenda elevaria os gastos estaduais em saúde.

Além disso, a emenda trata apenas dos recursos fiscais (que tem baixa participação entre as fontes de financiamento da saúde) e nada define a respeito das contribuições da Seguridade Social, não definindo nenhuma vinculação destes recursos para a saúde, deixando de lado a disputa por eles entre saúde e previdência.

E ainda outros pontos problemáticos e centro de muitos debates atuais vem sendo levantados a respeito desta emenda: o que se considera como ações e serviços de saúde? A vinculação proposta não será barrada pela Lei de Responsabilidade Fiscal? Estas são algumas das novas questões que vem surgindo atualmente acerca desta emenda e que ainda não tem algum consenso sobre suas respostas. Apenas podemos prever mudanças na própria emenda e muito debate pela frente.

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 a Emenda Constitucional nº 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 as porcentagens de gasto com pessoal (que é o maior gasto do setor saúde, pois é o fator intensivo do setor e porque o setor requer mão-de-obra qualificada).

Ainda podemos trazer mais uma questão atual de debate: a Reforma Tributária. Sua ligação com o setor saúde se concentra nos seguintes pontos da reforma: está voltada ao Ajuste Fiscal; extinção da COFINS e da CSLL (em 1999 estas fontes foram responsáveis por 39,7% dos recursos da área da saúde, logo, essa medida representaria uma grande perda de receita para a saúde); redução da arrecadação dos municípios e dos estados versus descentralização das ações e da gestão; recentralização da

arrecadação e da disponibilidade na União versus descentralização; Desvinculação dos Recursos da União - DRU, que vai contra a Emenda Constitucional nº 29/00 (que propõe a vinculação de recursos das três esferas de governo) e que pertence ao pacote de ajuste fiscal.

Por último, cabe colocar que continuam os mesmos limites macroeconômicos, mas piorados após 1998. Isso porque após o acordo com o FMI realizado em 1998 o governo ainda tentou um choque dos juros, frente a persistência da crise cambial e da ameaça de um ataque especulativo. Porém, ao final, se viu obrigado a fazer uma maxidesvalorização cambial em janeiro de 1999, devido a brutal perda de reservas internacionais, resultado do ataque especulativo que se concretizou. E assim, conseguiu, de certa maneira, controlar a situação externa para poder manter seu programa macroeconômico.

É interessante colocar a opinião de Tavares (1999:103) em relação à crise cambial e ao ataque especulativo: *"Todos os países do Terceiro Mundo que se endividam desbravadamente, no exterior e internamente, e que fazem uma política de abertura comercial desvairada, quando chegam a uma situação de balanço de pagamentos crucial (...) dificilmente conseguirão evitar um ataque especulativo contra sua moeda. Agora, esse ataque é mais provável quando, além dessa política selvagem, foi feita uma valorização cambial muito grande"*.

E Tavares (1999:114) ainda vai comentar as tentativas do governo de reverter tal situação dizendo que a estratégia do governo para enfrentar o agravamento da situação após a moratória russa foi a de *"estender o tapete vermelho para o capital especulativo"*, quando se refere à elevação da taxa de juros. E que *"A morte anunciada do real forte chegou antes do tempo previsto pelas condições do FMI"* isso porque *"ocorreu um violento ataque à moeda, a despeito das altas taxas de juros e do ajuste fiscal permanente que acaba de incluir entre suas vítimas os aposentados. Em pouco mais de uma semana o real sofreu uma maxidesvalorização que beira os 40%"* (1999:117). Continua (1999:117) dizendo que *"o mercado estava se preparando para o ataque definitivo ao real desde o início das negociações com o FMI, em outubro. Os banqueiros internacionais vinham reduzindo aceleradamente seus empréstimos ao Brasil e não renovando a dívida de curto prazo da maioria das grandes empresas e bancos brasileiros. Tão pronto ingressou a primeira parcela do empréstimo, o ataque começou para valer"*. Para ela, o acordo com o FMI não foi suficiente para recuperar a confiança no real.

Então, observamos que após estas crises internacionais e as negociações com o FMI, a situação da economia brasileira se deteriora, pois temos aumento do desemprego e da dívida pública, interna e externa, de modo que o país entra em recessão. E Tavares (1999:113) vai colocar que *"Não adianta por a culpa na crise internacional, pois o governo teve pelo menos quatro oportunidades para desmontar a armadilha de juros altos e câmbio sobrevalorizado criada pela sua própria política econômica: antes e depois da crise mexicana, antes da crise asiática e antes da crise russa. Ao não fazê-lo, as autoridades financeiras conduziram o país a um endividamento interno e externo explosivo. Esta situação de endividamento com altos juros estourou as finanças públicas federais, estaduais e municipais, produzindo um déficit operacional superior a 7% do PIB, dos quais a quase totalidade são juros das dívidas públicas"*.

BIBLIOGRAFIA

- AFFONSO, R. B. A . **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).
- AFONSO, J. R. R. Dilemas da saúde: financiamento e descentralização. **Revista BNDES**, Rio de Janeiro, volume2, número 3, junho de 1995.
- 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).
- BARROS, M. E., PIOLA, S. F., VIANNA, S. M. Política de Saúde na Brasil: diagnóstico e perspectivas. **Texto para Discussão**. Brasília : IPEA, nº 401, 1996.
- BELLUZZO, L. G., ALMEIDA, J. S. **A economia brasileira: da crise da dívida à agonia do Real**. Campinas (mimeo), 1999.
- BRAGA, J. C., GOES DE PAULA, S. **Saúde e previdência** - estudos de política social. São Paulo : CEBES/HUCITEC, 1981.
- BRASIL. Presidência da República. **Uma estratégia de desenvolvimento social**. Brasília, 1996. (Coleção Documentos da Presidência da República).
- 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).
- CASTRO, M. H. G. Descentralização e política de saúde: tendências recentes. **Planejamento e Política Pública**, IPEA, Brasília, nº 5, junho de 1991.
- COHN, A. **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 nº 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. Controvérsias no financiamento do SUS. **Revista Saúde em Debate**. Londrina, PR : Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES, 1991.
- DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo – reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. **Revista da USP**, São Paulo, n. 17, 1993.

- _____. **O sistema brasileiro de proteção social** : o legado desenvolvimentista e a agenda recente de reformas. Campinas, SP : UNICAMP. NEPP, 1998. (Cadernos de Pesquisa, n. 32).
- _____. As políticas sociais no regime militar brasileiro: 1964/84. In: SOARES, G. A. D., D'ARAUJO, M. C. (Org.). **Vinte e um anos de regime militar** : balanços e perspectivas. Rio de Janeiro : Editora FGV, 1994.
- 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.
- _____. **Pobres viajantes** - estado e transporte coletivo urbano no Brasil - 1964/84. Campinas : IE/UNICAMP, 1985. (Dissertação de Mestrado).
- 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, nº 2, 1990.
- 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, nº 598, 1998.
- FLORI, 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. **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.
- GONÇALVES, R. Desestabilização macroeconômica e incertezas críticas: o governo FH e suas bombas de efeito retardado. In: MERCADANTE, A. (Org.). **O Brasil pós-Real** : a política econômica em debate. Campinas, SP : UNICAMP. IE, 1997.
- HENRIQUES, W. 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. **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).

LOPES, J. R. B. Novos parâmetros para a reorganização da política social brasileira. **Texto para Discussão**. Brasília : IPEA, nº 358, 1994.

MAGALHÃES, J. P. A., MINEIRO, A . S., ELIAS, L. A . (Org.). **Vinte anos de política econômica**. Rio de Janeiro : Contraponto, 1999.

MATTOSO, 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. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil** : balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da USP, 1994.

_____. Perspectivas do financiamento à saúde no Governo Collor de Mello. **Série Economia e Financiamento**. Brasília : OPS, 1991.

_____. 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.

_____. O financiamento do setor saúde no Brasil: propostas para a Nova República. **Revista Brasileira de Estatística**. Nº 46, 1985.

_____. Descentralização e informação em saúde. **Planejamento e Política Pública**. Brasília : IPEA, nº 5, 1991.

_____. Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras. **Planejamento e Política Pública**. Brasília : IPEA, nº 4, 1990.

_____. Universalização com qualidade: uma proposta de reorganização do sistema de saúde no Brasil. **Texto para Discussão**. Brasília : IPEA, nº 316, 1993.

_____. Saúde e crise na América Latina: impactos sociais e políticas de ajuste. **Revista de Administração Pública**. Brasília : FGV, nº 3, volume 23, 1989.

- _____. Novas regras para o financiamento do SUS em 1991. **Revista Saúde em Debate**. Londrina, PR : CEBES, 1991.
- _____, 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 `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.
- 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).
- NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS - NEPP. **A Reforma do Estado e o Setor Saúde**. Campinas : UNICAMP. NEPP, 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, F. A. Evolução, Determinantes e Dinâmica do Gasto Social no Brasil: 1980/1996. **Texto para Discussão**. Brasília : IPEA, nº 649, 1999.

OLIVEIRA, M. A. (Org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas, SP : UNICAMP. IE, 1998.

PENA, M. V. P. Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento. **Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro : IUPERJ, nº 16, 1977.

PIOLA, S. F. **A Política de saúde na Nova República** : subsídios para a sua formulação. Brasília : IPEA/IPLAN, 1985. (Documento de Trabalho).

_____. Municipalização das políticas públicas: a experiência brasileira da saúde. **Anais do Seminário " Municipalização das Políticas Públicas"**. Brasília : IPEA/IBAM/ENAP, 1993.

_____, BIASOTO JUNIOR, G. **Finanças e Dispendios: financiamento do SUS, gasto público e base tributária**. Mimeo, 2000.

_____, RIBEIRO, J. A. C., REIS, C. O. O. **Financiamento da Saúde: o que mudou com a CPMF**. Mimeo, 1999.

_____, VIANNA, S. Os desafios do SUS. **I Encontro Nacional de Economia da Saúde - Anais**. São Paulo : Associação Brasileira de Economia em Saúde, 1994.

_____. Descentralização e repartição de encargos no SUS. **Planejamento e Política Pública**. Brasília : IPEA, Nº 5, 1991.

_____. (Org.). **Economia da saúde** : conceitos e contribuições para a gestão da saúde. Brasília : IPEA, 1995.

PIOVEZANE, P. M. (Org.). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Rideel, 1999. (Constituição Federal de 1988)

POCHMANN, M. **O movimento de desestruturação do mercado de trabalho brasileiro nos anos 90: uma análise regional**. Campinas : UNICAMP. IE. Cesit, 1998.

SAMPAIO, P. S. A. A armadilha das dívidas eternas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 11 set. 2000. Caderno Dinheiro. Opinião Econômica.

SANTOS, L. A. C. Estado e saúde pública no Brasil (1889-1930). **Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro : IUPERJ, volume 23, nº 2, 1980.

SILVA, P. L. B. **Reforma do Estado e política social no Brasil: limites da intervenção estatal**. Campinas, SP : UNICAMP. NEPP, 1998.

- _____. **Atenção à saúde como política governamental.** Campinas, SP : [s.n.], 1984. (Dissertação de Mestrado).
- _____. **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)
- _____, VIANNA, A. L. Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80: o caso brasileiro. **Seminário " Estado, Economia e Saúde".** Campinas, SP : UNICAMP (Convênio NEPP/UNICAMP/OPAS/UDUAL), mimeo.
- 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.
- TEIXEIRA, S. M. F. **Política de saúde na transição conservadora.** Cebes - Estudos, s/d.
- TEIXEIRA (1990).
- VELLOSO, J. P.R. (Org.). **Brasil: Desafios de um país em transformação.** Rio de Janeiro : José Olympio, 1997.
- VIANNA, S. 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, nº 3, 1991.
- _____. A descentralização tutelada. **Relatório Interno 02/92.** Brasília : IPEA, 1992.
- WERNECK VIANNA (1991).
- ZAYEN, Z. et alli. Economia política da saúde: uma perspectiva quantitativa. **Texto para Discussão.** Brasília : IPEA, nº 370, 1995.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

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 ESTABELECEREM 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 ESTABELECEREM 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 CARÊNCIA NUTRICIONAIS, POR MUNICÍPIO.

PORTARIA 3925 DE 13/11/98

APROVA O MANUAL PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO SUS.

LEGISLAÇÃO DE 1999

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.

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

REGULAMENTO 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.

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.

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.

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 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.

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.

PORTARIA CONJUNTA 1163 DE 11/10/2000

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.

5. LEGISLAÇÃO SOBRE A VINCULAÇÃO

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.

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

SITES DA INTERNET CONSULTADOS

- 1. Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível: <http://www.saude.gov.br> e <http://www.senado.gov.br>
- 2. Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.** Disponível: <http://www.senado.gov.br>
- 3. Legislação do Setor Saúde nos anos 90.** Disponível: <http://www.saude.gov.br> e <http://www.senado.gov.br>
- 4. Emenda Constitucional nº 29 de 13/09/00.** Disponível: <http://www.senado.gov.br>
- 5. Legislação da CPMF nos anos 90.** Disponível: <http://www.fazenda.gov.br>
- 6. Outras legislações consultadas nos anos 90.** Disponível: <http://www.senado.gov.br>