



1290000683



IE

TCC/UNICAMP Si38s

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINA

INSTITUTO DE ECONOMIA

MONOGRAFIA



**SUS: A QUESTÃO DO FINANCIAMENTO NAS  
PROPOSTAS DE UNIVERSALIZAÇÃO E  
DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE**

**Aluno: Hudson Pacifico da Silva**  
**Orientador: Prof. Dr. Geraldo di Giovanni**

**Campinas, novembro de 1996**

**TCC/UNICAMP  
Si38s  
IE/683**

CEBOCIE

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho contou com o apoio, o estímulo e o carinho de muitas pessoas: professores, amigos, colegas, familiares... Cada um, ao seu modo, contribuiu para que eu pudesse encontrar a força e o incentivo necessários para transpor os obstáculos e as dificuldades inerentes a um trabalho como este. Por isso, aqui vai meu sincero agradecimento a todos que me ajudaram, de alguma forma, na elaboração da monografia. Algumas pessoas, porém, foram fundamentais.

Geraldo di Giovanni, meu orientador, foi quem primeiro me incentivou a levar adiante a idéia de realizar um trabalho acadêmico sobre a política de saúde no Brasil. Seu curso de Políticas Sociais, no Instituto de Economia, forneceu o estímulo inicial e os subsídios necessários para uma primeira reflexão sobre o tema. Em vários momentos, seu apoio foi decisivo.

Pedro Luiz e Eduardo Fagnani possibilitaram o aprofundamento da discussão mediante suas aulas e observações, que muito contribuíram para uma reflexão mais consistente. Sem dúvida, muito dos resultados positivos deste trabalho se deve a eles.

Horácio, Débora, Mariana e Milko, junto com outros amigos e colegas do Instituto de Economia e do NEPP, proporcionaram observações valiosas para meu aprendizado e amadurecimento acadêmico e pessoal. Lídia, do Centro de Conjuntura, cuja amizade foi de extrema importância, auxiliou-me em diversas ocasiões. Cássio, Paula Helena, Airton, Leonardo, Paulinha, Roberto, Marcelo... suportaram meu mau humor e inconstância durante anos. Vocês são demais!

Finalmente, aos meus irmãos da IPJG, que proporcionaram o apoio moral e espiritual, e à minha família, agradeço e dedico este trabalho.

# Índice

Introdução.....	04
<b>1. A Política de Saúde no Brasil.....</b>	<b>07</b>
1.1. Origens.....	07
1.2. O Subsistema de Saúde Pública.....	12
1.3. O Subsistema de Medicina Previdenciária.....	16
1.4. A Política de Saúde no Pós-64.....	24
1.5. A Reforma dos Anos 80.....	35
1.6. O Estado de Bem-Estar Social no Brasil.....	48
1.7. Conclusões.....	53
<b>2. A Questão do Financiamento.....</b>	<b>56</b>
2.1. Aspectos Conceituais.....	56
2.2. O Financiamento do Sistema Único de Saúde.....	71
2.3. Evolução do Financiamento.....	79
2.4. Conclusões.....	92
<b>3. Avaliações e Propostas.....</b>	<b>94</b>
3.1. Avaliações.....	94
3.2. Propostas de Reorganização.....	102
3.3. Propostas de Financiamento.....	107
3.4. Conclusões.....	115
<b>4. Considerações Finais.....</b>	<b>117</b>
<b>5. Bibliografia.....</b>	<b>121</b>
<b>6. Anexos.....</b>	<b>124</b>

## Tabelas e Gráficos

Tabela 1.3.1 - Evolução do Número de Instituições e de Associados (por categoria) da Previdência Social Brasileira.....	19
Tabela 1.3.2 - Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões.....	20
Tabela 1.3.3 - Despesa Total e Despesa com Assist. Médica dos IAPS e INPS.....	21
Tabela 1.4.1 - Gasto Público em Saúde.....	25
Tabela 1.4.2 - Crescimento da Rede Ambulatorial Pública no Nordeste.....	32
Tabela 1.5.1 - SUS: Repartição de Competências.....	43
Tabela 1.6.1 - Gastos com Saúde como Percentagem do PIB.....	52
Tabela 2.1.1 - Modelos de Financiamento da Saúde.....	57
Tabela 2.1.4 - Número de Municípios Habilitados por Condição de Gestão.....	70
Tabela 2.2.1 - Receitas da Seguridade Social.....	72
Tabela 2.3.1 - Distribuição do Gasto Federal Consolidado em Saúde.....	80
Tabela 2.3.2 - Evolução dos Gastos Federais com Saúde.....	81
Tabela 2.3.3 - Evolução dos Gastos Estaduais com Saúde.....	83
Tabela 2.3.4 - Evolução dos Gastos Municipais com Saúde.....	84
Tabela 2.3.5 - Gasto Público em Saúde Consolidado e Distribuição Percentual nas Três Esferas de Governo.....	88
Tabela 2.3.6 - Evolução da Arrecadação Federal e dos Repasses de Recursos ao Ministério da Saúde.....	89
Tabela 2.3.7 - Evolução das Fontes de Financiamento da Saúde.....	90
Tabela 2.3.8 - Parcela da Arrecadação das Contribuições Sociais da Seguridade Social Repassada ao Ministério da Saúde.....	91
Gráfico 1 - Recursos Transferidos às Esferas Locais como Despesas de Assistência Médica.....	40
Gráfico 2 - Gastos Federais com Saúde.....	82
Gráfico 3 - Gasto Federal em Saúde como % do PIB.....	83

Gráfico 4 - Gasto dos Estados com Saúde.....	86
Gráfico 5 - Gasto dos Municípios com Saúde.....	87

## **Anexos**

I. Constituição da República: Saúde e Disposições Gerais da Seguridade Social.....	124
II. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.....	127
III. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.....	143
IV. Norma Operacional Básica - SUS 01/1993.....	145
V. Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde.....	162

## Introdução

A universalização dos serviços públicos de saúde, no Brasil, está prevista na Constituição Federal de 1988, com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) e, com ela, o seu pressuposto organizacional: a descentralização do sistema de saúde. Tal descentralização visa, em última instância, à municipalização da saúde, de acordo com a determinação legal que atribui aos Municípios a competência para gerir e executar os serviços de saúde. O modelo universalista de saúde está baseado, por sua vez, na proteção, não mais apenas ao trabalhador e à sua família, mas a toda a população, dentro de determinado marco, onde se tem a universalização das políticas sociais e um conceito de cidadania, privilegiando o cidadão em relação ao contribuinte. Ou seja, o modelo universalista não associa o benefício à contribuição que foi feita, mas tende a dar igual benefício para todos, baseado na condição de cidadania.

Em que pese o fato de que a saúde tenha se tornado “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” (Constituição Federal, Art. 196), o atual quadro da saúde pública do país reflete a falência de um sistema que jamais chegou a ser implantado em seus moldes originais.

A crise do Sistema Único de Saúde está estreitamente relacionada às crescentes dificuldades orçamentárias e financeiras, pois não apenas a magnitude dos recursos necessários para fazer frente aos gastos é insuficiente, como também pode ser apontada a existência de inúmeras dificuldades relacionadas a fraudes, desperdícios, “cobrança por fora”, etc. Nesse sentido, muitas propostas relacionadas à questão do financiamento da política de saúde têm surgido no debate nacional, revelando a inegável preocupação de vários setores da sociedade.

Esta monografia tem por objetivo geral avaliar o desempenho dos serviços públicos de saúde no Brasil a partir da década de 80, relacionando-o à questão do seu financiamento. Mais especificamente, procura analisar a evolução do financiamento do setor saúde em face das propostas de universalização e descentralização dos serviços.

Ao analisar a evolução histórica da política de saúde no Brasil, procurando destacar seus principais momentos enquanto intervenção estatal na área da saúde, procuramos avaliar a seguinte questão: *que tipo de relação pode ser estabelecida entre a crise do Sistema Único de Saúde e seus mecanismos de financiamento?*

Duas hipóteses iniciais guiaram o desenvolvimento da monografia:

- 1) A política de saúde no Brasil é parte integrante de um perfil mais geral de intervenção estatal de política social, cujas características evidenciam uma completa subordinação em relação à política econômica, assim como a outros interesses a ela ligados;
- 2) Existe uma relação direta entre a crise da saúde pública e seu padrão de financiamento.

Inicialmente, buscamos apresentar um panorama geral da evolução da política de saúde no Brasil. A justificativa para tal procedimento está na constatação de que não se pode compreender o surgimento da concepção e do desenvolvimento do atual Sistema Único de Saúde, suas características e deficiências, desconhecendo as principais especificidades da evolução da intervenção estatal no setor saúde ao longo de sua história. A partir disso, procurou-se, no **Capítulo 1**, construir um quadro geral da política de saúde no Brasil, destacando seus principais momentos, a fim de proporcionar uma visão abrangente e esclarecedora de sua evolução enquanto política social.

Por outro lado, o setor saúde não pode ser visto como algo desvinculado dos principais determinantes internos do padrão de *Welfare State* consolidado no Brasil, responsável por constituir um tipo específico de intervenção do Estado no campo social. Dessa forma, buscou-se, ao final do primeiro capítulo, apresentar uma breve descrição do

perfil do Estado de Bem-Estar Social brasileiro, relacionando-o às próprias características do setor saúde.

O **Capítulo 2** trata da questão do financiamento propriamente dita, abordando desde aspectos conceituais, como os modelos existentes de financiamento da saúde, até a apresentação de dados relacionados à evolução dos gastos e recursos do setor, passando por uma descrição dos principais critérios e instrumentos utilizados para financiar o Sistema Único de Saúde. Os objetivos deste capítulo dizem respeito, portanto, ao fornecimento de subsídios para uma maior compreensão dos atuais mecanismos de financiamento da saúde no Brasil e à visualização da dinâmica do processo de financiamento a partir da década de 80.

Avaliações e propostas de reorganização e de financiamento são apresentadas no **Capítulo 3**, enquanto que nos **Anexos** podem ser encontrados os princípios constitucionais referentes à saúde, a Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 1990, a Norma Operacional Básica do SUS, de 1993, e uma cópia da Carta da 10<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, realizada durante o presente ano e que sinaliza como prioridade, ao lado da estabilidade macroeconômica, o “avanço das políticas sociais de proteção pública da cidadania e a retomada do desenvolvimento sócio-econômico, de melhor distribuição de renda e do acesso universal a todos os serviços que garantem a qualidade de vida e bons níveis de saúde”.

Nossas principais conclusões apontam para o fato de que o financiamento do Sistema Único de Saúde não deve ser visto como um item exclusivo da agenda da reforma sanitária brasileira ou mesmo dos debates sobre os rumos da Seguridade Social, devendo, antes, abranger questões que dizem respeito a um horizonte mais amplo de mudanças na administração pública brasileira. Ou seja, a reversão do atual quadro da saúde pública no Brasil está na dependência de uma reforma tributária capaz de efetivamente direcionar um montante maior de recursos para o setor saúde, associada a medidas de gestão que permitam combater as deficiências estruturais do sistema.

## 1. A Política de Saúde no Brasil

A política de saúde no Brasil tem sido alvo de atenção e objeto de profundas discussões no âmbito governamental e acadêmico nos últimos anos. De fato, pode-se dizer que a “crise” da saúde tem sido uma das questões prioritárias para a sociedade brasileira e não poucos são os caminhos apontados para sua solução. Formas alternativas de gestão, novos mecanismos de financiamento, privatização dos serviços, enfim são várias as propostas de reorganização da política de saúde no Brasil.

Neste capítulo, procuraremos apresentar um quadro geral acerca da evolução histórica da política de saúde no Brasil, enfatizando seus principais momentos e apontando suas principais características. Uma breve descrição sobre o modelo de Estado de Bem-Estar Social gestado e desenvolvido no Brasil também é apresentado no final do capítulo, uma vez que o setor saúde deve ser entendido como parte integrante de uma determinada forma de intervenção estatal na área das políticas sociais. Com isso, esperamos proporcionar uma visão ampla sobre o desenvolvimento da política de saúde no Brasil até o surgimento do Sistema Único de Saúde - SUS, levando em consideração o padrão de *Welfare State* consolidado no Brasil.

### 1.1. Origens

A formação de uma política nacional de saúde no Brasil teve início somente a partir de 1930, com a alteração do próprio caráter do Estado e a necessária ampliação de suas bases sociais. Politicamente, 1930 significou a ruptura com a estrutura de poder da

Primeira República e a instalação de um Estado com elevado grau de autonomia, decorrente da grave crise de hegemonia que se abateu sobre a sociedade brasileira após a crise política dos anos 20. Do ponto de vista econômico, por sua vez, formou-se um processo de *industrialização restringida*<sup>1</sup>: industrialização porque o motor da acumulação passou a ser o capital industrial e restringida em virtude das limitações decorrentes da ausência da internalização de um setor industrial produtor de meios de produção capaz de impulsionar a dinâmica do desenvolvimento econômico, crescendo à frente da demanda.

Frente a isso, o papel do Estado passou a repousar num tipo de ação político-econômica inteiramente solidário a um esquema privado de acumulação que repousava em bases técnicas ainda estreitas, a saber: garantir forte proteção contra as importações concorrentes, impedir o fortalecimento do poder de barganha dos trabalhadores e realizar investimentos em infra-estrutura, assegurando economias externas baratas ao capital industrial.

Estas transformações políticas e econômicas, a partir de 1930, estão na base do surgimento das políticas sociais de corte nacional. Com efeito, as condições iniciais para que as questões sociais em geral (e da saúde em particular) pudessem ser enfrentadas através de um bloco orgânico e sistemático de políticas foram possibilitadas pelas alterações de caráter político e as transformações da natureza do Estado. Ademais, a nova dinâmica da acumulação, sob o comando do capital industrial, trouxe consigo novas exigências, pressionando no sentido de efetivação e ampliação das políticas sociais.

Portanto, somente a partir dessa época pode ser identificada uma política de saúde de caráter nacional, organizada centralmente em dois subsetores: o de *saúde pública* e o de *medicina previdenciária*. Contudo, antes de caracterizarmos ambos subsetores e seu

---

<sup>1</sup> Para uma descrição das várias etapas do processo de desenvolvimento econômico do Brasil, ver MELLO (1982).

desenvolvimento histórico, convém que se faça uma breve exposição de como era encarada a questão da saúde numa economia pré-industrial, anterior a 1930.

De acordo com Braga & Paula (1980:41), a saúde passou a emergir como *questão social* no bojo da economia capitalista cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho implícito a essa fase<sup>2</sup>. Os problemas de saúde e suas formas de atendimento eram relacionados principalmente a endemias e problemas gerais de saneamento nos núcleos urbanos e à estratégia de atração e retenção de mão-de-obra por parte das empresas e do próprio Estado, tendo em vista a escassez relativa de força de trabalho e suas condições de reprodução.

Durante este período pré-industrial, a ação da saúde pública foi limitada por diversos fatores: desenvolvimento capitalista retardatário, implicando baixa divisão do trabalho, baixo índice de assalariamento e restrito mercado de trabalho; Estado marcado por bases sociais e financeiras estreitas; baixo poder político de barganha dos setores assalariados; e fraca autonomia do poder central, decorrente do excessivo federalismo. Além disso, o reduzido patamar do conhecimento científico e tecnológico referente ao diagnóstico, prevenção e terapia de várias enfermidades envolvia uma insuficiência técnica de limites praticamente intransponíveis para a ação de saúde pública. Por outro lado, buscando atrair e reter mão-de-obra, algumas empresas passaram a desenvolver práticas de higiene e saúde pública, tanto por iniciativa pública quanto por estratégia das empresas maiores, as quais, em alguns casos, adotavam medidas de proteção e recuperação da saúde de seus trabalhadores, oferecendo determinados tipos de benefícios e auxílios.

---

<sup>2</sup> Segundo estes autores, a noção de *questão social* é utilizada para apreender fenômenos complexamente determinados, sendo que tanto a gênese e a transformação desses fenômenos constituem manifestações concretas das formas através das quais se reproduzem as relações sociais de produção, como se manifestam nas práticas políticas e ideológicas, tendendo a se constituir em objeto de política de Estado. Portanto, o desenvolvimento capitalista constitui os processos relacionados à formação e reprodução da força de trabalho para o Capital em questões sociais. Mais que isso, o Estado passa a ser organismo por excelência a regular e responder a tais questões, ampliando-as e atribuindo-lhes um caráter geral e universal. Cf. BRAGA & PAULA (1980:41).

Em 1923, a reforma Carlos Chagas, procurando ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, criou o DNSP (Departamento Nacional de Saúde Pública), estabelecendo como atribuições federais o saneamento rural e urbano, a propaganda sanitária, a higiene infantil, industrial e profissional, as atividades de supervisão e fiscalização, a saúde dos portos e do Distrito Federal, e o combate às endemias rurais. Apesar disso, contudo, as soluções de caráter local continuaram a prevalecer, pois tais atribuições do aparelho central jamais foram plenamente cumpridas.

Ainda em 1923, a Lei Eloy Chaves, ao criar as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), representou o passo decisivo para a constituição de um seguro social no Brasil e marcou o início de uma política estatal de saúde no campo da medicina assistencial. Seus benefícios - assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensões para os dependentes dos empregados; auxílio pecuniário para funeral - eram proporcionais às contribuições e, portanto, ao salário.

As CAPs eram organizadas por empresas e financiadas pela União, empresas empregadoras (1% da receita bruta) e empregados (3% da remuneração mensal)<sup>3</sup>. O mecanismo de financiamento adotado, por sua vez, foi o regime de repartição simples, em que se fixava, anualmente, a contribuição destinada ao custeio das despesas previstas para o mesmo ano, não havendo necessidade de contenções de despesa para a formação de fundos de reserva.

Segundo Oliveira & Teixeira (1986), as CAPs configuravam, na verdade, um modelo *abrangente* (por causa da gama de benefícios ofertados), *pródigo* (pela relativa

---

<sup>3</sup> Na verdade, a Lei Eloy Chaves não previa a contribuição da União e, portanto, o Estado não participava diretamente do custeio das CAPs. Além dos empregados e empregadores, a outra fonte de recursos provinha dos consumidores dos serviços das empresas, configurando uma espécie de imposto indireto, com alíquota de 1,5% sobre os preços comercializados. Em 1926, o Decreto 5.109 elevou as parcelas de contribuição das empresas e dos usuários, mas manteve basicamente a mesma estrutura financeira prevista na lei anterior.

amplitude dos gastos com estes benefícios) e *civil* (dada a natureza privada e civil das empresas). Apesar da notável expansão ao longo da década de 20 - em apenas seis anos, o número de segurados cresceu em mais de 600% - a maior parte dos trabalhadores se encontrava excluída do sistema de CAPs, dado que somente as grandes empresas apresentavam base atuarial para mantê-las.

Conforme dito antes, desde a década de 30 a política de saúde se cristalizou em duas vertentes, configurando uma estrutura desintegrada e dicotômica: saúde pública e assistência médica previdenciária. Até meados dos anos 60, ocorreu uma predominância do subsetor de saúde pública, responsável pelas ações de corte coletivo como combate a grandes endemias, serviço sanitário, etc. O subsetor de medicina previdenciária - assistência médica de orientação curativa aos segurados, apoiada na rede ambulatorial e hospitalar - passou a predominar, por sua vez, a partir da segunda metade da década de 60.

A progressiva ênfase dada à prestação de serviços ligada à medicina previdenciária em detrimento da oferta de serviços de saúde pública pode ser explicada em função da existência de dois principais problemas nos programas de saúde pública, conforme apontam Braga & Paula (1980):

1. Limitada capacidade financeira do Estado em sua opção política de gasto;
2. Inadequação do modelo sanitário adotado, com altos requisitos técnicos e, por isso mesmo, bastante oneroso e desvinculado das reais possibilidades de execução.

Como resultado dessa dualidade da política de saúde, configurou-se uma demanda infinita por assistência médica curativa. Nesse sentido, é importante que façamos um relato, ainda que de forma sucinta, dos principais momentos da evolução de ambas as vertentes do setor saúde, a partir da década de 30, até meados dos anos 60.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> De acordo com SILVA (1984:15), a possibilidade de se considerar o formato da intervenção governamental em saúde como basicamente o mesmo ao longo do período 1930/60 deve ser compreendida a

## 1.2. O Subsistema de Saúde Pública

Antes de 30, os assuntos relacionados à saúde eram atribuição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Em 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde, que contava com dois Departamentos (Educação e Saúde), a realização de campanhas sanitárias passou a ser feita de forma centralizada a nível nacional. Contudo, somente a partir de 1937, quando o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social passou a assumir a coordenação dos Departamentos Estaduais de Saúde, uniformizando sua estrutura, houve um relativo avanço da atenção à saúde para o interior do país. Este movimento, por sua vez, estava relacionado aos processos de migração, urbanização e industrialização da época, inserido, portanto, ao contexto geral de criação de um mercado nacional de trabalho.

A criação de uma Caixa de Fundos para os serviços de assistência e saúde pública nos municípios foi a forma encontrada para o financiamento dessa expansão. Cada município tinha que contribuir com 5% de toda receita arrecadada, a partir do momento em que fossem iniciadas as instalações dos serviços de higiene pelo Departamento de Saúde Pública Estadual. Até 1938, com exceção de São Paulo e Minas Gerais, este sistema de organização e financiamento foi aplicado em todos os Estados.

Demais momentos importantes:

1937 - Serviço Nacional de Febre Amarela: tratou-se do primeiro serviço efetivamente nacional de saúde pública;

1939 - Serviço de Malária do Nordeste;

---

partir do caráter restringido do Estado e do processo de acumulação, que estabelece limites ao avanço de novas formas de intervenção no campo social; da forma basicamente corporativa de relacionamento entre as coalizões governantes, as organizações estatais e as camadas subalternas, no que tange à questão da Saúde e Previdência Social; e do próprio formato do aparelho estatal e suas ramificações, cujas transformações mais significativas ocorrem após 1964.

1940 - Serviço de Malária da Baixada Fluminense;

1941 - reorganização do Ministério da Educação e Saúde: o Departamento Nacional de Saúde passou a incorporar diversos serviços de combate a endemias, juntamente com outros serviços e unidades criados anteriormente, além do controle da formação de técnicos em Saúde Pública;

1942 - Serviço Especial de Saúde Pública (SESP): sua criação deveu-se a razões de ordem estratégica (produção de borracha na Amazônia e manganês no Vale do Rio Doce) e procurou atuar junto à grande massa de trabalhadores que era sistematicamente dizimada pela malária e febre amarela.

Ainda na década de 40, dois acontecimentos merecem destaque especial: a introdução do progresso técnico mundial na área de intervenção farmacológica e o Plano SALTE, que colocou a questão da saúde, ao menos em termos de discurso, como prioridade nacional.

Do ponto de vista dos medicamentos, portanto, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, foram sendo progressivamente introduzidos os resultados da chamada “revolução terapêutica”<sup>5</sup>, responsável por alcançar maior efetividade no combate a doenças das mais variadas espécies. Giovanni (1992) aponta que os produtos mais importantes dessa “revolução” foram os antibióticos e suas sínteses químicas (vitaminas, hormônios, etc.), os quais conferiram alto grau de resolutividade face aos problemas de saúde que se propunham enfrentar. Nesse sentido, é importante ressaltar que a incorporação desses novos medicamentos à prática médica acabou por constituir-los no meio por excelência do trabalho médico, permanecendo assim até os anos 60, quando passou a ocorrer a expansão de novas técnicas e equipamentos.

---

<sup>5</sup> Para maiores detalhes, ver GIOVANNI (1992).

Com relação ao Plano SALTE (1948), apesar do reconhecimento oficial da importância da questão da saúde, vários fatores contribuíram para que a saúde pública não estivesse, na prática, entre as opções prioritárias da política de gastos do governo: estreiteza da base financeira do Estado como reflexo do limitado desenvolvimento industrial e falta de condições para a realização de uma reforma tributária; recursos direcionados prioritariamente para a constituição de requisitos básicos no processo de industrialização; modelo sanitário excessivamente oneroso, conflitante com a realidade econômico-social do país.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, mantendo basicamente a estrutura do extinto Departamento Nacional de Saúde<sup>6</sup>. Em que pese o fato da crescente importância da saúde na agenda governamental, sua posição *secundária* dentro do conjunto de prioridades era inegável: na separação do antigo Ministério da Educação e Saúde, a menor parte do orçamento foi transferida para o setor saúde, além de apenas 1/3 do imposto vigente sobre Educação e Saúde.

Três anos depois (1956), criou-se o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), cujo objetivo era atuar sobre pontos críticos do território brasileiro, que se punham como obstáculos ao processo de desenvolvimento. É importante ter em mente que este foi o período de implantação do Plano de Metas, o qual foi o resultado de um processo pelo qual o setor privado, desde o início do decênio, vinha progressivamente delegando ao Governo poderes e instrumentos para que se fizesse frente às necessidades de complementação industrial. Alguns autores tendem, inclusive, a interpretar a criação do DNERu como o “ponto final” na estruturação dos organismos de saúde pública, ou seja, seu último momento centralizador, já que passou a centralizar os serviços de combate às enfermidades endêmicas, acrescentando também outros serviços.

---

<sup>6</sup> A estrutura do Ministério da Saúde pode ser vista em BRAGA & PAULA (1980:57).

Em 1960, o Serviço Especial de Saúde Pública foi incorporado, como fundação, ao Ministério da Saúde, deixando de receber financiamento e manutenção internacional (Fundação Rockefeller). Esta incorporação refletiu a mudança de postura do modelo sanitário adotado pela SESP, o qual procurava romper o “círculo vicioso da pobreza”<sup>7</sup> mediante a montagem de aparelhos de atenção à saúde complexos e diversificados, nos moldes dos países desenvolvidos. A relação causal era vista no sentido doença-pobreza: uma vez solucionado o problema da doença, a pobreza estaria automaticamente resolvida. Esta proposta, baseada na teoria do desenvolvimento econômico de Rostow<sup>8</sup>, ignorava as profundas diferenças econômico-sociais entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, sendo responsável por implementar uma “cópia” de modelos de intervenção de outros países, visto como a única forma de se obter o mesmo nível de saúde neles vigente.

Contudo, a alteração de diagnóstico, fruto da ideologia desenvolvimentista nos anos 50, inverteu os termos da relação doença-pobreza e trouxe consigo a idéia (errônea) de que o desenvolvimento econômico traria consigo, necessariamente, um melhor nível de saúde para a população. Mesmo com tal mudança, convém ressaltar, como o fazem Braga & Paula (1980), que o sistema sanitário brasileiro sofreu poucas alterações na década de 50 e a centralização administrativa continuou a permanecer como posição dominante.

Em síntese, portanto: o subsetor de saúde pública, desde 1930, apresentou um progressivo avanço na agenda governamental, como pode ser verificado pela criação e

---

<sup>7</sup> O “círculo vicioso da pobreza” parte da constatação de que a deficiente saúde das populações é tida como a causa da sua própria pobreza. Vale dizer, a pobreza é vista como resultante de um elevado grau de enfermidade. Nesse sentido, a melhoria dos níveis de saúde poderia ser um instrumento de rompimento da pobreza, do atraso industrial.

<sup>8</sup> De acordo com este modelo, o desenvolvimento econômico deve ser visto como passagem de uma sociedade tradicional à maturidade industrial (estágio de progresso econômico auto-sustentado). Neste processo, haveria dois momentos básicos: 1. **condições prévias para decolagem** (adequação da agricultura ao setor industrial; desenvolvimento do capital social básico; surgimento de uma elite preocupada com a formação de uma sociedade industrial moderna) e 2. **decolagem** (aumento da taxa de inversão produtiva; desenvolvimento de um ou mais setores essencialmente manufatureiros com alta taxa de crescimento; existência ou rápida criação de estruturação política, social e institucional que aproveite os estímulos da expansão no setor moderno).

atuação de vários órgãos, como o Ministério da Saúde, o Serviço Especial de Saúde Pública, o Departamento Nacional de Endemias Rurais, etc., mas, ao mesmo tempo, jamais esteve em primeiro plano em termos de prioridade. Além disso, o modelo sanitário adotado padecia de graves problemas de diagnóstico das causas do precário estado sanitário da população brasileira. Por fim, a carência de recursos, decorrente de uma estrutura tributária insatisfatória, associada à ausência de pressões políticas para que o Governo expandisse seus serviços explicam por que a saúde pública começou progressivamente a perder espaço para a assistência médica previdenciária, sobretudo a partir dos anos 60.

A seguir, apresentamos os principais momentos do desenvolvimento da medicina previdenciária no Brasil.

### **1.3. O Subsetor de Medicina Previdenciária**

Apesar da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, responsáveis por inaugurar alguns serviços de assistência médica no seio de um esquema previdenciário, pode-se dizer que o surgimento da medicina previdenciária no Brasil ocorreu somente na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), já que as CAPs apresentavam claras limitações políticas e atuariais. Contudo, os IAPs não podem ser entendidos como mera evolução do sistema de CAPs, cuja existência permaneceu ainda por muito tempo, mas foram reflexo do conjunto de reformas e alterações no aparelho de Estado ocorrido a partir de 1930.

As principais diferenças entre os IAPs e o sistema de CAPs podem ser assim resumidas:

a) A organização dos Institutos era feita segundo categorias profissionais e não por empresas, de modo que os trabalhadores de pequenas empresas, antes excluídos do sistema, passaram a auferir os benefícios ofertados;

b) Os IAPs foram constituídos como autarquias, com maior controle por parte do Estado. A vinculação entre sindicatos e Institutos, por sua vez, criou espaço para manifestação dos interesses dos trabalhadores;

c) Dentro da mesma categoria, os benefícios recebidos em todo o território nacional eram igualados, obedecendo-se às diferenças salariais;

d) Cada Instituto era dirigido por um presidente escolhido e nomeado pelo Presidente da República, mediante decreto referendado pelo Ministério do Trabalho. Além disso, cada presidente era auxiliado por um Conselho de Administração, com representação paritária de empregados e empregadores.

Até a unificação dos Institutos, em 1967, o sistema contava com seis IAPs:

IAPM - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (1933)

IAPC - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários (1934)

IAPB - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários (1934)

IAPI - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (1936)

IPASE - Instituto de Previdência e Assistência ao Servidor Público (1938)

IAPTEC - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transportes e Cargas (1938).

A Tabela 1.3.1 permite acompanhar a evolução do número de instituições (IAPs + CAPs) e de associados da estrutura previdenciária brasileira até 1966. Pode-se verificar que a primeira metade dos anos 30 foi o período em que houve o maior número de instituições (183 em 1936), sofrendo uma queda progressiva a partir de então, reflexo do

fechamento de muitas CAPs existentes, substituídas pela criação dos Institutos. O número de associados, porém, esteve em constante ritmo de crescimento, tanto de ativos como de aposentados e pensionistas (estes últimos chegaram a oscilar em alguns anos).

TABELA 1.3.1

Evolução do Número de Instituições e de Associados (por categoria) da Previdência Social Brasileira 1923-1966

ANOS	NÚMERO DE INSTITUTOS E CAIXAS	NÚMERO DE ASSOCIADOS					
		ATIVOS		APOSENTADOS		PENSIONISTAS	
		NÚMERO	ÍNDICE 1923 = 1	NÚMERO	% SOBRE OS ASSOC. ATIVOS	NÚMERO	% SOBRE OS ASSOC. ATIVOS
1923	24	22.991	1,00				
1924	26	30.792	1,34				
1925	27	41.192	1,79				
1926	28	53.236	2,32				
1927	30	62.811	2,73				
1928	44	132.854	5,78				
1929	44	140.435	6,11	6.930	4,93	3.867	2,75
1930	47	142.464	6,20	8.009	5,62	7.013	4,92
1931	98	147.108	6,40	8.605	5,85	8.059	5,48
1932	140	189.482	8,24	10.279	5,42	8.820	4,65
1933	164	210.883	9,17	11.807	5,60	12.734	6,04
1934	176	274.392	11,93	12.743	4,64	13.799	5,03
1935	179	495.363	21,55	13.759	2,78	16.102	3,25
1936	183	682.580	29,69	15.926	2,33	23.857	3,50
1937	104	844.801	36,74	18.360	2,17	31.911	3,78
1938	104	1.787.386	77,74	21.758	1,22	37.100	2,08
1939	100	1.838.885	79,98	27.210	1,48	53.932	2,93
1940	95	1.912.972	83,21	34.837	1,82	63.138	3,30
1941	82	2.124.714	92,42	49.604	2,33	90.826	4,27
1942	54	2.279.093	99,13	66.603	2,92	110.171	4,83
1943	40	2.455.110	106,79	83.476	3,40	119.571	4,87
1944	38	2.639.793	114,82	58.887	2,23	152.147	5,76
1945	35	2.762.822	120,17	110.724	4,01	124.401	4,50
1946	35	2.824.409	122,85	126.689	4,49	241.936	8,57
1947	35	2.895.613	125,95	149.862	5,18	278.141	9,61
1948	35	2.858.801	124,34	158.855	5,56	171.076	5,98
1949	35	2.902.048	126,23	165.830	5,71	283.905	9,78
1950		2.857.163	124,27	168.214	5,89	295.690	10,35
1951		3.054.836	132,87	210.352	6,89	314.841	10,31
1952		3.123.121	135,84	241.713	7,74	348.354	11,15
1953		3.247.533	141,25	286.727	8,83	378.953	11,67
1954		3.566.637	155,13	299.037	8,38	393.216	11,02
1955		3.560.280	154,86	318.119	8,94	449.612	12,63
1956		3.751.668	163,18	363.893	9,70	491.543	13,10
1957		3.662.523	159,30	381.778	10,42	552.137	15,08
1958		4.040.980	175,76	443.055	10,96	589.416	14,59
1959		4.181.396	181,87	491.992	11,77	605.294	14,48
1961		4.484.027	195,03	521.902	11,64	692.715	15,45
1962		5.398.807	234,82	571.399	10,58	700.045	12,97
1963		5.710.818	248,39	590.524	10,34	637.358	11,16
1964		***		665.575	-	693.321	-
1965				757.619	-	694.712	-
1966				863.131	-	701.015	-

Fonte: OLIVEIRA &amp; TEIXEIRA (1986:342-3)

TABELA 1.3.2

**Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões**  
(Cr\$ 1.000 de 1976)

Ano	Receita Total	Despesa Total	Ass. Médica	Saldo	Reservas	Relações		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(2/1)%	(3/1)%	(3/2)%
1923	57.425	7.181	3.380	50.270	50.270	12,5%	5,9%	47,1%
1924	77.579	22.372	6.134	55.207	98.147	28,8%	7,9%	27,4%
1925	78.820	32.475	8.119	46.006	138.019	41,2%	10,3%	25,0%
1926	84.631	41.004	9.841	43.628	174.184	48,5%	11,6%	24,0%
1927	97.465	49.531	10.226	47.934	220.814	50,8%	10,5%	20,6%
1928	197.201	79.140	14.271	118.061	366.185	40,1%	7,2%	18,0%
1929	224.833	110.783	17.647	114.051	482.019	49,3%	7,8%	15,9%
1930	226.022	146.250	20.123	87.319	615.183	64,7%	8,9%	13,8%
1931	235.164	154.536	20.903	80.628	713.330	65,7%	8,9%	13,5%
1932	343.798	187.324	23.787	156.475	866.000	54,5%	6,9%	12,7%
1933	380.140	210.639	26.992	169.451	1.048.572	55,4%	7,1%	12,8%
1934	443.434	230.238	30.258	212.848	1.336.909	51,9%	6,8%	13,1%
1935	737.571	259.800	32.679	477.444	1.618.930	35,2%	4,4%	12,6%
1936	794.885	275.572	32.690	519.313	1.803.115	34,7%	4,1%	11,9%
1937	957.946	330.898	38.222	627.315	2.457.141	34,5%	4,0%	11,6%
1938	1.427.619	411.991	44.069	1.015.628	3.475.530	28,9%	3,1%	10,7%
1939	1.685.830	493.146	50.413	1.192.934	4.581.065	29,3%	3,0%	10,2%
1940	1.863.575	624.142	83.490	1.239.672	5.606.034	33,5%	4,5%	13,4%
1941	2.054.579	754.349	59.389	1.310.230	6.417.470	36,7%	2,9%	7,9%
1942	2.079.913	820.085	55.990	1.254.828	7.003.945	39,4%	2,7%	6,8%
1943	2.397.803	980.999	54.344	1.416.804	7.720.372	40,9%	2,3%	5,5%
1944	2.704.701	1.098.747	64.988	1.605.954	8.152.944	40,6%	2,4%	5,9%
1945	3.106.775	1.306.425	70.098	1.800.250	8.927.457	42,1%	2,3%	5,4%
1946	4.230.608	1.746.943	101.430	2.483.665	10.083.617	41,3%	2,4%	5,8%
1947	4.538.508	2.028.221	132.632	2.510.388	11.445.869	44,7%	2,9%	6,5%
1948	4.848.087	2.283.271	191.541	2.555.362		47,1%	4,0%	8,4%
1949	5.766.977	2.613.095	189.796	3.153.882		45,3%	3,3%	7,3%

Fonte: Rezende da Silva, F. A. (1974), *apud* BRAGA & PAULA (1980:69).

Um quadro geral acerca da situação financeira da estrutura previdenciária brasileira até 1949, permitindo identificar as despesas com assistência médica e estabelecer algumas relações, pode ser visto na Tabela 1.3.2. Os valores reais gastos em assistência médica, com exceção do período 1940/43, foi crescente, a despeito desse crescimento estar associado a coeficientes decrescentes quando relacionado à Despesa Total e à Receita Total. Na verdade, isso apenas revela que o ritmo de crescimento do número de segurados, numa fase de composição do sistema, tende a ser superior ao ritmo de despesa com assistência

médica. Mas também indica que a medicina previdenciária brasileira, até o início dos anos 50, não conheceu uma expansão significativa.

A situação financeira dos IAPs e CAPs, durante esse período, esteve basicamente orientada segundo uma combinação do regime de *repartição* (despesas são financiadas pelas receitas correntes) com o regime de *capitalização* (o custeio do sistema advém das receitas de aplicações de excedente financeiro e patrimônio).

Na medida em que as despesas com benefícios, dentro do desenvolvimento previdenciário, tendem a crescer mais rapidamente do que as receitas de contribuições, a lógica do regime de capitalização, sob a ótica atuarial, é plenamente justificável. Nesse sentido, o aumento das despesas passaria a ser coberto por um fundo de liquidez obtido mediante os recursos auferidos das aplicações dos excedentes. O equilíbrio financeiro da Previdência seria, dessa forma, mantido.

**Tabela 1.3.3**  
**Despesa Total e Despesa com Assist. Médica dos IAPs (1960/66) e do INPS (1967)**  
**(Cr\$ 1.000 de 1976)**

Ano	Despesa Total	Variação (%)	Assist. Médica	Variação (%)	AM/Total (%)
1960	6.706.525	-	1.296.141	-	19,3%
1961	9.068.842	35,2%	1.546.910	19,3%	17,1%
1962	9.538.919	5,2%	1.723.156	11,4%	18,1%
1963	9.438.922	-1,0%	1.959.658	13,7%	20,8%
1964	10.008.546	6,0%	2.418.931	23,4%	24,2%
1965	10.963.065	9,5%	2.592.670	7,2%	23,6%
1966	12.532.753	14,3%	3.096.111	19,4%	24,7%
1967	14.816.595	18,2%	4.392.985	41,9%	29,6%

Fonte: Braga & Paula (1980:72)

A partir da segunda metade dos anos 50, ocorreram duas mudanças importantes no âmbito da Previdência Social: houve um crescimento na prestação de

serviços de assistência médica, como pode ser visto na Tabela 1.3.3, e a situação econômico-financeira do sistema previdenciário sofreu um processo de deterioração.

O crescimento da assistência médica é explicado tanto por pressões crescentes por parte da demanda da massa de trabalhadores, decorrentes do processo de urbanização dos anos 40 e 50, como pelo aumento dos gastos relacionados à tecnificação do ato médico, que passou a intensificar-se já na década de 50 e a refletir a organização capitalista que se formava em torno do setor saúde. Braga & Paula (1980:74) apontam que este setor, a partir do período do Plano de Metas, passou a apresentar as seguintes características:

- a) Arrecadação previdenciária como principal fonte de financiamento;
- b) Prestação de serviços cada vez mais vinculada à rede privada;
- c) Especialização e tecnificação da mão-de-obra;
- d) Elevado grau de utilização de equipamentos médicos e fármacos, tornando o hospital o local privilegiado da prestação de serviços;
- e) Importância crescente da indústria de equipamentos e medicamentos, assim como dependência externa em relação a formas de controle de capital, tecnologia empregada e importação de equipamentos e matérias-primas;
- f) Tecnologia de ponta na produção de insumos e prestação do ato médico;
- g) Taxas de crescimento do setor superiores às taxas do restante da economia;
- h) Dinâmica do setor feita mediante a atuação do tripé formado pelo Estado, empresa nacional e indústria estrangeira; e
- i) Presença de um caráter corporativo dos profissionais e de pressões políticas por parte dos beneficiários.

Com relação à crise financeira da Previdência Social, deve-se atentar para duas ordens de fatores: uma relacionada à deterioração da taxa de rentabilidade dos capitais aplicados pelo sistema previdenciário (regime de capitalização) e outra associada à desigualdade do crescimento entre a massa de contribuintes ativos de um lado e a massa de aposentados e pensionistas de outro. Vale dizer, a escassez de capitais foi reflexo tanto do colapso do regime de capitalização, decorrente de uma inadequada implantação técnica e deficiência dos rendimentos patrimoniais e imobiliários, como do próprio regime de repartição, já que as despesas passaram a crescer muito à frente das receitas correntes.

Em 1960, foi aprovada a Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), procurando uniformizar os regimes previdenciários de modo a igualar os benefícios auferidos pelos trabalhadores em regime de CLT. Contudo, a LOPS jamais chegou a ser regulamentada, sendo que muitas diferenças quanto aos benefícios continuaram a prevalecer nos Institutos. Nesse sentido, convém ressaltar que os diferentes Institutos possuíam situações financeiras distintas e ofertavam uma gama de benefícios também diferenciada, tanto em termos quantitativos como qualitativos. A fixação do percentual de gasto com assistência médica, por exemplo, variava de acordo com a situação financeira de cada instituto e da força da pressão sindical de cada categoria profissional.

A necessidade de uma racionalização administrativa, assim como a criação de uma fonte de custeio específica, em benefício do próprio sistema previdenciário e, em particular, do setor saúde, impôs ao Estado a função de institucionalizar e impulsionar um novo padrão de política social, o qual passou a ser constituído no bojo das reformas institucionais do pós-64. É sobre a política de saúde desse período que passaremos a tratar em seguida.

#### 1.4. A Política de Saúde no Pós-64

O primeiro aspecto a ressaltar é que, entre 1964 e 1967, houve a concepção de um determinado padrão de intervenção estatal de políticas sociais, o qual prevaleceu, em linhas gerais, durante toda a década de 70 e 80. Pode-se dizer que existem algumas características básicas deste padrão (ou perfil) de intervenção: centralidade política na agenda governamental; financiamento baseado na regra de auto-sustentação financeira; processo decisório marcado por centralização institucional, privatização das políticas governamentais e maximização de interesses ligados ao setor privado e à burocracia; e, como resultante, baixa efetividade das ações do Governo.<sup>9</sup>

A criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), como resultado da fusão das estruturas dos antigos IAPs, foi a forma pela qual se deu a concentração das políticas de assistência médica previdenciária, previdência e assistência social. Esta centralização a nível federal das políticas sociais estava de acordo com o movimento mais geral de reestruturação administrativa por conta das reformas institucionais decorrentes do PAEG - Plano de Ação Econômica do Governo.

O PAEG buscou associar uma política de estabilização (queda da taxa de inflação e equilíbrio do Balanço de Pagamentos) com reformas institucionais de prazo mais largo (reforma financeira, administrativa, tributária, etc.) com o intuito de garantir fontes de financiamento rumo ao desenvolvimento. O combate à inflação, por sua vez, foi feito mediante uma política de corte recessivo, pois que baseado no receituário ortodoxo, o qual identificava no enorme déficit público uma de suas causas principais. Nesse sentido, é importante observar que a política social esteve de fato *subordinada* aos objetivos gerais de estabilização econômica e também ao processo político e social do período.

---

<sup>9</sup> A noção de perfil de intervenção, baseada nessas características, é desenvolvida com detalhes por SILVA (1989).

A criação do INPS, em 1966, significou um rompimento histórico apenas no sentido da unificação dos Institutos e na exclusão da participação dos trabalhadores e sindicatos do processo decisório, uma vez que a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS - 1960) já sinalizava a padronização da cobertura e estabelecia a forma de financiamento. Mas por que se adotou a unificação previdenciária? Quatro fatores básicos parecem ter contribuído para isso: opção política por expurgar a influência dos sindicatos nos IAPs; racionalidade técnica inserida no contexto econômico do PAEG, de forma a não inviabilizar a estabilidade do programa; movimento mais geral de centralização administrativa na esfera federal; e apoio dos “cartéis da previdência” a favor da unificação.

A principal característica da política de saúde neste novo padrão foi a ênfase governamental sobre a medicina previdenciária em detrimento da saúde pública, o que se refletiu no padrão de gastos de ambos os setores. A Tabela 1.4.1 permite acompanhar a evolução do gasto público na administração direta (União, Estados e Municípios), INPS e FUNRURAL. Quanto a este último, os gastos só passaram a se tornar significativos a partir de 1971.

**TABELA 1.4.1**  
**Gasto Público em Saúde (e Saneamento): Administração Direta, INPS e FUNRURAL**  
**(Cr\$ 1.000 de 1976)**

Ano	Adm. Direta	%	INPS	%	FUNRURAL	%	Total	%
1967	5.670.516	56,1%	4.445.871	43,9%	-	-	10.116.387	100%
1968	6.726.445	58,3%	4.818.308	41,7%	-	-	11.544.753	100%
1969	7.205.248	50,6%	7.024.520	49,4%	-	-	14.229.768	100%
1970	6.552.749	43,0%	8.685.095	57,0%	-	-	15.237.844	100%
1971	7.211.199	43,8%	8.754.476	53,2%	469.837	2,9%	16.445.512	100%
1972	8.456.361	45,0%	9.659.757	51,5%	616.968	3,3%	18.773.086	100%
1973	10.112.205	43,8%	12.102.396	52,4%	870.149	3,8%	23.084.750	100%
1974	10.485.477	41,8%	13.283.409	52,9%	1.340.064	5,3%	25.108.950	100%
1975	15.230.830	43,6%	17.552.105	50,2%	2.184.975	6,2%	34.967.910	100%

Fonte: BRAGA e PAULA (1980:94-95).

Deflator utilizado: Conjuntura Econômica - coluna 2

Pode-se observar que, em 1967, a União, os Estados e os Municípios respondiam por 56,1% do gasto estatal em saúde (e saneamento), enquanto que, oito anos mais tarde, esse percentual havia caído para 43,6%, revelando uma clara tendência de queda no total do gasto. Por outro lado, a transferência de recursos previdenciários mediante o INPS passou de 43,9% em 1967 para 50,2% em 1975.

A predominância da vertente previdenciária sobre a de saúde pública foi acentuada e reforçada por dois fortes mecanismos<sup>10</sup>:

a) Os recursos gerados pelas contribuições sociais previdenciárias passaram a financiar o gasto com saúde no Brasil de forma crescente, fazendo com que os recursos fiscais tivessem uma participação cada vez mais secundária;

b) A estreita parceria que passou a existir entre o Estado e o setor privado a fim de reforçar o pólo previdenciário e viabilizar sua expansão, impulsionando, na área da saúde, o fortalecimento de interesses ligados ao complexo médico-empresarial privado.

De acordo com Silva (1984:74), foram consolidadas todas as condições para que passasse a vigorar um novo formato de política social em saúde, cujas linhas básicas passaram a estar relacionadas aos seguintes aspectos: ênfase médico-hospitalar; prestação de serviços realizada preferencialmente através do setor privado; ausência de participação das classes subalternas no processo decisório; e centralização administrativa e financeira a nível federal.

Em 1971, como forma de estender a cobertura de assistência médica, assim como alguns benefícios assistenciais aos trabalhadores rurais, sem exigência prévia de contribuição à Previdência Social, foi instituído o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL), gerido através do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), ligado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. Na verdade, as

---

<sup>10</sup> Cf. DRAIBE (1994:284).

medidas adotadas com vistas à universalização foram se ampliando de ano a ano, sendo que, a partir de 1972, os benefícios previdenciários foram estendidos aos empregados domésticos e, em 1973, aos trabalhadores autônomos.

Esta tendência à universalização, segundo Giovanni (1992), já se delineava nos períodos anteriores, principalmente em função da continuada falência das ações de saúde pública e do agravamento das condições de saúde das populações urbanas, ao qual se somou um conjunto de patologias próprias de um modo de vida urbano-industrial. De fato, o processo brasileiro de urbanização, no qual grandes contingentes populacionais rurais se transferiram para áreas urbanas sem encontrar as mínimas condições de infra-estrutura sanitária, serviu também para caracterizar a especificidade do quadro nosológico nacional, o qual se mantém até os dias de hoje: associação entre os padrões ditos de modernidade - doenças “crônico-degenerativas”, acidentes, intoxicações, doenças mentais, entre outras - e a persistência de padrões identificados com o atraso e o subdesenvolvimento, como as doenças infecciosas e parasitárias<sup>11</sup>.

Procurando atuar sobre o problema da oferta de medicamentos, foi criada a CEME (Central de Medicamentos), em 1971. Na verdade, a criação da CEME esteve relacionada à própria especificidade do mercado de medicamentos no Brasil, cujas principais características eram: tendência crescente à desnacionalização do setor, uma vez que muitas empresas nacionais passaram a ser adquiridas pelas multinacionais estrangeiras; nível acentuado de concentração, revelando o caráter oligopólico da indústria de medicamentos; e considerável dependência de insumos e matérias-primas externas. Nesse sentido, o surgimento da CEME pode ser identificado tanto pela necessidade de se direcionar uma oferta mínima de medicamentos à população como pela tentativa de se buscar reverter o quadro existente do setor de medicamentos.

---

<sup>11</sup> Uma análise detalhada do quadro nosológico brasileiro pode ser encontrado em POSSAS (1989).

A linha de atuação da CEME esteve centralizada em torno da questão da *produção e distribuição* de medicamentos.

Quanto à produção de medicamentos, a CEME procurou atuar sobre dois campos distintos:

1) Laboratórios governamentais, que deveriam ser modernizados e racionalizados, mediante utilização de tecnologia e direcionamento da produção para medicamentos tido como prioritários, os quais eram definidos pela própria CEME;

2) Indústria privada nacional, que seria apoiada tanto pela aquisição prioritária de seus produtos como pelo incentivo ao desenvolvimento tecnológico, o qual seria feito através da identificação de matérias-primas a serem produzidas no país, da realização de projetos de pesquisa, da transferência de tecnologia e do incentivo à produção.

No que se refere à comercialização e distribuição, a CEME deveria agir sobre os órgãos controladores de preços, procurando tomar medidas que visassem ao barateamento dos produtos. Além disso, deveria atuar junto às instituições de prestação de assistência à saúde, objetivando a distribuição gratuita de medicamentos à população mais carente<sup>12</sup>.

Em 1974, houve a separação da área previdenciária da área do trabalho mediante a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social. Tal fato significou a consolidação da hegemonia da medicina previdenciária sobre a saúde pública, ainda que nos anos seguintes o Ministério da Saúde tenha buscado mostrar uma nova dinâmica, inclusive com aumentos substanciais em seus orçamentos (Braga & Paula, 1980:124). Nesse mesmo ano, foi formulado o Plano de Pronta Ação (PPA), responsável por estender o atendimento de urgência também a não-segurados da previdência.

---

<sup>12</sup> Sobre a evolução da política de medicamentos no Brasil, ver BRAGA & PAULA (1980) e MÉDICI *et alli* (1992).

Do ponto de vista da política econômica, a segunda metade dos anos 70 foi marcado pela adoção do II PND (Plano Nacional de Desenvolvimento), cujo objetivo principal era sustentar a taxa de crescimento econômico (esforço anti-cíclico) através de um amplo programa de investimentos públicos no setor de bens intermediários de produção e energia. Com isso, o Governo almejava tanto suprir a carência de um setor de bens de capital plenamente desenvolvido como também fortalecer a parte fraca do tripé - o capital privado nacional. Politicamente, este período marcou o retorno do grupo “castellista” das Forças Armadas ao poder, iniciando um processo de abertura política, a qual deveria ser “lenta, gradual e segura”.

Houve, na verdade, uma revisão governamental a respeito da condução da política social, estimulada pela divulgação de algumas pesquisas que demonstravam ter ocorrido um forte processo de concentração econômica no período anterior, colocando em xeque os ganhos decorrentes do progresso econômico. De acordo com o novo Governo, a política social não deveria mais ser vista como resultado espontâneo e natural da política econômica, mas deveria ter objetivos próprios. Em termos de discurso, portanto, a política social adquiriu notável centralidade política.

Com relação aos mecanismos de financiamento, foi criado o FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social), em 1974, como instrumento de apoio financeiro aos programas e projetos de caráter social, devendo obedecer às prioridades estratégicas de desenvolvimento social do II PND. Seus recursos eram provenientes principalmente da renda líquida das loterias esportivas e federal, do recursos destacados dos orçamentos operacionais da CEF, de dotações orçamentárias da União e de outros repasses. Tais recursos, por sua vez, deveriam ser utilizados para financiar projetos de interesse do setor público nas áreas de saúde e saneamento, educação, trabalho, previdência e assistência social, assim como projetos de interesse do setor privado ligados a estas áreas e programas sociais para atendimento de pessoas físicas.

Mas enquanto nas demais áreas (especialmente educação) os recursos do FAS foram dirigidos para projetos do setor público, na área da saúde o FAS acabou sendo direcionado para o financiamento, remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada e para compra de equipamentos médicos de grande complexidade técnica e custo financeiro elevado. Ou seja, a atuação do FAS na área da saúde, serviu como apoio, mediante financiamento subsidiado, à rede privada de prestação de serviços, enfatizando ainda mais o caráter curativo e hospitalar da assistência médica no período.

A primeira resposta objetiva ao clamor pela extensão da cobertura e reorganização institucional do sistema de saúde no Brasil, na busca de maior equidade, foi dada pela criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), através da Lei 6299/75. As principais metas do SNS diziam respeito à organização de todos os serviços de saúde, incluindo as ações do Ministério da Saúde, da medicina previdenciária e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Contudo, dada a complexidade dos interesses em jogo, o SNS demorou muito tempo para ser regulamentado.

Com o objetivo de compor uma estrutura básica de saúde pública em regiões distantes e desprovidas de condições básicas, criou-se, em 1976, o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento). Contudo, não se tratava de um programa de interiorização de médicos, mas sim de mobilização de recursos humanos de forma rápida e de baixo custo. Nesse sentido, o PIASS buscava promover a implantação de uma ampla rede de unidades de saúde pública em cidades da região Nordeste com menos de 20.000 habitantes e uma rede sanitária composta de equipamentos de saneamento básico. Os recursos do PIASS eram provenientes de quatro fontes básicas: FAS (30%), Ministério da Saúde (25%), INAN<sup>13</sup> (25%) e PIN<sup>14</sup> (20%).

---

<sup>13</sup> Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, criado em 1976 e pertencente à estrutura do Ministério da Saúde.

<sup>14</sup> Programa de Interiorização Nacional, ligado ao Ministério do Interior e criado em 1972.

A concepção do PIASS, segundo Médici (1994), não se limitava simplesmente à expansão da rede de saúde pública, mas contemplava todo um novo sistema organizacional da prestação de serviços, reflexo do pensamento sanitário brasileiro à época. O PIASS possuía as seguintes diretrizes básicas:

- Ampla utilização de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades;
- Ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico; no atendimento da nosologia mais freqüente e na detecção precoce dos casos mais complexos;
- Desenvolvimento de ações de saúde caracterizadas como de baixo custo e de alta eficácia;
- Disseminação de unidades de saúde tipo minipostos, integradas ao sistema de saúde da região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos;
- Integração, a nível local, dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde;
- Progressiva desativação de unidades itinerantes a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente.

Entre 1976 e 1980, houve um crescimento de 79,4% na rede ambulatorial na região Nordeste (Tabela 1.4.2), o que demonstra a importância do PIASS na tentativa de configurar um perfil mais homogêneo da rede de serviços de saúde no Brasil. Apesar disso, porém, a atuação do PIASS não esteve livre de contradições e ambigüidades, como a não utilização imediata de muitos estabelecimentos criados, acarretando prejuízos, e o fato de que a hierarquização de serviços, em muitos casos, pode ter representado uma barreira ao acesso a outros níveis de atendimento de maior complexidade.

**TABELA 1.4.2**  
**Crescimento da Rede Ambulatorial Pública no Nordeste: 1976-1980**  
**(Número de Estabelecimentos de Saúde sem Internação)**

Estados	1976	1980	Crescimento
Maranhão	76	133	75,0%
Piauí	167	222	32,9%
Ceará	283	406	43,5%
Rio Grande do Norte	70	310	342,9%
Paraíba	225	293	30,2%
Pernambuco	198	374	88,9%
Alagoas	128	159	24,2%
Sergipe	110	130	18,2%
Bahia	451	1037	129,9%
<b>Nordeste</b>	<b>1708</b>	<b>3064</b>	<b>79,4%</b>
<b>Brasil</b>	<b>5805</b>	<b>8828</b>	<b>52,1%</b>

Fonte: MÉDICI (1994:84).

Em 1977, houve uma reforma de toda a estrutura previdenciária com a criação do SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), que passou a integrar seis instituições: o antigo INPS, o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), o IAPAS (Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social), a DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social), a LBA (Legião Brasileira de Assistência) e a FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor). Criou-se também o FPAS (Fundo de Previdência e Assistência Social) como entidade contábil que integrava as receitas e despesas do SINPAS.

Os objetivos principais da criação do SINPAS estavam vinculados à concretização de mais um passo no sentido da universalização e equalização dos serviços e benefícios da Previdência e à modernização e racionalização do conjunto de organizações ligadas às áreas de assistência médica, previdência e assistência social no Brasil. Em outros termos, a criação do SINPAS significou uma tentativa de reforma administrativa com o

intuito de elevar os padrões de eficiência operacional de suas distintas unidades e de conferir um grau mais elevado de equidade e universalização dos serviços.

No que diz respeito à estrutura de financiamento do sistema previdenciário, a criação do SINPAS não promoveu nenhuma alteração significativa, continuando a ser basicamente sustentado pelas contribuições dos beneficiários e dos consumidores em geral.

Em resumo: a política de saúde, a partir da criação do INPS e durante toda a década de 70, esteve fundamentalmente baseada em programas governamentais no campo da assistência médica previdenciária, cuja expansão pode ser entendida como uma “ênfase médico-assistencial privatista com gerência estatal”<sup>15</sup>. Isso significa que, no plano da prestação de serviços, optou-se por uma política de compra de serviços ao setor privado (filantrópico e lucrativo), que passou a experimentar um forte crescimento e desenvolvimento. O processo decisório, por sua vez, passou a estar cada vez mais centralizado a nível federal, particularmente na agência responsável pela assistência médica previdenciária - INAMPS. Isso significou, na prática, o controle financeiro por parte do Estado, mas não o controle da oferta de serviços, que passou a estar cada vez mais associado ao setor privado<sup>16</sup>. Além disso, podem ser identificados dois grandes momentos distintos:

- 1968-1973: período caracterizado pelo apogeu do perfil médico-assistencial privatista, num contexto marcado pela estabilidade do recrudescimento autoritário e pelo crescimento econômico a taxas elevadas. Embora tenha havido uma razoável expansão da cobertura, a política de saúde esteve claramente subordinada aos objetivos da política econômica e aos interesses privatistas e burocráticos, com total exclusão das camadas

---

<sup>15</sup> SILVA (1984).

<sup>16</sup> “Em 1962, o país dispunha de 236 930 leitos hospitalares, dos quais 40% eram públicos (incluindo-se os do sistema previdenciário) e 60%, privados. Em 1976, dos 432,9 mil leitos existentes, 27% eram públicos e 73%, privados. Em 1986, a participação dos leitos públicos caiu para 22%, enquanto os privados passaram a responder por 78% da capacidade instalada.” Cf. BARROS et alli. (1996:28).

subalternas. Oliveira & Teixeira (1986) apresentam quatro características definidoras do período:

a) Extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e, ainda, boa parte da população rural;

b) Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública de caráter preventivo e de interesse coletivo;

c) Criação de um complexo médico industrial, impulsionada pela intervenção estatal na área da saúde e responsável por elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de equipamentos médicos e medicamentos;

d) Desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em termos de lucratividade do setor, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do setor privado de produção desses serviços.

- 1974-1978: questionamento do perfil médico-assistencial privatista e formulação de alternativas. No entanto, o modelo continuou centralizado em torno do eixo previdenciário e o INAMPS se manteve como principal órgão executor da política de saúde.

A seguir, passaremos a discutir as ações que nortearam a reforma do sistema de saúde nos anos 80, a qual produziu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo, como princípios básicos, a universalização dos serviços e a descentralização do sistema.

### 1.5. A Reforma dos Anos 80

A principal característica desse período foi a formulação e implementação de uma profunda reforma no sistema de saúde brasileiro, o qual passou a estar caracterizado pela integração dos subsistemas de saúde pública e medicina previdenciária, constituindo um sistema único e nacional, bem como pelo desenvolvimento de um processo de descentralização administrativa. Pode-se dizer que esta reforma do sistema de saúde foi impulsionada pelas próprias características políticas e econômicas da década de 80, responsável por trazer à tona um movimento de conscientização do conceito de cidadania (Viana, 1994:23).

Na verdade, desde a segunda metade dos anos 70, houve uma série de mudanças no enfoque da questão da saúde por parte do Governo. O diagnóstico governamental identificava que a medicina no Brasil estava baseada num modelo cujo centro era o hospital e, por consequência, altamente especializante, o qual trazia poucos resultados na solução dos problemas de saúde da maior parte da população, dado seu alto custo, sua baixa cobertura e sua distância do real quadro nosológico. Ao mesmo tempo, organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) passaram a divulgar, como solução mais adequada aos países subdesenvolvidos, a estratégia da *Atenção Primária em Saúde (APS)*, em que a morbidade e a mortalidade poderiam ser reduzidas a partir da simples expansão da cobertura, de cuidados simplificados, da educação médico-sanitária, da expansão do acesso à água e esgoto, etc. Ainda segundo essa estratégia, o local privilegiado deveria ser o posto de saúde, que integraria a prestação de serviços de saúde com o convívio comunitário.

De acordo com Médici (1994:85), “o crescimento da consciência sanitária dos profissionais de saúde, as pressões sociais pela universalização do acesso aos serviços e as recomendações dos organismos internacionais pela adoção em massa dos sistemas de

atenção à saúde foram apenas alguns fatores que mantiveram não só a continuidade das estratégias implantadas com o PIASS (...), mas também a tentativa de generalizá-las para as demais regiões do país.”

No início dos anos 80, a partir da VII Conferência Nacional de Saúde, foi elaborado um plano intitulado Programa Nacional de Serviços de Saúde (PREVSAÚDE), encomendado inicialmente a um Grupo Técnico Ministerial, o qual apresentou um anteprojeto do Programa, em 1980, prevendo a extensão dos cuidados primários de saúde a toda a população por intermédio de uma rede única, hierarquizada e regionalizada, sob o controle da rede pública. Na realidade, as propostas do PREVSAÚDE seguiam a mesma linha básica que nortearam o surgimento do PIASS, enfatizando a prioridade dos serviços básicos de assistência médica, prestados por agentes comunitários.

Apesar do inegável avanço de suas propostas, o PREVSAÚDE, decorrente tanto de conflitos de interesse como da precária situação macroeconômica da época, jamais chegou a ser implementado. Afinal de contas, priorizar as populações de baixa renda significava redirecionar recursos para a rede pública e reduzir a parcela do financiamento destinada à rede privada, contrariando os interesses privatistas de segmentos importantes do setor saúde. Portanto, o PREVSAÚDE foi definitivamente abandonado.

Em 1981, a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) demonstrava a preocupação federal na transferência de recursos para Estados e Municípios, já que a crise econômica impunha a necessidade de estratégias de racionalização dos programas, ações e custos da assistência médica por parte do INAMPS. Na verdade, seus principais objetivos eram: reduzir o nível do gasto do complexo previdenciário; utilizar de forma crescente a rede pública, nos níveis regional e local; e obter uma reformulação na organização dos serviços de atenção à saúde, melhorando os níveis de atendimento, mas sem entrar em conflito com as diretrizes da política econômica em vigor.

Com relação a este último item, a principal realização do CONASP foi o desenvolvimento inicial das Ações Integradas de Saúde (AIS).

Viana (1994:38) aponta que as Ações Integradas de Saúde apareceram como um momento de *transição* para a constituição de um sistema integrado de assistência à saúde, segundo um modelo descentralizador e de cobertura universal, pois não foram capazes de substituir o modelo anterior, correspondendo a uma convivência entre ambos os modelos (o centralizado privatista e o descentralizado estatista). A importância das AIS, nesse sentido mais geral, consistiu justamente em ter preparado o terreno para o surgimento do SUDS/SUS.

Também é preciso destacar que as AIS refletiram o avanço do processo de democratização da sociedade brasileira, cujas eleições governamentais de 1982 são um momento importante, possibilitando a constituição de uma agenda alternativa para a política de saúde. Os principais objetivos das AIS foram:

- a) Transferência de recursos para as redes públicas estaduais de saúde;
- b) Desenvolvimento de capacidade gerencial dos serviços no nível local e regional;
- c) Integração da alocação de recursos oriundos de diversas fontes;
- d) Valorização dos recursos humanos da equipe de saúde;
- e) Planejamento da intervenção mediante o desenvolvimento de parâmetros técnica e financeiramente viáveis e adaptados às condições locais;
- f) Orientação da pesquisa e das atividades das instituições de ensino para as necessidades de saúde em cada região.

Apesar da existência de determinados problemas quanto à operacionalização do sistema, como a excessiva hegemonia do INAMPS, que passou a ter forte ingerência nas

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, as AIS representaram, sem dúvida, o início de um processo que foi capaz de transferir mais recursos federais para os Estados e Municípios e aumentar os níveis de equidade e universalização. A homogeneização das condições de oferta de serviços de saúde, ao nível regional, também foi reforçada mediante maiores investimentos. Por fim, as AIS também representaram uma tentativa de efetivar a descentralização administrativa com maior participação decisória dos setores envolvidos, tanto na prestação de serviços quanto na sua utilização.

Vale a pena destacar alguns avanços importantes obtidos com o Programa de Ações Integradas da Saúde:

- 1) Ativação de um processo de gestão colegiada e articulação interinstitucional, rompendo a descoordenação da prestação de serviços de saúde verificada no período anterior, dada a existência de múltiplos órgãos e instâncias de prestação de serviços de saúde;
- 2) Possibilidade de maior controle e avaliação por parte dos usuários, em algumas experiências regionais;
- 3) As ações de caráter coletivo passaram a fazer parte da sistemática de financiamento.

A constituição de um *novo padrão* de política de saúde, porém, só foi possível com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. A diferença básica entre o funcionamento do SUDS e das AIS era a maior aproximação entre o Governo Federal e os Estados, bem como o fortalecimento de toda uma estrutura de planejamento e programação das ações de saúde. Nesse sentido, com o SUDS, foi possível estabelecer uma clara definição de competências entre as três esferas de Governo<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Para maiores detalhes sobre a função de cada esfera governamental, ver MÉDICI (1994:93).

Seus objetivos eram: descentralizar as decisões políticas e seus desdobramentos operacionais; superar a dicotomia existente no modelo de saúde anterior, mediante a unificação institucional; regionalizar e hierarquizar as redes de atendimento; obter melhor desempenho do setor público e controle do setor privado; conferir maior resolutividade e integralidade aos serviços; e universalizar o atendimento.

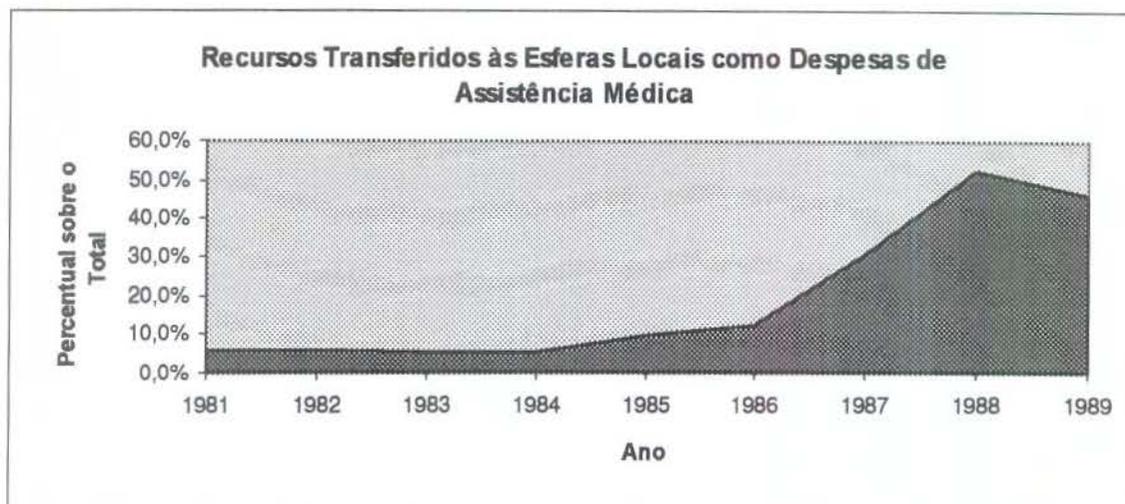
É importante ressaltar que o surgimento do SUDS, enquanto reafirmação da estratégia das Ações Integradas de Saúde, foi impulsionado pelo contexto político-econômico da época: início do processo de transição política brasileira (Nova República) associado a uma conjuntura econômica marcada pelo aumento significativo das receitas previdenciárias, tornando possível a promoção de algumas alterações na correlação de forças vigente.

As estimativas referentes à magnitude dos recursos transferidos às esferas locais ao longo do funcionamento das AIS e do SUDS permitem distinguir três períodos distintos de análise, como o faz Médici (1994:96):

- AIS Velha República - 1983/84;
- AIS Nova República -1985/86;
- SUDS -1987/89.

Nos primeiros anos de funcionamento das AIS (1983/84), as transferências federais para o financiamento dos sistemas de saúde nas esferas locais apresentou um percentual reduzido (5,4% em 1984). A partir de 1985, porém, ocorreu um aumento substancial dos recursos transferidos, chegando a mais de 50% no ano de 1988, como pode ser visto através do Gráfico 1:

Gráfico 1



Fonte: Médici (1994:96).

A análise feita por Médici (1994), referente aos valores repassados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde através das AIS, permite concluir que os Estados detentores de poder político e de *lobbies* econômicos foram privilegiados, o que demonstra o grande poder de mobilização de interesses regionais. Estados economicamente fortes, como São Paulo e Rio de Janeiro, ou politicamente influentes à época, como Maranhão e Alagoas, receberam recursos acima da média.

Com relação ao SUDS, parece ter havido um esforço inicial para privilegiar, através dos repasses, as regiões mais carentes do país (Norte, Nordeste e Centro-Oeste). De fato, em 1986 e 1987, essas regiões receberam repasses do SUDS proporcionalmente maiores que suas populações, enquanto as regiões mais desenvolvidas (Sul e Sudeste) apresentaram comportamento inverso. Contudo, a partir de 1988, ocorreu um movimento de aumento da participação das regiões Sul e Sudeste, invertendo a tendência anterior. Portanto, a despeito de todos os avanços obtidos com a criação do SUDS, os recursos transferidos às esferas locais demonstram ter havido uma certa ausência de critérios técnicos, impedindo a constituição de maior equidade no desenvolvimento dos sistemas regionais e locais de saúde.

Somente a partir da Constituição de 1988 a saúde passou oficialmente a ser vista como *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, assim como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Criou-se também o Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a integrar as ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, cuja organização passou a obedecer às seguintes diretrizes:

- descentralização administrativa, com direção única em cada esfera de Governo;
- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo em relação aos serviços assistenciais;
- participação da comunidade.

Além da assistência médica integral à população, com predominância dos aspectos preventivos e promocionais através da rede de saúde pública e, de forma complementar, da rede privada, o SUS passou a ter as seguintes atribuições: controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; participação na produção de medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados, equipamentos e insumos; execução das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador; participação na formulação da política e da execução das ações e saneamento básico; formação de recursos humanos na área de saúde; fiscalização e inspeção de alimentos, bebidas e água; colaboração na proteção do meio-ambiente e do trabalho; participação do controle e da fiscalização dos produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, e incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação.

Com relação ao financiamento, os recursos do SUS passaram a estar atrelados ao Orçamento da Seguridade Social (OSS) e aos recursos fiscais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. O Orçamento da Seguridade Social, por sua vez, passou a contar com as seguintes fontes:

- a) Contribuição Sobre a Folha de Salários dos empregados, empregadores e trabalhadores autônomos, que representa as antigas bases de financiamento do FPAS;
- b) Contribuição Social sobre o Faturamento das Empresas (COFINS), antigo FINSOCIAL;
- c) Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas;
- d) Contribuição sobre o Programa de Integração Social (PIS) e sobre o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), cujos recursos passaram a formar o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Apesar da diversificação das fontes de custeio, não foi estabelecido qualquer critério de partilha entre as diversas áreas que devem ser contempladas pelo Orçamento da Seguridade Social. Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde<sup>18</sup> (LOS), promulgada em 1990, estabeleceu que, a cada ano, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei do Orçamento são responsáveis por definir o percentual de recursos destinado à saúde.

Com relação à repartição de competência entre as esferas de governo, a LOS definiu tanto atribuições comuns da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, como atribuições específicas para cada uma delas. A Tabela 1.5.1 fornece um quadro comparativo da repartição de competências, de acordo com os artigos 16, 17, 18 e 19 da Lei 8080/90, tal como sugerem Carvalho & Santos (1995):

---

<sup>18</sup> A Lei Orgânica da Saúde “foi fruto do relatório do Deputado Geraldo Alckmin na Comissão de Assistência, Previdência e Saúde, e dos projetos de lei do Deputado Raimundo Bezerra e do Executivo. Sua primeira versão (Lei n.º. 8080/90) foi aprovada pelo Congresso e sancionada com vários vetos pelo Presidente da República. Em dezembro de 1990, o Poder Executivo, após observar várias propostas de vários segmentos envolvidos no setor e tentando reparar os problemas gerados pelos vetos presidenciais ao projeto original, enviou ao Congresso novo projeto de lei, o qual seria por fim aprovado (Lei n.º. 8142/90)”. Cf. VIANNA (1994:42).

**Tabela 1.5.1**  
**Sistema Único de Saúde**  
**Repartição de Competências entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios**

<b>MATÉRIA</b>	<b>UNIÃO</b>	<b>ESTADO</b>	<b>MUNICÍPIO</b>
Alimentação e nutrição	Formula, avalia e apóia políticas	Coordena e, em caráter complementar, executa	Executa serviços
Avaliação técnica e financeira	Coordena, com a cooperação dos Estados e Municípios	Coopera com a União	Coopera com a União
Condições e ambientes de trabalho	Participa na formulação e implementação das políticas	Participa nas ações de controle e avaliação	Participa da execução, do controle e da avaliação
Consórcio administrativo intermunicipal	-	-	Pode formar
Contrato de convênios com entidades privadas (participação complementar)	-	Celebra, em caráter complementar	Celebra, em caráter principal, observado o art. 26
Controle e avaliação	Acompanha, controla e avalia as ações, respeitadas as competências dos Estados e Municípios	Estabelece normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação. Acompanha, controla e avalia as redes hierarquizadas.	Controla e avalia os serviços de saúde
Controle de qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano	Estabelece critérios, parâmetros e métodos para o controle	Formula normas, estabelece padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle e exerce o poder de polícia sanitária	Controla e exerce o poder de polícia sanitária
Descentralização dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual e municipal	Promove a descentralização para os Estados e Municípios, conforme a abrangência	Descentraliza as ações e os serviços de abrangência municipal	Pode organizar distritos sanitários para integrar recursos, técnicas e práticas
Indicadores de morbidade e mortalidade	Organiza o sistema nacional de informação em saúde	Articula-se com a União e os Municípios, acompanha, avalia e divulga no seu âmbito administrativo	Articula-se com o Estado e a União
Meio ambiente: agressões e agravos que tenham repercussão na saúde humana	Participa na formulação e implementação das políticas de controle das agressões e participa da definição e mecanismos de controle de agravo com os órgãos afins	Participa, com os órgãos afins, do controle	Colabora na fiscalização e atua, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las

<b>MATÉRIA</b>	<b>UNIÃO</b>	<b>ESTADOS</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>
Órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional; entidades representativas de formação de recursos humanos na área da saúde	Promove a articulação em âmbito nacional	Integra a articulação	Integra a articulação
Órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representantes da sociedade civil, para a definição e o controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde	Promove a articulação em âmbito nacional	Integra a articulação	Integra a articulação
Planejamento estratégico nacional	Elabora em cooperação com os Estados e Municípios	Coopera tecnicamente com a União	Coopera com a União
Procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde	Controla e fiscaliza: poder de polícia	Exerce, também, o poder de polícia	Exerce, também, o poder de polícia
Produção de insumos e equipamentos para a saúde	Formula, avalia, elabora normas e participa na execução da política nacional, em articulação com os demais órgãos do governo	Formula, executa, acompanha e avalia a política, em caráter suplementar	Dá execução, em âmbito municipal, à política
Relações entre o SUS e os serviços privados contratados e convênios de assistência à saúde	Elabora normas para regular as relações	Complementa as normas reguladoras	Na ausência de normas nacionais e estaduais, suplementa para atender ao interesse local
Remuneração dos serviços privados de saúde	Estabelece os critérios e valores para remuneração e os parâmetros de cobertura assistencial	Complementa os critérios, valores e parâmetros	Complementa os critérios, valores e parâmetros no estrito interesse local
Saneamento básico	Participa na formulação e na implementação de políticas	Participa na formulação da política e da execução de ações de saneamento básico	Executa serviços de saneamento básico
Saúde do trabalhador	Coordena a política	Coordena e, em caráter complementar, executa ações	Executa serviços
Serviços estaduais e municipais de referência nacional	Identifica e estabelece padrões técnicos de assistência à saúde	Identifica e gere os serviços de referência estadual e regional	Gere e executa serviços
Serviços privados de saúde	Elabora normas para regular os serviços	Estabelece normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação	Controla e fiscaliza os procedimentos
Sistema nacional de auditoria	Estabelece o sistema	-	-

<b>MATÉRIA</b>	<b>UNIÃO</b>	<b>ESTADOS</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>
Sistema nacional de sangue, componentes e derivados	Normatiza e coordena nacionalmente	Coordena a rede nacional de hemocentros	Gere hemocentros
Sistema de redes de assistência de alta complexidade	Define e coordena	Identifica estabelecimentos de referência e gere sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional	Executa serviços
Sistema de rede de laboratórios de saúde pública e hemocentros	Define e coordena	Coordena a rede estadual e gere unidades que permaneçam em sua organização administrativa	Gere laboratórios
Sistema de vigilância epidemiológica	Define e coordena; participa da execução em circunstâncias especiais	Coordena e, em caráter suplementar, executa ações e serviços	Executa serviços
Sistema de vigilância sanitária	Define e coordena e, em circunstâncias especiais, executa	Coordena e, em caráter suplementar, executa ações e serviços	Executa serviços
Vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras	Estabelece normas e executa a vigilância	Colabora com a União na execução da vigilância	Colabora com a União e com os Estados na execução da vigilância

Carvalho & Santos (1995:137), tomando por base o artigo 15 da LOS, apontam as seguintes atribuições comuns da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

1. Atividades dos serviços privados: *elaboração de normas.*
2. Articulação com órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da Sociedade Civil: *promover a articulação para definir e controlar os padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde.*
3. Controle e avaliação: *definição das instâncias e mecanismos.*
4. Convênios e protocolos internacionais: *propor.*
5. Estudos e pesquisas: *realizar.*
6. Nível de saúde da população e condições ambientais: *acompanhamento, avaliação e divulgação.*
7. Normas técnico-científicas: *elaboração.*
8. Normas técnicas e padrões de qualidade: *elaboração.*

9. Operações financeiras externas, autorizadas pelo Senado Federal: *realização.*
10. Parâmetros de custos da assistência à saúde: *elaboração.*
11. Plano de saúde: *elaboração e articulação de uma esfera com a outra.*
12. Polícia sanitária: *definir as instâncias e os mecanismos de controle e fiscalização.*
13. Programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial: *fomentar, coordenar e executar.*
14. Proposta orçamentária: *elaboração.*
15. Recursos orçamentários e financeiros destinados à saúde *administração.*
16. Recursos humanos: *participação na elaboração e na execução de políticas de formação e desenvolvimento.*
17. Requisição de bens e serviços em situações de perigo iminente, de calamidade pública ou irrupção de epidemia: *realizar.*
18. Saneamento básico e meio ambiente: *colaboração e participação na formulação de políticas.*
19. Saúde do trabalhador: *elaboração de normas técnicas.*
20. Sistema de informação em saúde: *organização e coordenação.*
21. Sistema nacional de sangue, componentes e derivados: *implementação.*

Apesar da definição de competências comuns e específicas de cada esfera governamental, como visto anteriormente, Médici (1994:146) aponta que a LOS deixou “uma série de lacunas e pontos obscuros”, podendo levar a indefinições quanto à repartição dos recursos para a saúde nas três esferas de Governo. Reproduzimos a seguir os principais pontos obscuros identificados pelo autor:

1. Excesso de duplicação quanto à formulação de políticas de saúde, meio-ambiente e saneamento, sem especificar qual o conteúdo e a forma de participação de cada esfera de competência. Em que nível cada esfera poderia formular uma política independente?

2. Falta de definição de como as esferas irão participar do financiamento dos serviços de saúde.

3. Falta de definição do papel de cada esfera no planejamento e na execução dos serviços de saúde. Tanto a União como os Estados e Municípios irão participar da execução dos serviços de saúde, mas em que níveis?

4. Indefinição quanto aos espaços de flexibilidade para organização dos serviços por parte das esferas locais e Governo. Que modelo de gestão deverá ser utilizado? Tal modelo deverá ser único e seguido por todos ou cada Estado ou Município terá liberdade de utilizar o modelo de gestão de serviços que melhor lhe convier?

5. Falta de definição de prioridades no que diz respeito a clientela e formas de atendimento. Deverá este modelo priorizar a cobertura de clientela hoje desassistidas ou ele promoverá uma mesma estratégia de cobertura para todas as classes e segmentos da sociedade?

6. Falta de definição do modelo de atenção à saúde. Qual o modelo de hierarquização de serviços que deverá ser usado? A oferta de serviços será feita somente pelo setor público ou por um “mix” público-privado? Qual a estratégia de remuneração dos médicos e profissionais de saúde nesse modelo? Deverá ser unívoca ou flexível?

A esta altura, retomemos as principais transformações ocorridas por conta da reforma do sistema de saúde na década de 80, as quais foram incorporadas no texto constitucional de 1988: universalização da cobertura; fim da dicotomia entre saúde pública (assistência preventiva) e medicina previdenciária (assistência curativa); descentralização administrativa, com atribuições comuns e específicas para União, Estados e Municípios; ênfase sobre a rede pública, passando o setor privado a ter um papel complementar na atenção curativa ambulatorial; e financiamento vinculado ao Orçamento da Seguridade Social.

## 1.6. O Estado de Bem-Estar Social no Brasil

O conceito de *Welfare State* (ou Estado de Bem-Estar Social) diz respeito ao processo de “transformação nas relações entre o Estado e a economia, que se manifesta em modificações na própria estrutura do Estado e na emergência de sistemas nacionais, públicos ou estatalmente regulados, de educação, saúde, integração de renda, assistência social e habitação popular. Concretamente, trata-se de processos que se expressam na organização e produção de bens e serviços públicos, na montagem de esquemas de transferências sociais, na interferência pública sobre a estrutura de oportunidades de acesso a bens e serviços públicos e privados e, finalmente, na regulação (e incentivo) à produção de bens e serviços sociais privados.”<sup>19</sup>

Uma possível periodização da evolução do *Welfare State* no Brasil pode ser encontrada em Draibe (1994), a qual reproduzimos aqui:

- 1930-64: Introdução e expansão fragmentada
- 1964-77: Consolidação institucional
- 1977-88: Crise e ajustamento do sistema
- 1988-94: Reestruturação do sistema

Embora a periodização sugerida por Draibe tenha início a partir de 1930, isso não significa que não tenha havido qualquer tipo de política social anterior a esta data; na verdade, revela tão somente que apenas a partir de 30 as políticas sociais passaram a adquirir as características mínimas que permitem defini-las como um Estado de Bem-Estar Social: um sistema nacional; uma base de financiamento; um modo de regulação do mercado; corpos profissionais e burocráticos; clientelas específicas para cada área de atuação; e graus razoáveis de visibilidade e identificação institucional.

---

<sup>19</sup> Cf. AURELIANO & DRAIBE (1989:139).

Foi justamente durante as fases de consolidação institucional (1964-77) e ajustamento do sistema (1977-88) que se expandiu grande parte dos serviços sociais, ampliando o acesso e a expansão da cobertura dos principais programas de educação, saúde e alimentação. Vale dizer, a progressiva incorporação da população a tais serviços ocorreu basicamente durante o período do regime militar, implicando a constituição de um tipo específico de Estado de Bem-Estar Social no Brasil.

Economicamente conservador e socialmente excludente, o *Welfare State* gestado e consolidado no Brasil pode ser caracterizado pelos seguintes princípios:

- Extrema centralização política e financeira no nível federal das ações sociais do Governo;
- Acentuada fragmentação institucional;
- Exclusão da participação social e política da população nos processos decisórios;
- Princípio do autofinanciamento do investimento social;
- Princípio da privatização;

Tais princípios, responsáveis por determinar um certo padrão de políticas sociais no Brasil, estão no bojo do fraco desempenho dos programas sociais brasileiros até os anos 80, resultado da ineficácia e inefetividade do gasto e de seus desvios em relação a alvos e metas prioritárias.

A partir disso, é possível identificar o padrão de *Welfare State* no Brasil como um tipo *meritocrático-particularista* e *residual* de proteção social<sup>20</sup>. Isso significa que o Estado passou a realizar um tipo de intervenção parcial, complementar às instituições

---

<sup>20</sup> O *Welfare State* meritocrático-particularista é aquele que se apóia no princípio do “mérito” ou dos êxitos de cada um no mercado, mediante seu emprego, seu nível de renda, sua produtividade. As políticas públicas, nesse sentido, visam apenas a introduzir correções das insuficiências geradas pelo próprio mercado ou aquelas oriundas das diferenças de oportunidade que marcam os indivíduos no ponto-de-partida. Uma exposição detalhada sobre as diversas tipologias internacionais de *Welfare State* pode ser encontrada em AURELIANO & DRAIBE (1989).

econômicas, no sentido de corrigir a ação do mercado, onde os indivíduos e grupos sociais resolveriam seus problemas, primordialmente através de seu trabalho, seu mérito, sua produtividade, enfim, seu desempenho. Além disso, dado que as intervenções, em muitos casos, são *ex-post*, quando os canais “naturais ou tradicionais” não são capazes de resolver as atividades afloradas, o gasto público tendeu a apresentar um comportamento residual, com um limitado caráter redistributivo.

Quanto ao perfil do financiamento adotado, baseado nas contribuições sociais, é importante observar duas importantes características:

a) O caráter pró-cíclico dos recursos, ou seja, grande sensibilidade das receitas em face das oscilações da atividade econômica, o que se reflete em menor capacidade de ação social do Governo em períodos recessivos, que são justamente os períodos em que há maiores demandas sociais;

b) A regressividade do financiamento e do gasto, pois os encargos das contribuições sociais tendem a ser repassados pelas empresas aos preços, constituindo ônus para toda a sociedade.

Além disso, como ressalta Draibe (1994:298), “o problema mais grave é que a criação de fundos sociais significa, na prática, a exclusão de parcela substantiva da população brasileira do acesso aos programas. Isso porque, na maioria das vezes, a distribuição dos benefícios é restrita aos empregados do chamado mercado formal de trabalho, que contribuem diretamente (...), embora toda a sociedade contribua para seu custeio.”

Como agravante ainda maior, a política social passou, na verdade, a estar apoiada em bases financeiras bastante estreitas, definidas pelo baixo patamar do salário médio dos trabalhadores e pelo altíssimo grau de concentração da renda. Na realidade, enquanto na maioria dos países desenvolvidos as políticas sociais de bem-estar social se consolidaram *simultaneamente* a uma situação de pleno emprego que, acompanhada de uma persistente elevação do salário real, elevou o nível de vida da maior parte da população, no

Brasil ocorreu justamente o contrário: a limitada capacidade contributiva per capita, decorrente dos baixos salários, implicou tanto uma insuficiente qualidade dos serviços e benefícios, como sobrecarregou a política assistencial voltada ao combate da miséria e pobreza. Nesse sentido, além dos reduzidos e insuficientes valores dos benefícios e da má qualidade dos serviços, a política social, dadas as características estruturais do país (grande dimensão territorial; socialmente heterogêneo; reduzida dimensão do mercado formal de trabalho; baixos salários; elevada concentração de renda), tendeu a ficar sobrecarregada, mesmo nos momentos de crescimento econômico.

A grave crise dos anos 80 foi responsável, sem dúvida, por colocar em xeque este padrão, seja porque as demandas sociais acrescidas não encontravam respostas adequadas, seja porque a própria forma de financiamento passou a enfrentar crescentes restrições. Nesse sentido, a Constituição de 1988, ao garantir o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa da Seguridade Social<sup>21</sup>, representou uma tentativa de reforma dos programas sociais do Governo. Além disso, o texto constitucional também assegurou a universalidade da cobertura e do atendimento, a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, a seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, a irredutibilidade do valor dos benefícios, a equidade na forma de participação no custeio, e a diversidade da base de financiamento.

Este breve esboço acerca da especificidade do Estado de Bem-Estar Social consolidado no Brasil - centralidade política na agenda governamental; financiamento baseado na regra de auto-sustentação financeira; centralização do processo decisório a nível federal; fragmentação institucional; privatização de interesses e uso clientelístico da máquina social - revela claramente que o setor saúde esteve articulado aos princípios mais gerais que nortearam tal consolidação. Como resultado, a política de saúde, assim como as demais políticas sociais, apresentaram baixos graus de efetividade e equidade social, contribuindo muito pouco para que se verificasse um processo consistente de distribuição indireta de

---

<sup>21</sup> A Seguridade Social compreende um conjunto intergrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

renda. A tentativa de reforma do sistema de saúde, nos anos 80, pode ser entendida, portanto, como parte integrante da tentativa de reformar o próprio padrão de *Welfare State* consolidado no período anterior, procurando resgatar a enorme dívida social acumulada durante anos.

É interessante observar, finalmente, que, desde o pós-guerra, o setor saúde, na maior parte dos países desenvolvidos, foi marcado pela universalização da cobertura e pela concepção de que o acesso integral aos serviços de saúde era direito dos cidadãos e dever do Estado. A universalização trouxe consigo, por sua vez, uma forte ampliação dos gastos com saúde para o conjunto das economias desenvolvidas (Tabela 1.6.1).

**Tabela 1.6.1**  
**Gastos com Saúde como Percentagem do PIB**  
**Países Seleccionados: 1960 - 1980**

Países	1960	1970	1980	1990
RF Alemanha	4,7	5,5	7,9	8,0
Bélgica	3,4	4,0	6,6	7,5
Canadá	5,5	7,2	7,4	9,1
Espanha	2,3	4,1	5,9	6,6
EUA	5,2	7,4	9,2	12,7
França	4,2	5,8	7,6	8,9
Itália	3,3	4,8	6,8	7,5
Japão	2,9	4,4	6,4	6,5
Reino Unido	3,9	4,5	5,8	6,1
Suécia	4,7	7,2	9,5	8,8

Fonte: MÉDICI (1994:30).

Apesar do substantivo aumento dos gastos com saúde ao longo do período considerado, o crescimento foi menor entre 1980 e 1990, quando comparado com as décadas anteriores. Isso reflete o esforço de muitos países desenvolvidos em ajustar o volume de gastos com saúde, decorrente da crise econômica e fiscal dos anos 70 e 80.

Pode-se destacar três principais fatores responsáveis pela elevação dos custos com saúde<sup>22</sup> :

a) *Expansão horizontal e vertical de cobertura do sistema*, pois não apenas houve a inclusão de novos segmentos da população como clientela dos serviços de saúde, como também passou a incorporar novos aspectos relacionados à saúde - tratamento odontológico, fisioterapia, etc. -, provocando um crescimento cada vez maior da cobertura;

b) *A mudança da estrutura etária da população*. Começou a haver, nesses países, um envelhecimento populacional, provocado simultaneamente pelas baixas taxas de fecundidade da população e pelo progressivo aumento da expectativa de vida. Uma vez que houve elevação da parcela idosa da população, mais propícia ao atendimento médico, elevou-se também as despesas médicas a fim de propiciar o atendimento adequado a essa faixa etária da população;

c) Por fim, houve a questão da *incorporação das inovações tecnológicas*. Pelo fato dos processos tecnológicos em saúde serem mais direcionados à aplicação em meios de diagnósticos e de terapia do que em meios que venham a baratear o processo interno de tratamento, o desenvolvimento de novos equipamentos na área da saúde trouxe consigo um encarecimento dos serviços médicos, ao mesmo tempo em que passou a haver uma verdadeira revolução na organização dos serviços de saúde: novos patamares de concentração econômica, nova divisão social do trabalho médico e grande mudança no próprio campo da técnica médica.

## 1.7. Conclusões

De acordo com o que foi exposto anteriormente, é possível concluir, desde logo, que o setor saúde deve ser analisado em face das características mais gerais do Estado

---

<sup>22</sup> Além das causas aqui indicadas, MÉDICI (1994) inclui as transformações nas estruturas de morbimortalidade, os fatores sócio-econômicos e culturais, e as estruturas securitárias.

de Bem-Estar Social que se consolidou no Brasil: centralização do processo decisório a nível federal; formidável fragmentação institucional; financiamento baseado na regra de auto-sustentação financeira; exclusão da participação social e política da população nos processos decisórios; maximização de interesses privados (princípio da privatização); e baixa efetividade das ações do Governo.

A trajetória do desenvolvimento do sistema público de saúde esteve basicamente atrelada, por sua vez, ao crescimento da Previdência Social e contou com um progressivo processo de universalização de acesso aos serviços oferecidos. De modo geral, podem ser identificadas cinco fases na evolução histórica da política de saúde:

1) Constituição das CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões) a partir de 1923, cuja principal característica era beneficiar trabalhadores enquanto empregados de uma empresa que possuísse esta espécie de organização de proteção social;

2) Criação dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), basicamente nos mesmos moldes das CAPs, a partir dos anos 30. A principal novidade consistiu na extensão da cobertura a categorias profissionais inteiras, de tal modo que a condição para se obter o benefício deixou de ser a de empregado de uma determinada empresa e passou a ser a de integrante de algumas categorias profissionais mais estruturadas e organizadas no contexto nacional;

3) Unificação dos IAPs, em 1966, com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Este passo significou a uniformização dos benefícios e serviços ofertados, assim como a centralização decisória a nível federal. Os beneficiados passaram a ser então todos os trabalhadores formais do país, independentemente de sua categoria profissional;

4) Progressiva ampliação da cobertura na década de 70, incorporando novos setores ao universo dos beneficiários, como os trabalhadores autônomos, rurais e empregadas domésticas, cuja inserção no sistema previdenciário lhes garantiu o acesso aos serviços de assistência médica. Paralelamente, o atendimento de urgência foi universalizado

mediante o Plano de Pronta Ação e novas demandas puderam ser satisfeitas através do Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste;

5) Universalização do acesso aos serviços de saúde com a Constituição de 1988, baseado no conceito de cidadania.

Do ponto de vista estrutural, a política de saúde, até a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), esteve organizada em torno de duas vertentes: a vertente de *saúde pública*, ligada ao Ministério da Saúde e responsável pelas ações preventivas de corte coletivo, e a vertente de *assistência médica*, de cunho curativo, individualista e ligada aos serviços de medicina previdenciária. A predominância desta sobre a vertente de saúde pública, notadamente a partir da década de 60, significou uma ênfase predominante nas ações curativas, tornando o sistema “hospitalocêntrico” e dependente dos recursos previdenciários. Ao mesmo tempo, optou-se pela compra de serviços médicos ao setor privado, direcionando recursos públicos para esta finalidade, o que viabilizou a constituição de uma expressiva rede privada na área da assistência médica-hospitalar, assim como a consolidação industrial do setor saúde no país. Por fim, a excessiva centralização da política de saúde na esfera federal fez com que Estados e Municípios se tornassem progressivamente dependentes da União, perdendo autonomia enquanto gestores de suas respectivas áreas.

A criação do Sistema Único de Saúde, em 1988, foi a resposta encontrada pelo movimento sanitário no sentido de eliminar tais distorções. Nesse sentido, as palavras-chaves no novo sistema passaram a ser: acesso universal e igualitário; descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas; e participação da comunidade.

## **2. A Questão do Financiamento**

O financiamento do Sistema Único de Saúde, de forma inegável, é um dos mais debatidos e polêmicos temas da atualidade. As recentes dificuldades financeiras enfrentadas pelo setor saúde demonstram claramente que a questão do financiamento da política de saúde no Brasil não pode ser tratada de forma superficial ou secundária, ainda mais quando se leva em consideração o fato de que a vida de milhões de pessoas depende do atendimento gratuito proporcionado pelo subsistema público de saúde. Com efeito, a insuficiência crônica de recursos é geralmente identificada como um dos principais obstáculos responsáveis pelo mau desempenho dos serviços públicos de saúde.

O presente capítulo trata justamente da questão do financiamento da política de saúde no Brasil. Inicialmente, procura apontar os principais aspectos conceituais referentes à economia do setor saúde, tais como os modelos de financiamento da saúde, as relações entre gastos e níveis de saúde, o problema da necessidade de racionalização dos gastos em saúde e algumas considerações sobre o processo de descentralização do setor. Em seguida, focaliza-se o financiamento do Sistema Único de Saúde, enfatizando a predominância das contribuições sociais como principal fonte de custeio da Seguridade Social, assim como os instrumentos criados para a transferência de recursos para as esferas locais (AIH, UCA, etc.). Por fim, é apresentado um quadro geral sobre a evolução do financiamento do setor saúde no Brasil.

### **2.1. Aspectos Conceituais**

#### **2.1.1. Modelos de Financiamento da Saúde**

Com base em Médici (1994), é possível identificar basicamente quatro modelos de financiamento da saúde, de acordo com a estratégia adotada pela ação estatal:

modelo assistencialista, modelo previdencialista, modelo universalista unificado e modelo universalista diversificado. A Tabela 2.1.1 apresenta uma visão resumida destes modelos.

**Tabela 2.1.1 - Modelos de Financiamento da Saúde**

<i>Camadas da População</i>	<i>Modelo Assistencialista</i>	<i>Modelo Previdencialista</i>	<i>Modelo Universalista Unificado</i>	<i>Modelo Universalista Diversificado</i>
<i>Classes de Baixa Renda</i>	Fontes Fiscais	Sem Recursos Definidos	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais
<i>Trabalhadores Formais e Classe Média</i>	Pagamento Direto pelos Serviços	Contribuições Sociais sobre a Folha de Salários	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais	Contribuições Sociais sobre a Folha de Salários (compulsória)
<i>Grupos de Alta Renda</i>	Pagamento Direto pelos Serviços	Pagamento Direto pelos Serviços	Fontes Fiscais e Contribuições Sociais Gerais	Pagamento Direto pelos Serviços, Planos Privados Especiais (volunt.)

O modelo assistencialista é aquele voltado apenas para o atendimento das camadas de baixa renda, devendo, assim, ser exclusivamente financiado com recursos fiscais. Como se observa da tabela, neste modelo, tanto as classes de renda média quanto os trabalhadores formais e grupos de alta renda devem buscar no mercado alternativas para o financiamento de seus programas de saúde. Historicamente, o modelo assistencialista foi utilizado nos primeiros programas de política de saúde em países como a França e a Alemanha, nos séculos XVII e XVIII, ou ainda na medicina inglesa do século XIX. Atualmente, o sistema de saúde dos Estados Unidos constitui um caso paradigmático de modelo assistencialista, dado que o Estado norte-americano dirige suas políticas para grupos populacionais excluídos do acesso aos serviços de proteção social pela lógica do mercado<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Além dos pobres (MEDICAID) e dos idosos (MEDICARE), apenas outros grupos menos numerosos como ex-combatentes e índios contam com assistência médica provida pelo governo federal dos EUA.

O modelo previdencialista, por sua vez, é aquele direcionado para os segmentos populacionais que contribuem para a manutenção do sistema, ou seja, o acesso aos serviços passa a estar condicionado à condição de contribuinte. Nesse caso, o financiamento passa a estar vinculado a contribuições sociais das empresas e dos trabalhadores, notadamente sobre a folha salarial. Sob tal modelo, não se recomenda a utilização de recursos fiscais como aporte adicional de recursos para os grupos que já contribuem, pois isso pode comprometer metas de equidade. De igual modo, o uso de recursos provenientes das contribuições sociais para os serviços de saúde dos segmentos populacionais que não contribuem pode trazer à tona conflitos indesejáveis, suscitando desconfiança e até repúdio por parte das categorias profissionais que contribuem. De qualquer forma, como aponta Médici, é comum haver algum tipo de participação do Estado a fim de cobrir os custos de administração desse tipo de modelo.

Pode-se dizer que o Brasil constituiu, durante longo período de tempo, um exemplo de modelo previdencialista de financiamento da saúde. De fato, desde a criação das CAPs, nos anos 20, passando pelos IAPs ao longo das décadas de 30, 40 e 50, até a constituição do INPS, em 1966, o acesso aos serviços de saúde esteve condicionado aos trabalhadores formais, isto é, àqueles que efetivamente contribuía para a manutenção do sistema. O deslocamento de recursos provenientes das contribuições sociais para o atendimento de populações abertas (não-contribuintes) teve início, no Brasil, a partir de 1974, com o surgimento do Plano de Pronta Ação (PPA), responsável por universalizar a cobertura nos casos de urgência. A justificativa para tal procedimento residia na estrutura oligopólica das empresas: na medida em que as contribuições sociais eram contabilizadas como custos a serem transferidos para os preços mediante a política de manutenção de elevadas margens de lucro (*mark-up*), toda a sociedade acabava por financiar, ainda que de uma forma indireta, os serviços do sistema. Não estender o acesso a toda a população, num contexto como esse, significaria penalizar toda a sociedade, contribuindo para tornar o sistema iníquo, já que somente os contribuintes “formais” podiam auferir benefícios que, no limite, estavam sendo custeados por todos.

Os modelos universalistas, como o próprio nome diz, são aqueles voltados para cobrir a totalidade da população, devendo ser, em tese, financiados com recursos fiscais, ou seja, oriundos de impostos gerais, pois não dizem respeito ao cumprimento de funções destinadas a grupos específicos, mas à população como um todo. Os modelos universalistas de saúde podem ser unificados ou diversificados, dependendo das estratégias de cobertura e financiamento dos serviços.

O modelo universalista *unificado* é aquele que se baseia numa estratégia única de financiamento, calcado num modelo definido centralmente, mesmo que sua execução seja descentralizada ou regionalizada. Na verdade, a maioria dos sistemas universais existentes passou a incorporar, como fonte de financiamento, recursos fiscais globais associados a contribuições sociais, como é o caso do atual sistema de saúde brasileiro. Isso pode ser visto na Tabela 2.1.1, onde todos os segmentos populacionais se encontram na mesma situação.

A presença de estratégias mistas ou diversificadas de cobertura caracteriza o modelos universalista *diversificado*. Dessa forma, para a população de baixa renda, destinam-se ações de saúde gratuitas, as quais podem ser prestadas pelo setor público, pelo privado ou por ambos, e financiadas com recursos fiscais. Aos trabalhadores formais e classes médias, sistemas baseados em contribuições sobre a folha de salários, requerendo algum grau de compulsoriedade para garantir a cobertura de todos os níveis de renda. Para os grupos de alta renda, por fim, sistemas baseados em desembolso direto de recursos, tais como planos voluntários de saúde.

### **2.1.2. Gastos e Níveis de Saúde**

Um dos principais indicadores do quadro de saúde de uma população é a expectativa de vida ao nascer, já que se trata de um indicador médio e coletivo, composto pelas probabilidades de sobrevivência das distintas idades. A importância desse indicador

reside no fato de que ele é capaz de refletir não só o quadro da pobreza e da ineficiência das medidas preventivas de atenção primária à saúde, mas também o quadro da qualidade dos sistemas de saúde. Na verdade, é preciso observar que a expectativa de vida ao nascer está associada ao contexto histórico de cada época, refletindo a combinação de progressos alcançados no campo das ciências da saúde, da nutrição, do saneamento, da educação, bem como de outros fatores.

A partir disso, uma questão que se coloca é a seguinte: que tipo de relação pode ser estabelecida entre o gasto per capita em saúde e a expectativa de vida?

Dados do Relatório do Banco Mundial (World Bank, 1993), numa amostra para 114 países, permite estabelecer, de forma geral, o seguinte quadro: países com expectativas de vida entre 38 e 60 anos não apresentam grandes aumentos decorrentes de elevações nos gastos per capita com saúde; em países com esperança de vida entre 60 e 72 anos (como o Brasil), pequenas variações nos gastos com saúde podem representar grandes variações na expectativa de vida; e por fim, nos países com mais de 72 anos de expectativa de vida, grandes variações nos gastos com saúde se traduzem em baixíssimas variações positivas na esperança de vida ao nascer. Duas conclusões decorrem de tal constatação:

1) É necessário atingir um determinado patamar de gasto per capita com saúde para que maiores despesas com saúde possam se refletir em acréscimos significativos na expectativa de vida ao nascer;

2) A partir de um determinado nível de gastos per capita com saúde, não ocorrem ganhos substanciais na expectativa de vida ao nascer.

A segunda conclusão, por indicar que o gasto com saúde aumenta indefinidamente a partir de aumentos cada vez menores na expectativa de vida, implica o fato de que existe um ponto a partir do qual o gasto com saúde passa a apresentar rendimentos marginais decrescentes<sup>2</sup>, como aponta Médici (1994:22). Nesse sentido, cada

---

<sup>2</sup> A lei dos rendimentos marginais decrescentes foi originalmente proposta por David Ricardo para explicar a queda de produtividade e lucratividade da agricultura em terras mais distantes e/ou menos férteis.

gasto adicional com saúde passaria a ter efeitos menores na expectativa de vida ao nascer da população, até o ponto em que cessaria qualquer efeito positivo na expectativa de vida decorrente de maiores gastos per capita com saúde.

Na verdade, é importante observar que a cada momento, a despeito da evolução histórica da expectativa de vida da humanidade, esta apresenta um limite efetivo de idade. Ou seja, a partir de determinado nível de expectativa de vida, o custo marginal de um ano adicional de vida se torna infinito, *dado o estágio de desenvolvimento econômico, social e a combinação das técnicas disponíveis de medicina, saneamento e saúde pública.*

Deve-se ressaltar, contudo, que tais considerações dizem respeito a observações num dado momento, ou seja, não levam em conta a dinâmica do processo de inovações tecnológicas, assim como as transformações na estrutura econômica e social, as quais tendem a possibilitar e a potencializar variações positivas na expectativa de vida ao nascer. Além disso, dado que a maior parte dos países se encontra abaixo do patamar a partir do qual se verificaria a existência de rendimentos decrescentes do gasto per capita com saúde, justifica-se o aumento dos gastos com saúde. Por fim, é preciso lembrar que:

a) embora exista uma relação entre o gasto per capita com saúde e a expectativa de vida ao nascer, esta deve ser considerada como resultado de um conjunto de ações mais amplo, sendo que o gasto per capita com saúde é apenas um dos elementos que compõem este conjunto; e

b) tão importante quanto o montante do gasto per capita com saúde é a eficiência com que esse gasto é realizado, ou seja, além do aspecto quantitativo, o gasto com saúde, do ponto de vista da sua eficiência, deve refletir a melhor situação possível. Vale dizer, ao lado do nível dos gastos com saúde, existe um aspecto qualitativo que deve ser levado em consideração e que dificilmente é captado pelos dados estatísticos.

Mas será que a expectativa de vida ao nascer é o melhor indicador para a análise da eficiência dos gastos com saúde? Na opinião de muitos estudiosos, o melhor indicador para isso seriam os Anos de Vida Ajustados segundo a Qualidade (AVAQ), por

permitir considerar tanto os aumentos na expectativa de vida como as melhorias na qualidade de vida em função de intervenções médico-sanitárias. A equação abaixo reflete uma medida do total de AVAQs (T):

$$T = E \cdot q \quad \text{onde} \quad T = \text{total de AVAQs}$$

$$E = \text{aumentos na expectativa de vida, em anos}$$

$$q = \text{melhorias na qualidade de vida, entre 0 e 1}$$

O número total de AVAQs propiciados pelo sistema de saúde em um país, a cada ano, pode ser dado por:

$$\sum_{i=1}^n T_i = \sum_{i=1}^n (E \cdot q)_i$$

onde  $i$  = cada indivíduo no universo ( $N$ ) de  $n$  indivíduos

O número médio adicional de AVAQs per capita seria então dado por:

$$\sum_{i=1}^n (E \cdot q)_i / N$$

As melhorias na qualidade de vida ( $q$ ), como indicado antes, resultam de um índice que varia de 0 a 1, onde zero significa a morte e um o estado de perfeita saúde. Contudo, tal valor possui um caráter de inegável subjetividade, sendo definido pelo próprio indivíduo em função do seu estado de incapacidade frente a uma determinada doença.

Pesquisa realizada pelo Banco Mundial (World Bank, 1993) permitiu avaliar as perdas de AVAQs por causa e região em 1990. Os dados apresentados revelaram a existência de uma relação inversa entre o gasto per capita com saúde e as perdas em AVAQs. Ou seja, os países que apresentaram menores perdas de AVAQs foram justamente aqueles que realizaram maiores gastos per capita com saúde.

### 2.1.3. Racionalização dos Gastos com Saúde

Conforme apontado antes, a partir de um determinado nível, o aumento dos gastos com saúde não traz grandes variações positivas na expectativa de vida da população. Além disso, também foi visto no capítulo anterior que, por diversos fatores (extensão horizontal e vertical da cobertura, envelhecimento populacional, alterações no campo da tecnologia médica, mudanças nas estruturas de morbi-mortalidade, etc.), os custos dos sistemas de saúde têm crescido a ritmos crescentes. Sob tais circunstâncias, medidas que permitam racionalizar os gastos com saúde sem causar impactos negativos nos níveis de saúde têm se tornado cada vez mais necessárias.

Segundo Médici (1994:33), as distorções que levam ao aumento dos gastos com saúde podem ser derivadas basicamente de dois fatores:

- a) do comportamento dos médicos; e
- b) do comportamento dos usuários.

Com relação ao primeiro dos fatores, é preciso, antes de mais nada, identificar as três formas básicas de remuneração dos profissionais da saúde, apontando suas implicações:

• *Pagamento por ato médico (procedimento ou diagnóstico)*, cujas principais conseqüências são:

- a) favorecimento de estratégias de indução de demanda, visto que supõe uma regulação baseada no preço do ato médico e não na qualidade dos serviços consumidos;
- b) estímulo ao número de serviços por paciente;
- c) rompimento da lógica da integralidade das ações de saúde e desincentivo ao comportamento preventivo nos serviços de saúde;

d) favorecimento do uso de alta tecnologia e da utilização de níveis médicos de maior complexidade<sup>3</sup> ;

e) concentração dos serviços médicos nas regiões e áreas onde a população detém maior renda, no caso de sistemas privados, ou onde o controle é mais difícil, no caso de sistemas públicos;

f) necessidade de fortes mecanismos de controle, administração, fiscalização e avaliação, especialmente quando as estratégias estão calcadas no sistema de terceiro pagador;

g) desestímulo à jornada integral ou à fidelidade a um determinado estabelecimento de saúde;

h) possibilidade de maior flexibilização na gestão dos estabelecimentos de saúde; e

i) redução de custos relativos aos encargos sociais inerentes ao assalariamento.

O pagamento por ato médico, em muitos países, tem sido substituído pela ótica do diagnóstico, procurando agrupar as formas de remuneração em Grupos de Diagnóstico Relacionados (DRG). A utilização de custos baseados em diagnósticos permite, por um lado, eliminar as distorções do sistema de pagamento por procedimento, o qual, de modo geral, tende a levar o médico à escolha do procedimento mais caro, trazendo um viés no processo decisório. Isso porque o pagamento não mais depende da terapia escolhida e sim do diagnóstico. Mas, por outro lado, corre-se o risco de se utilizar o serviço mais barato (de eficácia duvidosa) para maximizar os ganhos oriundos do diferencial dos custos reais e valor das tabelas. Por fim, o pagamento por DRGs não aumenta necessariamente a preocupação do médico com a questão da prevenção.

---

<sup>3</sup> Pode-se apontar basicamente a existência de três níveis de complexidade nos serviços de saúde: o primeiro nível, que diz respeito aos serviços relacionados às atividades ambulatoriais em postos ou centros de saúde (consultas, vacinação, educação sanitária, exames simples, etc.); o nível intermediário, que exige procedimentos típicos de unidade mista ou hospital, incluindo a internação de pacientes e a realização de cirurgias de menos complexidade nas quatro clínicas básicas (clínica médica, clínica cirúrgica, gineco-obstetrícia e pediatria); e o terceiro nível, de maior complexidade, referente a exames, consultas ou internações em especialidades médicas de alta complexidade.

• *Assalariamento médico*, o qual, teoricamente, não estimula distorções relacionadas ao preço e à quantidade dos serviços, fazendo com que o médico possa atuar clinicamente segundo sua consciência ética e profissional, sem influências de ordem econômica. Além disso, estimula a permanência no local de trabalho, possibilitando o atendimento de demandas imprevisíveis. No entanto, podem ser apontadas as seguintes consequências negativas:

- a) baixo grau de fidelidade do médico ao paciente e vice-versa;
- b) incentivo a destinar uma parte de sua jornada de trabalho a outras atividades e empregos de melhor remuneração, maximizando seus rendimentos; e
- c) favorecimento de práticas corporativas.

• *Pagamento por capitação*, que consiste em pagar ao profissional um determinado valor mensal per capita, através do Estado, para o cuidado de eventuais problemas que poderá apresentar o paciente cadastrado em seu consultório ou local de trabalho. As principais implicações desse tipo de pagamento são:

- a) estímulo de medidas preventivas a fim de evitar que os pacientes possam representar maiores custos no futuro, caso venham a adoecer;
- b) possibilidade, no esforço preventivo, de sobrecarregar os níveis de maior complexidade por conta da utilização excessiva de exames e consultas a especialistas em níveis mais elevados de hierarquia de saúde, acarretando maiores custos para o sistema; e
- c) tendência de prejudicar os pacientes que mais necessitam dos serviços médicos (crianças e idosos), por acarretarem maiores custos, quando o pagamento per capita for fixo, não havendo qualquer diferenciação quanto ao sexo e à idade<sup>4</sup>.

O pagamento por capitação, na medida em que tende a introduzir aspectos relacionados à produtividade, tem sido encarado como alternativa ao assalariamento, em especial nos níveis primários de atenção à saúde, de forte cunho preventivo<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> A curva de custos em saúde por idade tende a assumir a forma de um “J”, implicando custos relativamente altos nos primeiros anos de vida, custos baixos na adolescência e maturidade e custos explosivos na terceira idade.

Passemos agora às formas de racionalização do comportamento dos usuários dos serviços, cuja existência de hábitos de consumo excessivo dos serviços de saúde pode implicar desperdícios e elevação dos custos de saúde em níveis elevados.

As principais soluções apontadas com o objetivo de ajustar tais distorções são: utilização de *taxas moderadas*, em que, a partir de uma determinada unidade de consumo por período de tempo, passa a haver o pagamento de uma taxa moderadora visando à inibição do consumo; estratégia de *co-pagamento*, fazendo com que o usuário arque com um percentual do serviço médico, independentemente da quantidade; adoção de *tetos máximos*, que estabelece que o valor que ultrapassar o teto estipulado deve ser pago pelo usuário do sistema; sistema de *franquias*, que são mecanismos de financiamento mediante o qual todo e qualquer serviço consumido de saúde corresponde a um valor mínimo pago pelo usuário, sendo a diferença entre o custo total e o valor mínimo coberta pelo sistema de saúde; utilização de *pré-pagamento*, através do qual o usuário paga um valor fixo para ter direito a uma cesta de serviços de saúde, a qual pode ou não ter cláusulas de cobertura; *eliminação de mecanismos de livre escolha*, os quais podem ser substituídos por uma tabela de profissionais e/ou estabelecimentos credenciados ou outros mecanismos de racionalização de custos; adoção de *procedimentos administrativos mais rígidos*, mediante a criação de normas associadas aos atos médicos, tais como utilização de medicamentos mais baratos dentro de um mesmo princípio ativo e restrição de exames supérfluos; e *cobrança de taxas diferenciadas por grupos de risco*, a quais podem ser diretamente proporcionais ou inversamente proporcionais ao risco.

#### **2.1.4. Descentralização e Desconcentração**

A questão do financiamento da política de saúde está estreitamente relacionada aos níveis de descentralização e desconcentração de determinado sistema e, por

---

<sup>5</sup> O PAS (Plano de Atendimento à Saúde), recentemente adotado pela Prefeitura da cidade de São Paulo, representa um sistema baseado no pagamento por capitação.

isso, convém que se faça algumas observações conceituais. Em primeiro lugar, é preciso distinguir ambos os conceitos, já que tanto descentralização quanto desconcentração podem ser entendidos como idéias que exprimem afastamento ou deslocamento do centro. Na verdade, o que os diferencia é a presença ou não, no processo de regionalização, de autonomia das esferas locais. Portanto, pode-se definir *descentralização* como um processo onde ocorre não apenas uma regionalização do poder institucional, mas também uma regionalização acompanhada de autonomia (política, financeira, institucional, etc.). *Desconcentração*, por sua vez, é a transferência do centro para outros níveis regionais, sem que esta transferência implique uma autonomia correspondente. A partir dessas definições, conclui-se que:

a) a desconcentração surge como condição necessária mas não suficiente para um processo pleno de descentralização; e

b) a desconcentração faz parte do processo de descentralização e pode ser entendida mesmo como uma forma de descentralização (descentralização dependente).

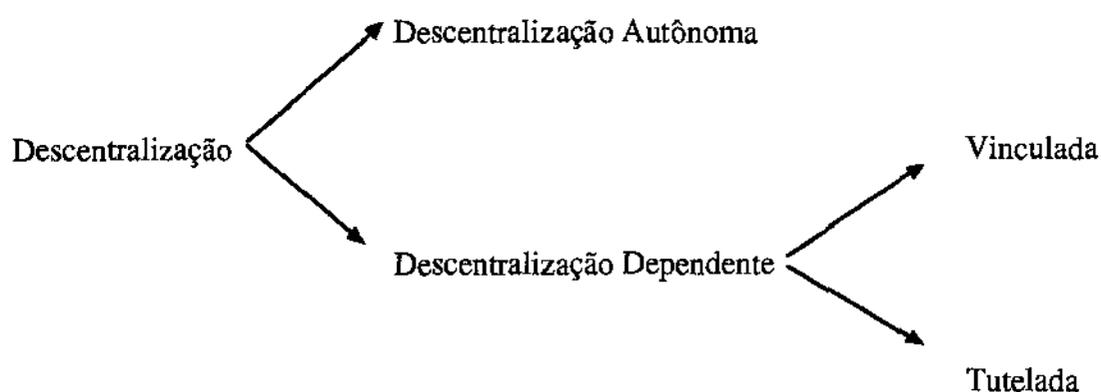
Utilizando os conceitos de descentralização e desconcentração tal como definidos acima, pode-se falar em *desconcentração* financeira quando a responsabilidade sobre o gasto é mantida pelas esferas centrais do Governo, embora sua execução seja feita por uma agência do governo central a nível local. Da mesma forma, a *descentralização* financeira pode ser entendida quando a responsabilidade é transferida da esfera central para as esferas regionais. Contudo, esta transferência de responsabilidade pode acontecer de duas formas distintas: através de transferências de recursos da esfera central para as esferas locais (descentralização dependente) ou mediante a utilização de recursos próprios das esferas locais (descentralização autônoma).

Dessa forma, a descentralização *autônoma* é aquela onde os recursos utilizados provêm da arrecadação da própria esfera local, não dependendo de recursos transferidos de outras esferas. A consequência disso é a existência de maiores graus de liberdade no que diz respeito à utilização dos recursos.

A descentralização *dependente*, por sua vez, é aquela onde os recursos da esfera local não provêm de arrecadação própria, mas de repasses da esfera central, implicando menor flexibilidade quanto à escolha do modelo de gestão adequado às suas especificidades, na medida em que o não cumprimento de parâmetros ou regras de gestão fixadas pela esfera central pode acarretar postergação ou mesmo cancelamento da transferência de recursos. Além disso, pode-se apontar duas formas distintas de descentralização dependente: tutelada e vinculada.

A descentralização dependente *tutelada* ocorre quando os repasses de recursos são feitos mediante transferências negociadas, mantendo-se uma frágil relação de dependência entre a esfera local e a esfera central, baseada em laços políticos, técnicos ou institucionais. De modo semelhante, a descentralização dependente *vinculada* é aquela onde os repasses dos recursos ocorrem através de transferências automáticas, as quais podem ser definidas constitucionalmente, por legislação complementar ou ordinária.

O diagrama abaixo, baseado em Médici (1994), resume as formas de descentralização das políticas sociais.



Do ponto de vista conceitual, a descentralização é vista então como um instrumento, uma estratégia utilizada a fim de melhorar a eficiência e a efetividade de determinados serviços, podendo ou não ser acompanhada de autonomia das esferas locais.

No Brasil, a descentralização foi incorporada como princípio estratégico no texto constitucional referente ao setor saúde (artigo 198 da Constituição Federal). Vale ressaltar, nesse sentido, a necessidade de transferência de autonomia ou poder decisório, pois a descentralização traz em seu bojo uma ampliação dos núcleos de poder, fazendo com que o processo decisório global se torne mais complexo e negociável. A transferência de autonomia, por sua vez, só se torna um processo sustentável na medida em que hajam meios econômicos (recursos financeiros destinados à manutenção da esfera local), meios gerenciais (recursos físicos e tecnológicos) e meios políticos (legitimidade e representatividade) para sua manutenção.

Em 1993, o Ministério da Saúde elaborou a Norma Operacional Básica - SUS 01/93, objetivando descentralizar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Para tanto, estabeleceu os seguintes pressupostos:

a) a descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição do poder; redefinição de papéis e estabelecimentos de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional; reformulação de práticas; e 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, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social;

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 que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem novas, impondo, por isso, um período de transição no qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os

estados e municípios em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população;

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, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema; e

g) a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

**Tabela 2.1.4**  
**Número de Municípios Habilitados Segundo a Condição de Gestão**  
**Brasil**

<b>Condição de Gestão</b>	<b>dez/94</b>	<b>dez/95</b>	<b>jun/96</b>
Incipiente	1836	2131	2240
Parcial	537	612	620
Semiplena	24	56	102
<b>TOTAL</b>	<b>2397</b>	<b>2799</b>	<b>2962</b>

Fonte: SAS/MS

A fim de propiciar a convivência de situações diferenciadas no que se refere às condições de gestão do SUS, a NOB estabeleceu a existência de três tipos de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Cada um desses três níveis implica um determinado tipo de controle dos Municípios sobre a aplicação e a fiscalização dos recursos financeiros

destinados à saúde<sup>6</sup>. A Tabela 2.1.4 permite acompanhar a evolução da condição de gestão municipal do sistema de saúde.

Pode-se observar que o número de municípios brasileiros habilitados à mais alta condição de gestão (semi-plena) passou de 24, ao final de 1994, para 102 em 1996. Além dos 102 municípios habilitados à condição de gestão semi-plena, 2240 municípios estão em condição de gestão incipiente e 620 em condição de gestão parcial. Com isso, 2962 municípios (cerca de 60% do total de municípios brasileiros) estão habilitados em alguma das atuais formas de gestão descentralizada.

## **2.2. O Financiamento do Sistema Único de Saúde**

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a Seguridade Social, que 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, será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais, as quais compõem o Orçamento da Seguridade Social (Art. 195):

- a) dos empregadores - incidentes sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;
- b) dos trabalhadores;
- c) sobre a receita de concursos de prognósticos.

Portanto, o financiamento da Seguridade Social e, por conseqüência, do Sistema Único de Saúde, é feito mediante as contribuições sociais pagas pelos empregadores

---

<sup>6</sup> Uma descrição detalhada das diversas condições de gestão pode ser encontrada na NOB SUS 01/93, reproduzida no Anexo desta Monografia.

e trabalhadores, pela contribuição sobre a receita de concursos e prognósticos, e pelos recursos dos orçamentos da União, dos Estados e dos Municípios, que são as receitas fiscais.

A Tabela 2.2.1 mostra, resumidamente, como passaram a ser classificadas as receitas da Seguridade Social, de acordo com seu Plano de Custeio, instituído pela Lei nº 8212 de 24 de julho de 1991.

**TABELA 2.2.1**  
**RECEITAS DA SEGURIDADE SOCIAL**

**CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS**

<b>Receita</b>	<b>Base de Incidência</b>	<b>Teto</b>	<b>Alíquota/Observações</b>
Empresas	Total das remunerações pagas a todos empregados de serviço	Ilimitado	20% (alíquota básica) e mais: 1%, 2% ou 3% para acidentes de trabalho, segundo o risco da empresa; 2,5% (adicional apenas para instituições financeiras)
Empresas	Valor do resultado do exercício antes da provisão para o IR	Ilimitado	10% (empresas não financeiras) 23% (empresas financeiras)
Empresas	Faturamento Mensal COFINS (ex-FINSOCIAL)	Ilimitado	2%
Empregados	Salário de contribuição	Três faixas:	Alíquotas próprias para cada faixa:
		0-3 Sal. Mínimos	8%
		3-5 Sal. Mínimos	9%
		5-10 Sal. Mínimos	10%
Autônomos/Empresários	Salário base, segundo uma escala	0-3 Sal. Mínimos 3-20 Sal. Mínimos	10% 20%
Segurado Especial (produtor rural, parceiro, meeiro, arrendatário e outros)	Receita bruta da comercialização da produção	Ilimitado	3%
Empregador Doméstico	Salário de Contribuição	20 Sal. Mínimos	12%
Público apostador em loterias, hipismo e sorteios	Receita líquida dos concursos de prognósticos	Ilimitado	100% (excetuando-se a parte do FAS)

**CONTRIBUIÇÕES DA UNIÃO**

<b>Receita</b>	<b>Base de Incidência</b>	<b>Teto</b>	<b>Alíquota/Observações</b>
Sociedade em geral	Várias	não aplicável	não aplicável. Recursos adicionais do Orçamento Fiscal fixados na lei orçamentária anual

### OUTRAS CONTRIBUIÇÕES

Receita	Base de Incidência	Teto	Alíquota/Observações
Sociedade em geral	Preço ex-refinaria da gasolina combustível automotiva	Ilimitado	até 6%
Pessoas físicas e jurídicas específicas	Bens confiscados devido ao tráfico ilícito de entorpecentes	Ilimitado	50%
Pessoas físicas e jurídicas específicas	Resultados de leilões de bens apreendidos pelo Depto. da Receita Federal	Ilimitado	40%
Pessoas físicas e jurídicas específicas	Várias	Não aplicável	Não aplicável. Multas, correção monetária, juros, remuneração por serviços de arrecadação, arrendamento de bens, receitas patrimoniais, industriais e financeiras, doações, legados e outras receitas eventuais.

Fonte: Oliveira, F. E. B. *et alli* (1994).

A diversificação das fontes de financiamento da Seguridade Social teve como objetivo conferir maior estabilidade aos fluxos de receita face aos ciclos econômicos, além de conferir ao conjunto da sociedade a responsabilidade pela manutenção do sistema.

Com relação à divisão do OSS entre as três áreas, estabeleceu-se que a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) seria responsável por trazer a previsão anual de partilha dos recursos. Portanto, dado que não houve qualquer definição relativa ao quanto do Orçamento da Seguridade Social seria destinado a cada área, a LDO passou a ser o instrumento de definição dos percentuais das três áreas que compõem a Seguridade Social.

A proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde, por sua vez, no âmbito da Seguridade Social, passou a ser elaborada pelo Ministério da Saúde, com a participação dos órgãos da Previdência e Assistência Social, tendo em vista as determinações da Lei de Diretrizes Orçamentárias. Assim, somente depois da LDO ter sido editada, com suas metas e

prioridades, é que se saberá o montante do Orçamento da Seguridade Social que será destinado para o setor saúde<sup>7</sup>.

No que diz respeito aos critérios de financiamento das ações dos Estados e Municípios, embora esteja constitucionalmente definida a participação do orçamento próprio dos Estados e Municípios no financiamento das ações de saúde, não existem regras definidas para garantir tal participação. Deve-se registrar, contudo, que o Ministério da Saúde chegou a recomendar que esta participação deveria se situar em torno de 10%. Como se verá adiante, esse percentual não tem sido cumprido, sendo que muitos Estados têm destinado um percentual bem abaixo do recomendado.

Passemos agora à questão das transferências de recursos para os Estados, Municípios e o Distrito Federal.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (LOS), aprovada em 1990, o estabelecimento de valores a serem transferidos devem levar em consideração a combinação dos seguintes critérios:

- 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;

---

<sup>7</sup> Enquanto não fosse aprovada a LDO, o Art. 55 do Ato das Disposições Transitórias da Constituição Federal determinou que um percentual mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social se destinasse à área da saúde. Com isso, as recentes Leis de Diretrizes Orçamentárias têm determinado que ao setor saúde devem ser direcionados um patamar mínimo de 30% do OSS, excluído o seguro-desemprego. Apesar disso, porém, os compromissos da Previdência Social em cumprir os dispositivos constitucionais no campo do pagamento de benefícios implicaram a retenção de parcela significativa dos recursos originalmente previstos para a Saúde.

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outra esferas de governo.

Além disso, também estabelece 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 e de forma automática. No entanto, para o recebimento destes recursos, é preciso que cada uma destas esferas conte com os seguintes dispositivos: a existência de um fundo de saúde; a criação de um conselho de saúde; o desenvolvimento de um plano plurianual de saúde; a elaboração de relatórios de gestão; a contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento local; e a criação de uma comissão encarregada de elaborar um plano de carreira, cargos e salários, previsto o prazo de dois anos para sua implantação

Em 1991, novos critérios para a transferência de recursos foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde e o INAMPS, dando início a um processo de grandes transformações no sistema de pagamento e transferência de recursos para as esferas locais. Pode-se apontar basicamente três mudanças principais (Médici, 1994:121):

1) Uniformização gradativa da tabela de pagamentos, uniforme em todo o território nacional, aos hospitais públicos e privados, procurando estabelecer uma mesma base de remuneração dos atos médicos para todos os estabelecimentos integrantes do Sistema Único de Saúde;

2) Criação de sistemas de informação capazes de permitir o acompanhamento da produtividade e do desempenho dos estabelecimentos públicos e privados ao nível das esferas locais, bem como auxiliar na implantação de mecanismos de controle e avaliação das ações de saúde ao nível local; e

3) Definição de critérios para descentralizar os recursos para custeio e investimento e indicar o sentido a ser tomado pelo sistema de saúde ao nível dos Estados e Municípios.

Os recursos para financiar as ações locais de saúde (Estados e Municípios) passaram a ser transferidos através dos seguintes instrumentos e critérios: Autorização para Internação Hospitalar (AIH); Fator de Incentivo do Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS); Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA); Unidade de Capacitação da Rede (UCR) e Programa de Investimento em Saúde (PRÓ-SAÚDE); e Fator de Estímulo à Municipalização (FEM). Fazemos uma breve descrição do funcionamento de tais instrumentos.

• *Autorização para Internação Hospitalar (AIH)*

O Sistema AIH foi adotado como critério para pagamento de internações hospitalares, mantendo um conjunto de componentes a serem remunerados em cada diagnóstico de internação hospitalar, com tetos fixos. Trata-se de um ressarcimento feito diretamente à unidade de saúde pública ou privada, após a efetiva prestação de serviços. Em princípio, foi estabelecido que cada Estado ou Município teria um teto de AIHs dado pela proporção de 0,1 internação por habitante-ano, independentemente de seu valor<sup>8</sup>. Segundo Médici (1994), a política de financiamento da atenção hospitalar baseada nas AIHs possui uma série de deficiências, a saber: a) dado que as taxas de internação hospitalar variam conforme distintos fatores, tais como perfil demográfico (sexo e idade da população), perfil epidemiológico, determinantes sócio-econômicos, grau de acesso aos serviços, etc., o critério baseado na população pode não ser o melhor; b) adotar o mesmo valor de AIH para hospitais públicos e privados não expressa a realidade, pois a demanda por serviços hospitalares no setor público é diferente daquela do setor privado (em geral, o setor público apresenta um número maior de casos crônicos); c) como os recursos tendem a ser repassados diretamente a cada unidade hospitalar pela esfera central, fazendo com que as esferas locais não tenham autonomia de gestão ou aplicação desses recursos, não se pode considerar que estes sejam de fato transferências; e d) a inexistência de fiscalização adequada, associada à queda do valor real das AIHs, incentivam as fraudes ao sistema. Tais

---

<sup>8</sup> A proporção de 0,1 internação por habitante-ano, assim como uma série de outros parâmetros de consultas, exames e consumo de serviços fazem parte de um conjunto de normas de prestação de serviços de saúde estabelecidos pelo antigo INAMPS, em 1983. Cf. MÉDICI (1994:122).

fatores têm feito com que muitos profissionais e estudiosos condenassem o pagamento hospitalar baseado no sistema AIH.

- *Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS)*

Este mecanismo diz respeito a um adicional de remuneração no caso dos Hospitais Universitários, especialmente para estabelecimentos que desenvolvam programas de pós-graduação e residência médica. Nesse caso, para os hospitais que possuem cursos de mestrado e doutorado (pós-graduação “strictu-sensu”), estabeleceu-se um adicional de 50% sobre a receita de internações. Com relação aos Hospitais Universitários, vale lembrar que a LOS determina, em seu Artigo 45, que eles passam a integrar o Sistema Único de Saúde - SUS mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados. Portanto, deve-se levar em consideração que, na verdade, os Hospitais Universitários estão sob a alçada do Ministério da Educação, não devendo ser, em tese, financiados com recursos da saúde.

- *Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA)*

A UCA representa um valor per capita anual, hierarquizado por grupos de Estados, de acordo com sua população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde, bem como a eventual existência de casos atípicos. Diferentemente da AIH, em que se fixou um teto em termo de número de autorizações, sem limite de valor, no caso da UCA o teto fixado diz respeito ao valor para cada Estado (em termos per capita). Assim, o valor total a ser repassado a título de custeio ambulatorial para cada Estado é dado pela multiplicação do valor da UCA pelo total projetado da população estadual. O resultado de tal sistemática é que Estados que apresentam uma população com rendimentos mais elevados, como São Paulo, tem o valor da UCA bem mais alto que os Estados mais pobres. Nesse sentido, pode-se apontar um certo caráter regressivo da UCA. A justificativa para isso reside no fato de que o valor da UCA deve ser crescente segundo o grau de complexidade da cobertura ambulatorial, e como os Estados mais ricos são aqueles

que se enquadram em tal situação, nada mais natural de que se lhes conceda um valor mais elevado de UCA.

- *Programa de Investimento em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e Unidade de Capacitação da Rede (UCR)*

O PRÓ-SAÚDE e a UCR são os instrumentos pelos quais a esfera central destina recursos para o reequipamento e ampliação das unidades assistenciais já existentes, sendo repassados para os Estados de forma inversamente proporcional ao valor da UCA. Com isso, os Estados mais pobres, que recebem um valor menor de UCA, passam a receber maiores recursos para investimento. Tais recursos, inicialmente, seriam repassados de duas formas: uma forma negociada, através do PRÓ-SAÚDE, e uma forma automática, através da UCR. De modo geral, os recursos do PRÓ-SAÚDE devem ser destinados à construção de novas unidades, enquanto os recursos de UCR se destinam especialmente à aquisição e ampliação das unidades já existentes.

Na verdade, os recursos do PRÓ-SAÚDE foram alocados sob responsabilidade do Ministério da Saúde a partir da definição de prioridades contida no Plano Quinquenal de Saúde, elaborado em 1991. No entanto, não foram definidas as áreas e subsetores onde tais investimentos deveriam ser feitos nem critérios claros e objetivos de orientação para Estados e Municípios, o que pode implicar a utilização desses recursos segundo conveniências políticas. Quanto à UCR, os recursos são transferidos de forma inversamente proporcional à capacidade instalada previamente existente, sendo que os Estados devem administrar e repassar os recursos aos Municípios de acordo com os planos municipais de saúde. Posteriormente, houve uma redefinição dos critérios de liberação de recursos para investimento nas esferas locais, passando a estar condicionados à liberação e existência de planos quinquenais de investimentos, a planos estaduais e municipais de saúde e à previsão dos recursos em lei orçamentária do Estado ou Município.

• *Fator de Estímulo à Municipalização (FEM)*

Consiste de um repasse adicional de recursos, correspondente a 5% da UCA per capita, aos Municípios que passassem a cumprir os seguintes requisitos: criação dos Conselhos Municipais de Saúde, compostos, de forma paritária, por representantes da Secretaria Municipal de Saúde, profissionais da saúde, prestadores privados contratados de serviços e usuários; criação do Fundo Municipal de Saúde; apresentação do Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pelas autoridades do Executivo Municipal; criação da Programação e Orçamento da Saúde (PROS); comprometimento de recursos não inferiores a 10% do orçamento dos Estados e Municípios com os programas e as ações de Saúde; apresentação do Relatório de Gestão Local (de desempenho assistencial, gerencial e financeiro); e constituição de uma comissão para elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS. Na medida em que o cumprimento de tais requisitos como condição para o recebimento do FEM atinge a totalidade dos Municípios, surge a seguinte questão: não se deveria ter levado em consideração a grande diversidade de situações existentes no quadro municipal brasileiro?

### **2.3. Evolução do Financiamento**

O primeiro aspecto a ressaltar no que diz respeito à evolução do financiamento da política de saúde no Brasil, até 1990, é que os gastos federais foram financiados de forma hegemônica com recursos provenientes do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). A partir de 1991, a principal fonte de financiamento do setor saúde tem sido o Orçamento da Seguridade Social (OSS). Portanto, enquanto durante toda a década de 80 os recursos do FPAS foram predominantes no financiamento das ações de saúde, nos anos 90 os recursos vinculados ao OSS passaram a desempenhar tal função.

O FPAS, criado em 1976, era composto pelas seguintes contribuições compulsórias:

- Contribuição dos empregadores sobre a folha salarial.
- Contribuição dos empregados sobre o salário.
- Contribuição dos chamados contribuintes em dobro, que variava de 13,5% a 20% do salário de contribuição, cuja categoria abrangia os trabalhadores autônomos, os empregadores enquanto contribuintes individuais, empregados domésticos, etc.
- Outras contribuições especiais incidentes sobre espetáculos desportivos, venda de combustíveis e lubrificantes no varejo, dentre outros.

Além das contribuições acima mencionadas, o FPAS também era composto por recursos do Tesouro mediante receitas de capital, receitas patrimoniais e outras receitas, as quais, somadas, não ultrapassavam 12% dos recursos do Fundo. Com isso, torna-se evidente que as contribuições compulsórias eram a principal fonte de recursos do FPAS.

A Tabela 2.3.1 permite acompanhar a evolução da distribuição do gasto federal em saúde por fonte durante a década de 80.

**Tabela 2.3.1**  
**Distribuição do Gasto Federal Consolidado em Saúde por Fonte**  
**BRASIL - 1980/90**

Anos	Gasto em Saúde por Fontes (em %)						
	Total	Tesouro			FPAS	FAS	Outras
		Total	Ord. Vincul.	Finsocial			
1980	100,0	12,9	12,9	-	85,1	1,6	0,4
1981	100,0	14,2	14,2	-	83,0	2,2	0,6
1982	100,0	15,5	15,5	-	81,8	1,9	0,8
1983	100,0	18,3	18,4	1,9	80,3	1,2	0,2
1984	100,0	16,2	14,2	2,0	82,0	1,7	0,1
1985	100,0	20,4	17,9	2,5	79,0	0,6	-
1986	100,0	21,8	21,5	0,3	77,7	0,5	-
1987	100,0	19,4	19,4	-	80,2	0,4	-
1988	100,0	19,9	19,9	-	79,5	0,6	-
1989	100,0	27,6	27,6	-	72,4	-	-
1990	100,0	21,1	21,1	-	78,9	-	-

Fonte: IPEA/CSP, *apud* MÉDICI (1992).

A partir dos dados da Tabela 2.3.1, observa-se que houve um constante aumento dos gastos provenientes de recursos do Tesouro, o que sugere a ocorrência de um ligeiro *trade off* entre os recursos do Tesouro e os do FPAS, aumentando a parcela de recursos fiscais no financiamento dos gastos federais com saúde. Além disso, houve uma redução gradativa da importância dos recursos do FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social). O aumento de participação da fonte do Tesouro, por sua vez, foi favorecida pelos aportes orçamentários do antigo FINSOCIAL, que passou a se caracterizar como importante fundo de recursos do Ministério da Saúde.

Uma vez identificado o fato de que, ao longo da década de oitenta, o FPAS, sustentado basicamente por recursos provenientes das contribuições compulsórias, foi a principal fonte de financiamento da política de saúde, é preciso verificar a evolução dos gastos com saúde nas três esferas de governo para o período em questão. A Tabela 2.3.2 mostra a evolução dos gastos federais ao longo do período 1980-1993.

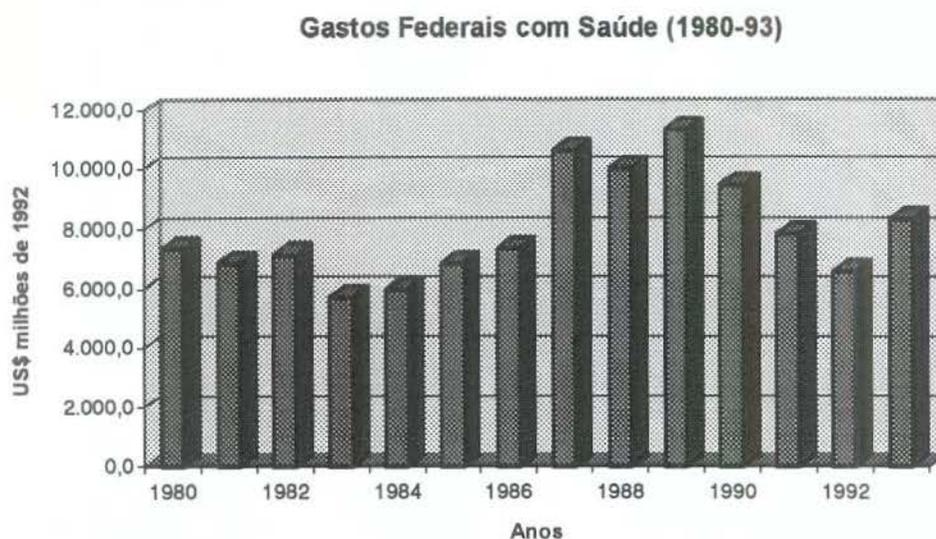
**TABELA 2.3.2**  
**Evolução dos gastos federais com saúde: 1980/93**  
**em US\$ milhões de 1992**

Anos	Gasto Federal	Crescimento Anual	Índice 1980 = 100	% do PIB
1980	7356,3	-	100,0	2,01
1981	6846,3	-6,93	93,1	1,96
1982	7148,3	4,41	97,2	2,03
1983	5715,6	-20,04	77,7	1,68
1984	5956,6	4,22	81,0	1,66
1985	6857,3	15,12	93,2	1,77
1986	7340,9	7,05	99,8	1,76
1987	10624,4	44,73	144,4	2,45
1988	10030,2	-5,59	136,3	2,33
1989	11320,3	12,86	153,9	2,55
1990	9451,6	-16,51	128,5	2,09
1991	7847,0	-16,98	106,7	1,82
1992	6571,2	-16,26	89,3	1,54
1993	8307,6	26,42	112,9	1,85

Fonte: Balanços Gerais da União, *apud* MÉDICI (1994:151).

Os efeitos da crise econômica da primeira metade dos anos 80, decorrente da política recessiva do Governo com o intuito de gerar megasuperávits comerciais para fazer frente aos pagamentos do serviço da dívida externa, podem ser identificados na evolução do gasto federal em saúde. De fato, tomando 1980 como 100, pode-se verificar que houve um declínio do gasto federal ao longo dos primeiros anos da década, atingindo seu patamar mínimo em 1983. Entre 1984 e 1986, houve uma retomada progressiva do aumento dos gastos com saúde rumo aos níveis verificados no início da década, os quais foram fortemente estimulados a partir de então pela retomada do crescimento da economia a partir do Plano Cruzado. Tal recuperação, propiciada pelo aumento da arrecadação governamental na segunda metade dos anos 80, foi substituída por uma nova retração no início do Governo Collor. Somente a partir de 1993 o gasto com saúde voltou a subir novamente.

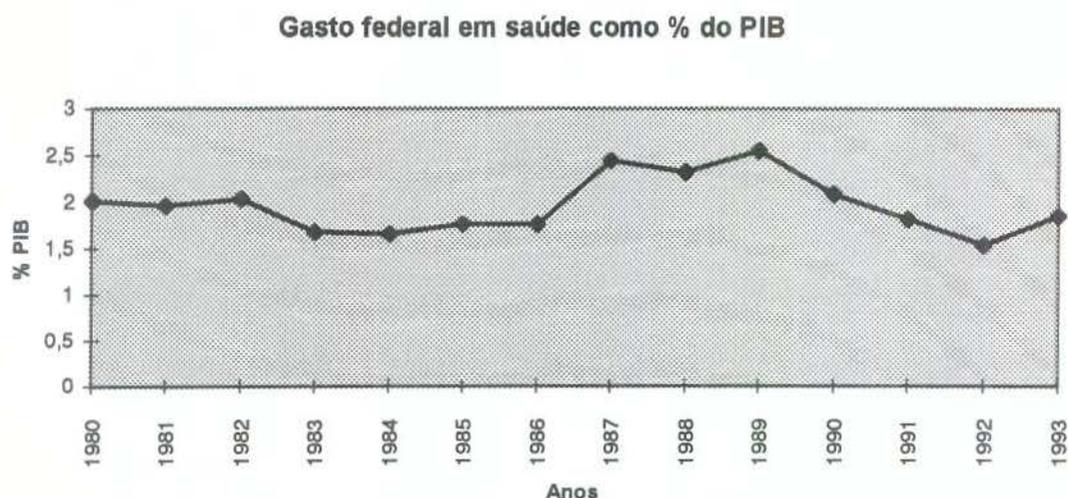
Gráfico 2



Fonte: Médici (1994)

Com relação ao gasto federal em saúde como percentual do PIB, o gráfico seguinte demonstra que, grosso modo, os gastos oscilaram entre 1,5% e 2,5% do PIB. Na verdade, o gráfico demonstra exatamente o que foi dito antes: queda relativa no início da década de 80, recuperação no período de maior crescimento econômico, retração durante o período do Governo Collor e novo crescimento a partir de 1993.

Gráfico 3



Fonte: Médici (1994)

Passemos agora aos gastos com saúde dos Estados e Municípios. Em primeiro lugar, torna-se necessário distinguir a parcela dos gastos que efetivamente correspondeu ao desembolso próprio das esferas locais daquela parcela referente às transferências da União para os Estados e Municípios. Portanto, os gastos estaduais e municipais totais se referem aos gastos líquidos das respectivas esferas acrescidas das transferências da União. Tal distinção pode ser identificada nas Tabelas 2.3.3 e 2.3.4, que tratam da evolução dos gastos estaduais e municipais com saúde, respectivamente.

Pelos dados da Tabela 2.3.3, observa-se que os gastos estaduais totais tiveram um comportamento ligeiramente distinto daquele verificado para os gastos federais. De fato, entre 1980 e 1984, o comportamento foi praticamente constante, com algumas oscilações em torno do valor médio de US\$ 1,5 bilhões. É importante notar que em 1982 foi registrada a primeira transferência federal de recursos para as esferas estaduais, no bojo das Ações Integradas de Saúde e de outros programas. Entre 1985 e 1988, os recursos gastos pelos Estados cresceram continuamente, embora muito desse crescimento tenha sido decorrente das transferências federais. A partir de 1989, porém, houve um movimento de retração dos gastos estaduais totais, reflexo da queda do volume de transferências da União.

**TABELA 2.3.3**  
**Evolução dos Gastos Estaduais com Saúde - 1980/92**  
**(em US\$ milhões de 1992)**

Anos	Gastos Estaduais (1)	Transferências Federais (2)	Gastos Est. Líquidos (3) = (1)-(2)	Taxas de Crescimento de (3) - em %	Gastos Est. Líquidos como % do PIB
1980	1666,3	-	1666,3	-	0,45
1981	1560,1	-	1560,1	-6,4%	0,45
1982	1633,8	254,8	1379,0	-11,6%	0,39
1983	1488,8	197,8	1291,0	-6,4%	0,38
1984	1645,4	175,4	1470,0	13,9%	0,41
1985	1923,7	370,1	1553,6	5,7%	0,40
1986	2485,5	522,6	1962,9	26,3%	0,47
1987	3811,6	1905,2	1906,4	-2,9%	0,21
1988	4510,5	4569,5	-59,0	-	0,00
1989	4086,7	2927,5	1159,2	-	0,26
1990	3703,5	2082,4	1621,1	39,8%	0,38
1991	3053,9	1670,4	1383,5	-14,7%	0,32
1992	1545,2	202,5	1342,7	-2,9%	0,32

Fonte: MEDICI  
(1994:156).

Com relação aos gastos estaduais *líquidos*, pode-se afirmar que:

a) Entre 1980 e 1983, os gastos líquidos das esferas estaduais sofreram queda contínua, inclusive como proporção do PIB;

b) De 1984 a 1986, houve uma recuperação dos gastos estaduais líquidos;

c) Ocorreu forte declínio durante os anos de 1987 e 1988, como a contrapartida do elevado crescimento das transferências federais aos Estados por conta do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde). O valor negativo registrado em 1988 pode significar tanto que parte dos recursos transferidos pelo Governo Federal foi aplicado em outros programas distintos da saúde como a possibilidade de transferência de recursos dos Estados para os Municípios; e

d) A partir de 1989, os Estados passaram a destinar parcelas crescentes de seus recursos para os gastos com saúde, acompanhado de ligeiro decréscimo no ano de 1991.

**TABELA 2.3.4**  
**Evolução dos Gastos Municipais com Saúde - 1980/92**  
**(em US\$ milhões de 1992)**

Anos	Gastos Municipais (1)	Transferências Federais (2)	Gastos Mun. Líquidos (3) = (1)-(2)	Taxas de Crescimento de (3) - em %	Gastos Mun. Líquidos como % do PIB
1980	687,3	-	687,3	-	0,19
1981	641,7	-	641,7	-6,6%	0,18
1982	755,1	-	755,1	17,7%	0,21
1983	632,1	-	632,1	-16,3%	0,19
1984	804,8	76,4	728,4	15,2%	0,2
1985	827,5	-	827,5	13,6%	0,21
1986	1285,1	223,4	1061,7	28,3%	0,26
1987	1284,6	402,4	882,2	-16,9%	0,23
1988	1562,9	27,9	1535,0	74,0%	0,36
1989	1423,2	162,8	1260,4	-17,9%	0,28
1990	1764,1	340,1	1424,0	13,0%	0,34
1991	2025,5	944,5	1081,0	-24,1%	0,25

Fonte: MÉDICI (1994:156).

Os gastos municipais totais com saúde, de acordo com a Tabela 2.3.4, tiveram um comportamento menos irregular do que os gastos estaduais e tendencialmente crescentes, apesar do declínio dos gastos líquidos em 1981, 1983, 1987 e 1989. Além disso, pode-se apontar as seguintes características:

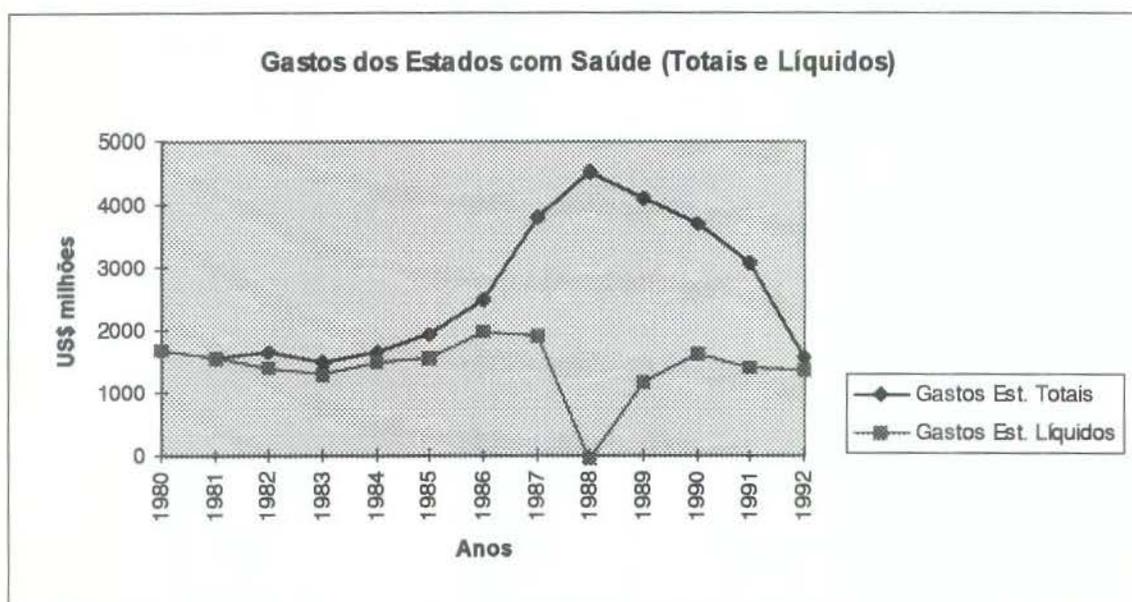
a) O crescimento dos gastos líquidos municipais ocorreu, em termos absolutos, de forma mais intensa do que os gastos estaduais;

b) Os gastos municipais líquidos como proporção do PIB crescem mais do que o dobro ao longo da década de 80, passando de 0,19% em 1980 para 0,36% em 1988, enquanto que a dos Estados declinou no mesmo período; e

c) O movimento de retirada de recursos próprios em função das transferências federais foi muito mais suave nos Municípios do que nos Estados.

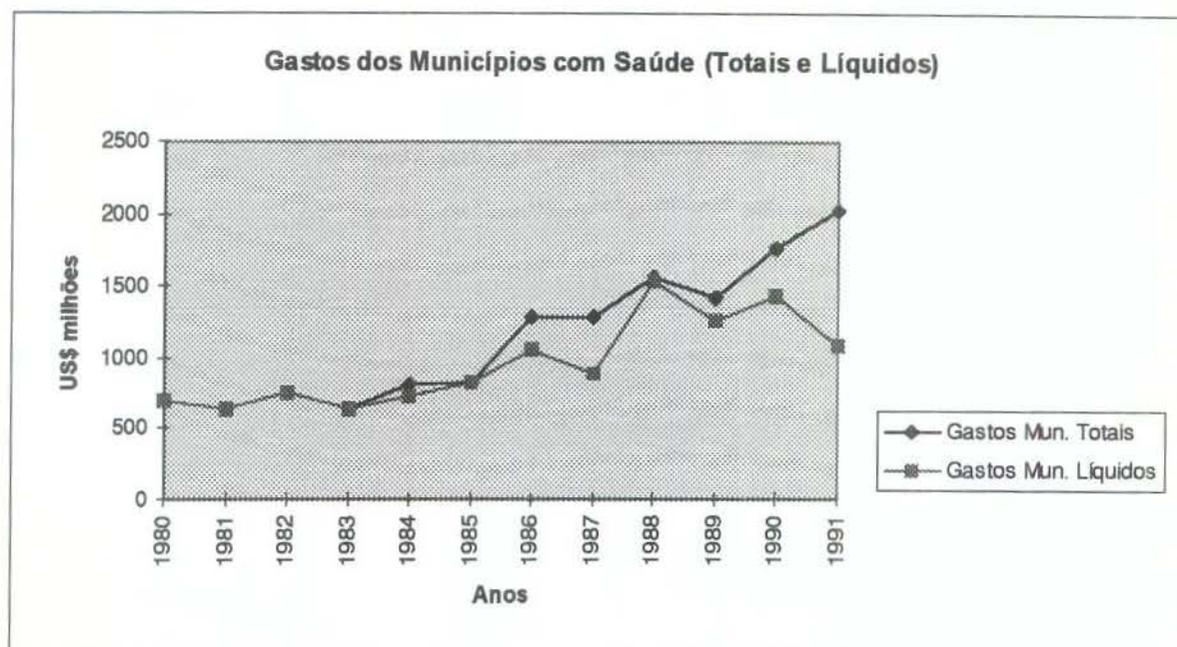
Os dois gráficos seguintes mostram a evolução dos gastos totais e líquidos dos Estados e Municípios.

Gráfico 4



Fonte: Médici (1994)

Gráfico 5



Fonte: Médici (1994)

A análise conjunta dos dados referentes às três esferas de Governo revela que o dispêndio federal sempre teve importância crucial no que se refere aos gastos com saúde. Contudo, é possível afirmar que essa participação do gasto federal vem declinando ao longo do período, na medida em que os gastos das esferas locais passam a ter maior importância. Isso pode ser visto na Tabela 2.3.5, que indica o gasto público consolidado em saúde e a distribuição percentual nas três esferas de Governo. Apesar do avanço do processo de descentralização ao longo dos anos 80 (AIS, SUDS, SUS), deve-se ressaltar que a participação da União continuou sendo majoritária no financiamento da saúde.

**TABELA 2.3.5**  
**Gasto Público em Saúde Consolidado**  
**e Distribuição Percentual nas Três Esferas de Governo**  
**(em US\$ milhões de 1992 e %)**

ANOS	TOTAL		UNIÃO		ESTADOS		MUNICÍPIOS	
	Gasto	%	Gasto	%	Gasto	%	Gasto	%
1980	9710,1	100	7356,3	75,76	1666,3	17,16	687,5	7,08
1981	9048,1	100	6846,3	75,67	1560,1	17,24	641,7	7,09
1982	9282,4	100	7148,3	77,01	1379,0	14,86	755,1	8,13
1983	7638,7	100	5715,6	74,82	1291,0	16,90	632,1	8,27
1984	8155,1	100	5956,6	73,04	1470,0	18,03	728,5	8,93
1985	9238,4	100	6857,3	74,23	1553,6	16,82	827,5	8,96
1986	10365,5	100	7340,9	70,82	1962,9	18,94	1061,7	10,24
1987	12513,0	100	10624,4	84,91	906,4	7,24	982,2	7,85
1988	11506,3	100	10030,3	87,17	-59,0	0,00	1535,0	13,34
1989	13739,9	100	11320,3	82,39	1159,2	8,44	1260,4	9,17
1990	12496,7	100	9451,6	75,63	1621,1	12,97	1424,0	11,40
1991	10320,4	100	7847,0	76,03	1383,5	13,41	1089,9	10,56

Fonte: MÉDICI (1994:157)

Durante os primeiros anos da década de 90, os repasses para o Ministério da Saúde, originados de receitas fiscais, de receitas de contribuições sociais administradas pelo Tesouro Nacional (COFINS e CSLL) e pelo Ministério da Previdência e Assistência Social/INSS apresentaram um comportamento cíclico, com grande irregularidade nos fluxos mensais, além de instabilidade na composição das fontes de financiamento.

A Tabela 2.3.6 mostra que os repasses ao Ministério da Saúde oscilaram entre 8,7% e 13,7% das receitas totais da União. De 1990 para 1991, houve um acréscimo de 29,2%, com um montante de R\$ 11,5 bilhões em 1991. Posteriormente, os repasses declinaram sucessivamente em 1992 e 1993, chegando a atingir um ponto mínimo de R\$ 8,1 bilhões nesse último ano. A redução dos repasses em 1992 pode ser entendida como resultado do questionamento judicial da COFINS, sendo que, no ano seguinte, o baixo valor é explicado em decorrência do cancelamento dos repasses da Contribuição Sobre a Folha de

Salários. Tal fato foi provocado pelo crescimento do dispêndio com benefícios previdenciários, o que implicou a necessidade de maior aporte de recursos fiscais.

**TABELA 2.3.6**  
**Evolução da Arrecadação Federal e dos Repasses de Recursos ao Ministério da Saúde**  
**1990-1994**  
**Em R\$ milhões de abril/95**

	1990	1991	1992	1993	1994
<b>Imposto de Renda</b>	29818	21499	20796	22892	22689
<b>IPI</b>	13947	12932	12807	13595	12143
<b>IOF</b>	8855	3316	3589	4191	4350
<b>COFINS/FINSOCIAL</b>	9214	8479	5434	7170	12398
<b>CSLL</b>	3466	2062	3458	4924	5229
<b>PIS/PASEP</b>	6626	6492	6201	6417	6301
<b>Outros</b>	2579	2790	3206	3441	12009
<b>Contr. sobre a Folha de Salários</b>	28695	26142	27820	26451	28952
<b>Total (A)</b>	103200	83712	83311	89081	104071
<b>Repasses ao MS (B)</b>	8983	11533	8389	8156	11465
<b>B/A (em %)</b>	8,70	13,78	10,07	9,16	11,02

Fonte: BARROS, M. E. *et alli* (1996)

Como pode ser observado na Tabela 2.3.7, a COFINS passou a ter uma participação de fundamental importância no financiamento da saúde. Em 1993, por exemplo, essa fonte foi responsável por 38,1% do total do financiamento do Ministério da Saúde. O oposto ocorreu com a Contribuição Sobre a Folha de Salários, que caiu de 55,9% em 1992 para 17,4% em 1993.

<sup>9</sup> BARROS *et alli* (1996) chamam a atenção para o fato de que, entre 1990 e 1993, as despesas com benefícios previdenciários apresentaram um crescimento real de 47%, enquanto, no mesmo período, as transferências totais para o Ministério da Saúde tiveram um crescimento inferior a 3%.

**TABELA 2.3.7**  
**Evolução das Fontes de Financiamento da Saúde**  
**(em %)**

<b>Fontes</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>
<b>Recursos Ordinários do Tesouro</b>	12,1	18	0,6
<b>Títulos do Tesouro e Operações de Crédito</b>	0,3	10,7	3,3
<b>Receitas Próprias</b>	0	0	1,9
<b>CSLL</b>	1,4	15,8	17
<b>FINSOCIAL/COFINS</b>	30,2	38,1	27,5
<b>Contribuição sobre a Folha de Salários</b>	55,9	17,4	0
<b>Recuperação de Depósitos Judiciais da COFINS</b>	0	0	13,4
<b>Fundo Social de Emergência</b>	0	0	33,3
<b>Outros</b>	0,1	0	3
<b>Total</b>	100	100	100

Fonte: BARROS, M. E. *et alli* (1996)

A crise do financiamento da saúde em 1993 foi atenuada com o empréstimo contraído junto ao FAT<sup>10</sup> (Fundo de Amparo do Trabalhador), assim como pelo aumento do aporte dos Recursos Ordinários do Tesouro, da Contribuição Sobre o Lucro Líquido e ainda pela emissão de Títulos do Tesouro e Operações de Crédito. Em 1994, os repasses ao Ministério da Saúde cresceram 40,7% em relação ao ano anterior. Este crescimento foi propiciado basicamente pelo aumento da arrecadação federal, pela recuperação de depósitos judiciais da COFINS e pela transferência de recursos do Fundo Social de Emergência, criado naquele ano.

A participação relativa dos repasses ao Ministério da Saúde na arrecadação das contribuições sociais do Orçamento da Seguridade Social, de acordo com a Tabela 2.3.8, declinou entre 1992 e 1994.

<sup>10</sup> O FAT é formado pelas contribuições sobre o Programa de Integração Social (PIS) e sobre o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público, que incidem sobre o faturamento das empresas. O empréstimo do FAT, porém, possui uma contrapartida negativa, passando a constituir uma dívida do Ministério da Saúde a ser paga nos exercícios seguintes.

**TABELA 2.3.8**  
**Parcela da Arrecadação das Contribuições Sociais da Seguridade Social**  
**Repassada ao Ministério da Saúde**  
**(em %)**

<b>Ano</b>	<b>Folha de Salários</b>	<b>Lucro Líquido</b>	<b>FINSOCIAL/COFINS</b>	<b>Total</b>
<b>1992</b>	16,9	3,4	46,6	20
<b>1993</b>	5,4	26,2	43,3	15,1
<b>1994</b>	0	37,3	25,4	11

Fonte: BARROS *et alli* (1996)

Em 1992, foram repassados 20% do total das contribuições, sendo que o Ministério da Saúde recebeu 46,6% da arrecadação da COFINS e 16,9% da Contribuição Sobre a Folha de Salários. A partir de 1993, cresceu a parcela da Contribuição Sobre o Lucro Líquido repassada ao Ministério da Saúde, passando de 3,4 em 1992 para 26,2 no ano seguinte, e 37,3% em 1994.

Apesar dos sucessivos aumentos no montante de recursos desde 1992, os repasses têm sido feitos de forma extremamente irregular, com grandes flutuações nos valores aportados, principalmente a partir de 1993, quando foram cancelados os repasses relativos à Contribuição Sobre a Folha de Salários.

Segundo Barros *et alli* (1996), a evolução dos desembolsos para pagamento de internações hospitalares (AIH) e serviços ambulatoriais (UCA) demonstra a existência de uma defasagem média de 60 dias entre a prestação dos serviços e o seu pagamento pelo Ministério da Saúde. Em contexto de inflação elevada, como ocorreu até meados de 1994, tal atraso implicou perdas consideráveis para os prestadores públicos e privados de serviços, uma vez que as faturas são pagas pelos seus valores nominais, sem nenhum tipo de correção.

Nesse sentido, a regularidade no fluxo de recursos, permitindo a superação da enorme defasagem entre a prestação de serviços e seu efetivo pagamento, implicaria dois efeitos positivos: possibilitaria diminuir a pressão dos prestadores de serviços no sentido do aumento nominal das tarifas e agilizaria o processo de descentralização, dado que a ausência de regularidade na transferência de recursos às esferas locais constitui uma das principais razões para a resistência de Estados e Municípios em assumir suas competências constitucionais e legais no SUS.

#### **2.4. Conclusões**

A partir da discussão conceitual feita no presente capítulo a respeito do financiamento do setor saúde, pode-se concluir que até a consolidação do Sistema Único de Saúde, foi adotado, no Brasil, um modelo de financiamento da saúde do tipo previdencialista, fazendo com que o acesso aos serviços de assistência médica (subsetor de medicina previdenciária) estivesse relacionado à condição de contribuinte do sistema; para tanto, o financiamento do setor saúde passou a estar baseado cada vez mais nos recursos provenientes das contribuições sociais;

Com o surgimento do SUS, optou-se por um modelo de financiamento do tipo universalista, voltado para cobrir a totalidade da população, com estratégia única de financiamento, a qual procurou compor um “mix” de contribuições sociais e recursos fiscais globais. Portanto, *o SUS configura um modelo universalista unificado de saúde, financiado com recursos do Orçamento da Seguridade Social (contribuições sociais) e dos orçamentos das respectivas esferas governamentais (recursos fiscais).*

Com relação à forma de pagamento, o SUS manteve o sistema de pagamento por procedimentos médicos, trazendo consigo uma porção de entraves e distorções, pois que baseado na quantidade e na complexidade dos serviços. Ao mesmo tempo, as

deficiências dos critérios e instrumentos utilizados para a transferência de recursos, especialmente do Sistema AIH, associadas à irregularidade dos repasses, com defasagem média de 60 dias entre a prestação dos serviços hospitalares e ambulatoriais e o seu pagamento pelo Ministério da Saúde, têm propiciado o surgimento de uma série de aspectos negativos, tais como fraudes, cobrança “por fora” e dupla militância. Além disso, deve-se observar que a irregularidade, em um contexto de estabilidade econômica, gera incertezas e desencoraja o planejamento.

A forma com que o Ministério da Saúde vem financiando Estados e Municípios, pela compra de serviços, configura claramente um processo de *descentralização dependente tutelada*. Ou seja, os recursos das esferas locais (Estados e Municípios) são, em sua grande maioria, provenientes da esfera central (União), e os repasses, via de regra, não são feitos de forma automática. A implicação disso é a existência de uma frágil relação de dependência entre a esfera local e a esfera central, além de limitada flexibilidade das esferas locais para escolher o modelo de gestão mais adequado às suas especificidades.

Por fim, vários fatores parecem estar contribuindo para um constante achatamento do montante de recursos destinado ao setor saúde: crescimento acelerado do dispêndio com benefícios previdenciários, fazendo com que o Ministério da Previdência e Assistência Social deixe de repassar recursos para o Ministério da Saúde; questionamento judicial da COFINS; e ausência de regras claras e consensuais para a partilha dos recursos entre as três áreas da Seguridade Social.

### **3. Avaliações e Propostas**

Muitas são as avaliações existentes sobre a crise do Sistema Único de Saúde, assim como as propostas para sua solução. Especificamente no que diz respeito à questão do financiamento, parece não existir consenso sobre a forma mais adequada de reverter o atual quadro de insuficiência de recursos. Em vista disso, selecionamos, neste capítulo, algumas das principais avaliações e propostas do debate atual.

#### **3.1. Avaliações**

##### **3.1.1. A Universalização Excludente**

Em artigo publicado em 1990, Faveret F<sup>0</sup> & Oliveira, pesquisadores do IEI/UFRJ, sustentam a tese de que “a despeito das intenções ‘publicizantes’ dos defensores da Reforma Sanitária, a trajetória estrutural do sistema parece apontar para um formato mais residual do que universal”. Na avaliação desses autores, os setores melhor remunerados da sociedade (classes médias, incluindo operários dos setores dinâmicos) estariam progressivamente deixando de ter referência no subsistema público de saúde, passando a constituir clientela para o subsistema privado. Tal movimento estaria sendo incentivado pelo surgimento e difusão de novos mecanismos de financiamento do setor privado (seguro-saúde, medicina de grupo, etc.), implicando maior autonomia financeira deste setor em relação ao setor público. Como resultado, a trajetória do sistema, embora inspirado no modelo inglês de acesso universal com predomínio do setor público na oferta de serviços, estaria, na verdade, se aproximando do modelo norte-americano, no qual a ação do Estado é residual, alcançando apenas aqueles grupos incapazes de obter acesso aos serviços privados

de saúde pela via de mercado. Vejamos mais profundamente em que consiste tal diagnóstico.

O surgimento do Sistema Único de Saúde foi responsável por configurar uma ruptura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social, moldado na década de 30 e desde então intocado em seus traços essenciais. Com o SUS, passou a haver a noção de direito social universal entendido como um atributo da cidadania sem qualificações, cujo acesso aos serviços é visto como um direito e não como uma concessão ou privilégio. Além disso, a eliminação da contribuição previdenciária como requisito para o direito ao atendimento nos serviços de saúde confere ao sistema um significativo aspecto redistributivista, na medida em que possibilita a transferência de recursos dos segmentos que contribuem, ao menos diretamente, na direção dos não contribuintes.

Paralelamente a este processo de universalização, teria ocorrido também o surgimento e a acelerada proliferação de diversas inovações financeiras viabilizadoras do acesso de amplas camadas populacionais ao subsistema privado de saúde durante os anos 80. Caberia destacar o surgimento e a expansão acelerada de pelo menos três instrumentos de financiamento ao acesso privado aos serviços de saúde:

1) *Planos de saúde individualmente contratados*, os quais funcionam de forma securitária, permitindo o acesso de amplas camadas médias da sociedade ao subsistema privado. A associação é feita de forma individual mediante o pagamento de mensalidades correspondentes à cobertura de riscos e serviços previstos no contrato;

2) *Planos de seguro de grupo com participação financeira das empresas*, cuja expansão está relacionada com as seguintes estratégias: concessão de benefícios por parte das empresas para seus funcionários sob a forma de salário indireto que, além de não sofrerem as taxações usuais, ainda são objeto de deduções fiscais; ousadia de mercado das empresas seguradoras que passam a ter, nos convênios com as empresas, perspectivas de operações mais volumosas e de maior estabilidade quando comparadas aos planos

individuais; e reivindicações, por parte das categorias profissionais mais organizadas, de incorporação de algum tipo de benefício associado a planos de saúde; e

3) *Caixas próprias das empresas estatais*, que representa uma especificidade do sistema brasileiro e são custeados em parte por recursos das empresas e, em parte, por descontos salariais correspondentes à participação dos empregados.

As causas principais por este surto expansivo estariam na insatisfatória qualidade dos serviços públicos gratuitos e na eficiente ação estratégica das empresas envolvidas no processo.

Duas seriam as conseqüências mais imediatas desse processo: a reestruturação do perfil das clientela dos distintos subsistemas de saúde (público e privado) e a ampliação da autonomia do subsistema privado na sustentação e definição do seu processo expansivo, tornando-se relativamente independente do gasto proveniente do setor público.

Portanto, pode-se dizer que:

1) As novas formas de financiamento possibilitaram o acesso a esquemas privados de vários segmentos da sociedade, os quais, caso contrário, teriam que recorrer ao subsistema público de atendimento. Nesse sentido, vale destacar que, por um lado, as camadas médias da população passaram a recorrer em escala cada vez maior a esquemas privados de seguro, buscando o setor público apenas para a prestação de alguns serviços de alto custo e densidade tecnológica, não custeados pelos planos de saúde privados; por outro lado, os planos de seguro de grupo com participação financeira das empresas, ao estender tal benefício à totalidade do quadro de funcionários, permitiram o acesso a camadas da população que possivelmente não teriam condições de arcar com o pagamento de planos de saúde individuais. Com isso, o acesso à rede privada passou a estar atrelado à condição de funcionário da empresa, com extensão do benefício para seus dependentes. De alguma maneira, como apontam Faveret F<sup>o</sup> & Oliveira (1990:152), este mecanismo tende a guardar uma relação muito próxima com o regime de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs),

pois os benefícios auferidos pelos trabalhadores passam a estar vinculados à expressão econômica das empresas;

2) Há uma tendência do sistema de saúde brasileiro no sentido de tornar o subsistemas público e privado autônomos em termos financeiros, lógica de expansão e articulação com as clientelas demandantes.

Diferentemente do caso inglês, onde teria ocorrido um processo de “universalização inclusiva” (efetiva inclusão dos beneficiários ao sistema público de saúde, inibindo a ampliação do subsistema privado), o caso brasileiro estaria apresentando um processo de “universalização excludente”, pois cada movimento de expansão universalizante estaria sendo acompanhado de mecanismos de racionamento (queda na qualidade dos serviços, filas, etc.) responsáveis por expulsar do sistema diversos segmentos sociais. Na verdade, esta teria sido a forma de acomodar a demanda ampliada pelo acesso universal a uma oferta que cresce a ritmos lentos.

Dessa forma, a universalização, no caso brasileiro, estaria assumindo a função, não de incluir efetivamente todos os segmentos sociais na alçada do atendimento público de saúde, mas de garantir o atendimento aos setores mais carentes e resistentes aos mecanismos de racionamento. Excluindo para o subsistema privado os segmentos médios e outras camadas da população, estaria sendo aberto um espaço para que o Estado pudesse atender de forma mais eficiente os setores sociais que continuariam a possuir no subsistema público o seu referencial básico de assistência.

Se tal avaliação é correta, ou seja, se em virtude da limitação da oferta de potencial de serviços, o sistema público de saúde tende a expulsar determinados segmentos populacionais para o subsistema privado, possibilitando o atendimento de setores sociais de menor poder aquisitivo, passaria a surgir um problema não menos importante: a instauração de um *círculo vicioso*, onde a insatisfação com os serviços públicos expulsaria, cada vez mais, setores politicamente dinâmicos, de maior poder reivindicatório por melhorias nos

serviços públicos, resultando em enfraquecimento contínuo do sistema e a perpetuação de todas as suas mazelas.

### **3.1.2. A Falência do Sistema Único de Saúde**

Na opinião de muitos profissionais e estudiosos, o Sistema Único de Saúde estaria baseado num modelo estruturalmente incoerente e ineficaz. A causa principal de tal diagnóstico repousaria na adoção do pagamento por procedimentos médicos, que estabelece que os hospitais conveniados e contratados são pagos segundo a quantidade de pacientes atendidos e a complexidade da ação médica praticada. Com isso, estaria estabelecido o princípio segundo o qual a quantidade e a complexidade dos procedimentos adotados determinariam, em última instância, o nível de remuneração auferido pelos prestadores de serviços. Vale dizer, maiores ganhos estariam diretamente associados a procedimentos mais numerosos e mais complexos.

A implicação disso repousaria no fato de que, para se viabilizarem economicamente, os prestadores de serviços médicos passariam a gerar uma quantidade enorme de pacientes e procedimentos complexos desnecessários. Tais conseqüências seriam o resultado natural do sistema de remuneração por serviços prestados.

Conforme discutido no capítulo anterior, o pagamento por procedimentos médicos possui uma série de aspectos negativos, dentre os quais, destacam-se: o favorecimento de estratégias de indução de demanda (já que supõe uma regulação baseada no preço do ato médico e não na qualidade dos serviços consumidos), estimulando o número de serviços por paciente; rompimento da lógica da integralidade das ações de saúde, desincentivando a ênfase em aspectos preventivos; estímulo à utilização de alta tecnologia, sobrecarregando os níveis médicos de maior complexidade; necessidade de mecanismos eficientes de controle, fiscalização e avaliação; e desestímulo à jornada integral ou à fidelidade a um determinado estabelecimento de saúde.

A progressiva desvalorização da tabela de pagamentos do Sistema Único de Saúde, cujos reajustes não são capazes de acompanhar os índices de preços, associada às deficiências inerentes ao sistema de pagamento por procedimentos médicos, teria feito com que muitos profissionais procurassem alternativas a fim de complementar seus rendimentos. Dentre as alternativas encontradas, caberia destacar a dupla militância e a existência de cobrança complementar (cobrança “por fora”)<sup>1</sup>.

Além disso, ao admitir a participação da iniciativa privada, ainda que de forma complementar, na prestação de serviços médicos, estar-se-ia criando uma dualidade entre um sistema público e um sistema privado, ambos disputando o financiamento da mesma fonte e, portanto, competindo entre si. Nesse sentido, muitos segmentos do setor privado estariam se beneficiando da transferência de recursos públicos, evitando assim os riscos da concorrência capitalista.

Pelo fato do Sistema Único de Saúde apresentar tais problemas, de caráter estrutural, a destinação de maiores recursos não seria capaz de reverter a crise financeira existente. A descentralização, por sua vez, também não seria solução, pois somente haveria transferência dos problemas para as esferas locais e não sua superação. A solução estaria então na adoção de um modelo alternativo ao SUS.

### **3.1.3. As Premissas Falsas**

Por fim, pode-se apontar a existência daqueles que acreditam que o SUS é o modelo de saúde mais adequado para as necessidades da população brasileira. A utilização de *premissas falsas* por parte de muitos estudiosos e críticos do Sistema Único de Saúde, seja por desconhecimento da abrangência do problema e dos esforços empreendidos para

---

<sup>1</sup> Em artigo publicado há pouco tempo, o Ministro Adib Jatene reconheceu a complexidade dessa questão, identificando, como sua causa principal, a baixa remuneração recebida pelos profissionais da saúde. Segundo ele, paga-se mal “porque o recurso disponível não é suficiente para cobrir as despesas de todo o sistema”. Ver JATENE (1995).

sua solução, seja por influência de uma verdadeira “campanha” de desinformação ou desonestidade intelectual, seria o fator responsável pela adoção de conclusões equivocadas quanto à sua viabilidade.

A seguir, apresentamos cinco dessas premissas, destacando as razões pelas quais se pode indicar sua falsidade<sup>2</sup> :

1) *O Ministério não tem uma política de saúde.* A falsidade dessa premissa consistiria no fato de que a atual política de saúde é fruto de inúmeras discussões que envolveram amplos setores da sociedade, estando claramente estabelecida na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde (leis nº 8080 e nº 8142). Universalização, equidade, integralidade com descentralização em nível municipal, participação social com controle estabelecido por conselhos representativos da sociedade organizada e gestão única em cada esfera de poder, com integração de ações, são os princípios que norteiam a política de saúde do SUS. Portanto, não se poderia afirmar que inexistente uma política de saúde.

2) *O modelo precisa ser mudado, e nada está sendo feito neste sentido.* O modelo estaria sendo mudado, logo a afirmação seria falsa. Tal mudança estaria sendo feita por meio de dois grandes programas, o PACS (Programa de Agentes Comunitários da Saúde) e o PSF (Programa de Saúde da Família). Estes programas estariam recompondo o vínculo entre quem presta e quem recebe o atendimento, sem necessidade de utilizar os serviços de maior complexidade tecnológica, sendo responsáveis por resolver mais de 80% dos casos dos problemas de saúde.

3) *Enfatiza-se o atendimento hospitalar em detrimento dos serviços preventivos.* Além dos dois programas acima citados (PACS e PFS), que seriam altamente preventivos, a falsidade dessa premissa seria confirmada pelos recentes resultados apresentados pelo país na erradicação de muitas doenças e endemias, tais como a varíola, a paralisia infantil e o sarampo. Além disso, seria preciso entender que a prevenção não torna

---

<sup>2</sup> Com base em JATENE (jul. 1996).

os hospitais dispensáveis. Ao contrário, quanto mais um país se desenvolve, maiores tendem a ser os gastos hospitalares devido à constante incorporação de equipamentos médicos de alta tecnologia. Finalmente, seria necessário levar em conta que, no Brasil, a universalização trouxe consigo uma imensa demanda reprimida para o sistema público de saúde.

4) *Fraudes e irregularidades do sistema não são combatidas, tornando o aporte de maiores recursos uma falsa solução.* A recente colocação de controles - chamadas "críticas" - no sistema informatizado de processamento e a reestruturação do Sistema Nacional de Auditoria nos três níveis de governo tornariam a premissa falsa. A ênfase dada à descentralização com programação integrada, em cada Estado, estabelecendo tetos físicos e financeiros por município, estaria contribuindo para minimizar o problema. As fraudes e irregularidades dos 113 municípios em condição de gestão semi-plena, representando 14% da população e consumindo 19% dos gastos, seriam cada vez menores. As críticas, por sua vez, teriam sido responsáveis pela recusa de 1.209.940 AIHs, das quais 3.920 por incompatibilidade de sexo. Em vista disso, não se poderia afirmar que inexistem combates às fraudes e irregularidades no Sistema Único de Saúde.

5) *Hospitais e clínicas privadas levam a maior parte do orçamento.* Premissa falsa, pois, em 1995, foram gastos, com a rede prestadora de serviços, R\$ 6,8 bilhões de um orçamento executado de R\$ 14,8 bilhões, sendo que 71% do montante gasto com a rede prestadora de serviços foram destinados à rede pública universitária e filantrópica, e apenas 29% à rede privada. Isso significa 13% de todos os gastos com saúde, o que revelaria a falsidade da premissa. Além disso, seria necessário lembrar que a própria Constituição Federal estabelece a rede privada como complementar.

Diante disso, a falência do Sistema Único de Saúde seria uma conclusão equivocada, pois que baseada em premissas falsas. Não se negam as dificuldades e problemas pelos quais passa o SUS, mas acredita-se que estes serão superados, dada a convergência de pessoas, entidades e autoridades, todas comprometidas com o setor e que seguem propondo soluções, corrigindo distorções, acompanhando seu desenvolvimento,

enfim, montando o sistema que resultará na reconquista da credibilidade do setor e na oferta de mais e melhores serviços para a população de baixa renda.

## **3.2 Propostas Alternativas de Reorganização do Sistema de Saúde no Brasil**

### **3.2.1. Estabelecimento de Vouchers**

Uma alternativa de reorganização do sistema de saúde brasileiro consiste no estabelecimento de um *voucher* com validade de um ano, o qual seria recebido por toda a população, independentemente de idade, sexo e região, a qual passaria a se filiar a uma Organização Mantenedora de Serviços de Saúde (OMS). As OMS seriam instituições de caráter público e privado de atenção integral à saúde, abrangendo serviços de atendimento médico de primeiro, segundo e terceiro níveis. Nesse sentido, apenas alguns serviços relativos à saúde pública, tais como vacinação e vigilância sanitária, estariam excluídos do universo de abrangência das OMS. Os usuários, por sua vez, poderiam filiar-se a qualquer OMS de sua escolha, sendo que, no caso de menores, a opção seria exercida pelos pais ou responsáveis. As OMS recolheriam os *vouchers* dos seus filiados e passariam a fazer jus a uma determinada remuneração anual per capita. Portanto, sua receita mínima seria dada pela soma do valor de todos os *vouchers* recebidos.

De forma bastante resumida, esta é a essência da proposta de Médici *et alli* (1993). A justificativa para sua adoção estaria baseada no fato de que o Sistema Único de Saúde, tal como estipulado no texto constitucional, revelaria, desde sua origem, méritos e fragilidades.

Os méritos do SUS estariam refletidos no plano das intenções de montar um sistema universal, equânime e integral. As fragilidades, por sua vez, remeteriam à ineficácia da estratégia montada para atingir tais objetivos.

Na opinião dos autores, em que pese o esforço destinado à criação de um sistema descentralizado de saúde com acesso universal, teriam sido mantidos muitos equívocos do modelo anterior, os quais tendem a impedir um controle efetivo da execução dos serviços. Nesse sentido, a existência de um terceiro pagador seria um dos grandes fatores de estímulo a fraudes no sistema, especialmente pelo fato de não criar a existência de vínculos entre quem paga e quem recebe os serviços.

Além da ineficiência e do descontrole, o atual sistema de saúde seria também profundamente iníquo, pois a carência de investimentos básicos em saúde em determinadas regiões do país passaria a criar efetivos obstáculos de acesso às populações mais carentes, as quais não podem pagar pelos serviços. Por outro lado, os procedimentos de maior complexidade, que envolvem tecnologias complexas e altos custos, seriam acessíveis, na maioria dos casos, aos segmentos de maior renda, seja via setor privado supletivo, seja através do setor público de alta tecnologia, mediante canais privilegiados de acesso.

Por fim, a descentralização proposta pelo SUS não teria incorporado um sistema adequado de financiamento das ações hospitalares e ambulatoriais, pois o pagamento por Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) teria sido alvo de constantes desvalorizações reais, obrigando Estados e Municípios a assumirem parcelas cada vez mais elevadas do montante global do gasto. Como resultado, a heterogeneidade das condições de assistência médica teria aumentado com o advento do SUS, já que somente Estados e Municípios de maior desenvolvimento seriam capazes de assumir tal compromisso.

Com relação ao financiamento, a proposta de estabelecimento de *vouchers* determina que os recursos devem ser provenientes do Orçamento Geral da União, ou seja, recursos de origem fiscal. Tal fato poderia configurar uma tendência inversa à idéia de descentralização, mas, segundo os autores, o que ocorre é exatamente o contrário: a descentralização, na verdade, ao invés de ser levada ao nível da unidade geográfica ou

política, seria conduzida ao nível do indivíduo, fazendo de cada usuário uma unidade potencial de controle.

A alternativa de custear a saúde com recursos oriundos das contribuições sobre salários/rendimentos das pessoas físicas com planos de benefícios proporcionais a estas contribuições, de acordo com os autores, esbarraria no caráter essencialmente redistributivo da função saúde. Portanto, justificar-se-ia a adoção do financiamento pela via tributária. Além disso, não seria descartada a hipótese de se fazer uma vinculação com uma fonte específica ou uma fração do orçamento ou ainda alocação prioritária de recursos que garantisse o valor real dos *vouchers*.

Por fim, cada OMS seria obrigada a manter sistemas de apuração de custos, fiscalizados pelo Governo, os quais poderiam contribuir, no futuro, para que ajustes finos pudessem ser feitos nos valores dos *vouchers* segundo o sexo, a idade e a região. Isso poderia fazer com que houvesse uma remuneração baseada em critérios mais precisos e menos conflitantes.

Do exposto acima, pode-se concluir que os objetivos da proposta de estabelecimento de *vouchers* seriam os seguintes:

- 1) Livre opção do cidadão em relação às alternativas de prestadores de serviços, garantindo melhor qualidade pela via da competição/incentivos de mercado e tornando cada indivíduo um fiscal do sistema;
- 2) Ausência de carências para todo e qualquer procedimento médico-hospitalar, incluindo exames, consultas, partos e outros serviços;
- 3) Livre ingresso e concorrência entre os prestadores de serviços incentivando a diversidade, pesquisa e sobretudo eficiência econômica na prestação dos serviços; e
- 4) Estado como promotor da saúde e não como provedor direto de serviços.

### 3.2.2. PAS - Plano de Atendimento à Saúde

Recentemente adotado pelo Município de São Paulo, o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) representa, talvez, a primeira experiência concreta de alternativa de reorganização do SUS em uma esfera local. Exatamente por isso (e por configurar uma espécie de variante da proposta de estabelecimento de *vouchers*), convém que façamos algumas considerações a seu respeito.

As modificações introduzidas pelo PAS dizem respeito tanto à coordenação pública das unidades conveniadas como ao sistema de pagamento. Com relação ao primeiro aspecto, foram definidos Módulos de Atendimento, compostos por hospitais, pronto-socorros, unidades básicas de saúde e ambulatórios. A gestão destes módulos ficou a cargo de cooperativas formadas pelos profissionais da saúde, sendo fiscalizados e controlados pela esfera municipal mediante o Conselho de Gestão de cada módulo. Os Conselhos de gestão, por sua vez, são formados por representantes das cooperativas, dos usuários e da própria Secretaria Municipal da Saúde.

Com relação ao financiamento do PAS, optou-se pelo sistema de pagamento por capitação. Para cada usuário cadastrado no Módulo de Atendimento de sua região, foi determinado um pagamento no valor de R\$ 10,00 por mês, o que, segundo a esfera municipal, seria suficiente para a gestão do sistema pelas cooperativas. Isso representaria um custo médio anual de R\$ 120,00 per capita, em termos nominais. Desde que sejam verificados níveis mínimos de qualidade, as cooperativas são livres para utilizar os recursos da forma que melhor lhes convier.

A semelhança entre o PAS e a adoção do sistema de *vouchers* reside exatamente no sistema de pagamento por capitação. Mas enquanto neste o bom atendimento tende a ser garantido pela concorrência, fazendo com que a perda de usuários implique perda de recursos, no PAS os Módulos de Atendimento possuem monopólio de área, o que

significa que, independentemente de mecanismos de regulação econômica, podem contar com a remuneração correspondente à população cadastrada da região.

Apesar de adotar um modelo de pagamento mais moderno, o PAS pode vir a sofrer as conseqüências negativas associadas ao pagamento por capitação: possibilidade, no esforço preventivo, de sobrecarregar os níveis de maior complexidade por conta da utilização excessiva de exames e consultas a especialistas em níveis mais elevados de hierarquia de saúde, acarretando maiores custos para o sistema, e tendência de prejudicar os pacientes que mais necessitam dos serviços médicos (crianças e idosos), por acarretarem maiores custos, já que não foi estipulado qualquer tipo de diferenciação no valor do pagamento relativa a sexo ou idade do usuário.

Uma das maiores críticas feitas ao PAS é que, ao definir a região de atendimento por meio do cadastramento da população dessa região, não permitindo o acesso de usuários de outras localidades (a não ser em atendimentos de urgência), se estaria violando o princípio constitucional da universalidade do atendimento. O argumento utilizado pelas autoridades municipais responsáveis pela criação do PAS no sentido de rebater tal crítica é, no mínimo, questionável: o PAS não viola o princípio da universalidade simplesmente porque, além da garantia do atendimento emergencial, todos os cidadãos podem ser cadastrados na região em que moram.

Como se vê, em que pese o aparente apoio populacional enquanto alternativa ao SUS, o PAS não está livre de contradições e problemas. Se por um lado a introdução dos Módulos de Atendimento geridos pelas cooperativas tende a conferir maior ênfase preventiva ao sistema de saúde local, por outro, não está descartada a possibilidade de que, para garantir maiores lucros, passe a existir uma transferência de usuários para tratamento e exames em hospitais de maior complexidade filiados ao SUS, sobrecarregando o sistema.

### 3.3. Propostas Alternativas de Financiamento

#### 3.3.1. Bases de Financiamento

A busca de alternativas por parte de especialistas no que diz respeito à questão do financiamento da saúde, de modo a tornar viável e eficiente o sistema público, tem suscitado propostas referentes à base ou à competência dos recursos: o Sistema Único de Saúde deve ser financiado com receitas da União, dos Estados ou dos Municípios? E uma vez assumida qualquer uma das alternativas, qual a base do tributo proposto?

Médici (1994) aponta basicamente a existência de quatro grupos de propostas relacionadas a esta questão: base federal, base estadual, base municipal e fontes mistas (ou contribuições sociais compartilhadas). Fazemos uma breve descrição dessas propostas.

Os defensores da *base federal* partem da premissa da manutenção da contribuição de empregadores e empregados como a principal fonte de receita para o setor saúde. A preocupação básica, nesse sentido, consiste na elaboração de critérios que garantam o automatismo do repasse dos recursos, sua partilha justa entre os Estados e a plena liberdade de uso por parte das esferas locais. Não se faz, portanto, qualquer crítica ou questionamento relacionada ao fato de que uma política de caráter universal (como é o caso da atual política de saúde brasileira) seja custeada por recursos provenientes de setores específicos (empresas e trabalhadores formais).

A partir do diagnóstico de que a) os convênios estabelecidos entre os Municípios e o Ministério da Saúde configuram, na verdade, transferências negociadas e não repasses automáticos e b) as definições, por parte do Ministério da Saúde, do número de consultas e de internações no tocante a cada Município, bem como do valor a ser pago, revelam a inexistência de autonomia das esferas locais com relação aos recursos estabelecidos, propõem:

1) Que as transferências sejam realizadas de forma automática, com base nos seguintes critérios: situação sanitária, nível de renda e grau de cobertura (aplicados na razão inversa), e desempenho do sistema de saúde da esfera local e participação do setor saúde no respectivo orçamento (aplicados na razão direta);

2) Que haja maior autonomia na utilização dos recursos, cabendo às esferas locais a decisão sobre sua aplicação (custeio ou investimento);

3) Que as transferências sejam feitas diretamente aos Municípios, cabendo aos Estados a definição do quanto a ser destinado para cada Município do volume total. Para tanto, seriam utilizados critérios similares aos utilizados pela União para determinar a participação dos Estados;

4) Que seja facultada à União a instituição de programa de investimentos setoriais visando a corrigir as desigualdades existentes entre as regiões quanto à rede de serviços disponíveis; e

5) Que sejam criadas alíquotas separadas para a saúde no bojo das contribuições que compõem o Orçamento da Seguridade Social. Nesse sentido, a Contribuição Sobre Folha de Salários, por exemplo, seria dividida em duas alíquotas: uma para Previdência e Assistência Social e outra para Saúde. O conceito de Seguridade Social seria mantido, mas seriam estabelecidas vinculações prévias em termos de percentual das fontes de receita que a financiam.

Com relação à *base estadual*, Médici aponta a inexistência de uma proposta que defenda explicitamente sua utilização como fonte de financiamento para os programas de saúde. Contudo, levanta uma série de razões pertinentes para a criação de contribuições sociais de base estadual para tal finalidade: os Estados têm sido as esferas que menos têm contribuído para a saúde com recursos de seus próprios orçamentos; as esferas estaduais estão em condições mais vantajosas para promover a equidade redistributiva dos recursos entre os Municípios de sua abrangência territorial, pois estão mais próximos da realidade de cada situação local; muitos Estados podem realizar uma fiscalização mais adequada do que aquela feita pela União; e os Estados têm mais facilidade para resolver questões relativas ao financiamento da saúde em áreas que possuem forte mobilidade intermunicipal da demanda

por serviços de saúde, estando em posição privilegiada para arbitrar compensações financeiras para os Municípios cujos serviços são mais demandados.

Deve-se ressaltar, contudo, o caráter inconstitucional da criação de contribuições sociais de âmbito estadual, dado que a Constituição Federal estabelece que a criação de contribuições sociais é atribuição exclusiva da União.

A municipalização do financiamento da saúde, cuja implicação seria a completa desvinculação do setor saúde com o sistema previdenciário, é a principal proposta relacionada à *base municipal*. O financiamento da saúde pública a partir de recursos de competência municipal apresenta um diagnóstico em boa parte semelhante daquele apresentado pelos defensores da base federal: centralização dos recursos na esfera federal para o estabelecimento de critérios padronizados para a realização dos repasses, ausência de normas assegurando o automatismo das transferências, atrasos na liberação, exclusividade no estabelecimento de valores a serem pagos pelos serviços e inexistência de regras que assegurem a atualização monetária desses valores.

A descentralização do financiamento rumo à municipalização seria feito mediante a criação de uma taxa municipal em substituição aos tributos federais. As vantagens apresentadas pela criação dessa taxa seriam as seguintes:

- 1) Estabelecimento de um vínculo maior entre o contribuinte e o poder público;
- 2) Redução de custos, uma vez que a eliminação da prática de valores padronizados para todo o território nacional permitiria que os Municípios com maior capacidade de gestão reduzissem o gasto por unidade de serviço; e
- 3) Acesso imediato dos Municípios aos recursos, seja pela eliminação de fórmulas complexas para a realização dos repasses, seja pelo fim da intermediação do Governo Federal.

Apesar de tais vantagens, a proposta de municipalização do financiamento apresenta uma série de problemas. Em primeiro lugar, dada a disparidade existente entre os Municípios, sua aplicação pura e simples não contemplaria a necessidade redistributivista inerente a um programa de saúde. Além disso, a viabilidade da proposta estaria na completa dependência de uma Reforma Tributária que introduzisse mudanças significativas, como a extinção da proibição da vinculação de impostos.

Finalmente, passemos à proposta da utilização de *fontes mistas* ou *contribuições sociais compartilhadas*. Como o próprio nome diz, a proposta de fontes mistas parte da combinação de fundos sociais com recursos fiscais. Nesse sentido, tal proposta se baseia em duas premissas básicas:

1) Manutenção do Orçamento da Seguridade Social, com fontes vinculadas para a Saúde; e

2) O financiamento do setor saúde seria formado pela soma dos seguintes recursos: 30% das receitas de contribuições sociais que integram o OSS, 10% dos recursos da Receita Tributária da União e 10% dos recursos da Receita Tributária dos Estados e Municípios.

Alguns cálculos referentes a adoção desta proposta, defendida pelo Deputado Eduardo Jorge, indicam que, ao nível federal, poderiam ser gerados recursos da ordem de 2,6% do PIB. Além disso, receitas adicionais oriundas das esferas estaduais e municipais garantiriam um volume ao redor de 1,2% do PIB. Ao todo, seriam 3,6% do PIB destinados ao setor saúde.

Uma outra alternativa consiste na utilização de uma contribuição social que tenha como base de incidência o lucro bruto das empresas e que possa ter uma alíquota vinculada à saúde, sendo esta repartida entre União, Estados e Municípios diretamente na arrecadação<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Recentemente, o Ministro Antônio Kandir defendeu a adoção de uma contribuição sobre o lucro bruto das empresas como forma de garantir maiores recursos para a saúde.

### 3.2.2. Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira - CPMF

A proposta do Ministro Adib Jatene (e sua recente aprovação) de criar uma Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira (CPMF), vinculando os recursos à área da saúde, foi responsável por trazer à tona uma onda de críticas ao novo tributo. A proposta inicial previa a cobrança de uma alíquota de 0,25% sobre todas as movimentações financeiras, por um período de dois anos. A resistência de inúmeros setores da sociedade à criação da CPMF, inviabilizando sua aprovação pelos parlamentares, implicou as seguintes mudanças: a alíquota de incidência foi reduzida de 0,25% para 0,20% e o período de vigência foi diminuído para um ano. Na verdade, a CPMF é uma reedição do antigo IPMF (Imposto Provisório Sobre Movimentação Financeira), o qual, por sua vez, teria sido inspirado na proposta de criação do Imposto Único do Prof. Marcos Cintra.

A discussão em torno da CPMF, segundo Jatene (1996), pode ser identificada a partir de dois objetivos divergentes, os quais levam a posturas diferentes sobre as conseqüências do estabelecimento desse tributo.

O primeiro deles seria o objetivo econômico-financeiro, preocupado com as eventuais conseqüências sobre a economia, as aplicações financeiras e os ganhos de capital, implicando uma séria ameaça à estabilidade macroeconômica lograda pelo Plano Real. A CPMF, nesse caso, representaria uma camisa-de-força aos formuladores da política econômica, colocando em risco a utilização de instrumentos fundamentais (câmbio, taxa de juros, equilíbrio fiscal, etc.) para a manutenção da estabilidade. Portanto, os adeptos do objetivo econômico-financeiro tendem a se posicionar contra sua criação.

O outro objetivo seria aquele “fixado na pessoa humana, especialmente a de baixa renda, que não tem como solucionar seus problemas de saúde se não existir um sistema público eficiente e que, por isso, necessita de recursos diante da escalada de avanços científicos e tecnológicos a oferecer oportunidades de tratamento e de prevenção que não podem ser negados, em particular, para essa população” (Jatene, 1996). Por este motivo, os

defensores desse segundo objetivo são favoráveis à criação da CPMF, até o momento em que uma adequada reforma tributária configure uma alternativa definitiva.

A solução encontrada para minimizar os efeitos econômicos desfavoráveis da CPMF repousa na adoção de mecanismos de isenção, que já haviam sido adotados durante a vigência do IPMF. Dessa forma, a postura do Ministro Adib Jatene procura enfatizar o enfoque humano, mas sem desprezar as conseqüências apontadas pelo enfoque econômico-financeiro.

Mas quais seriam as principais críticas feitas com relação à criação da CPMF?

Em primeiro lugar, a CPMF, no contexto de estabilização econômica introduzido pelo Plano Real, poderia ter um impacto inflacionário não desprezível. Tal impacto seria potencializado basicamente por dois fatores: por um lado, a CPMF, por configurar um imposto em cascata e incidir sobre todos os atos e etapas da vida econômica, amplificaria seu custo sobre o sistema produtivo, fazendo com que houvesse uma pressão sobre o nível de preços, já que as empresas certamente tenderiam a repassar o custo da CPMF para os preços de seus produtos; por outro lado, na medida em que sua cobrança tende a gerar menor rentabilidade das aplicações no mercado financeiro, haveria um desestímulo à poupança e um possível aquecimento da demanda agregada, implicando maiores pressões inflacionárias.

Além disso, dado que a um rendimento menor na aplicação corresponde um custo maior para os tomadores de empréstimo, a taxa de juros seria pressionada para cima. O raciocínio é simples: ao impor uma alíquota de 0,20% sobre toda movimentação financeira, os investidores em títulos públicos exigiriam 0,20% a mais na sua remuneração, elevando o custo da dívida pública e agravando o déficit fiscal. Portanto, haveria a possibilidade de que as receitas geradas pela cobrança da CPMF ficassem abaixo das despesas ocasionadas por conta dos efeitos da elevação da taxa de juros, o que seria uma completa insensatez.

Com relação às contas externas, na medida em que a CPMF passaria a incidir sobre os bens *tradeables*, haveria uma perda de competitividade dos produtos nacionais, agravando a situação da balança comercial brasileira. Tal fato poderia levar a uma pressão para que o Governo acelerasse o processo de desvalorização cambial, o que implicaria perda de graus de liberdade na condução da política cambial<sup>4</sup>.

Por fim, a CPMF poderia tornar ainda mais regressivo o sistema tributário nacional, já que sua cobrança atinge igualmente a todos os segmentos da sociedade. Isso significa que os setores menos favorecidos arcariam com um custo proporcionalmente maior. A idéia de isentar determinadas categorias, por sua vez, não as eximiria do tributo, pois seu efeito em cascata sobre bens e serviços implicaria repasse para os preços, os quais seriam pagos por todos.

Em que pese a lógica de tais considerações, Tavares (1995), a partir de uma simulação feita para uma alíquota de 0,25% abrangendo o universo das pessoas físicas, demonstra que a tese da regressividade da CPMF não se sustenta. Para tanto, aponta as seguintes conclusões:

1) Os segmentos de menores rendas, com rendimento médio mensal de até 1,3 salários mínimos, e metade do grupo com rendimento médio de 4 salários mínimos (os quais representam 70,6% da população-referência) praticamente não são atingidos pela cobrança da CPMF, pois quase não utilizam o sistema bancário;

2) Dentro dos 29,4% restantes, que operam por meio do sistema bancário, o maior peso da tributação recai fundamentalmente sobre o segmento de maiores rendas (com rendimentos acima de 20 salários mínimos por mês e rendimento médio mensal de 38,7 salários mínimos). Por exemplo, este último segmento responderia por 63,5% da arrecadação da parcela da CPMF paga pelas pessoas físicas. O grupo de rendimentos médios inferiores (entre 7,2 e 14,2 salários mínimos), que representa 62% do universo tributado e 18,2% da população-referência, contribuiria com 31,1% da arrecadação. Por fim, o

---

<sup>4</sup> Deve-se ressaltar que a âncora cambial tem sido um dos principais instrumentos utilizados pelo Governo a fim de manter a estabilidade econômica.

segmento médio alto, com rendimento médio de 14,2 salários mínimos, teria uma participação na arrecadação inferior à sua importância na renda total. Portanto, na avaliação de Tavares, o argumento de que a CPMF penalizaria basicamente a classe média não se justifica;

3) As alíquotas médias efetivas que recaem sobre os agentes de cada grupo são também progressivas, pois os setores de renda mais elevada apresentam um maior coeficiente de circulação financeira<sup>5</sup> ;

4) Finalmente, o índice de progressividade (que expressa a relação entre os diferenciais de tributação e de rendimentos médios entre os diversos grupos tributados) apresenta valores absolutos crescentes, indicando que não apenas os setores de maiores rendimentos pagam relativamente mais impostos, como também o fazem em proporção superior às diferenças entre seu rendimento médio e os demais grupos.

Além dessas conclusões, a adoção da CPMF é justificada por Tavares a partir de dois argumentos estruturais: a) possibilita uma maior extensão da base fiscal, na medida em que sua cobrança incide sobre todos os segmentos da sociedade, inclusive sobre o setor informal da economia; e b) permite a cobrança sobre uma base de contínua expansão (movimentação financeira), cujo controle é feito de forma mais eficaz, implicando menores níveis de sonegação que os tributos tradicionais. Vale dizer, a CPMF é um tributo mais difícil de sonegar e mais fácil de cobrar.

A possibilidade de gerar desintermediação financeira, fazendo com que os agentes, na tentativa de fugir da cobrança da CPMF, passem a evitar a utilização do sistema bancário, implicando uma redução do nível de depósitos à vista e, portanto, uma diminuição da arrecadação prevista, é descartada por Tavares. Para ela, o patamar baixo da alíquota não justificaria tal movimento, mesmo supondo um coeficiente de circulação financeira das

---

<sup>5</sup> O coeficiente de circulação financeira é dado pela relação entre o volume de transações financeiras realizadas durante o ano e o nível de renda de cada agente. A hipótese central de Tavares é que existe uma relação direta entre maiores níveis de renda e coeficientes de poupança, e que seja maior a proporção desta que se destine a aplicações financeiras.

empresas quatro vezes seu capital líquido (situação improvável), pois a alíquota efetiva subiria de 0,25% para 1% para cada empresa.

Por fim, o possível efeito da CPMF sobre a taxa de juros em um contexto de restrição de crédito e de juros elevados seria bastante reduzido. Na opinião da autora, a influência só seria significativa se as operações de débito sofressem taxas de juros nominais e anuais baixas, o que significaria inflação zero e uma taxa de juros efetiva inferior a 1% nominal ao mês.

Da discussão feita até aqui sobre a CPMF, parece-nos que existem tanto argumentos favoráveis como críticas relevantes à sua adoção. Na ausência de uma reforma tributária consistente, capaz de direcionar um volume maior de recursos para o setor saúde, a criação da CPMF, em que pese seus aspectos positivos ou negativos, surge como uma solução meramente provisória e emergencial.

De qualquer forma, a indignação de amplos setores da sociedade causada pela idéia da criação da CPMF revela as prioridades do pensamento dominante nacional: enquanto o novo tributo vinculado à saúde representa um risco à estabilidade do Plano Real, a transferência de recursos para sanar a crise do setor financeiro é vista como fundamental para garantir a manutenção de uma economia estável. Ou seja, a saúde do sistema financeiro se tornou mais importante do que a saúde da população.

### **3.4. Conclusões**

O Sistema Único de Saúde trouxe consigo o inegável mérito de propor a construção de um modelo de saúde que fosse ao mesmo tempo universal, equânime e integral. No entanto, deve-se observar que a estratégia montada para atingir tais objetivos carece de notáveis deficiências, tais como a existência de um terceiro pagador, contribuindo

para a fragilidade de vínculos entre quem paga e quem recebe os serviços, a carência de investimentos básicos em algumas regiões, obstaculizando o acesso dos segmentos populacionais mais carentes, e o pagamento por procedimentos médicos.

A baixa qualidade dos serviços do subsistema público pode ser vista como a resultante natural do quadro acima, o que implicou um processo de universalização de caráter excludente, fazendo com que os setores melhores remunerados da sociedade se direcionassem para os serviços do subsetor privado, que passou a se expandir a taxas crescentes a partir da década de 80. Tal fato foi estimulado pelo surgimento e difusão de novos mecanismos de financiamento do setor privado, os quais podem ser entendidos a partir da própria estratégia das empresas. Como resultado, ampliou-se o acesso de amplas camadas populacionais ao subsistema privado, ao mesmo tempo em que se elevou a autonomia deste setor frente ao aporte de recursos do setor público.

Com o intuito de reverter o quadro sombrio da saúde pública no país, várias alternativas têm sido apontadas, como o estabelecimento de *vouchers*, adotado em algumas localidades dos EUA, e o Plano de Atendimento à Saúde, recentemente implementado pela Prefeitura de São Paulo.

Com relação às propostas de financiamento, parece não haver consenso entre os estudiosos. Enquanto alguns insistem na manutenção das contribuições sociais como principal fonte de financiamento da saúde, outros apontam para a descentralização do financiamento, utilizando recursos fiscais dos Estados e Municípios. A CPMF, na ausência de uma reforma tributária eficaz e na necessidade iminente de maior aporte de recursos, deve ser encarada como uma alternativa conjuntural de curto-prazo, incapaz de solucionar a crise financeira do SUS. Mas não aprovar a CPMF, no contexto atual, pode significar a condenação à falta de assistência médica da parcela mais desassistida da população brasileira, que depende do subsetor público para sobreviver.

## 4. Considerações Finais

Por tudo o que foi exposto até aqui, acreditamos ter provado as duas hipóteses formuladas no início da pesquisa, quais sejam, o fato de (1) *a política de saúde ser parte integrante de um perfil mais geral de intervenção estatal de política social, cujas características evidenciam uma completa subordinação em relação à política econômica e outros interesses a ela ligados, e (2) a existência de uma relação direta entre a crise do sistema público de saúde e seu padrão de financiamento.*

De fato, conforme visto no capítulo 1, o setor saúde não pode ser visto como algo desvinculado dos principais determinantes internos do padrão de *Welfare State* consolidado no Brasil, responsável por constituir um tipo específico de intervenção do Estado no campo social. Por outro lado, o desenvolvimento histórico da política de saúde no Brasil evidencia claramente a existência de uma inegável subordinação desta em relação aos interesses da política econômica. Apesar da notável centralidade que as políticas públicas passaram a adquirir recentemente na agenda política, os mecanismos adotados para sua efetiva implementação estiveram inseridos na lógica mais geral de coordenação da política econômica.

A relação entre o padrão de financiamento adotado e a crise do setor saúde, por sua vez, pode ser verificada a partir das próprias deficiências do Orçamento da Seguridade Social, o qual garantiu a diversificação das fontes de custeio, mas não estabeleceu critérios relativos à partilha dos recursos entre as três áreas que compõem a Seguridade Social. Além dos impactos negativos na arrecadação por conta da desaceleração econômica, pode-se apontar a existência de dois outros fatores que têm impedido que o OSS seja uma fonte adequada, em termos de quantidade e regularidade de recursos, para o financiamento das ações de saúde: os intentos do Ministério da Previdência e Assistência Social em cumprir os dispositivos constitucionais quanto ao plano de benefícios dos seus

segurados e o esforço recente do Governo Federal em reduzir o déficit público como um dos instrumentos essenciais do processo de estabilização econômica.

Conforme aponta Médici (1994:196), a discussão sobre as perspectivas quanto ao Orçamento da Seguridade Social deve necessariamente passar por quatro questões básicas:

a) Manter a atual estrutura, onde a cada ano LDO/Lei Orçamentária se define o quanto de recursos do referido orçamento será destinado à cada área;

b) Especialização de fontes;

c) Vinculação de recursos; e

d) Eliminação do Orçamento da Seguridade Social, com a definição de novos critérios de financiamento das políticas nele originalmente cobertas, a partir de uma reforma tributária.

Desde 1989, o volume de recursos destinado ao setor saúde foi se tornando progressivamente menor, sendo que, somente a partir de 1994, já no contexto de estabilização econômica introduzida pelo Plano Real, houve uma ligeira recuperação. Como resultado, gerou-se não apenas um achatamento crítico dos valores pagos pelos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, como também a obsolescência da rede de serviços e dificuldades para sua manutenção.

Em 1995, segundo o Ministério da Saúde, muitas atividades foram prejudicadas ou simplesmente deixadas de lado por falta de recursos, tais como: campanhas nacionais para prevenção e detecção precoce de Hanseníase e câncer de colo do útero; conclusão de obras em andamento, reformas e reequipamento de laboratórios de saúde pública e unidades prestadoras de serviços; revisão dos valores das tabelas para pagamento de serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS; ampliação da capacidade de transplante de medula óssea; implantação de fábricas de hemoderivados e controle de qualidade desses

insumos; e atividades relacionadas ao combate à dengue, à esquistossomose e outras doenças transmitidas por vetores e reservatórios.

A constatação da necessidade de maiores recursos financeiros fez com que o Ministério da Saúde buscasse alternativas de financiamento. Após verificar a inexistência de recursos disponíveis no Tesouro Nacional, impossibilitando destinar uma parcela maior do orçamento para o setor saúde, três alternativas foram apresentadas pelo MS: obrigatoriedade de ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos segurados pelas empresas de seguro de grupo, empréstimo externo e a criação da CPMF.

Com relação à primeira alternativa, foi recentemente encaminhado pelo Governo um Projeto de Lei ao Congresso Nacional, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, determinando que as empresas de planos e seguros de saúde ressarcam o SUS toda vez que seus clientes utilizarem os serviços prestados pela rede pública. A segunda alternativa (empréstimos externos) implicou o desenvolvimento de um projeto pelo MS denominado REFORSUS, o qual prevê a captação de recursos junto ao Banco Mundial e ao BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento) no montante de US\$ 650 milhões, os quais deverão ser prioritariamente destinados à reversão do quadro grave de sucateamento e perda de qualidade dos serviços de saúde mediante a conclusão de obras inacabadas de hospitais e centros de saúde públicos, reforma e modernização de Santas Casas e grandes unidades públicas de emergência, expansão do Programa de Saúde da Família e capacitação gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Por fim, a criação da CPMF, já discutida no capítulo anterior, foi escolhida, de acordo com o MS, por causa de cinco motivos principais: a) rapidez de aporte de recursos a partir do momento de sua implantação; b) existência de uma ampla rede de arrecadação com prática no seu recolhimento (sistema bancário); c) não regressividade do tributo; d) menor possibilidade de sonegação, além de alcançar os setores da economia informal; e e) possibilidade de ter sua alíquota reduzida ou mesmo zerada à medida que forem entrando recursos de outras fontes.

À guisa de conclusão, entendemos que a reversão do atual quadro da saúde pública no Brasil está na dependência de uma reforma tributária capaz de efetivamente direcionar um montante maior de recursos para o setor saúde, associada a medidas de gestão que permitam combater as deficiências estruturais do sistema (fraudes, irregularidade nos repasses, descentralização tutelada, dupla militância, cobrança “por fora”, etc.). Com isso, estamos querendo apontar para o fato de que o equacionamento da crise financeira da saúde não deve ser visto apenas como um item exclusivo da agenda da reforma sanitária, mas, ao contrário, abrange aspectos diretamente relacionados a questões mais amplas, como o desenvolvimento do sistema tributário, a divisão de competências entre as diferentes esferas de governo, etc.

## 5. Bibliografia

- AFONSO, J. R. R. Dilemas da saúde: financiamento e descentralização. *Revista do BNDES*, Rio de Janeiro, V. 2, nº 3, p. 221-238, jun. 1995.
- ALMEIDA, S. C. F.; CAVALCANTI, C. E. G. As contribuições sociais e a reforma tributária. In: AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B., org. *Federalismo no Brasil: reforma tributária e federação*. São Paulo: FUNDAP; Editora da UNESP, 1995.
- Associação Nacional dos Fiscais de Contribuições Previdenciárias - ANFIP *Relatório final*. In: I SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICA DE SAÚDE E FINANCIAMENTO, set. 1995, Brasília: Câmara dos Deputados, 1995.
- AURELIANO, L.; DRAIBE, S. M. A especificidade do welfare state brasileiro. In: MPAS/CEPAL. *Economia e Desenvolvimento*. Brasília, vol. 3, 1989.
- AZEREDO, B. *Um estudo sobre as contribuições sociais*. Rio de Janeiro: IEI/UFRJ, 1987. mimeo.
- BARROS, M. E. *et alli*. Política de saúde no Brasil: diagnósticos e perspectivas. *Textos para Discussão*. Brasília: IPEA, nº 401, 1996.
- BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1980.
- CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. *Sistema único de saúde: comentários à lei orgânica da saúde (leis 8080/90 e 8142/90)*. São Paulo: Hucitec, 2ª ed., 1995.
- Constituição da república federativa do Brasil*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado S.A., IMESP, 1988.
- CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- DAIN, S. *et alli*. O financiamento da previdência social no contexto de uma nova reforma tributária. In: MPS/CEPAL. *A previdência social e a revisão constitucional: pesquisas*. Brasília, vol. 2, 1993.

- DAIN, S. Financiamento da seguridade social. In: MPS/CEPAL. *A previdência social e a revisão constitucional: debates*. Brasília, vol. 2, 1994.
- DALLARI, S. G. *Municipalização dos serviços de saúde*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- DRAIBE, S. M. As políticas sociais do regime militar brasileiro: 1964-1984. In: SOARES, G.; D'ARAUJO, M. C., org. *21 anos de regime militar*. Rio de Janeiro: FGV, 1994.
- FAVERET F<sup>0</sup>., P; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e políticas públicas*. Brasília: IPEA, nº 03, p. 139-162, jun. 1990.
- GIOVANNI, G. *Medicamentos e equipamentos médicos: inovação e adensamento tecnológico no Brasil*. São Paulo: USP.FFLCH, 1992. (Tese de Doutorado).
- IESP/Fundap. Financiamento da seguridade social. *Textos para Discussão*. São Paulo, nº 25, 1989.
- IPEA. O financiamento da descentralização dos serviços de saúde. *Documento de Política*. Brasília, nº 3, 1991.
- JATENE, A. Cobrança por fora. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 03 mar. 1995.
- \_\_\_\_\_. A CPMF sem emoção. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 22 jul. 1996.
- \_\_\_\_\_. Premissas Falsas. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 31 jul. 1996.
- MÉDICI, A. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo: USP.FSP, 1994.
- MEDICI, A.; OLIVEIRA, F. E. B. A política de saúde no Brasil: subsídios para uma reforma. *Documento de Política*. Brasília: IPEA, nº 6, 1991.
- MEDICI, A; BELTRÃO, K. I.; OLIVEIRA, F. A política de medicamentos no Brasil. *Documento de Política*. Brasília: IPEA, nº 9, 1992.
- MEDICI, A. *et alli*. Universalização com qualidade: uma proposta de reorganização do sistema de saúde no Brasil. *Textos para Discussão*. Brasília: IPEA, nº 316, 1993.
- MELLO, J. M. C. *O capitalismo tardio*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

- NUNES, E.; BRAKARZ, J. Política social e reforma fiscal: as áreas de educação e saúde. *Documento de Política*. Brasília: IPEA, nº 13, 1993.
- OLIVEIRA, J. A. de A. e TEIXEIRA, S. M. F. (In) *Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- OLIVEIRA, F. E. B. *et alli*. Fontes de financiamento da seguridade social brasileira. *Textos para Discussão*. Brasília: IPEA, nº 342, 1994.
- POSSAS, C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- Saúde: proposta de governo*. São Paulo: Comitê Fernando Henrique Presidente, 1994.
- SILVA, P. L. B. *Atenção à saúde como política governamental*. Campinas: UNICAMP.IFCH, 1984. (Dissertação de Mestrado)
- \_\_\_\_\_. Descentralização no setor saúde. *Textos para Discussão*. São Paulo: IESP/Fundap, nº 20, 1989.
- TAVARES, M. C. Imposto sobre circulação financeira. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 24 set. 1995.
- WORLD BANK. *World development report 1993: investing in health*. New York: Oxford University Press, 1993.
- VIANA, A. L. *A política de saúde no estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões*. Campinas: UNICAMP.IE, 1994. (Tese de Doutorado).

## 6. Anexos

### I. Constituição da República

#### TÍTULO VIII

#### DA ORDEM SOCIAL

#### Capítulo I

Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

#### Capítulo II

#### DA SEGURIDADE SOCIAL

#### SEÇÃO I

#### DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 194. 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.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;

V - equidade na forma de participação no custeio;

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

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

I - dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II - dos trabalhadores;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

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

§ 2.º. 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.

§ 3.º. A pessoa jurídica de débito com o sistema da seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o Poder Público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios.

§ 4.º. A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I.

§ 5.º. Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 6.º. As contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, "b".

§ 7.º. São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 8.º. O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais, o garimpeiro e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei.

## SEÇÃO II DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante política 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.

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

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

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.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1.º. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fim lucrativo.

§ 2.º. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3.º. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4.º. A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. 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 - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

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

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

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

## II. Lei n.º 8080 - de 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

### Disposição Preliminar

Art. 1.º. Esta Lei regula, em todo o 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.

## TÍTULO I

### Das Disposições Gerais

Art. 2.º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1.º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2.º. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3.º. 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 o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

## TÍTULO II

### Do Sistema Único de Saúde

#### Disposição Preliminar

Art. 4.º. O conjunto de 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.

§ 1.º. Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2.º. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar.

## CAPÍTULO I

### Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5.º. São objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1.º, do artigo 2.º desta Lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6.º. Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS:

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1.º. Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2.º. Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3.º. Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta Lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente, doença profissional e do trabalho, como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia do sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

## CAPÍTULO II

### Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7.<sup>o</sup>. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

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

## CAPÍTULO III

### Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8.<sup>o</sup>. As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9.<sup>o</sup>. A direção do Sistema Único de Saúde é única, de acordo com o inciso I, do artigo 198, da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1.<sup>o</sup>. Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2.<sup>o</sup>. No nível municipal, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado)

Art. 12. Serão criadas Comissões Intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integrada pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As Comissões Intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das Comissões Intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmaco-epidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

#### CAPÍTULO IV

## Da Competência e das Atribuições

### SEÇÃO I

#### Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - a definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação em saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - Participação da formulação da política e da execução das ações de saneamentos básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde - SUS, de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

## SEÇÃO II

### Da Competência

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho.

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) de vigilância sanitária.

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde - SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades federadas e para os Municípios dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde - SUS;

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente as ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador.

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

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

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - promover o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da Unidade Federada;

Art. 18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador.

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais componentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios polítics de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no artigo 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e Municípios.

### TÍTULO III

#### Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde

##### CAPÍTULO I

###### Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde;

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada;

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde - SUS quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento de empréstimos.

§ 1.º. Em qualquer caso, é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2.º. Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

##### CAPÍTULO II

###### Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada;

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1.º. Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2.º. Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contratado.

§ 3.º. (Vetado).

§ 4.º. Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde - SUS.

#### TÍTULO IV

##### Dos Recursos Humanos

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento pessoal;

II - (vetado);

III - (vetado);

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde - SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, só poderão ser exercidos em regime de tempo integral.

§ 1.º Os servidores que legalmente acumulam 2 (dois) cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2.º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou funções de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o artigo 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

## TÍTULO V

### Do Financiamento

#### CAPÍTULO I

##### Dos Recursos

Art. 31. 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 de Previdência e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (vetado);

II - serviços que possam ser prestados sem prejuízos da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1.º. Ao Sistema Único de Saúde - SUS caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2.º. As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3.º. As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação - SFH.

§ 4.º. (Vetado).

§ 5.º. As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa ou receita própria das instituições executoras.

§ 6.º. (Vetado).

## CAPÍTULO II

### Da Gestão Financeira

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

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

§ 2.º. (Vetado).

§ 3.º. (Vetado).

§ 4.º. O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não-aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde - FNS, observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. 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 outra esferas de governo.

§ 1.º. 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.

§ 2.º. Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta Lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3.º. (Vetado).

§ 4.º. (Vetado).

§ 5.º. (Vetado).

§ 6.º. O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

## CAPÍTULO II

### Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. 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.

§ 1.º. Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde - SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2.º. É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

### Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 39. (Vetado).

§ 1.º. (Vetado).

§ 2.º. (Vetado).

§ 3.<sup>o</sup>. (Vetado).

§ 4.<sup>o</sup>. (Vetado).

§ 5.<sup>o</sup>. A cessão de uso de imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6.<sup>o</sup>. Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7.<sup>o</sup>. (Vetado).

§ 8.<sup>o</sup>. O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado).

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde - SUS mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1.<sup>o</sup>. Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2.<sup>o</sup>. Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde - SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. O Sistema Único de Saúde - SUS estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de

tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS, organizará, no prazo de 2 (dois) anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o Território Nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, artigo 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS em finalidades diversas das previstas nesta Lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei n.º 2312, de 3 de setembro de 1954, a Lei n.º 6229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

### III. Lei n.º 8142 - de 28 de dezembro de 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Art. 1.º. O Sistema Único de Saúde - SUS, de que trata a Lei n.º. 8080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes estâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1.º. A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 (quatro) anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2.º. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

§ 3.º. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4.º. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5.º. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho.

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

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

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

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

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

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

Art. 3.º. Os recursos referidos no inciso IV do art. 2.º desta Lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1.º. Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1.º do mesmo artigo.

§ 2.º. Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3.º. Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do artigo 2.º desta Lei.

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

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n.º 99438, de 7 de agosto de 1990;

III - Plano de Saúde;

IV - Relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4.º do art. 33 da Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990;

V - Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de 2 (dois) anos para sua implantação.

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

Art. 5.º. É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta Lei.

Art. 6.º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7.º. Revogam-se as disposições em contrário.

#### IV. Norma Operacional Básica - SUS 01/1993

##### 1. INTRODUÇÃO

Esta Norma Operacional Básica, do Ministério da Saúde, tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde.

Fundamenta-se, para tanto, no texto constitucional, nas leis que regulamentam o SUS - a Lei 8.080 de 19/09/90 e a Lei 8.142 de 28/12/90 - e no documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei", aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993.

A construção do SUS é um processo, no qual a diretriz de descentralização das ações e serviços 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 do poder; redefinição de papéis e estabelecimentos de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional; reformulação de práticas; e 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, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social;

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 que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem novas, impondo, por isso, um período de transição no qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os estados e municípios em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população;

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, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema.

g) a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

Considerando que os municípios, os estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde encontram-se em estágios diferentes em relação à descentralização do sistema, esta norma define procedimentos e instrumentos operacionais que visam a ampliar e a aprimorar suas condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo.

Tais procedimentos e instrumentos configuram a convivência simultânea de situações diferenciadas de gestão do SUS, nos estados e municípios, dentro de uma nova sistemática de relacionamento entre as três esferas de governo, descritas e disciplinadas nos itens desta norma e outros instrumentos complementares que se fizerem necessários.

## 2. DO GERENCIAMENTO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO

O gerenciamento do processo de descentralização no SUS, atendendo aos pressupostos apresentados, tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestoras e os Conselhos de Saúde, respectivamente, estruturando funcionalmente a articulação descrita a seguir.

### 2.1. No âmbito nacional:

2.1.1. Comissão Intergestores Tripartite - integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

2.1.2. Conselho Nacional de Saúde - constituído em conformidade com o Decreto n°. 99.438, de 07/08/90, atua como órgão deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde.

### 2.2. No âmbito estadual:

2.2.1. Comissão Intergestores Bipartite - integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado, deverá ser criada e formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

2.2.1.1. O Secretário de Saúde no município da capital será considerado membro nato desta Comissão.

2.2.1.2. Cada estado contará com uma Comissão Bipartite, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador.

2.2.2. Conselho Estadual de Saúde - instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei estadual, observado o disposto na Lei 8.142, de 1990.

2.3. No âmbito municipal:

2.3.1. Conselho Municipal de Saúde - instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei municipal, observado o disposto na Lei 8.142, de 1990.

2.4. Fluxo decisório.

Além do papel de cada um destes foros em seu âmbito próprio, a dinâmica do gerenciamento do processo de descentralização requer uma articulação entre eles como segue.

2.4.1. Todos os aspectos operacionais do processo de descentralização no âmbito estadual serão objeto de regulamentação pela Comissão Bipartite. Na ocorrência de uma divergência não superada neste foro, a questão deverá ser levada à deliberação do Conselho Estadual de Saúde. Na inexistência deste, o problema será submetido à Comissão Tripartite. Caso alguma das partes considere-se lesada pela decisão, quer da Comissão Tripartite, quer do Conselho Estadual de Saúde, a questão poderá ser levada ao Conselho Nacional de Saúde para sua resolução.

2.5. O Conselho Nacional de Saúde poderá ser tomado como instância de recurso em qualquer tempo, ficando a seu critério consultar ou delegar à Comissão Tripartite a resolução do problema.

2.6. Os acordos firmados pela Comissão Bipartite e aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde prevalecerão sobre as disposições desta norma, desde que não contrariem os dispositivos legais e considerem as diretrizes contidas no documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei".

### 3. DO FINANCIAMENTO COM RECURSOS ARRECADADOS PELA UNIÃO

3.1. O financiamento das atividades ambulatoriais dar-se-á da seguinte forma:

3.1.1. As ações e serviços ambulatoriais, públicos e privados, que integram o Sistema Único de Saúde serão custeados através do sistema de financiamento ambulatorial, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e o formulário próprio para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de alto custo - APA, a ser definido em ordem Ordem de Serviço específica e sua emissão autorizada exclusivamente por médico (não credenciado pelo sistema e sem vínculo com prestador conveniado ou contratado) encarregado pelo gestor para este fim.

3.1.2. A Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA, destinada a definir os valores a serem repassados aos estados, Distrito Federal e municípios, é fixada através de resolução da Secretaria de Assistência à Saúde/MS, 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, ouvida a Comissão Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

3.1.2.1. O valor nominal da UCA será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do Fundo Nacional de Saúde, como estabelecido pelo Decreto n.º 806, de 24/04/93.

3.1.2.2. Sempre que os valores da tabela de procedimentos ambulatoriais forem alterados, o valor nominal da UCA sofrerá alteração dentro do necessário para suprir a diferença constatada.

3.1.3. Os Recursos para Cobertura Ambulatorial - RCA, destinados anualmente aos estados e ao Distrito Federal a título de cobertura ambulatorial, serão obtidos através da multiplicação do valor da UCA pela população de cada Unidade da Federação.

3.1.3.1. O valor anual calculado será dividido em duodécimos, constituindo-se no RCA/mês.

3.1.4. O Fator de Apoio ao Estado - FAE, caracteriza-se como repasse de recursos de custeio aos estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semi-plena, para utilização nas atividades de tratamento fora de domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órtese e próteses ambulatoriais, em programação aprovada pela Comissão Bipartite.

3.1.4.1. O FAE será calculado da seguinte forma:

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do estado;
- este valor é multiplicado pelo n.º de habitantes do estado;
- o valor mensal a ser transferido corresponde a um duodécimo do montante

encontrado.

3.1.5. A base de cálculo para o estabelecimento de teto financeiro mensal para os municípios será a média de seu gasto histórico (janeiro a dezembro de 1992), corrigido pela sua capacidade potencial de produção (equipamento x recursos humanos), população adscrita e complexidade da rede. Os municípios que dispuserem de rede ambulatorial, mas sem registro anterior de produção, serão avaliados segundo a sua capacidade potencial de produção, população adscrita e complexidade da rede para a definição dos seus tetos.

3.1.5.1. Tal ajuste implica redistribuição do volume de recursos já previsto no cálculo do RCA, não correspondendo, portanto, a um acréscimo no quantitativo financeiro devido ao estado.

3.1.5.2. Os valores destes tetos serão reajustados nos mesmos percentuais que os valores da UCA do estado a que pertence o município.

3.1.6. Para os estados, o teto financeiro será calculado deduzindo-se de seu RCA/mês os tetos fixados para os seus municípios que estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semi-plena (item 4.1 - Da Operacionalização).

3.1.7. Os conselhos de Saúde aprovarão os critérios de programação dos quantitativos dos serviços, por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurando o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

3.1.8. A programação física e orçamentária das atividades ambulatoriais deverá ser produto do trabalho conjunto dos municípios e do estado na Comissão Bipartite Intergestores, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, aprovado pelos Conselhos Municipais de Saúde e referendado pelo Conselho Estadual de Saúde. As prioridades, quotas, referência e contra-referência devem ser definidas com base em dados epidemiológicos, características demográficas e capacidade instalada, configurando uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

3.2. O Fator de Apoio ao Município - FAM, caracteriza-se como repasse de recursos de custeio aos municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena.

3.2.1. O valor da FAM será obtido da seguinte forma:

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do Estado;
- este valor é multiplicado pelo nº de habitantes do município;
- o valor mensal a ser transferido corresponde a um duodécimo do montante

encontrado.

3.3. O financiamento das atividades hospitalares dar-se-á da seguinte forma:

3.3.1. As atividades essenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde serão custeadas através do sistema de financiamento hospitalar, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Hospitalares/SIH-SUS e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

3.3.2. O teto quantitativo de AIH será proporcional à população, cabendo às Secretarias de Saúde e aos Conselhos de Saúde o planejamento e a distribuição para os diferentes prestadores, segundo as necessidades da população observando:

3.3.2.1. Para os municípios, o teto quantitativo mensal será equivalente a um duodécimo de 8% de sua população, enquanto para o estado será de um duodécimo de 2% da população, acrescido dos quantitativos devidos aos seus municípios que não estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semi-plena.

3.3.2.2. Tais percentuais poderão ser modificados por proposição da Comissão Bipartite, aprovada no Conselho Estadual de Saúde, observado o limite de 10% que cabe ao estado.

3.3.2.3. O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para estados será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no estado (janeiro a

dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares.

3.3.2.4. O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para municípios será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no município (janeiro a dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares.

3.3.3. Os Conselhos de Saúde aprovarão os critérios de programação dos quantitativos de AIH, por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

3.3.4. A Comissão Bipartite, em cada estado, definirá os quantitativos de AIH e o funcionamento de uma Câmara de Compensação que viabilize a necessária circulação de AIH entre os municípios, mantida sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

3.3.5. Os municípios poderão pleitear AIH adicionais à Câmara de Compensação da Secretaria Estadual ou a municípios vizinhos para unidades que atuem como referência.

3.4. Os recursos de investimento terão sua alocação prevista no Plano Nacional de Prioridades em Investimento, após a avaliação, negociação e compatibilização de Planos Municipais e Estaduais, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

3.4.1. Os estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semi-plena receberão prioritariamente em relação aos demais os recursos de investimento a serem por eles gerenciados em consonância com a política nacional de investimento em saúde e obedecendo o plano estadual de prioridades em investimento.

3.5. O financiamento de ações de vigilância em saúde e outras ações será definido no prazo de 90 dias, através de normas complementares.

#### 4. DAS CONDIÇÕES DE GESTÃO

O processo de descentralização, objeto desta norma, dar-se-á através de diferentes sistemáticas de relacionamento entre a esfera federal e as outras duas esferas político-administrativas, propiciando a convivência de situações diferenciadas no que se refere às condições da gestão do SUS nos estados e municípios.

4.1. Sistemáticas de relacionamento para municípios:

4.1.1. Condições de **gestão incipiente**:

a) responsabilidade e prerrogativas - a Secretaria Municipal de Saúde assume imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com as Comissões Bipartites em cada estado, 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 por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos; demonstra disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.

b) requisitos - para o enquadramento e permanência nesta situação são indispensáveis os itens b1, b2 e b3, e no que for pertinente às responsabilidades e prerrogativas por ele assumidas, o município deve:

b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

b2) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

b3) dispor de Fundo Municipal de Saúde ou Conta Especial, comprovada semestralmente por extratos bancários;

b4) encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais ainda não cedidas ao município, para assumir o seu gerenciamento;

b5) dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;

b6) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;

b7) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

c) operacionalização:

c1) as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital - FCH, assinada pelo gestor municipal do SUS;

c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA, assinada pelo gestor municipal do SUS;

c3) a programação de cotas de Autorização de Internação Hospitalar - AIH será feita pela Secretaria Municipal de Saúde, e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

c4) a emissão da AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.1.b6;

c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico Orçamentária - FPO será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a totalização do montante orçado por unidade, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde;

c6) as unidades ambulatoriais encaminharão, mensalmente, às Secretarias Municipais de Saúde o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA. O BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento - BDP serão assinados pelo gestor municipal que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;

c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizadas à Secretaria Municipal de Saúde, que se encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento, com uma cópia à Secretaria Estadual de Saúde.

#### 4.1.2. Condição de **gestão parcial**:

a) **responsabilidade e prerrogativas** - a Secretaria Municipal de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; assume a programação e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; assume o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, de vigilância epidemiológica e sanitária; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho; 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 públicas e privadas existentes no município.

b) **requisitos** - para o enquadramento e permanência nesta situação o município deve:

b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

b2) encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais ainda não cedidas ao município;

b3) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente de atas das reuniões;

b4) dispor de Fundo Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

b5) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;

b6) dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;

b7) apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;

b8) apresentar anualmente à Comissão Bipartite Relatório de Gestão atualizado;

b9) comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde;

b10) apresentar à Comissão Bipartite comprovante da existência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o município, ou o plano já elaborado;

b11) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

c) operacionalização:

c1) as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital - FCH, assinada pelo gestor municipal do SUS;

c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA, assinada pelo gestor municipal do SUS;

c3) a programação de cotas de Autorização de Internação Hospitalar - AIH será feita pela Secretaria Municipal de Saúde, e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

c4) a emissão da AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.2.b6;

c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico Orçamentária - FPO será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a totalização do montante orçado por unidade, aí incluídas as federais ou estaduais remanescentes, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

c6) as unidades ambulatoriais privadas ou públicas, incluindo as unidades federais ou estaduais remanescentes em seu território, apresentarão mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA. O BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento - BDP serão assinados pelo gestor municipal que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;

c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizadas à Secretaria Municipal de Saúde, que se encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento, com uma cópia à Secretaria Estadual de Saúde;

c8) o repasse financeiro dos saldos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação vigente.

#### 4.1.3. Condições de gestão **semi-plena**:

a) responsabilidades e prerrogativas - a Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na Comissão Bipartite; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

b) requisitos - para o enquadramento e permanência nesta situação o município deve:

b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

b2) dispor de condições técnicas e materiais para assumi-las;

b3) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

b4) dispor de Fundo Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

b5) apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;

b6) apresentar anualmente à Comissão Bipartite Relatório de Gestão atualizado;

b7) comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde;

b8) apresentar à Comissão Bipartite comprovante da existência da comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o município, ou o plano já elaborado;

b9) apresentar à Comissão Bipartite Termo de Compromisso, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, que contemple as metas que o gestor se propõe a cumprir no período de um ano, submetendo à Comissão Bipartite os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliado. O descumprimento por dois anos sucessivos, atestado pela Comissão Bipartite, determina a perda da condição;

b10) os processos de habilitação de municípios à condição semi-plena, aprovados pela Comissão Bipartite, serão apreciados pela Comissão Tripartite, à qual caberá a seleção final, respeitadas as restrições financeiras;

b11) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar, produção hospitalar, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual;

b12) manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS.

c) operacionalização:

c1) nesta condição, os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais, incluindo o processamento de dados pertinente, serão definidos e executados pelos municípios, observada a necessidade de manutenção dos bancos de dados estaduais e federais;

c2) o repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação em vigor.

4.1.4. Os municípios que, por avaliação da Comissão Bipartite, não tenham condições técnicas e materiais para enquadramento em nenhuma das condições descritas serão alvo de um programa de capacitação sob responsabilidade do estado, para que possam assumir gradativamente as responsabilidades e prerrogativas que caracterizam a condição de gestão incipiente, até que venham a cumprir os requisitos para sua inclusão nesta sistemática.

4.1.5. Estas condições aplicam-se tão somente a municípios, o que não impede a formação de consórcios ou modalidades afins que visem à ampliação de possibilidades políticas, técnicas e materiais do sistema de saúde.

4.2. Sistemáticas de relacionamento para os estados:

4.2.1. Condição de **gestão parcial**:

a) responsabilidades e prerrogativas - a Secretaria Estadual de Saúde assume a responsabilidade pela programação integrada com seus municípios, abrangendo manutenção de serviços e investimentos, além da gestão dos recursos de investimento próprios e os transferidos pela esfera federal; respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios incluídos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, a Secretaria Estadual de Saúde assume cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, controle e avaliação da rede de serviços públicos e privados, coordena as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais; coordena, no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública, assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado correspondente ao conjunto das unidades hospitalares e ambulatoriais próprias, contratadas suplementarmente pelo estado e aquelas dos municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena.

b) requisitos - para o enquadramento e permanência nesta situação e estado deve:

b1) manifestar à Comissão Tripartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

b2) dispor de condições técnicas e materiais para assumi-las;

b3) dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

b4) dispor de Fundo Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

b5) dispor de Comissão Bipartite em atividade, comprovada semestralmente por apresentação de atas das reuniões;

b6) apresentar anualmente à Comissão Tripartite o Plano Estadual de Saúde atualizado;

b7) apresentar anualmente à Comissão Tripartite Relatório de Gestão atualizado;

b8) comprovar anualmente à Comissão Tripartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Estadual para a saúde;

b9) apresentar à Comissão Tripartite comprovante de existência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o estado, ou o plano já elaborado;

b10) apresentar anualmente à Comissão Tripartite a Programação Integrada, aprovada pelo órgão colegiado de gestores municipais e pelo Conselho Estadual de Saúde;

b11) manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS;

b12) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção ambulatorial, registro e estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.

c) operacionalização - respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos municípios inclusive nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena:

c1) as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital - FCH, assinada pelo gestor estadual do SUS;

c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA, assinada pelo gestor estadual;

c3) a distribuição da cota de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, definida na programação integrada será feita pela Secretaria Estadual de Saúde;

c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico não credenciado pelo sistema e sem vínculo com prestador conveniado ou contratado, encarregado pelo gestor estadual para este fim;

c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Física Orçamentária - FPO será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, na forma prevista na programação integrada;

c6) o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento - BDP serão assinados pelo gestor estadual que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;

c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizadas à Secretaria Estadual de Saúde, que se encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento;

c8) o repasse financeiro dos saldos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação vigente.

#### 4.2.2. Condição de gestão **semi-plena**:

a) responsabilidades e prerrogativas - respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, a Secretaria Estadual de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços; planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados, 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 e medicamentos especiais; coordena, no seu âmbito, as ações básicas de vigilância epidemiológica, sanitária, de saúde do trabalhador, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública; gere os recursos de investimentos próprios e transferidos pela esfera federal; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos para a rede própria, a contratada suplementarmente pelo estado e aquela dos municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena.

b) requisitos - para o enquadramento e a permanência nesta situação, o estado deve:

b1) manifestar à Comissão Tripartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

b2) dispor de condições técnicas e materiais para assumi-las;

b3) dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação das atas de reuniões;

b4) dispor de Fundo Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

b5) dispor de Comissão Bipartite em atividade, comprovada semestralmente por apresentação de atas das reuniões;

b6) apresentar anualmente à Comissão Tripartite o Plano Estadual de Saúde atualizado;

b7) apresentar anualmente à Comissão Tripartite Relatório de Gestão atualizado;

b8) comprovar anualmente à Comissão Tripartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Nacional para a saúde;

b9) apresentar à Comissão Tripartite o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o estado, ou plano já elaborado;

b10) apresentar anualmente à Comissão Tripartite a Programação Integrada, aprovada pelo órgão colegiado de gestores municipais e pelo Conselho Estadual de Saúde;

b11) apresentar à Comissão Tripartite Termo de Compromisso, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, que contemple as metas que o gestor se propõe a cumprir no período de um ano,

submetendo à mesma os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliado. Dois descumprimentos sucessivos determinam a perda da condição;

b12) manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIS/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS;

b13) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.

c) operacionalização:

c1) respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, nesta condição, os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais serão definidos pelos estados, observando a necessidade de manutenção dos bancos de dados federais;

c2) o repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação vigente.

4.3.3. Os estados que, por avaliação da Comissão Tripartite, não tenham possibilidades técnicas e materiais para o enquadramento em nenhuma das condições descritas permanecerão na condição de gestão incipiente, como segue:

a) responsabilidades e prerrogativas - respeitadas as responsabilidades dos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, a Secretaria Estadual de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos; coordena e executa ações de vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.

b) obrigações:

b1) dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento;

b2) dispor de Fundo Estadual de Saúde;

b3) dispor de Comissão Bipartite em atividade;

b4) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;

b5) dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;

b6) manter o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS.

b7) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.

c) operacionalização - respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena:

c1) as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital - FCH, assinada pelo gestor estadual do SUS;

c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA, assinada pelo gestor estadual do SUS;

c3) a distribuição de cotas de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, negociada na Comissão Bipartite, será feita pela Secretaria Estadual de Saúde e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde;

c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado pelo gestor estadual, respeitadas as restrições do item 4.3.3.b4;

c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico Orçamentária - FPO será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, e a totalização do montante orçado por município aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde;

c6) o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento - BDP serão assinados pelo gestor estadual do SUS que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;

c7) os hospitais deverão apresentar as AIH utilizadas à Secretaria Estadual de Saúde, que encarregar-se-á de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento.

## 5. DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1. Até que sejam editados novos instrumentos jurídicos que regulamentem as transferências de recursos financeiros, materiais e humanos do Sistema Único de Saúde, deverão ser observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

5.1.1. Os bens móveis e imóveis, bem como os recursos humanos, serão transferidos da esfera federal aos estados e municípios, mediante termos de cessão específicos.

5.2. O repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar para estados e municípios em condição de gestão semi-plena, bem como dos saldos relativos a estes tetos para os inclusos an situação parcial, será feito mensalmente, obedecido a um cronograma a ser estabelecido pelas partes.

5.3. No prazo de 60 dias, a partir da data de publicação desta norma, o Ministério da Saúde reverá os termos de cessão de bens e de pessoal ora em vigor, bem como o convênio que lhes dá suporte, alterando-os no que for pertinente segundo o disposto nesta norma.

5.4. Até que seja elaborado o Plano Nacional de Prioridades em Investimento, com base nos Planos Estaduais e Municipais, os recursos de investimento do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas serão liberados mediante a apresentação de parecer dos respectivos Conselhos de Saúde.

5.5. Os recursos provenientes de serviços prestados pelas unidades assistenciais deverão ser identificados nos Fundos de Saúde Estaduais e Municipais como receita operacional proveniente da esfera federal, e utilizados na execução de ações de saúde previstas nos respectivos Planos de Saúde.

5.6. Até que sejam definidos critérios e mecanismos de correção da série histórica pela Comissão Tripartite, o teto financeiro ambulatorial mensal para os municípios será fixado com base na média de seu gasto histórico (janeiro a dezembro de 1992).

5.7. A Guia de Autorização de Pagamento - GAP não será aceita para pagamento de serviços ambulatoriais, após a expiração do prazo dos convênios celebrados entre INAMPS e estados para implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS.

5.8. O teto financeiro hospitalar para municípios e estados só será estabelecido de imediato para os inclusos nas condições de gestão parcial e semi-plena.

5.8.1. Para os demais municípios, a série histórica correspondente ao gasto realizado entre a data de publicação desta norma e o dia 31 de dezembro de 1993, será utilizada para a fixação de tetos.

5.9. 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 nº 234/92 (NOB-SUS/1992).

5.10. Em cada esfera de governo, os recursos provenientes de taxas e multas aplicadas pela vigilância sanitária deverão ser alocados no respectivo Fundo de Saúde.

5.11. Os estados terão o prazo de 30 dias, a partir da data de publicação desta norma, para constituir a Comissão Bipartite, findo o qual a Comissão Tripartite incumbir-se-á de avaliar o processo de enquadramento dos municípios na nova sistemática até que os estados se habilitem a fazê-lo.

5.12. A partir da data de sua constituição, a Comissão Bipartite terá o prazo de 30 dias para submeter ao Conselho Estadual de Saúde a proposta de critérios que orientarão o processo de descentalização no estado.

5.13. A Comissão Bipartite terá o prazo de 30 dias, a partir da data de entrega da solicitação de enquadramento em qualquer das condições de gestão pelo município, para análise, manifestação e encaminhamento ao Ministério da Saúde.

5.14. No caso do estado que, permanecendo na condição de gestão incipiente, não cumpra as obrigações previstas, no prazo de 60 dias a partir da data de publicação desta norma, a Comissão Tripartite encaminhará comunicado para manifestação do Conselho Nacional de Saúde.

5.15. Os municípios que cumpriram o estabelecido na Portaria nº 234/92 (NOB-SUS/1992), os “municipalizados”, serão automaticamente incluídos na condição de gestão parcial, desde que manifestem seu interesse por escrito ao Ministério da Saúde. No prazo de 120 dias, a partir da data de publicação desta norma, o município comprovará à Comissão Bipartite o cumprimento de todos os requisitos pertinentes. A não comprovação implica perda temporária da condição, cabendo à Comissão Bipartite reavaliar o caso.

5.16. Os casos omissos deverão ser dirimidos nas Comissões Bipartites, no Conselho Estadual de Saúde ou na Comissão Tripartite, conforme fluxo estabelecido nas Disposições Preliminares desta norma.

## V. Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde

A despeito dos avanços institucionais e democráticos, as condições sanitárias e as instituições de saúde continuam em grave crise no Brasil. No centro deste processo do setor saúde encontramos a política econômica de cunho neoliberal implementada pelo governo federal e parte dos governos estaduais. Imposta por países e organismos institucionais e pela elite financeira nacional, desenvolve-se esta nefasta política que produz: dependência e endividamento interno e externo, empobrecimento, desemprego, quebra de direitos trabalhistas, exclusão social, violência, doença e morte. Sob o discurso da modernização, estabelece-se, de fato, o “Estado mínimo” para as políticas sociais e o “Estado máximo” para o grande capital financeiro nacional e internacional. Esta é a lógica que encontra-se por trás do atual projeto de Reforma Administrativa e do Estado, que transfere para as leis de mercado e órgãos privados, a responsabilidade de atender os direitos de cidadania. A nossa “modernização” e a nossa reforma administrativa e do Estado são outras: não abrir mão do controle da inflação, mas não abrir mão, também, do avanço das políticas sociais de proteção pública da cidadania e da retomada do desenvolvimento sócio-econômico, de melhor distribuição de renda e do acesso universal a todos os serviços que garantem a qualidade de vida e bons níveis de saúde.

Através do processo de descentralização e consolidação da municipalização plena da saúde e a regionalização dos serviços, o SUS vem permitindo, nas cidades que avançaram na aplicação de seus princípios e diretrizes, a reversão de indicadores, a resolução dos problemas de saúde e a satisfação da população, provando sua viabilidade.

O SUS representa o exemplo mais importante de democratização do Estado, em nosso país. Reafirmamos o SUS como garantia, a toda a população, do acesso às ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação da saúde.

O texto constitucional de 1988 consagra a saúde como produto social, portanto, resultante de um conjunto de direitos que envolvem o emprego, o salário, a habitação, o saneamento, a educação, o transporte, o lazer, etc. Torna-se necessária uma nova cultura de intervenções com fortalecimento de ações intersetoriais, com participação da sociedade, parcerias e solidariedade, que dependem, também, de soluções urgentes a favor da redistribuição de renda, de políticas urbanas adequadas, de geração de emprego e reforma agrária imediata.

A construção de um novo modelo de atenção à saúde passa, necessariamente, pela maior autonomia dos municípios, das regiões e pela reafirmação da participação popular e o controle social com

conselhos paritários, tripartites e deliberativos para que o SUS, cada vez mais, dê certo. Neste sentido, destacamos:

- Exigir a manutenção do princípio e conteúdo constitucional da Seguridade Social, incluindo solidariamente Saúde, Previdência e Assistência Social. Repudiamos qualquer alteração constitucional que signifique retrocesso na conquista da cidadania e dos direitos sociais;

- Deflagração de ampla mobilização popular pela imediata aprovação do Projeto de Emenda à Constituição - PEC 169, que garante 30% dos recursos da Seguridade Social e, no mínimo, 10% dos orçamentos da União, Estados e Municípios para a saúde. Ampliação da base de arrecadação da Seguridade Social com fontes permanentes de financiamento;

- Rejeitar qualquer tentativa de invalidação do Fundo Nacional de Saúde, já regulamentado pela Lei Federal 8142/91. Garantir o fim das fraudes e dos desvios de verbas através da efetiva fiscalização dos Conselhos de Saúde e a descentralização da gestão e controle em todos os níveis de complexidade dos serviços;

- Exigir a imediata discussão do projeto de Reforma do Estado MARE, no âmbito dos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais e a revisão de todas as propostas que ferem os princípios e diretrizes do SUS;

- Contra os modelos alternativos que se resumem na simples privatização da gestão das unidades públicas, como é o caso das fundações privadas e do PAS, que desviam recursos públicos para o lucro de poucos e prejuízo dos interesses da população, além de romperem direitos trabalhistas e fugirem dos princípios do direito público;

- Estabelecer imediatamente uma agenda de prioridades para a implantação de política de recursos humanos coerente com os princípios e diretrizes do SUS, que valorize o trabalho na sua qualidade e seus resultados para a população, rompendo a atual situação perversa de má remuneração e não incentivo à qualificação e que construa um pacto ético e solidário entre os gestores, os trabalhadores de saúde e a população.

Tendo como pano de fundo a necessidade da intensa mobilização e participação popular e a expressão combativa dos participantes na 10ª Conferência Nacional de Saúde, fica reafirmado, como decisivo, o caráter intangível desta Conferência, de instância máxima de avaliação da situação da saúde e de formulação de diretrizes para a política nacional de saúde.

Ao governo cabe, agora, sem maiores delongas, comprometer-se publicamente com a implementação das suas resoluções, que terão consequência prática na medida em que haja um efetivo compromisso dos gestores em todos os níveis e o controle social exercido democraticamente pelos conselhos de saúde em todo o país.