
DESCENTRALIZAÇÃO DO FINANCIAMENTO E GESTÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL: A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — RETROSPECTIVA 1990/1995

Patrícia T. R. Lucchese*

Resumo

Este artigo analisa a estratégia de descentralização da assistência ambulatorial e hospitalar, adotada pelo Ministério da Saúde na condução do processo de implementação do Sistema Único de Saúde (sus) nos anos 90, em especial no período 1993/1995.¹ Para tanto, discorre sobre as principais inovações constitutivas do projeto de reforma setorial consagrado na constituição federal de 1988, e sua implantação no que diz respeito ao financiamento e gestão da assistência à saúde. Por fim, faz uma apreciação das iniciativas desenvolvidas em 1995 para o fortalecimento da capacidade de gestão pública do sistema de saúde nas três esferas de governo, e apresenta as perspec-

* Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, cedida ao Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde desde 1993; coordenadora geral de Desenvolvimento e Avaliação de Serviços de Saúde do Departamento de Assistência e Promoção à Saúde (cgas/daps), a partir de março de 1995.

¹ Dedico este trabalho a Denisson Luiz Cerqueira de Menezes e Gilson Carvalho, e a todos que trabalharam intensamente nessa história.

tivas de trabalho para 1996, além de alguns dos principais desafios a superar.

O Sistema Único de Saúde vem sendo objeto de duras críticas na conjuntura sócio-política recente. Tais críticas são relativas ao alcance de seus objetivos, ao uso de recursos na execução de suas atividades, à qualidade da assistência prestada, e à estratégia de reforma setorial que representa. Não raro o diagnóstico de *fracasso* do sus fundamenta propostas que procuram redesenhar o projeto de reorganização do setor *Saúde* desencadeado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a partir da reconceitualização dos princípios de universalização, integralidade e equidade ali estabelecidos.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

Grande parte das análises que consubstanciam essas críticas, entretanto, seja por desinformação, seja por opção, deixam de considerar alguns aspectos bastante relevantes, as quais comprometem a qualidade e a consistência de suas conclusões e/ou proposições.

Assim, por exemplo, não consideram o fato de que o arcabouço jurídico-legal básico para a implementação do Sistema Único de Saúde foi concluído somente em dezembro de 1990, com a edição da Lei nº 8 142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sus e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Por outro lado, não consideram que as mudanças fundamentais para sua implementação, isto é, a operacionalização da ampliação e extensão do direito à saúde, a descentralização na distribuição de competências e de receitas públicas entre os três níveis de governo, e o comprometimento do Estado e da sociedade com o financiamento do sistema, requerem significativa transformação nas relações econômicas, políticas, sociais, institucionais, administrativas e culturais que atuam nesse processo. Isso aplica-se também às demais inovações estabelecidas pela Constituição para o sistema tributário e no campo da ordem social.

Se considerarmos esses aspectos, não cabe avaliar *de forma conclusiva* o sucesso ou o fracasso de um projeto com características tão complexas e que ainda não completou seis anos — o que não quer dizer que não seja pertinente desenvolver análises parciais de sua implementação, principalmente as que contribuam para o

aperfeiçoamento e/ou redefinição das estratégias e diretrizes da política de saúde.

As iniciativas recentes de descentralização do financiamento e da gestão da assistência à saúde no Brasil — diretriz constitucional para a organização do Sistema Único de Saúde, têm apresentado muitos avanços e desafios, e refletem um processo extremamente dinâmico e participativo, porém com pouca visibilidade social.

Talvez porque nem sempre as inovações implementadas, e mesmo os desafios a superar, possam ser imediatamente mensuráveis ou matematicamente quantificáveis para satisfazer avaliações pautadas na racionalidade econômica; talvez porque precisemos ainda desenvolver e aperfeiçoar indicadores quantitativos e qualitativos que possam apreender resultados de processos políticos, sociais e institucionais; talvez porque as experiências positivas em termos de resultados concretos para a população ainda são localizadas (além de pouco divulgadas); ou talvez porque precisemos registrar de forma mais sistemática os fatos relevantes que materializam a mudança no setor — informação ainda restrita aos fóruns específicos de participação na formulação política e na gestão do sistema.

O presente artigo pretende estimular a ampliação desse debate, com o objetivo de subsidiar análises críticas que verdadeiramente contribuam para a reforma setorial em curso. Corresponde a um esforço de registrar parte das iniciativas recentemente implementadas e a experiência acumulada na gestão da descentralização da assistência à saúde no Brasil, no âmbito da direção nacional do Sistema Único de Saúde, isto é, do Ministério da Saúde.

Cabe enfatizar que este texto restringe-se basicamente à história recente da descentralização da assistência ambulatorial e hospitalar e, por isso, refere-se apenas a uma parte do processo de implementação do Sistema Único de Saúde, pois esse sistema abrange ainda ações e serviços de promoção e prevenção da saúde, relacionados às atividades do campo da saúde pública, da vigilância sanitária, das intervenções sobre o meio ambiente, das políticas de alimentação, nutrição e medicamentos, entre outras, as quais merecem estudos específicos.

Por fim, como participante desse processo, e reconhecendo todo o envolvimento emocional/profissional que concentra, não poderia deixar de mencionar que representa uma versão dos fatos desenvolvida a partir da perspectiva de quem integra a equipe que o acompanha no Ministério da Saúde. De toda forma, essa versão baseou-se em extensiva documentação.²

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

1 O Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988

A Constituição federal estabeleceu os princípios, diretrizes e organização das ações e serviços de saúde para a reforma do sistema brasileiro, por meio da criação do Sistema Único de Saúde.

O sus constitui parte de um amplo movimento pela reestruturação do padrão de intervenção estatal na área social, que atravessou os anos 80. Tal movimento logrou incorporar ao texto constitucional a reorganização do sistema de proteção social brasileiro, por meio de um modelo de Seguridade Social.

A Seguridade Social compreende o conjunto integrado das ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social, a ser organizada pelo Poder Público com base nos seguintes objetivos: universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; eqüidade na forma de participação no custeio, diversidade da base de financiamento e caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa (Constituição federal, art.194).

² Contribuíram para a feitura deste texto com informações, críticas e sugestões: Maria Elizabeth Diniz Barros, Gilson Caleman, Janice Dornelles de Castro, Eduardo Levcovitz, Neyde Glória Garrido, Geraldo Lucchesi, Célia Almeida, e a equipe técnica da cgas, a quem registro meu agradecimento. Agradeço, ainda, a Enis Baris, do idrc/Canadá, por compartilhar a idéia e o roteiro básico deste trabalho, e pela leitura e estímulo permanentes durante sua elaboração. Por fim, agradeço à qualidade dos comentários e sugestões, acatados em sua quase totalidade, dos pareceristas que analisaram este artigo para publicação.

Como princípios para a reorganização da atenção à saúde e direito social, a Constituição determina a *universalização* da cobertura e do atendimento, e a *igualdade* no acesso às ações e serviços:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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”.

Além disso, a Constituição qualifica todas as ações e serviços de saúde prestados no país, sejam executados por entes públicos ou privados, como de relevância pública, sujeitando-os portanto à regulamentação, fiscalização e controle pelo Poder Público.

Para a implantação do Sistema Único de Saúde, estabelece as seguintes diretrizes: *descentralização* das ações e serviços, com *direção única* em cada esfera de governo; *integralidade* no atendimento, com prioridade para as atividades preventivas; *participação da comunidade*, como mecanismo para efetivar o controle social do sistema.

Observando essas diretrizes, a implementação do SUS deve configurar uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos e privados de saúde (estes últimos participando do sistema de forma complementar), a partir da celebração de contratos de direito público ou convênios com o Poder Público, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (Constituição federal, art. 199, parágrafo 1º).

Quanto ao financiamento, à Saúde cabe parte dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), um dos três orçamentos da União, também instituído pela Constituição federal, de acordo com proposta elaborada de forma negociada e integrada pelos órgãos responsáveis por cada uma das três áreas — previdência social, assistência social e saúde (art. 195, parágrafo 2º).

Esse arranjo político-institucional reflete o debate que tomou conta do cenário setorial a partir do início da década de 80, no âmbito do

processo de redemocratização do Estado brasileiro, conduzido por um amplo movimento político pela reforma sanitária.³

Para uma melhor contextualização do processo de descentralização, e pela influência que os atores sociais envolvidos nesse movimento ainda mantêm na condução da política de saúde no Brasil, apresentaremos inicialmente as bases do projeto de inovação setorial que defendiam, o que alimentou o debate e os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte. Em seguida, descreveremos a organização da gestão e do financiamento do sus, e, finalmente, analisaremos a implementação da descentralização da assistência à saúde.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

2 sus — Projeto de Inovação Setorial

O ponto de partida consensual para o desenho das principais propostas do projeto de inovação política setorial, resumia-se na fórmula *Saúde: direito de todos e dever do Estado*; ou seja, a saúde, entendida como bem público, deveria constituir-se em direito social universal, a ser garantido pelo Estado a todo e qualquer cidadão brasileiro residente no país, independente de sua condição de segurado da Previdência ou não. Tal consenso fundamentava-se na leitura crítica da intervenção estatal no período autoritário, a qual, apesar de intensa, não desenhou um sistema de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário a toda a população brasileira.

A tarefa, portanto, consistia em recuperar e redefinir o papel do Estado democrático em suas funções públicas, atribuindo ao aparato estatal de governo a competência e a responsabilidade de normatizar, financiar, controlar e assegurar a universalização do direito à saúde:

³ *Esse movimento, cujas raízes remetem-nos ao final da década de 60, reunia uma frente de profissionais de saúde envolvidos nos campos de pesquisa, formação de recursos humanos, serviços e formulação da política de saúde, críticos ao padrão de intervenção estatal no campo sanitário, partidos políticos progressistas, movimentos populares pela saúde, movimento sindical, movimento municipalista. Suas principais propostas foram sistematizadas e divulgadas pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (abrasco) em 1985, por meio da publicação "Pelo Direito Universal à Saúde. Contribuição da abrasco à VIII Conferência Nacional de Saúde".*

"Exercer a função pública Saúde, significa entender que o Estado pode coibir liberdades pessoais para preservar o interesse geral. Significa também alertar para o fato de que o serviço público não é só aquele executado pelo Estado ou concedido à exploração privada, senão que, sendo a função pública Saúde, por natureza e definição, uma função social, quando exercida diretamente pelos particulares a indivíduos isolados está igualmente sujeita ao PODER PÚBLICO, poder maior que, numa democracia plena está por sua vez submetido à vontade e ao controle soberano do poder popular" ABRASCO (1985, p. 25)].

A partir dessa concepção, busca-se promover a ruptura do padrão da ação estatal no campo da saúde, consolidado na década de 70 durante o regime autoritário, e caracterizado pela segmentação de clientela, fragmentação institucional e gestão centralizada.

A proposta de universalização da assistência à saúde abre nova perspectiva para a discussão sobre os direitos sociais. No Brasil, a conquista da cidadania foi afetada por um processo político fragmentador da classe trabalhadora, que concedeu *benefícios* na forma de *privilégios* a certas frações, no cerne de um projeto autoritário de corporativização do movimento operário e sindical.

A esse processo correspondeu a estruturação de um sistema previdenciário que, relativamente à assistência médica, garantiu o acesso apenas aos trabalhadores e dependentes vinculados ao mercado formal da economia, "criando uma situação de pré-cidadania para todos os demais brasileiros quanto ao direito à saúde" (*op. cit.*, p. 13).

Tal configuração agravou-se no período autoritário, quando a extrema centralização do processo decisório excluiu a participação dos trabalhadores/usuários da gestão do sistema, e favoreceu a compra de serviços médicos aos empresários da saúde, o que acentuou a iniquidade no acesso, a deficiência no controle e a qualidade precária dos serviços. Simultaneamente à exclusão dos trabalhadores desempregados ou subempregados, aos quais não foi garantido sequer o acesso aos serviços do sistema previdenciário, ampliaram-se as desigualdades entre os que dele faziam parte, "discriminando o acesso aos serviços por parte dos trabalhadores rurais, da população que vive na periferia das metrópoles, dos que

habitam as regiões mais pobres". Além disso, foram preservados serviços diferenciados para militares e funcionários públicos e criados sistemas complementares de previdência e assistência para os executivos das grandes empresas estatais (*op. cit.*, p. 14).

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

Em oposição a esse padrão, o movimento pela reforma reivindicava a instituição do direito à saúde como direito inerente à pessoa, sendo portanto extensivo a toda a população brasileira, sem qualquer tipo de discriminação, o que operou uma reversão na lógica do benefício concedido mediante a vinculação ao sistema previdenciário ou como função das possibilidades econômicas. Além disso, o direito à saúde, entendido como o acesso aos serviços sanitários de todos os níveis, deveria abranger, de maneira integradora, ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Em relação à provisão dos serviços, a situação de predomínio de produtores privados na prestação de serviços públicos de saúde, decorrente da estratégia institucional da Previdência de contratar serviços de terceiros para o atendimento aos segurados, acrescentava complexidade à questão.

O reordenamento da oferta e produção dos serviços de saúde, deveria, pois, contemplar:

- a melhor articulação dos produtores públicos, com a adoção de novos padrões de eficiência e eficácia, para recuperar sua credibilidade junto à população;
- a direção estatal, democrática e com meios efetivos de controle pela sociedade sobre a oferta de serviços públicos e privados.

O controle social e a democratização do processo decisório, constituíam, portanto, aspectos centrais da estratégia de reestruturação setorial a serem alcançados pela: i) *descentralização* do sistema de saúde, por meio de um processo de coordenação — integração interinstitucional; ii) *participação popular* no planejamento, avaliação e controle do sistema de saúde, nas três esferas de governo.

Desenvolveu-se, assim, a proposta de unificação efetiva das redes federal, estadual e municipal, em um único sistema nos estados e

municípios, e estabeleceu-se a gestão descentralizada das ações e serviços de saúde, com comando único. Para tal, julgava-se imprescindível a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (inamps), vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (mpas) e responsável pela assistência ambulatorial e hospitalar dos segurados, ao Ministério da Saúde, que ficaria encarregado de prestar assistência integral a toda a população. A atuação da Previdência ficaria restrita ao gerenciamento dos benefícios de auxílio e aposentadoria.

No que tange ao financiamento do sistema de saúde proposto, as inovações giravam em torno de três pontos básicos e imprescindíveis aos pressupostos de universalização e equidade da assistência:

- a necessária diversificação das fontes tributárias responsáveis pela receita previdenciária, até então centrada na folha salarial (extremamente regressiva e vulnerável a conjunturas recessivas);
- a necessidade de recursos permanentes e contínuos (orçamentários, previdenciários e/ou de fundos especiais) para a gestão de uma política de saúde consistente;
- o redimensionamento da natureza do vínculo jurídico que regulamentava as relações entre o Poder Público e o setor privado, por meio de instrumentos que assegurassem o exercício pleno do poder normativo, fiscalizador e coercitivo do primeiro na garantia dos compromissos e responsabilidades assumidos na prestação de serviços à população;

Em suma, esses eram os contornos do projeto para o reordenamento setorial: ao Estado caberia garantir o direito à saúde de forma universal, integral, eqüânime e redistributiva, com o objetivo de superar a desigualdade, regressividade e centralização na oferta das ações e serviços de saúde.

As proposições centrais que cimentaram o projeto de inovação da política de saúde, ao obterem a adesão de importantes segmentos da burocracia governamental e da atividade política parlamentar, atravessaram o aparato estatal e contribuíram para a implementação de estratégias setoriais nos anos 80, as quais conduziram o setor de saúde para essa direção.

Assim, observa-se, já na primeira metade da década de 80, traços marcantes desse projeto nas iniciativas governamentais para a reorganização e racionalização da assistência médica, no âmbito de uma estratégia político-institucional denominada Ações Integradas de Saúde (ais).

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

As AIS, implementadas pelo INAMPS/MPAS no período 1983/1986, consistiam em uma estratégia de integração programática entre as instituições públicas de saúde federais, estaduais e municipais, no âmbito de cada unidade federada, com o objetivo de desenvolver os sistemas estaduais de saúde, sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde e em consonância com a Política Nacional de Saúde. Visavam promover a reorganização do setor por meio da regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde, com ênfase na assistência básica e na definição de mecanismos de referência e contra-referência, com adscrição de clientela.

Tinham como metas o desenvolvimento de um processo integrado de planejamento, programação e acompanhamento da rede de saúde, para reforçar mecanismos gerenciais locais, bem como a efetiva descentralização do processo decisório para o nível local, inclusive quanto à definição de prioridades e à aplicação dos recursos financeiros.

Estabeleceram os princípios estratégicos de universalização e equidade do acesso, de integralidade das ações (preventivas/curativas) e de organização dos serviços em um único sistema. Valorizaram a participação dos diferentes segmentos da população na definição das necessidades, prioridades e políticas, e no processo de avaliação da assistência prestada.

Assim, com a criação de Comissões Interinstitucionais em cada esfera de governo, deu-se início a um processo de coordenação interinstitucional e de gestão colegiada de assistência à saúde, o que articulou (com base em convênios tripartite) as ações do inamps, do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, e das Secretarias de Saúde (estaduais e municipais), e buscou promover a participação dos prestadores privados e da comunidade no planejamento e no desenvolvimento de estratégias para a racionalização da oferta de serviços.

Segundo Cordeiro (1991), ao final de 1985, 664 municípios haviam aderido formalmente às Ações Integradas de Saúde, o que cobria potencialmente 70% da população do país. O autor avalia, entretanto, que a despeito de introduzir uma ordenação racionalizadora às ações e criar a base técnica e gerencial para a unificação por meio das estruturas de gestão colegiada, a estratégia não superou os limites institucionais do antigo sistema, preservando a autonomia e o verticalismo de cada instituição, e, portanto, a estrutura de poder do sistema de saúde. De toda forma, pode-se afirmar, concordando com o autor, que as AIS “orientaram uma nova estrutura organizativa, imprimiram o sentido da descentralização, estabeleceram as bases técnicas, econômicas e jurídicas do relacionamento com o setor privado, e ordenaram todas as decisões que enlaçavam o INAMPS às outras instituições de saúde através de órgãos colegiados” (*op. cit.*, p. 79).

À estratégia das ais, seguiu-se em 1987, no governo da Nova República (1985/1989), a implantação de uma nova estratégia que visava instituir o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com convênios entre o INAMPS/MS/Ministério da Educação e governos dos estados e respectivas Secretarias de Saúde. O SUDS também tinha como objetivos a descentralização do sistema de saúde, a valorização do setor público na execução da política de saúde, a participação da população e dos profissionais de saúde na gestão e controle orçamentário, e a priorização de contratos com serviços filantrópicos, para atender as necessidades de complementação da cobertura assistencial prestada por serviços próprios, com base nas normas de direito público e qualidade dos serviços. Reforçava a utilização dos instrumentos de planejamento na administração de serviços para uma alocação mais eqüânime dos recursos para a saúde, baseada na programação/orçamentação integrada.

As instituições signatárias do convênio ficavam obrigadas a garantir a integração de seus recursos físicos, materiais, humanos e financeiros. Os recursos financeiros constituiriam a base de um orçamento unificado. A Secretaria de Saúde do estado assumia a responsabilidade pelo processo de unificação das unidades da rede pública, pela administração dos contratos, convênios e credenciamentos firmados pelo INAMPS, e pela obrigação de promover uma

reforma administrativa interna que garantisse a realização de suas novas atividades e funções.

Foram celebrados convênios com quase todos os estados (à exceção de um) e dos territórios, e foi desencadeada a transferência para a rede estadual e/ou municipal da rede assistencial do INAMPS, com a descentralização inclusive do controle sobre os contratos e convênios para a prestação de assistência médica (para os estados), e o incentivo à transferência de funcionários para as administrações estaduais.

A trajetória do SUDS foi bastante problemática, pelo deslocamento de poder do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde, e todos os conflitos políticos, institucionais e burocráticos associados às resistências à unificação e descentralização da rede de serviços, o que criou barreiras significativas que tiveram como resultados a ampliação dos custos da rede INAMPS, distorções e desperdícios de recursos, e conflitos entre as instâncias decisórias que cristalizaram e paralisaram o processo de implementação de sua estratégia [ABRASCO (1989); Cordeiro (1991)].⁴

Merece destaque, ainda nos anos 80, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, sem dúvida o evento político setorial de maior peso na década, pela mobilização social alcançada (em torno de 4 000 participantes) e pela influência decisiva de suas recomendações, tanto no processo de formulação das estratégias e diretrizes para a reforma do sistema de saúde no âmbito da Reforma Sanitária oficial do governo da Nova República, quanto nos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte. Convocada com o objetivo de discutir e definir os rumos de uma nova organização do sistema de saúde no Brasil, a conferência contou com a participação de importantes entidades de representação sindical (CUT, CGT, CONTAG), da sociedade civil organizada, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); de movimentos populares regionais, de usuários e de profissionais de saúde de todo o país, além das principais autoridades do Poder Público setorial. A conferência representou, en-

⁴ Para uma análise detalhada das AIS e do SUDS, sob uma perspectiva política e institucional, ver Cordeiro (1991).

tão, um momento de reflexão e redefinição da política de saúde pela sociedade, e seu relatório final tornou-se referência básica de todos os debates sobre a política setorial.⁵

Parece lícito afirmar, portanto, que a movimentação política na arena setorial e os avanços no campo institucional do sistema de saúde, favoreceram o início do processo de descentralização do poder decisório estatal quanto à alocação de recursos e à operação de serviços nos anos 80, e consagraram, na Nova Carta Constitucional Federal de 1988, um sistema único de atenção à saúde como direito de cidadania e dever do Estado.

Contudo, é preciso frisar que o projeto de inovação setorial não estava acima das contradições que caracterizam a sociedade brasileira. A reforma setorial colocava em pauta a redefinição de prioridades governamentais, o aporte adicional de recursos financeiros, a rearticulação de interesses, a reengenharia institucional, a racionalização da oferta de serviços, e o rearranjo da relação público x privado na organização da atenção integral e equânime à saúde, entre outros aspectos.

Assim, embora seja verdade que importantes itens do movimento pela reforma setorial tenham sido incorporados ao texto constitucional e à legislação infraconstitucional, a inclusão de tais demandas deu-se no limite das ambigüidades e lacunas jurídicas que até hoje

⁵ A partir de proposta da 8ª Conferência por criação de um Grupo Executivo da Reforma Sanitária (para efetivar suas propostas e dar continuidade à discussão da saúde, subsidiando a Assembléia Nacional Constituinte), foi instituída, por meio da Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86, de 22/8/86, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Coordenada pelo secretário-geral do Ministério da Saúde e composta por representantes de órgãos governamentais, Congresso Nacional e sociedade civil, teve por finalidade, tomando por base as conclusões e recomendações da mesma conferência, desenvolver uma série de estudos e proposições para uma nova estrutura organizacional do sistema de saúde, para o aperfeiçoamento dos instrumentos de articulação dos setores do governo que atuavam na área, e para a instituição de mecanismos de planejamento plurianual no setor, buscando contemplar as necessidades dos segmentos da população a ser atendida. Por meio de sua Secretaria Técnica foi editada uma série de publicações com coletâneas de documentos e estudos sobre os quais se assentaram os seus trabalhos (Documentos I, II e III), com tiragens de 20 000 exemplares distribuídos para órgãos de representação da sociedade, imprensa, serviços de saúde, parlamentares e interessados. Entre esses documentos encontram-se inclusive uma proposta para a saúde na nova Constituição brasileira, e uma proposta para uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde (importante material para análise). Para maiores detalhes sobre a saúde no projeto constituinte ver Rodrigues Neto (1988).

permanecem em aberto, e em torno das quais desenrolam-se os conflitos pelo real direcionamento do setor.

As contradições existentes, traduzidas em projetos políticos distintos, continuam disputando os espaços de formulação política e impactam o processo de implementação do sus, inclusive no que diz respeito à descentralização. A tradução mais recente dessas contradições pode ser expressa pelas alternativas de universalização/focalização na definição da *clientela* do sus, cesta básica/atenção integral na abrangência dos procedimentos/serviços custeados pelo sistema, e o *mix* público/privado na composição da oferta das ações e serviços. Essas alternativas foram adotadas nas diferentes proposições para a configuração da intervenção estatal no campo da saúde.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

3 O sus e a Descentralização da Gestão da Saúde

A organização das ações e serviços de saúde no Brasil desenvolveu-se, historicamente, a partir de duas trajetórias institucionais: as ações e serviços de saúde pública/saúde coletiva, dirigidas à população em geral, sob responsabilidade das esferas subnacionais de governo e do Ministério da Saúde (e fundações vinculadas), e as ações de assistência médica ambulatorial e hospitalar realizadas pela Previdência Social, dirigidas, principalmente, aos trabalhadores empregados no mercado formal de trabalho urbano. Cada uma teve financiamento, administração, lógicas e cultura institucional própria.

Ainda que, como mencionamos anteriormente, as primeiras tentativas de mudança para organização de um sistema descentralizado de saúde remetam-nos ao início da década de 80, estas, na prática, restringiram-se a buscar a articulação/integração/racionalização das ações e serviços da assistência ambulatorial e hospitalar prestadas pelas redes federal (INAMPS), estadual e municipal. Assim, foi somente com a implementação do Sistema Único de Saúde, que as inovações assumiram a dimensão de uma verdadeira reforma político-institucional setorial, abrangendo o conjunto das ações e serviços de saúde.

À Constituição federal de 1988, seguiu-se um processo de elaboração e aprovação da legislação infraconstitucional que detalhou os princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema — objeto de muita disputa política, que só se concluiu em dezembro de 1990.

A organização básica das ações e serviços de saúde, quanto à direção, gestão, competências e atribuições de cada esfera de governo no sus, foi objeto da Lei nº 8 080, de 19 de setembro de 1990. Esta foi complementada, no que se refere à participação da comunidade na gestão do sistema e à forma e condições para as transferências intergovernamentais de recursos neste âmbito, pela Lei nº 8 142, de 28 de dezembro de 1990.

De acordo com essa legislação, ao sus compete prestar 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, aí incluídas as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (Lei 8 080, capítulo I). A execução dessas ações e serviços, antes realizada por força de convênio, passa a constituir *dever* de cada esfera de governo, às quais, de acordo com suas atribuições e competências no sus, devem corresponder os poderes e instrumentos necessários para tal.

As competências de cada esfera de governo, foram assim estabelecidas:

i) à *direção municipal* do sus, exercida pela Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, compete:

- formular a política municipal de saúde, em consonância com a política estadual e nacional;
- planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, por meio do *gerenciamento* e *execução* dos serviços públicos ambulatoriais e hospitalares de assistência à saúde, dos laboratórios de saúde pública e dos hemocentros, da gestão da rede contratada de produtores privados (contratando, controlando e avaliando seus serviços), da execução dos serviços de vigilância epidemioló-

gica, da vigilância sanitária, de ações de alimentação e nutrição, de saneamento básico, e de saúde do trabalhador;

- executar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- fiscalizar a execução da política de meio ambiente;
- planejar, programar e organizar a rede regionalizada e hierarquizada do sistema, em articulação com a direção estadual do sus;
- normatizar complementarmente as ações e serviços de saúde no seu âmbito de atuação.

ii) à *direção estadual* do sus, exercida pela Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, compete:

- formular a política estadual de saúde em consonância com a política nacional de saúde, bem como participar na formulação das políticas de saneamento, meio ambiente (incluído o do trabalho) e produção de insumos e equipamentos, a cargo da direção nacional;
- coordenar, em caráter complementar, as ações desenvolvidas pelos municípios; executar ações e serviços de alimentação e nutrição, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica e sanitária;
- coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e de hemocentros;
- gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- acompanhar, controlar e avaliar a regionalização e hierarquização do sus no estado;
- acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de saúde no âmbito da unidade federada;
- normatizar, suplementarmente à normatização nacional, procedimentos de controle de qualidade;
- promover a descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios;
- prestar cooperação técnica e financeira aos municípios.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

iii) à *direção nacional* do sus, exercida pelo Ministério da Saúde, compete:

- formular, normatizar, avaliar e acompanhar a política nacional de saúde, e as políticas de nutrição e alimentação, meio ambiente (incluído o do trabalho) e saneamento;
- formular e executar a política nacional de produção de insumos e equipamentos de interesse para a saúde;
- definir e coordenar os sistemas de redes integradas de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e sanitária, de sangue, componentes e hemoderivados;
- regular a formação e o exercício profissional na área da saúde;
- regular as relações entre o sus e os produtores privados contratados de assistência à saúde;
- estabelecer normas para o controle da qualidade de produtos e serviços do sistema e estabelecer padrões técnicos de assistência à saúde;
- promover a descentralização das ações e serviços de saúde;
- prestar cooperação técnica e financeira a estados e municípios;
- executar, em circunstâncias especiais que representem risco nacional, ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Para a realização dessas responsabilidades sanitárias, estruturou-se a gestão do Sistema Único de Saúde a partir dos seguintes órgãos, organismos colegiados e instrumentos, em cada esfera de governo:

a) *Órgão Executivo* — órgão do Poder Executivo responsável pela direção do sus (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Secretaria Municipal), atua na formulação da política de saúde e em sua execução, com atividades de planejamento, regulação, normatização, administração, controle e avaliação, de acordo com as competências e atribuições previstas para cada esfera de governo.

b) *Conselho de Saúde* — órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários (estes com repre-

sentação paritária em relação ao conjunto dos demais), atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, sendo suas decisões homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Tem por finalidade *exercer o controle social* sobre a gestão e implementação do Sistema Único de Saúde.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

c) *Fundo de Saúde* — conta especial onde são depositados e movimentados os recursos financeiros do sus, sob fiscalização do Conselho de Saúde, nas três esferas de governo. A criação por meio de lei, e o funcionamento do fundo de saúde, constituem um dos requisitos para que estados, municípios e Distrito Federal recebam, de forma regular e automática, recursos federais do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para a implementação de ações e serviços, alocando-os a investimentos na rede de serviços, e à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e demais ações de saúde.

d) *Conferência de Saúde* — fórum convocado pelo Poder Executivo a cada 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 em cada esfera de governo.⁶

Em 1993, com a implantação de uma nova estratégia de descentralização das ações e serviços de saúde, por uma norma operacional do Ministério da Saúde que promoveu efetivamente a gestão descentralizada do sus, conforme discutiremos mais adiante, um novo organismo colegiado foi acrescentado à estrutura de gestão do sus nas esferas federal e estadual: as Comissões Intergestores.

⁶ A trajetória da política de saúde brasileira, desde 1947, é marcada pela realização de conferências nacionais de caráter consultivo. A partir de 1986, quando da realização da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde ("Saúde: direito de todos e dever do Estado") essas conferências, de fato, passaram a orientar o processo de formulação da política de saúde que as sucedeu. Além disso, cabe ressaltar que desde então as conferências nacionais são precedidas por conferências municipais e estaduais, como fase preparatória, nas quais são definidos os delegados de cada estado para participação na etapa nacional. A 8ª, a 9ª e a 10ª Conferência Nacional de Saúde tiveram uma média de quatro mil participantes de todo o país (profissionais de saúde, intelectuais, sindicatos e centrais de trabalhadores, movimentos sociais, representações de usuários, partidos políticos, prestadores privados de serviços e autoridades governamentais).

As Comissões Intergestores têm por finalidade estabelecer a *parceria entre os gestores* do Sistema Único de Saúde no processo de *operacionalização* da política, estratégia e diretrizes para a *descentralização* das ações e serviços de saúde, segundo as seguintes atribuições:

- elaboração de propostas para implantação e operacionalização da gestão descentralizada do sistema (normatização, planejamento, programação integrada, controle e avaliação);
- acompanhamento da implantação das normas operacionais básicas nacionais reguladoras do processo de organização da gestão da assistência;
- acompanhamento e avaliação da implantação da gestão descentralizada das ações e serviços de saúde nos estados e municípios;
- definição de critérios para alocação dos recursos federais para cobertura assistencial;
- desenvolvimento de estudos específicos para o equacionamento de problemas identificados na operacionalização das políticas.

Estão constituídas na esfera federal e na esfera estadual, e têm as seguintes características, respectivamente:

a) *Comissão Intergestores Tripartite (CIT)* — constituída paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, da entidade de representação do conjunto dos secretários estaduais de Saúde — CONASS, e da entidade de representação do conjunto dos secretários municipais de Saúde — CONASEMS. Criada em julho de 1991, através da Portaria GM nº 1 180, funcionou assistematicamente em 1991/1992, reuniu-se quinzenalmente nos anos de 1993 e 1994 e vem reunindo-se mensalmente a partir de 1995.

b) *Comissão Intergestores Bipartite (CIB)* — constituída paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e da entidade de representação do conjunto dos secretários municipais de Saúde do estado. Criada em maio de 1993 (Norma Operacional Básica sus 01/93), foi instituída durante os anos de 1993 e 1994

nos diferentes estados e reúne-se, em média, mensalmente, em cada estado.⁷

Para assumir as novas responsabilidades na gestão descentralizada do sus, estados, Distrito Federal e municípios devem comprovar a existência desse arranjo institucional para a gestão do sistema. Relatórios de acompanhamento da implementação do sus produzidos pelo Ministério da Saúde no segundo semestre de 1995, confirmam que: i) os Conselhos de Saúde e as Comissões Intergestores Bipartite estavam criados e em funcionamento em todos os estados brasileiros; ii) os Fundos de Saúde estavam instituídos em dezessete dos 27 estados; e iii) no mínimo 2 760 municípios, isto é, 55% do total de 4 974 municípios brasileiros já contavam com Conselho Municipal de Saúde e Fundo Municipal de Saúde [MS/SAS (Relatórios, 1995)].⁸

Assim, vem-se negociando e instituindo a direção única em cada esfera de governo, via descentralização gradativa para estados e municípios (especialmente para os últimos), da gestão das unidades públicas das redes federal e estadual, da gestão dos serviços contratados da rede privada, e dos recursos correspondentes para que assumam suas novas responsabilidades sobre a assistência à saúde da população brasileira.⁹

No que diz respeito às ações e serviços de assistência médica, uma aproximação preliminar aos dados sobre a rede de serviços do

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

⁷ Os secretários estaduais e os secretários municipais de Saúde criaram, na década de 80, órgãos colegiados nacionais para sua representação política junto às instâncias de governo federais e estaduais de formulação e gestão da política de saúde. São eles: o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (conass — 1982) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (conasems — 1988). Esses órgãos colegiados vêm trabalhando e desenvolvendo, com o Ministério da Saúde, uma relação de parceria extremamente produtiva no processo de formulação e implementação do Sistema Único de Saúde, com uma participação política e técnica decisiva na elaboração e condução da estratégia setorial.

⁸ Em janeiro de 1997, já temos 3 127 municípios (63% do total) com essas características.

⁹ A Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde, por meio de suas secretarias, têm registrado sistematicamente seu trabalho, com atas de reuniões, formalização de suas deliberações (recomendações e resoluções, respectivamente) e relatórios dos Grupos de Trabalho/Comissões Técnicas, os quais constituem importante material para consulta e estudos.

Sistema Único de Saúde, permite algumas constatações relevantes, ainda que demandem estudo mais detalhado, sobre a tendência da descentralização nos últimos anos.

A gestão da rede de serviços de atendimento ambulatorial, predominantemente pública,¹⁰ já se encontra no mínimo sob a responsabilidade da direção estadual do sus. Segundo o Relatório da Assessoria Técnico-Gerencial do Ministério da Saúde (atg/ms), em junho de 1996, do total de unidades públicas ambulatoriais cadastradas no Sistema Único de Saúde no país, 98% estavam sob gestão descentralizada, isto é, 15% sob gestão estadual e 83% sob gestão municipal.

A análise da distribuição dos leitos, das internações e das despesas com internações do sus, por natureza do prestador, no período 1991/1995, segue a mesma tendência, como mostram as tabelas a seguir.¹¹

TABELA 1

Distribuição dos Leitos Cadastrados no sus, segundo a Natureza do Prestador de Serviços (1991 a 1995)

Natureza	Quantidade de Leitos (mil)					Variação (%) 1991/1995
	1991	1992	1993	1994	1995	
Federal	15,7	15,7	12,0	10,9	10,8	-31
Estadual	56,2	65,1	64,4	59,3	58,9	5
Municipal	17,8	28,8	33,9	35,7	37,7	112
Filantr./contr.*	346,5	355,1	355,7	357,0	353,7	2
Universitários	24,3	26,2	39,3	44,8	42,3	74
Sindicatos	—	0,04	0,02	0,02	0,78	—
Total	460,6	491,0	507,4	507,9	504,2	9

¹⁰ Em 1995, do total de procedimentos ambulatoriais realizados no âmbito do sus, 74% foram realizados em unidades públicas de saúde.

¹¹ O ano de 1991 foi tomado como referência por corresponder ao ano 1, após o início da vigência da legislação infraconstitucional que dispõe sobre a organização do sus.

Fonte: DATASUS/FNS/MS.

Nota: *Filantrópicos e outros hospitais privados contratados.

No período 1991/1995, verifica-se uma expansão de 9,5% no número de leitos existentes no SUS, que corresponde basicamente à expansão da oferta de leitos sob administração municipal (112%) e no âmbito dos hospitais universitários (74%). Os leitos sob gerência estadual registram um incremento de 5%, em função do comportamento observado em 1992 (incremento de 15% em relação a 1991), que não se repete no período 1993/1995, quando há redução de 9% em relação a 1992. O setor privado (contratado e filantrópicas) tem um incremento de apenas 2% e, ressalte-se, o número de leitos sob gerência federal apresenta uma redução de 31%.

Vale registrar o comportamento dos leitos privados no total de leitos cadastrados: apesar de sua participação relativa no total de leitos do país decrescer no período em cinco pontos percentuais, em 1995 permanecia no patamar de 70%.

TABELA 2

Número de Internações Realizadas no Âmbito do SUS, segundo a Natureza do Prestador de Serviços (1991 a 1995)

Natureza	Quantidade de Internações (mil)					Variação (%) 1991/1995
	1991	1992	1993	1994	1995	
Federal	274,7	317,9	238,6	154,5	111,4	-59
Estadual	937,4	1 282,7	1 412,7	1 274,0	1 156,7	23
Municipal	602,4	912,3	1 082,4	1 196,6	1 164,9	93
Filantr./contr.*	10 933,8	11 183,9	11 045,6	10 614,0	8 707,4	-20
Universitários	820,1	885,1	1 049,7	1 457,2	1 469,1	79
Sindicatos	-	-	0,7	2,6	3,7	-
Total	13 568,5	14 583,1	14 829,8	14 699,0	12 613,2	-7

Fonte: DATASUS/FNS/MS.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

Nota: *Filantrópicos e outros hospitais privados contratados.

A expansão de leitos é acompanhada de uma redução no número de internações, no período, de 7%. Tudo indica que esta redução foi determinada predominantemente pela implementação, em 1995, de medidas racionalizadoras da atenção hospitalar, que reduziram em 14% o nº de internações no sus em relação a 1994. Entretanto, ao observarmos o período 1991/1994, constata-se a expansão de 8% no total de internações. O incremento deve-se à rede municipal, que praticamente dobra o nº de internações no período (98%), representando um incremento em sua participação relativa de 6 para 8% do total de internações, à rede estadual (36%), cujas unidades próprias eram responsáveis em 1991 por 7% das internações, passando a 9% em 1994, e aos hospitais universitários (78%), que passam a ser responsáveis por 10% das internações do sus em 1994, quando sua participação relativa em 1991 era de 6%. O setor privado (contratado e filantrópicas) e os hospitais federais apresentam redução no número de internações (3% e 44%, respectivamente).

TABELA 3

Despesas com Internações Realizadas pelo SUS (Recursos Federais) (1991 a 1995)

Natureza	Despesas com Internações (US\$ milhão)					Variação (%) 1991/1995
	1991	1992	1993	1994	1995	
Federais	57,7	52,3	36,6	24,0	16,3	-72
Estadual	187,9	208,9	234,5	247,6	238,3	27
Municipal	83,9	112,3	137,8	184,0	181,7	117
Filantr./contr.*	2 217,1	1 992,7	1 968,0	2 246,8	2 150,5	-3
Universitários	340,4	281,9	418,3	721,8	800,7	135
Sindicatos	-	0,15	0,9	0,3	0,5	-
Total	2 886,9	2 648,3	2 795,3	3 424,5	3 388,0	17

Fonte: DATASUS/FNS/MS.

Nota: *Filantrópicos e outros hospitais privados contratados.

Quanto às despesas efetuadas pelo sus com internações, estas sofrem uma elevação no período 1991/1995 de 17%, a despeito do número de internações ter diminuído (-7%). Isso se deve basicamente ao aumento das contas municipais e dos hospitais universitários, que crescem no período cerca de 117% e 135%, respectivamente, e das despesas estaduais, que tiveram 27% de aumento. O setor privado (contratado e filantrópicas) apresenta uma redução de 3%. Ao que parece, as medidas implementadas em 1995 não afetaram o volume de despesas na proporção do impacto no número de internações, muito provavelmente pela recomposição do custo médio da internação. É interessante notar ainda que as despesas com os hospitais universitários dobra sua participação no total, passando de 12 a 24% no período.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

Se tomarmos em separado somente os dados relativos às redes federal, estadual e municipal, e suas interrelações, pode-se observar, em primeiro lugar, que, em 1991, do total de leitos em unidades públicas, 63% já se encontravam sob gerência estadual e 20% sob gerência municipal. Houve então mudanças significativas na distribuição da oferta de leitos públicos no sus. Observa-se um incremento de 20% no total de leitos públicos cadastrados, com a diminuição da participação relativa dos leitos da esfera federal (de 17% para 10%) e dos leitos da esfera estadual (de 63% para 56%), e com um aumento correspondente na participação relativa do número de leitos municipais (de 20% para 35%).

Quanto ao número de internações, observa-se que o aumento de 34% no total de internações realizadas, é devido à expansão observada nas redes estadual e municipal, como já mencionamos. É interessante notar que o aumento do número de internações realizadas na esfera municipal determina a inversão da participação relativa das redes estadual e municipal no período: em 1991, a esfera estadual era responsável por 52% das internações, enquanto o município era responsável por 33%; em 1995, essas cifras se transformam em 47% e 48%, respectivamente. O nível federal tem sua participação relativa reduzida de forma igualmente expressiva: de 15% para 5%.

No que se refere às despesas efetuadas pelo sus com recursos federais, o comportamento das três esferas é um pouco distinto do observado no item anterior: constata-se o aumento de 32% no total de despesas realizadas, ainda que haja uma redução de 4% entre 1994 e 1995. Em termos de participação relativa, as principais mudanças correspondem à esfera federal e municipal. A primeira teve uma redução de 17% para 4% no período, e a segunda, um aumento de 25% para 42%. A esfera estadual sofre uma pequena redução em sua participação relativa entre 1991/1995 (57% para 55%).

Esses dados, que refletem o comportamento da assistência hospitalar, indicam uma tendência favorável à descentralização dos serviços hospitalares, com ênfase na municipalização da assistência, tal como prevê a Constituição. Entretanto, ao se considerar o peso da participação do setor contratado/conveniado (hospitais privados e filantrópicas) na rede hospitalar do sus e a tendência expansiva da participação relativa dos hospitais universitários no sistema, torna-se necessário, para uma avaliação mais precisa, analisar a descentralização da gestão dos contratos e convênios com os prestadores privados e as relações dos hospitais universitários com os gestores públicos do sus, o que será objeto de um próximo estudo.¹²

Cabe problematizar, por fim, se o o arranjo institucional previsto para a gestão do sus (fundos de saúde, conselhos, comissões intergestores) e a descentralização da rede de serviços tem contribuído para a instituição da direção única sobre o sistema de saúde, e para a descentralização da gestão financeira, com autonomia dos gestores na condução da política de saúde (ou, no mínimo, da política de assistência médica) em cada esfera de governo.

Nesse sentido, há que se analisar como vem se processando o financiamento das ações e serviços de saúde e as transferências

¹² Merece também uma análise específica, a redistribuição da quantidade e das despesas com internações no ano de 1995, como ponto de partida para avaliar o impacto das medidas racionalizadoras da atenção hospitalar, implementadas pelo Ministério da Saúde sobre os diferentes prestadores, no contexto da gestão descentralizada das internações hospitalares.

intergovernamentais de recursos financeiros, o que faremos a seguir.

4 O Financiamento do sus — Constrangimentos à Efetiva Descentralização

A Constituição estabelece o financiamento do Sistema Único de Saúde com recursos do Orçamento da Seguridade Social da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes (artigo 198, parágrafo 1º).

Compõem as receitas do oss, as seguintes contribuições sociais:

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

A participação da saúde no volume de recursos do OSS seria resultado do processo de elaboração desse orçamento pela direção nacional do sus, com a participação dos órgãos de Previdência Social e Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Rezava ainda o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, em seu artigo 35, que, até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias, 30% do oss, no mínimo, excluído o seguro-desemprego, seria destinado ao setor de saúde.

A Lei nº 8 080/90, enumera fontes adicionais de recursos, quais sejam: recursos provenientes de serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde; ajudas, contribuições, doações e donativos; alienações patrimoniais e rendimentos de capital; taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do sus; rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais. Essas receitas seriam administradas pela esfera de poder onde fossem arrecadadas. Quanto às receitas arrecadadas no âmbito da Seguridade Social, a lei estabelece que as autoridades responsá-

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

veis pela arrecadação da receita repassarão *automaticamente* ao Fundo Nacional de Saúde, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no OSS a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (artigo 34).

Quanto aos recursos financeiros a serem transferidos às esferas subnacionais de governo, a Lei nº 8 080/90, em seu artigo 35, estabeleceu um elenco de critérios para a definição de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, “segundo análise técnica de programas e projetos”, quais sejam:

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 de saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI — previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.”

O mesmo artigo, em seu parágrafo 1º, determina 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”.

Em seguida, a Lei nº 8 142, de 28 de dezembro de 1990, definiu os requisitos para o recebimento, pelos Estados, Distrito Federal e municípios, dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde destinados à cobertura das ações e serviços de saúde.¹³

¹³ No caso dos municípios, estados ou Distrito Federal não atenderem esses requisitos, os recursos concernentes ficam sob administração do estado ou da União, respectivamente.

-
- a) Fundo de Saúde;
 - b) Conselho de Saúde, com composição paritária;
 - c) Plano de Saúde;
 - d) Relatórios de Gestão;
 - e) Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
 - f) Plano de Cargos de Carreira e Salários.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

Pode-se afirmar que, passados cinco anos da promulgação da Lei nº 8 112/91, que dispõe sobre a organização do financiamento da seguridade social, o financiamento do SUS vem apresentando comportamento cíclico e instável, marcado pela irregularidade nos fluxos financeiros oriundos do Orçamento da Seguridade Social.

A implementação do OSS tem se caracterizado por uma grande instabilidade no que diz respeito à composição e arrecadação anual de suas fontes de receita, e aos mecanismos e à regularidade dos repasses financeiros para as diferentes áreas.

Em 1992, imediatamente após o advento da Lei Complementar nº 70, de 30/12/91, que instituiu a contribuição social sobre o faturamento para o financiamento da Seguridade Social, inúmeras empresas ingressaram em juízo, obtendo liminares de primeira instância. As liminares desobrigavam-nas do pagamento ou autorizavam-nas a depositar judicialmente os valores questionados, até a decisão do mérito das ações (acima de 9 000 ações em julho de 1993). Isso acarretou sérios prejuízos para a realização da receita da Seguridade Social no período em questão. Alegava-se toda a ordem de inconstitucionalidades: limitações constitucionais quanto ao poder de instituir impostos, mesma base de cálculo de impostos discriminados na Constituição, bitributação em relação à contribuição para o Programa de Integração Social, e aplicação do princípio da anterioridade. Somente em 1994, após o equacionamento da questão por meio de Ação Declaratória de Constitucionalidade (ajuizada pelo Presidente da República, pela Mesa do Senado Fe-

deral e pela Mesa da Câmara dos Deputados), foi regularizada a participação dessa fonte no oss.

Em maio de 1993, o Ministério da Previdência Social, alegando problemas de caixa que resultariam em déficit caso fossem repassados os recursos para o Ministério da Saúde, assumiu a retenção dos recursos da saúde no Fundo de Previdência e Assistência Social, cujos repasses jamais foram retomados. Assim, a fonte *contribuição sobre folha de salários* passou a ser exclusiva da Previdência Social, o que prejudicou a perspectiva solidária do financiamento da Seguridade Social e comprometeu a aplicação do princípio constitucional da *diversidade da base do financiamento*.

Nesse mesmo ano, foi vetado (Lei de Diretrizes Orçamentárias para 1994), pelo presidente da República, o artigo que destinava no mínimo 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para a saúde, com a justificativa de que a reprogramação orçamentária do exercício de 1993, para cobrir as necessidades financeiras de atendimento dos benefícios sociais, demonstrava a inexecutabilidade desse dispositivo constitucional, que se mostrava contrário ao interesse público.

Por fim, em 1994/1995, com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), formado com parte dos recursos das contribuições sociais que compõem o oss, uma parcela das transferências anteriormente cobertas com recursos das contribuições foi substituída pelos recursos do fse.

A solução governamental encontrada para contornar os desequilíbrios financeiros recorrentes na execução orçamentária do Ministério da Saúde, desde 1993, tem-se resumido a sucessivos empréstimos de recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), com o aval do Tesouro Nacional e lastreado por seus títulos, que, ano a ano, transformam-se em dívida a pagar inscrita no Orçamento do MS.

A análise da participação relativa das diferentes fontes de receita no financiamento da saúde no período 1992/1995, reflete esse comportamento instável, conforme tabela a seguir.

TABELA 4

Evolução da Participação das Fontes de Financiamento da Saúde (1992 a 1995)

(Em porcentagem)

Fontes	1992	1993	1994	1995*
Recursos Ordinários do Tesouro (100)	12,1	18,0	0,6	0,0
Títulos do Tesouro e Operação de Créditos (144 — 149)	0,3	10,7	3,3	10,0
Receitas Próprias (150)	0,0	0,0	1,9	0,7
Contribuição Sobre o Lucro Líquido da Pessoa Jurídica(151)	1,4	15,8	17,0	27,4
FINSOCIAL/COFINS — Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (153)	30,2	38,1	27,5	44,4
Contribuição sobre Folha de Salários (154)	55,9	17,4	0,0	0,0
Recuperação de Depósitos do COFINS (198)	0,0	0,0	13,4	0,0
Fundo Social de Emergência (199)	0,0	0,0	33,2	14,9
Outros	0,1	0,0	3,0	2,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Barros; Piola; Vianna (1996).

Nota: *Janeiro/junho.

Observa-se o aumento da participação relativa das contribuições sociais sobre o lucro líquido (csll) e sobre o faturamento (finsocial/cofins), a exclusão da fonte contribuição sobre folha de salários do financiamento setorial, a importância que assume o Fundo Social de Emergência em 1994, e a redução da contribuição da União, ou seja, do aporte de recursos ordinários do Tesouro. Constata-se, principalmente, que a criação do Orçamento da Seguridade Social não garantiu a estabilidade financeira almejada pelo projeto de reforma sanitária — o que acarretou, em todo o período, significativo desgaste nas relações entre a direção do Ministério da Saúde e a equipe da Secretaria do Tesouro Nacional (Ministério da Fazenda), que administra os recursos.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

Por outro lado, a implementação do SUS e dos dispositivos constitucionais de universalização da assistência e descentralização do sistema de saúde, não foi acompanhada da expansão dos recursos federais para financiar as inovações necessárias, conforme demonstra tabela a seguir:

TABELA 5

Gasto Federal em Saúde (1987/1995)

Ano	US\$ bi	US\$ <i>per capita</i>
1987	10,9	80,3
1988	10,0	72,1
1989	11,3	79,7
1990	9,5	65,9
1991	7,9	53,9
1992	6,6	44,3
1993	7,5	49,6
1994	10,4	67,9
1995	16,2	104,1

Fonte: Ministério da Saúde/atg.

Observa-se, no período 1990/1992, uma redução significativa, tanto em termos absolutos quanto em relação ao valor *per capita* do gasto federal em saúde (responsável por cerca de 75% do gasto público total),¹⁴ com uma recuperação gradativa a partir de 1993. Entretanto, somente em 1995, o volume de recursos gastos superou o observado nos anos anteriores à promulgação da Constituição federal.

Essa instabilidade atua como fator corrosivo importante na consolidação do Sistema Único de Saúde e, sem dúvida, tem impacto no processo de implementação da descentralização da assistência à

¹⁴ Segundo estimativas realizadas por Médici e Czapski (1995) para o período 1990/1993. Para uma análise exaustiva do gasto público em saúde, ver Médici (1994).

saúde no país, não podendo ser desconsiderada na análise dos resultados alcançados.

Vale lembrar que a conjuntura inflacionária que marca quase todo o período e a irregularidade nos repasses (houve momentos em que estados, municípios e entidades privadas ficaram cinquenta, sessenta ou cem dias sem receber os recursos para remuneração dos serviços produzidos), contribuiu também para que o Ministério da Saúde ficasse submetido à urgência e pressão do pagamento das despesas com as atividades ambulatoriais e hospitalares e das despesas com pessoal, o que repercutiu no aporte de recursos às demais ações de promoção e prevenção da saúde coletiva.¹⁵

Em estudo sobre a execução orçamentária do ministério nos anos de 1994 e 1995, Barros (1996, p. 3) analisa o impacto da irregularidade do fluxo financeiro sobre as ações do sus:

“A irregularidade nos fluxos financeiros tem impactado as condições de operação da rede de provisão de serviços médico— hospitalares, ao lado de penalizar mais fortemente programas ligados a ações de saúde pública. Esse fator atinge particularmente os programas que não se inscrevem como gastos incompressíveis. Em 1995, a prioridade conferida aos gastos relativos a pessoal, amortização da dívida e assistência médico-hospitalar (inclusive manutenção de hospitais) resultou em prejuízo significativo para a execução dos demais programas. Em conjunto, essas três rubricas responderam, em 1995, por 88% do total da execução orçamentária do MS”

De acordo com a mesma autora (1995), pode-se afirmar que a crise foi atenuada pelo aumento dos aportes de recursos da esfera municipal ao setor Saúde, que acompanhou a progressiva incorporação da responsabilidade da prestação de serviços pelos municípios — ainda que as informações sobre gastos das esferas estadual e municipal de governo apresentem limites em termos de confiabilidade e atualização.

¹⁵ Para uma análise detalhada da questão do financiamento em geral e dos gastos do Ministério da Saúde por subprograma em particular, ver Barros; Piola; Vianna (1996).

Dessa forma, sucederam-se inúmeras crises políticas, financeiras, institucionais e gerenciais, as quais atiraram o setor numa conjuntura de insegurança extremamente nociva para o desenvolvimento das ações de planejamento, acompanhamento, controle e avaliação do processo de descentralização da atenção à saúde, com sérios limites para a atuação da direção nacional do sus.¹⁶

Quanto à operacionalização dos critérios para o estabelecimento de valores a serem repassados (direta e automaticamente) do Fundo Nacional de Saúde aos estados e municípios, preconizados no artigo 35 da Lei 8 080, pouco se avançou. Em que pese as dificuldades técnicas para o desenvolvimento de metodologias que visem a distribuição equitativa de recursos, especialmente a partir da combinação dos critérios listados no referido artigo (identificação de variáveis sensíveis à diversidade de realidades regionais/estaduais/municipais, sistemas nacionais de informação deficientes, carência de informações sobre a estrutura do gasto público em saúde — em especial o estadual e o municipal — para mencionar alguns), pode-se afirmar que as principais dificuldades são de natureza política.¹⁷

O repasse direto e automático de recursos, por meio dos fundos de saúde e a partir de critérios claros e transparentes, rompe com a relação de tutela e com as práticas clientelísticas e centralizadoras que marcaram a trajetória da política de saúde. Por outro lado, rompe também com a modalidade de financiamento de *compra* (Ministério da Saúde) e *venda* (estados e municípios) de serviços, conhecida por suas distorções freqüentemente divulgadas pela imprensa (superfaturamento, fraudes, etc.), o que contraria interesses não desprezíveis estabelecidos na arena política setorial.

¹⁶ Em 20 de abril de 1994, o conasems, o conass, a Confederação das Misericórdias do Brasil e o Conselho Federal de Medicina entraram com uma ação junto ao Ministério Público Federal requerendo as medidas necessárias para o efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de saúde aos direitos de cidadania assegurados na Constituição. A partir da análise do financiamento da Seguridade Social, o documento apresenta alternativas de encaminhamento para o que caracteriza de "inúmeros atos de desrespeito à Constituição e, especificamente, às Leis 8 080/90, 8 142/90 e 8 212/91" (documento protocolado sob o nº 08100 001622/94-83, pág. 3).

¹⁷ Uma importante contribuição sobre este tema pode ser encontrada em Porto (1994).

Além disso, essa matéria concentra em torno de si as divergências em relação à definição das novas responsabilidades e poder de cada esfera de governo sobre o controle e avaliação da aplicação dos recursos transferidos. Isso provocará redefinições no papel de diferentes segmentos da burocracia, com implicações políticas e corporativas decorrentes.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

Assim, a regulamentação das condições e da forma para o repasse direto e automático dos recursos alocados ao Fundo Nacional de Saúde para os estados e municípios, foi adiada inúmeras vezes em função da articulação de interesses contrários à descentralização, de forma que somente em 30 de agosto de 1994 foi publicado o Decreto nº 1 232, que regulamentou a matéria.

Esse decreto condiciona a transferência de recursos à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo conselho, do qual conste a contrapartida de recursos no orçamento do estado, do Distrito Federal ou do município, dispensando a necessidade de convênio ou instrumento congênere. Determina também que, até que o Ministério da Saúde — para o que tem o prazo de 180 dias — defina diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde (com base nas características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais previstos no artigo 35 da Lei 8 080), a distribuição de recursos seja feita “exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE”(art. 1º, parágrafo 1º). Além disso, o decreto atribui à União, por intermédio da direção nacional do Sistema Único de Saúde, o controle finalístico global sobre o SUS, com a utilização de instrumentos de coordenação de atividades e de avaliação de resultados em âmbito nacional.

A publicação do decreto que criou condições para a descentralização da gestão financeira do sistema de saúde, colocou como exigência e prioridade a discussão sobre critérios para a alocação de recursos no âmbito da direção nacional do SUS, como será descrito mais adiante.

Cabe concluir, portanto, que até o final de 1994, ainda não estavam dadas as condições suficientes para a implantação efetiva da ges-

tão descentralizada da assistência à saúde, com maior autonomia financeira para estados e municípios na condução da política de saúde, e o financiamento das ações e serviços ambulatoriais e hospitalares permanecia restrito ao pagamento da produção de serviços prestados pelos produtores públicos e privados.

Todavia, ao que tudo indica, tais limites não impediram a formulação e implementação de uma estratégia inovadora de descentralização, com avanços significativos para a reorganização do sistema, como veremos a seguir.

5 A Estratégia Política para Efetivar a Descentralização do Sistema

As condições legais para a implantação do Sistema Único de Saúde, e a conseqüente organização da gestão descentralizada da assistência, como referimos anteriormente, foram instituídas ao final de 1990 — primeiro ano do governo Collor (1990/1992).

Durante esse governo, foram implementadas algumas medidas por meio de convênios de municipalização regulamentados pelas Normas Operacionais Básicas 01/91 e 01/92, os quais, apesar de buscarem instituir o arranjo institucional previsto na legislação para a gestão descentralizada do sus (com exigência de requisitos legais estabelecidos para a transferência de recursos), introduziram a forma de remuneração por serviços produzidos para o pagamento das atividades hospitalares e ambulatoriais, realizadas nas unidades próprias da rede pública pela esfera federal, tal como se fazia com a rede privada. Isso retirou a autonomia de estados e municípios na gestão de seus recursos, e foi um retrocesso em relação à proposta anterior do SUDS de alocar recursos segundo processos de programação e orçamentação integrada. Assim, não se avançou na operacionalização dos critérios do artigo 35 da Lei nº 8 080, descritos anteriormente.

No entanto, apesar das iniciativas para a operacionalização da legislação sanitária e do Sistema Único de Saúde desencadeadas pela direção do INAMPS em 1991 e 1992, avalia-se que, na prática, apenas cumpriam-se tardiamente as obrigações federais dos convênios das ais e do SUDS. De acordo com Santos (1992), os avanços

alcançados não puderam produzir impacto sensível “devido a sua grande diluição e fragilização, sob o descomunal peso dos fatores negativos” da conjuntura.¹⁸

No plano político, insatisfeitos com a política setorial, os principais atores do movimento pela reforma sanitária demandavam a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, em cumprimento ao que determinava a legislação setorial. A conferência deveria discutir os caminhos para a implementação do Sistema Único de Saúde e a descentralização.

A despeito de permanentes pressões, somente em agosto de 1992, após a substituição do ministro da Saúde, foi realizada essa conferência, com o tema central da *municipalização da saúde*, condição indispensável para a efetiva implantação do sus.¹⁹

A grande maioria dos documentos distribuídos e divulgados como subsídios à discussão, apresentava a avaliação de que a descentralização e a municipalização no país constituíam processos incipientes, caracterizados simplesmente pela transferência de algumas unidades de serviços de saúde para municípios, sem os recursos correspondentes para o seu pleno e adequado funcionamento [Santos (1992b); Carvalho (1992); Vianna (1992)]. De outro lado, defendia-se que o processo de municipalização não deveria restringir-se ao repasse direto de recursos financeiros, mas deveria igualmente viabilizar a efetiva gestão da atenção à saúde pelo município, com direção única e controle social, para a democratização e descentralização do sistema. Tendo como referência esses objetivos, o Relatório Final da 9ª Conferência apresentou como propostas gerais:

¹⁸ *Uma avaliação mais detalhada do período é desenvolvida por Santos nesse estudo.*

¹⁹ *Cabe referir que esse evento realizou-se no contexto político do impeachment do presidente da República, quando a máquina político-administrativa estava quase paralisada, e a sociedade, em absoluta efervescência (aguardava os acontecimentos e a definição dos rumos do país). Participaram da conferência perto de 3 000 delegados e participantes credenciados, e 1 500 observadores nacionais e internacionais (profissionais de saúde, prestadores públicos e privados de ações de saúde, representantes de governo das três esferas, representantes do Poder Legislativo, Poder Judiciário e usuários dos serviços de saúde).*

— descentralizar o sus, respeitando as diversidades regionais e assegurando a viabilidade operacional e financeira do gestor único, especialmente em nível municipal;

— efetivar o comando único em cada esfera de governo, respeitando a autonomia municipal e estadual;

— agilizar o processo de municipalização, submetendo-o a uma avaliação permanente e ao controle social.” (MS, CNS, Relatório Final, 1992).

A formulação da estratégia setorial da descentralização, pautada nas recomendações da 9ª Conferência, já no governo Itamar Franco(1992/1994), foi exposta e divulgada no documento oficial “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde — A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” [Ministério da Saúde (1993)].

O estabelecimento dessa estratégia teve como ponto de partida a apresentação, pelo Ministério da Saúde, de documento preliminar ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em janeiro de 1993, o qual desencadeou um processo de formulação política bastante amplo e participativo.

“A partir daí iniciou-se um longo processo de discussão e negociação com o conjunto de atores da área, que em maior ou menor grau já se encontravam integrados ao debate dessas questões. Gestores estaduais e municipais, setor privado, entidades de representação popular e sindical, instituições públicas federais, entidades científicas se dedicaram a analisar, questionar e oferecer sugestões para o aperfeiçoamento da proposta” (*op. cit.*, p.5).

As contribuições e críticas foram analisadas e geraram uma nova versão do documento, cuja estratégia, após negociação na Comissão Intergestores Tripartite, e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde em abril de 1993, foi operacionalizada pela Norma Operacional Básica sus 01/93 (NOB SUS 01/93 — Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993), que estabeleceu as normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde.

O documento oficial reconhece que a implementação da descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil implica redistribuição de poder, redefinição de papéis entre as três esferas de governo e estabelecimento de novas relações entre os gestores; entre os gestores e os prestadores de serviços; entre os gestores e a sociedade; entre usuários e profissionais de saúde; entre os gestores, prestadores e profissionais de saúde, e uma série de outras relações que demandam o surgimento de novas parcerias.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

De fato, a transição de um sistema de saúde que estratificava clientela para um sistema universal e equânime, em um país com as dimensões geográficas e desigualdades econômico-sociais e sanitárias como o Brasil, é tarefa complexa pela diversidade de realidades e interesses envolvidos. principalmente se considerarmos que tal transição vem se dando em uma conjuntura de recursos escassos.

A estratégia definida partiu dos seguintes pressupostos:

- a) o respeito à diversidade de realidades estaduais e municipais, com capacidades e vontades distintas de absorver as novas responsabilidades gerenciais e políticas;
- b) o cuidado de não desestruturar as práticas existentes antes que se instaurassem as novas, de modo a evitar rupturas bruscas no atendimento à população;
- c) o reconhecimento das relações de parceria como base para estruturação do sistema.

Como consequência, a NOB SUS 01/93 estabeleceu um processo flexível, gradual e negociado, que visou assegurar viabilidade política à execução das mudanças operacionais necessárias.

O eixo da estratégia consistiu na constituição das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) nos estados, como instância privilegiada para todas as negociações entre gestores requeridas para a operacionalização da descentralização: às cib foi atribuído o papel de adequar as normas nacionais às condições específicas de cada estado e propor medidas reguladoras das relações esta-

do/municípios e município/município na implementação do Sistema Único de Saúde, para se conduzir, assim, o processo de descentralização na esfera estadual.

A meta era efetivar a gestão plena do SUS nos estados e municípios brasileiros, com a implantação de uma direção única sobre as ações e serviços em cada esfera de governo, para que fosse organizada uma rede regionalizada e hierarquizada que garantisse a referência e contra-referência no sistema, e o acesso universal e equânime à assistência integral à saúde. Assim, seriam repassados aos fundos de saúde estaduais e municipais, de forma regular e automática e de acordo com a competência de cada esfera na gestão da assistência à saúde, os recursos financeiros alocados ao Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde para esse fim.

Para alcançar tal meta foram estabelecidas condições distintas de gestão da assistência para estados e municípios, com responsabilidades, incentivos financeiros e requisitos diferenciados, às quais estes, de acordo com suas realidades políticas e sanitárias e capacidade institucional/operacional, poderiam aderir por meio da formalização de pleito à CIT e às CIB, responsáveis, respectivamente, pela instituição, análise e aprovação dos processos.

Assim, a NOB SUS 01/93 estabeleceu duas condições de gestão para os estados:

a) condição de *gestão parcial*, segundo a qual cabe à Secretaria Estadual de Saúde:

- assumir a responsabilidade pela programação integrada com seus municípios, o que abrange a manutenção de serviços e investimentos, além da gestão dos recursos de investimentos próprios e os transferidos pela esfera federal, respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusos nas condições de gestão municipais;
- assumir o cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, e o controle e avaliação da rede de serviços públicos e privados;
- coordenar a rede de referência estadual e gerir os sistemas de alta complexidade;

-
- formular e coordenar as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais;
 - coordenar, em seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública;
 - assumir 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.

Para tanto, o estado receberia, mensalmente, recursos financeiros correspondentes à *diferença* entre um *teto* estabelecido para suas atividades ambulatoriais e hospitalares custeadas com recursos federais, e o *gasto efetivamente realizado*, correspondente aos serviços produzidos pelas unidades hospitalares e ambulatoriais próprias, contratadas suplementarmente pelo estado (nos municípios que não estiverem enquadrados em nenhuma condição de gestão, esses gastos seriam pagos pelo Ministério da Saúde). O estado receberia, ainda, recursos correspondentes a um fator de apoio à descentralização (FAE).²⁰

b) condição de *gestão semiplena*, segundo a qual cabe à Secretaria Estadual de Saúde assumir, respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios enquadrados em alguma condição de gestão, a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços no estado, quais sejam: planejamento, cadastramento, controle e *pagamento* de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; além das demais atribuições previstas na condição anterior.

Para isso, a Secretaria receberia mensalmente, por meio de repasse do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde, o volume global de recursos financeiros correspondentes a um teto financeiro estabelecido para o custeio de atividades ambulatoriais e hospitalares (com recursos federais) realizadas por sua rede pró-

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

²⁰ O financiamento das atividades descentralizadas será explicado detalhadamente adiante.

pria, pela rede contratada suplementarmente, e pelas redes dos municípios não-enquadrados em nenhuma condição de gestão. A Secretaria receberia, ainda, os repasses do FAE.

Para os *municípios* foram criadas três condições de gestão:

a) condição de *gestão incipiente*, segundo a qual cabe à Secretaria Municipal de Saúde:

- assumir, imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com a cib em cada estado, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores, para programar e autorizar as internações e os procedimentos ambulatoriais a serem realizados por unidade de saúde; e controlar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados, com ou sem fins lucrativos;
- demonstrar disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município, para incorporar à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária;
- desenvolver 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.

Para a execução dessas ações, o município receberia um montante de recursos correspondentes a um fator de apoio à municipalização (FAM).

b) condição de *gestão parcial*, segundo a qual cabe à Secretaria Municipal de Saúde assumir na íntegra as responsabilidades previstas na condição anterior, recebendo mensalmente recursos financeiros correspondentes à *diferença* entre um *teto* estabelecido para suas atividades ambulatoriais e hospitalares (custeadas com recursos federais) e o *gasto efetivamente realizado* correspondente aos serviços produzidos pelas unidades hospitalares e ambulatoriais próprias, mais as contratadas suplementarmente (pagas pelo Ministério da Saúde). A secretaria municipal receberia também o FAM.

c) condição de *gestão semiplena*, segundo a qual cabe à Secretaria Municipal de Saúde:

- assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados;
- assumir o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual;
- assumir a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na CIB;

A Secretaria Municipal receberia mensalmente, através de repasse do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, o volume global de recursos financeiros correspondentes a um teto financeiro estabelecido para o custeio de atividades ambulatoriais e hospitalares (com recursos federais), realizadas por sua rede própria e pela rede contratada suplementarmente, mais o FAM.

Cabe ressaltar que essa estratégia, embora procurasse atingir todas as ações e serviços do Sistema Único de Saúde (ações de saúde coletiva, vigilância sanitária, vigilância nutricional, medicamentos e assistência médica ambulatorial e hospitalar, visando à direção única do sus em cada esfera de governo), acabou se restringindo às atividades ambulatoriais e hospitalares, uma vez que as demais áreas vêm apresentando um ritmo mais lento na descentralização de suas atividades para as esferas subnacionais. Portanto, vale lembrar mais uma vez, a análise da descentralização aqui apresentada estará circunscrita basicamente ao processo relacionado à assistência ambulatorial e hospitalar do sus.

O financiamento da descentralização se daria por meio dos seguintes mecanismos:²¹

²¹ A descrição se restringe ao financiamento previsto na nob sus 01/93, que refere-se aos recursos federais.

a) *Recursos para Cobertura Ambulatorial (RCA)* — a cada estado deveria ser fixado um teto de recursos para o custeio das atividades ambulatoriais, calculado através da multiplicação de um valor *per capita* para cobertura ambulatorial anual — a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) — pelo total da população (o valor da UCA era definido pelo Ministério da Saúde para grupos de estados de acordo com as características da rede, em termos de sua complexidade). Os tetos municipais deveriam ser definidos nas cib com base na série histórica de gastos. De acordo com as diferentes condições de gestão, esses recursos seriam utilizados mensalmente pelo ms para o pagamento direto aos prestadores de serviços dos municípios em gestão incipiente e parcial, para o repasse de saldos no caso de economia de recursos aos gestores estaduais e municipais em gestão parcial, e para compor o repasse (do Fundo Nacional aos Fundos Municipais de Saúde) do volume total de recursos federais para cobertura dos serviços ambulatoriais e hospitalares para os municípios em gestão semiplena. Os estados em gestão semiplena receberiam do ms os recursos correspondentes à transferência direta e automática (Fundo Nacional aos Fundos Estaduais) do volume de recursos federais para as suas atividades ambulatoriais e hospitalares, deduzidas as transferências efetuadas a municípios em gestão parcial e semiplena.

A programação e autorização dos procedimentos ambulatoriais seria feita de forma integrada pelos estados e municípios; o processamento do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), pelos estados; e o pagamento dos serviços produzidos pelo Ministério da Saúde seria feito conforme sistemática já estabelecida pela NOB SUS 01/91.

b) *Teto Financeiro Hospitalar* — a cada estado deveria ser fixada uma cota física anual de internações hospitalares²² correspondente a 10% da população, a qual, multiplicada pelo custo médio da internação no estado, resultaria no teto financeiro para custeio das atividades hospitalares. Os tetos municipais seriam estabelecidos a partir da definição de uma cota física de 8% da população, multipli-

²² No sus, a cada internação hospitalar corresponde uma Autorização de Internação Hospitalar (aih), que consiste na unidade básica do Sistema de Informações Hospitalares do sus (sih/sus) sob gestão federal, e no instrumento de referência para pagamento dos serviços produzidos.

cada pelo custo médio da internação no município (podendo ser modificados por negociação na CIB), no limite do teto estadual. De acordo com as diferentes condições de gestão, esses recursos seriam utilizados mensalmente pelo MS: i) para o pagamento direto aos prestadores de serviços dos municípios em gestão incipiente e municípios e estados em gestão parcial; ii) para a transferência de saldos, no caso de economia de recursos aos gestores estaduais e municipais em gestão parcial; e iii) para compor a transferência fundo a fundo do volume total de recursos para os municípios em gestão semiplena. Os estados em gestão semiplena receberiam do MS os recursos correspondentes ao repasse direto e automático, fundo a fundo, do volume de recursos federais para as suas atividades ambulatoriais e hospitalares, deduzidas as transferências efetuadas a municípios em gestão parcial e semiplena.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

A programação e autorização das internações seria feita de forma integrada pelos estados e municípios, e o processamento do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), bem como o pagamento dos serviços produzidos pelo Ministério da Saúde, manteriam a sistemática prevista na NOB SUS 01/91.

c) *Fator de Apoio ao Estado (FAE)* — a cada estado que se habilitasse a alguma condição de gestão, seria destinado, a título de apoio à descentralização, um montante anual de recursos correspondente a 5% do valor da UCA, multiplicado pela população total do estado. Tais recursos seriam repassados mensalmente (fundo a fundo) para utilização nas atividades de tratamento fora de domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais, em programação aprovada pela CIB.

d) *Fator de Apoio ao Município (FAM)* — a cada município que se habilitasse a alguma condição de gestão, seria destinado, a título de apoio à descentralização, um montante anual de recursos correspondente a 5% do valor da UCA, multiplicado pela população total do município. Esses recursos também seriam repassados mensalmente (fundo a fundo) para custeio de atividades.

Em seguida, apresentamos um quadro-síntese dessa sistemática.

QUADRO 1

FAE/FAM

Condições de Gestão	Responsabilidades	Incentivos Financeiros	Requisitos
1. Estados			
Parcial	Programação integrada com os municípios Política de investimentos Coordenação da rede de referência, das ações de vigilância epidemiológica, dos hemocentros e laboratórios de saúde pública Gerência dos sistemas de alta complexidade Vigilância de ambientes e processos de trabalho	Recebe através de convênio, recursos de custeio correspondentes ao Fator de Apoio ao Estado (FAE) Saldo financeiro correspondente à diferença entre o teto financeiro estabelecido e aprovado na CIT para suas atividades e o gasto efetivo	Conselho Estadual de Saúde (CMS) Fundo Estadual de Saúde (FMS) Plano Estadual de Saúde (PMS) Relatório de gestão Plano de cargos, carreiras e salários Contrapartida orçamentária
Semiplena	Idem Completa responsabilidade sobre a gestão da prestação dos serviços sob sua responsabilidade	Recebe volume global de recursos correspondentes ao teto financeiro global (amb. + hosp. + FAE), estabelecido e aprovado na CIT, para o sistema sob sua gestão	idem
2. Municípios			
Incipiente	Programação e controle das <i>atividades</i> ambulatoriais e hospitalares realizadas no município Ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária	Recebe recursos de custeio correspondentes ao Fator de Apoio à Municipalização (FAM)	Conselho Municipal de Saúde (cms) Fundo Municipal de Saúde (FMS) ou Conta especial
Parcial	Gestão de <i>parte do sistema local</i> (gerência da rede ambulatorial e programação e controle das internações; ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária)	FAM Saldo financeiro correspondente à diferença entre o teto financeiro estabelecido para suas atividades e o gasto efetivo	Conselho Municipal de Saúde (CMS) Fundo Municipal de Saúde (FMS) Plano Municipal de Saúde (PMS) Relatório de gestão Plano de cargos, carreiras e salários Contrapartida orçamentária

Semiplena	Gestão de <i>todo o sistema local</i>	Recebe o volume global de recursos correspondentes ao teto financeiro global (amb./hosp./FAM), estabelecido na CIB e aprovado na CIT, para o sistema sob sua gestão	Idem
-----------	---------------------------------------	---	------

DESCENTRALIZAÇÃO DO FINANCIAMENTO E GESTÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL: A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — RETROSPECTIVA 1990/1995

A conjuntura adversa do financiamento setorial impossibilitou a implantação integral das condições de gestão estabelecidas pela nob sus 01/1993. Não houve recursos para regularizar o repasse do fam e do fae (só foram pagos recursos relativos ao fam, correspondentes à competência abril/1994). Não houve também repasse dos saldos financeiros previstos para as condições de gestão parcial, e do teto financeiro global para os estados que assumiram a condição de gestão semiplena. Só foi possível implantar a condição de gestão semiplena para os municípios.

Além disso, a regulamentação dos fundos de saúde e os mecanismos operacionais necessários para o repasse direto e automático de recursos, independente de convênio (base para a implantação dessa condição de gestão), não foram imediatamente equacionados.²³

Às dificuldades para efetivar a sistemática proposta, somou-se a resistência do conass em aceitar tetos financeiros para as atividades hospitalares — que até então só dispunham de tetos físicos —, sob a alegação de que essa medida representava sério risco de achatamento de recursos numa conjuntura já crítica de financiamento. Com isso, foi somente com a viabilidade da implantação da condição de gestão semiplena para municípios e a necessidade de definição de tetos para sua operacionalização, que obteve-se consenso na Comissão Intergestores Tripartite e definiu-se oficialmente tetos

²³ Essa matéria ainda é um atual objeto de polêmica no setor, com diferentes interpretações quanto à necessidade ou não de se estabelecer convênios, apesar do decreto presidencial que regulamenta as transferências de recursos fundo a fundo no sus.

financeiros globais para os estados e para os municípios incluídos nesse tipo de gestão.

A condição semiplena só pôde ser implantada em novembro de 1994, uma vez que somente no segundo semestre desse ano foram regulamentadas pelo Decreto nº 1 232, de 30 de agosto de 1994 (Presidência da República), a forma (via fundos de saúde) e as condições para a transferência automática de recursos federais a estados e municípios, como já mencionamos anteriormente. A efetivação dos tetos financeiros para estados foi observada a partir de março de 1995.

Independente da inexistência de recursos para a efetivação das condições de gestão descentralizada, estados e municípios aderiram à sistemática e mobilizaram-se para o cumprimento dos requisitos previstos para a condição a que se propuseram desenvolver. Cabe lembrar que todas as condições exigiam, no mínimo, a existência de Conselho de Saúde e Conta Especial (ver quadro-síntese).

Assim, de acordo com acompanhamento realizado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 1995, o país já contava com 2 112 municípios em condição de gestão incipiente (42%), 592 em gestão parcial (12%), e 56 em gestão semiplena (1%) (ver anexo 1). Isso significa que perto de 55% dos municípios brasileiros já estavam, ao final de 1995, familiarizados com a perspectiva de gestão descentralizada do SUS. Assim, em maior ou menor grau, os municípios já pressionavam pela descentralização dos recursos físicos, financeiros e humanos para a autonomia da gestão do Sistema Único de Saúde em nível local. Cabe ressaltar que, em função da implantação da gestão semiplena nos municípios, nos quais residiam 9% da população brasileira, 12,5% dos recursos federais para assistência médica ambulatorial e hospitalar já estavam sendo repassados direta, regular e automaticamente para fundos municipais de saúde (ver anexo 1).²⁴

²⁴ Em janeiro de 1997, 3 127 municípios estão em alguma condição de gestão (63% do total de municípios brasileiros): 2 367 em gestão incipiente (48%), 616 em gestão parcial (12%) e 144 em gestão semiplena (3%). Nesses municípios, reside 65% da população brasileira. Os municípios em gestão semiplena, nos quais reside 17% da população recebem, direta e automaticamente, o correspondente a 24% dos recursos federais para assistência médica ambulatorial e hospitalar. Entre estes últimos, onze

Quanto aos estados, dos 27 (aí incluído o Distrito Federal), apenas cinco haviam aderido à condição de gestão parcial (BA, GO, MT, PA, RS), e quatro à gestão semiplena (CE, MS, SC, SP).²⁵

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

Se a implantação integral da estratégia da NOB SUS 01/93 foi limitada pelos constrangimentos financeiros descritos anteriormente, a perspectiva de efetivação dos repasses diretos e automáticos de recursos para os municípios em gestão semiplena, a partir do Decreto nº 1 232 no segundo semestre de 1994, colocou na ordem do dia a discussão sobre a operacionalização dos critérios para a definição dos valores a serem transferidos para estados e municípios, fator que tornou-se prioritário na agenda das reuniões das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite.

Os estudos técnicos realizados no âmbito da cit demonstraram que: i) considerando a situação dos bancos de dados epidemiológicos na época — alguns em implantação, como o Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN); e outros com informações consolidadas até 1990, como o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); ii) considerando as informações inconsistentes sobre a capacidade instalada da rede de serviços de saúde (os cadastros de unidades de saúde existentes nos Sistema de Informações Ambulatoriais — SIA e Sistema de Informações Hospitalares — SIH do Sistema Único de Saúde estavam em processo de atualização, bem como os levantamentos sobre os estabelecimentos de saúde); iii) considerando a inexistência de registro, acompanhamento e avaliação sistemáticos sobre o desempenho técnico e financeiro de estados e municípios; e iv) considerando, por fim, o fato de que os recursos passíveis de transferência correspondiam à recursos de custeio, a saída possível para definição dos tetos financeiros era a análise do gasto histórico com atividades ambulatoriais e hospitalares [MS/SAS/CIT (1995)].

capitais (Belém, Belo Horizonte, Campo Grande, Cuiabá, Curitiba, João Pessoa, Natal, Porto Alegre, Recife, São Luís e Teresina).

²⁵ Em 1996, a situação se altera, com a habilitação de quatro estados à gestão parcial (AM, PR, RJ, RN), e de três à gestão semiplena (ES, MG, PE). Vale lembrar que tanto a habilitação de estados às condições de gestão da NOB SUS 01/93, quanto à de municípios às condições de gestão incipiente e parcial, não representam a implementação integral da condição de gestão, já que os incentivos financeiros previstos para estimular e viabilizar as novas responsabilidades (FAE, FAM, repasse de saldos) não foram assegurados.

O critério utilizado consistiu no levantamento da média mensal do gasto realizado por cada estado no período janeiro/junho de 1994, com a identificação da participação percentual relativa de cada um na média mensal de gastos do conjunto dos estados, correspondente ao total Brasil. Feito esse mapeamento, distribuíram-se os recursos disponíveis segundo essa participação histórica, e consolidaram-se as distorções existentes. A Comissão Tripartite identificou os limites dessa metodologia frente ao controle deficiente do sistema, às práticas precárias de programação das atividades de saúde ainda marcadas pela gestão centralizada, à utilização de parâmetros de cobertura não atualizados com as necessidades locais, e criou simultaneamente, para aprovação dos tetos assim definidos em novembro de 1994, uma Comissão de Trabalho para, em cem dias, revisar a metodologia e redefinir os valores.

A definição dos tetos financeiros necessária para viabilizar a implantação da condição de gestão semiplena nos municípios brasileiros, previa a seguinte operacionalização: o planejamento e programação estadual das atividades ambulatoriais e hospitalares deveria respeitar o teto financeiro; cada Comissão Intergestores Bipartite deveria definir tetos financeiros para todos os municípios (para administrar a implementação da gestão semiplena municipal no estado); e, em caso de extrapolação do teto estabelecido, a Secretaria Estadual de Saúde procederia aos cortes necessários, e os informaria ao Ministério da Saúde.

Vale referir que a implantação dessas mudanças, que atingiam apenas os municípios, só foi possível em novembro/dezembro de 1994, às vésperas de eleição federal e eleições estaduais, as quais resultaram em mudanças na gestão ministerial e nos governos dos estados.²⁶

A nova gestão ministerial (Adib Jatene, janeiro 1995/outubro 1996 — governo Fernando Henrique Cardoso) deu prosseguimento ao processo de revisão de tetos no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e, em março de 1995, houve o seguinte resultado: foi realizado estudo sobre o comportamento do gasto ambulatorial e hos-

²⁶ A Comissão de Revisão dos Tetos Financeiros produziu um relatório parcial, apresentado à Comissão Intergestores Tripartite em sua reunião de janeiro de 1995, já no contexto de uma nova direção ministerial, a qual assumiu a conclusão da proposta.

pitalar de cada estado no segundo semestre de 1994, analisando-o em função da capacidade de controle e avaliação da Secretaria Estadual de Saúde e do perfil da produção de serviços. Daí foi estabelecido um valor aproximado dos recursos necessários à continuidade do atendimento existente em cada estado. A partir desse valor, congelou-se o volume de recursos correspondentes ao gasto ambulatorial histórico e redefiniu-se o teto hospitalar, fixando em 9% da população o limite quantitativo máximo anual de internações, o qual, multiplicado pelo valor médio da internação no estado, constituiria o montante de recursos federais alocados para assistência hospitalar. Os tetos ambulatorial e hospitalar assim definidos comporiam o teto global para a assistência à saúde com que o estado poderia contar para organizar sua assistência, embora, vale lembrar, esses recursos não fossem repassados direta e automaticamente para os fundos de saúde, pois esse repasse era condicionado ao cumprimento dos requisitos das diferentes condições de gestão previstos e à disponibilidade de recursos para implantar a sistemática.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

Estabelecidos esses valores, uma última revisão foi feita. Definiu-se um valor *per capita* anual de, no mínimo, 25 reais para todos os estados, e determinou-se que esses valores não apresentassem uma redução superior a 4% em relação ao teto estabelecido (em novembro de 1994), nem superior a 8%, em relação ao gasto realizado no 2º semestre de 1994. Desde então, os tetos estaduais vêm constituindo o limite financeiro estabelecido para o pagamento, pelo Ministério da Saúde, da produção de serviços ambulatoriais e hospitalares realizada pelas unidades públicas de saúde sob gerência estadual e/ou municipal, bem como pela rede contratada e conveniada sob gestão estadual ou municipal em cada estado, incluindo também os tetos financeiros repassados diretamente aos municípios em gestão semiplena. Obviamente, os tetos estaduais não incluem os recursos correspondentes às ações e serviços realizados em unidades públicas de saúde que permanecem sob gestão federal, as quais são financiadas com outros recursos orçamentários do MS.

Aprovada essa sistemática pela Comissão Intergestores Tripartite, foram acordados nesse fórum os requisitos para a aceitação de

novos pleitos estaduais para revisões desses valores, e os critérios para alocação de novos recursos.

No que se refere aos requisitos a serem cumpridos pelos estados (para que suas demandas por revisão fossem analisadas), foram definidos itens cuja operacionalização promovesse o aperfeiçoamento do processo de programação de ações e serviços, o desenvolvimento e estruturação das ações de controle e avaliação, a alimentação regular dos bancos de dados dos sistemas de informações, e a definição de política de investimentos no âmbito estadual (conforme Portaria SAS/MS nº 74, de 24 de julho de 1995).

No que diz respeito aos critérios para alocação de novos recursos aos estados, valorizou-se a implantação de programas prioritários do Ministério da Saúde para a reorganização da assistência (Programa de Agentes Comunitários, Programa de Saúde da Família), e a valorização e recuperação dos serviços de emergência, além de programas prioritários aprovados na CIB. A Comissão Intergestores Tripartite acompanharia permanentemente a revisão dos tetos financeiros dos estados.

Durante o ano de 1995, dezenove estados pleitearam revisão. Foram realizadas quatorze revisões de tetos financeiros de estados entre março e novembro de 1995, atendendo parcialmente (na medida da disponibilidade de recursos) o pleito de onze estados, conforme estudo de acompanhamento sobre a evolução dos tetos financeiros dos estados realizado pelo Ministério da Saúde (ver anexo 2).

A análise da evolução dos tetos financeiros no período de novembro 1994/novembro 1995 demonstra que em relação aos tetos fixados em novembro de 1994, que refletiam o gasto histórico dos 27 estados, quatorze obtiveram ganhos, sendo cinco pertencentes à região Norte do país, quatro à região Nordeste, um à região Centro-Oeste, dois à região Sudeste e dois à região Sul.

De outro lado, doze estados tiveram perdas, sendo dois pertencentes à região Norte do país, cinco à região Nordeste, três à região Centro-Oeste e dois à Região Sudeste. Um dos estados da região Sul recuperou, em novembro de 1995, as perdas que tinha sofrido na revisão geral realizada em março de 1995.

Dos oito estados que pleitearam aumento até dezembro de 1995 e não tiveram seus pleitos atendidos, quatro pertenciam à região Norte, dois à região Nordeste e dois à região Centro-Oeste.

Se considerarmos, pelos requisitos exigidos, que a revisão de tetos pressupõe: i) a análise da situação da programação, do controle e avaliação nos estados; e ii) a sintonia com as prioridades da direção nacional do sus, pode-se avaliar que a região que apresenta o melhor desempenho é a região Sul, pois, dos três estados que a compõem, dois obtiveram aumento e um conseguiu recuperar suas perdas. A região Centro-Oeste é a que apresenta pior desempenho, pois apenas um estado obteve aumento; os outros três tiveram perdas.

O bom desempenho da região Norte reflete o ajuste para cima nos valores *per capita* de seus estados, no momento da revisão geral em março de 1995. Vale mencionar, entretanto, que dessa região, quatro estados pleitearam revisão ao longo do ano, não tendo sido atendidos. As regiões Nordeste e Sudeste também apresentam desempenho razoável, pois quase a metade de seus estados obteve aumento.

Para uma avaliação mais cuidadosa, no entanto, há que considerar as diferenças regionais quanto às características da rede de serviços instalada, ao acesso às informações e aos instrumentos de planejamento estratégicos para o melhor desenvolvimento das ações e serviços de saúde, e à capacidade de investimento dos diferentes estados e regiões em inovações tecnológicas e gerenciais, entre outros fatores decisivos no desempenho das áreas críticas avaliadas no processo de revisão de tetos.

Do que foi apresentado, parece lícito afirmar que, no que diz respeito à assistência ambulatorial e hospitalar, a estratégia implementada para efetivar a descentralização no período 1993/1995, avançou significativamente na institucionalização do arranjo político-institucional previsto na legislação sanitária para a gestão descentralizada do sistema. Além disso, foram implantados mecanismos e práticas relevantes no que diz respeito ao processo de alocação de recursos para sua execução. Contudo, até onde estes avanços vêm produzindo resultados perceptíveis na ponta do sis-

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

tema (ao superar rotinas gerenciais ultrapassadas, modificar as condições e organização do trabalho, fortalecer o controle social, impactar no grau de satisfação do usuário e na efetiva ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde), são questões que não só podem como devem ser levantadas e analisadas no estágio atual do processo de implementação do Sistema Único de Saúde.

Em 1995, a direção nacional do sus ensaiou os primeiros passos nesse sentido. Vejamos.

6 Construindo a Capacidade de Gestão Pública do sus — 1995

Em 1995, ao assumir a direção, a nova gestão do Ministério da Saúde diagnosticou a necessidade de promover, aprofundar e acompanhar o processo de negociação em curso nas Comissões Intergestores Bipartite, para a definição de tetos financeiros municipais, pois era evidente a urgência de uma discussão sobre o modelo de gestão descentralizada em desenvolvimento em cada estado, em termos da regionalização da assistência, da hierarquização da rede, da estruturação de sistemas de referência estadual e/ou intermunicipal, e da garantia dos princípios de universalização, integralidade e equidade na assistência à saúde [MS/SAS/CIT (janeiro de 1995)].

O eixo das atividades desenvolvidas correspondeu à instituição de práticas de programação das ações e serviços de saúde no novo contexto de gestão descentralizada do sistema, articuladas por meio de um trabalho integrado das três instâncias gestoras da assistência médica ambulatorial e hospitalar do sus: Ministério da Saúde/SAS, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde.

Em sintonia com a agenda de trabalho proposta pelo conass e pelo CONASEMS para 1995, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde desencadeou processo de *organização da gestão da assistência* entre as três esferas de governo, por meio do desenvolvimento de trabalho conjunto entre a SAS e as Comissões Intergestores Bipartite, com os seguintes objetivos:

a) promover as funções de planejamento, programação, controle e avaliação das ações e serviços, tendo em vista a gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde e a racionalização da assistência;

b) promover o comando único em cada esfera de governo, por meio de uma definição clara das responsabilidades e competências específicas de cada uma na gestão do SUS;

c) promover a parceria entre os gestores, com o entendimento de que, sem essa parceria, não se garante o acesso universal e equânime de cada cidadão à assistência integral à saúde; não se organiza um sistema de referência eficiente, nem se implementa uma política conseqüente para a estruturação de um sistema de alta complexidade que seja único e articulado;

d) promover a capacidade de regulação setorial pela direção nacional do SUS, a partir do desenvolvimento de mecanismos e sistemas de acompanhamento e análise permanente do processo de implementação da gestão descentralizada (MS).

Foram realizadas três etapas de reuniões da SAS com as Comissões Intergestores Bipartites dos estados, por macrorregião do país — os Encontros Macrorregionais da SAS com as Comissões Intergestores Bipartite — nas quais firmaram-se compromissos a serem cumpridos para o desenvolvimento de uma programação integrada nas instâncias federal, estadual e municipal. Esses compromissos foram estabelecidos em sucessivas fases de detalhamento, avaliação e reprogramação, e por meio delas acompanhou-se a sua implementação.

Os compromissos firmados pautaram as seguintes atividades centrais:

a) diagnóstico do estágio e peculiaridades do SUS em cada estado e no Distrito Federal;

b) definição de tetos financeiros por município destinados à assistência ambulatorial e hospitalar, aprovados pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB);

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

c) definição dos quantitativos globais de AIH por município, aprovados na CIB;

d) realização de estudo de procedência de pacientes para orientar e organizar a referência da atenção hospitalar;

e) identificação de procedimentos de alto custo/alta complexidade para subsidiar uma lista-padrão nacional, tendo em vista o acompanhamento sistemático desses procedimentos;

f) definição das prioridades de investimentos para 1995/1996, aprovadas na CIB;

g) programação físico-financeira da atenção hospitalar por município, com a referência intermunicipal e interestadual.

O acompanhamento e avaliação dos resultados desse processo foi registrado em quatro documentos amplamente divulgados para os gestores do sus, quais sejam: o 1º Relatório dos Encontros Macrorregionais da SAS/MS com as Comissões Intergestores Bipartite (maio/95); o 2º Relatório sobre o Processo de Organização da Gestão da Assistência à Saúde (setembro/95); o 3º Relatório sobre o Processo de Organização da Gestão da Assistência à Saúde: a Programação Hospitalar Detalhada — 1995 (dezembro de 1995); mais o documento-síntese do ano de 1995: O Processo de Organização da Gestão da Assistência à Saúde — Brasil 1995 (dezembro de 1995), e planilhas de acompanhamento do cumprimento dos compromissos assumidos.

A partir da análise desses documentos, pode-se afirmar que, a despeito da complexidade da natureza do trabalho (técnico/político) desenvolvido nessas instâncias e das dificuldades encontradas em alguns estados, o conteúdo e a qualidade técnica da documentação produzida refletem um significativo amadurecimento na condução da descentralização no país. Em março de 1996, dos 27 estados brasileiros, 23 haviam encaminhado ao Ministério da Saúde, com a aprovação das Comissões Intergestores Bipartite, o teto físico de internações e o teto financeiro global para assistência médica ambulatorial e hospitalar de cada um de seus municípios, mais a programação hospitalar detalhada, com o mapeamento do fluxo intermunicipal de pacientes no interior do estado, e a racionalização da

referência. Além disso, os 27 estados encaminharam as prioridades de investimentos negociadas nas CIB. Assim, é lícito concluir que as Comissões Intergestores Bipartite não apenas estão criadas em todos os 27 estados, como estão em pleno funcionamento em, no mínimo, 23 estados.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

Por outro lado, constata-se a necessidade de considerar a diversidade de realidades estaduais para uma avaliação mais precisa de seu desempenho, em termos de sua capacidade política, institucional e técnico-operacional para gerir as mudanças. O nível de organização política dos principais atores setoriais, as características da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (se predominantemente própria ou conveniada/contratada, ou se predominantemente estadual ou municipal); o perfil da oferta de serviços (mais ou menos abrangentes em termos da complexidade dos serviços disponíveis), a remuneração e qualificação dos recursos humanos, a capacidade de financiamento com recursos próprios, e a dimensão geográfica, entre outros, são condicionantes importantes no padrão de reorganização da gestão local.

Certamente, essas diferenças explicam os diferentes modelos de gestão descentralizada em implementação nos estados. Os relatórios identificam, no início de 1995, a existência de cinco modelos de gestão, conforme descrição a seguir:

- a) *modelo de gestão centralizada* — a gestão do sistema permanece com o estado, que centraliza os instrumentos de planejamento, programação, controle e avaliação da rede de serviços, ainda que a gerência de unidades estaduais seja transferida para municípios;
- b) *modelo descentralizado por partilha* — a gerência das unidades é estabelecida por partilha, a partir de interesses específicos; isto é, não existe uma racionalidade técnica para a organização do sistema: esta é definida em parceria pelo gestor estadual e gestores municipais (gestão fragmentada);
- c) *modelo municipalizado atomizado* — a gestão do sistema é descentralizada para o município, sem que o estado assuma suas funções de coordenação e regulação, de forma a garantir a regionali-

zação da assistência e a organização de sistema de referência que dê consistência à gestão estadual do SUS;

d) *modelo municipalizado com ênfase na regionalização* — a gestão do sistema é descentralizada para o município, que assume o comando único sobre as ações e serviços em seu território, mas há uma forte participação do estado no desempenho de suas funções de coordenação e regulação das relações intermunicipais, com a tendência de estabelecimento de mecanismos de avaliação e controle de sistemas municipais de saúde;

e) *modelo descentralizado por nível de hierarquia* — o sistema é organizado com base na hierarquia das ações e serviços de saúde. O estado fica com a gestão do sistema de referência regional (gerencia as unidades de maior complexidade), enquanto aos municípios cabe a gestão da assistência ambulatorial e hospitalar de menor complexidade.

Na primeira etapa de reuniões realizada em março/abril de 1995, dos 27 estados brasileiros, quatorze permaneciam com modelos centralizados de gestão do sistema de saúde, e correspondiam à quase totalidade da região Norte do país (cinco em sete), a parcela significativa da região Nordeste (cinco em nove) e da região Centro-oeste (dois em quatro), a metade dos estados da região Sudeste (dois), entre os quais o estado de São Paulo. A região Sul partia para a implementação dos modelos descentralizados por nível de hierarquia (um), ou municipalizados, com ênfase na regionalização (dois). Dos estados brasileiros, quatro apresentavam uma situação caracterizada como modelo municipalizado atomizado, e um como modelo descentralizado por partilha (ver anexo 3).

O desenvolvimento inicial do processo de organização da gestão da assistência, aprofundou a discussão e negociação nas Comissões Intergestores. As atividades para definição de tetos financeiros para os municípios, a realização de estudos de procedência dos pacientes que utilizam os serviços, e o mapeamento do fluxo intermunicipal de pacientes, no âmbito da programação integrada, certamente criaram as condições para uma aproximação mais consistente ao desenho do modelo de gestão compatível com as realidades estaduais.

Assim, já na segunda etapa de reuniões realizada em junho/julho de 1995, a posição apresentada pelas Comissões Intergestores Bipartite, quanto ao modelo de gestão que pretendiam adotar, e em cuja implementação vinham trabalhando, resultou em mudança significativa neste quadro (ver anexo 4). Dos 23 estados que participaram das reuniões e apresentaram resultados, no mínimo, parciais, em relação aos compromissos assumidos, quatorze buscavam desenvolver o modelo descentralizado por nível de hierarquia, e nove, o modelo municipalizado com ênfase na regionalização.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

É interessante notar que parece haver uma identidade regional na definição dos modelos: todos os estados da região Nordeste optaram pelo modelo descentralizado por nível de hierarquia, enquanto que os estados da Região Sul optaram pelo modelo municipalizado, com ênfase na regionalização. A região Sudeste, à exceção do estado de São Paulo, se propôs a implementar o modelo municipalizado, com ênfase na regionalização. A região Centro-Oeste e a região Norte dividiram-se entre esses dois modelos. Três estados da Região Norte não compareceram às reuniões e o Distrito Federal, por não ter municípios, organiza sua assistência segundo suas especificidades.

Merece registro, ainda, o fato de nenhum estado ter se proposto a implementar os modelos centralizado, municipalizado atomizado e descentralizado por partilha, os quais não representam avanço real no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, porque não contribuem para a organização da gestão da assistência.

Por fim, cabe mencionar que não foi apenas no campo do planejamento da descentralização e da programação das atividades ambulatoriais e hospitalares que se buscou trabalhar, para fortalecer a capacidade de gestão pública do sus, conforme o 2º Relatório. Uma série de medidas foram implementadas para aperfeiçoar as ações descentralizadas de avaliação e controle na área hospitalar. Entre elas destacam-se:

- a realização de diagnóstico sobre o estágio de desenvolvimento das funções de controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados pelo sus na rotina das Secretarias Estaduais de Saúde;

- o reforço à responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais pela programação e distribuição das autorizações de internações hospitalares, restringindo aos gestores públicos a competência de autorizar internações hospitalares, cadastrando-os para esse fim, e vedando a destinação de lotes e/ou cotas fixas diretamente às unidades de serviços (Portaria sas nº 15, de 2 de março de 1995) — prática comum até então;
- o apoio aos estados e municípios no fortalecimento de seus sistemas de controle e avaliação, por meio de atividades de treinamento de profissionais e de validação dos sistemas de processamento de informações ambulatoriais (SIA/SUS), mais a disponibilização de Programa de Gestão Financeira de AIH (PGFAIH), entre outras inovações operacionais.

Ao final de 1995, podem ser apontados como resultados parciais deste processo, de acordo com os relatórios e documentos já referidos:

- a) o desenvolvimento das condições básicas para a organização da referência na atenção hospitalar, por meio da realização dos estudos de procedência e do detalhamento da programação hospitalar;
- b) a instituição de uma nova cultura de planejamento e programação, fundada na direção única em cada esfera de governo, na parceria entre os gestores, e na racionalização da oferta, com um processo de negociação para a definição dos tetos financeiros por município em cada estado;
- c) uma nova dinâmica na coordenação da política de investimentos no SUS, de forma a orientar a alocação de recursos federais a projetos específicos em novas bases, de maneira a respeitar prioridades definidas pelas Comissões Intergestores Bipartite;
- d) o aperfeiçoamento dos sistemas de informação SIA e SIH/SUS em cada estado — pré-requisito para a estruturação de sistemas descentralizados de controle e avaliação das ações ambulatoriais e hospitalares;
- e) a conclusão de um diagnóstico sobre a situação de cada estado e a sistematização de informações estratégicas para a estruturação

de ações de monitoramento e de cooperação técnica para o aperfeiçoamento do processo de implementação do sus em geral, e da descentralização em particular, pela direção nacional do Sistema Único de Saúde.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

Tomando como referência as discussões e proposições encaminhadas no âmbito das atividades desenvolvidas, algumas perspectivas de trabalho para 1996 podem ser listadas:

a) *quanto à descentralização*: intensificar a transferência direta e automática de recursos para estados e municípios; avançar na implementação da gestão descentralizada do sus, com ênfase na constituição de sistemas estaduais de saúde compatíveis com seu novo papel (coordenação do sistema e das políticas de saúde; coordenação da programação negociada entre gestores e integrada com os municípios e o governo federal; coordenação da política de alto custo/alta complexidade; auditoria, avaliação e controle de sistemas municipais de saúde; e eventual execução de serviços de referência/ alta complexidade); desenvolver a integração dos diversos setores do Ministério da Saúde e sua capacidade de regulação da gestão descentralizada, de forma a dar consistência à direção única do Sistema Único de Saúde, nas três esferas de governo;

b) *quanto à programação*: avaliar os resultados do processo desencadeado em 1995, para a verificação de efetivas transformações nas práticas gerenciais das ses e sms; aperfeiçoar a programação ambulatorial, e desenvolver parâmetros de cobertura assistencial para a gestão descentralizada do sus;

c) *quanto à avaliação de sistemas*: desenvolver mecanismos e instrumentos de acompanhamento e avaliação do processo de implementação da gestão descentralizada, e da conseqüente reorganização dos sistemas estaduais e municipais; desenvolver métodos de avaliação da *qualidade* da assistência prestada;

d) *quanto ao controle e avaliação*: estruturação do Sistema Nacional de Auditoria em seus três níveis; reconcepção e aperfeiçoamento dos sistemas de informação SIA E SIH/SUS.

7 Considerações Finais

A partir dessa retrospectiva do processo de descentralização do financiamento e da gestão da assistência à saúde no país, no contexto da implementação da reforma setorial consagrada na Constituição federal de 1988, é possível concluir que, apesar de todas as dificuldades, um longo caminho já foi percorrido para transformar em realidade o Sistema Único de Saúde, e seus princípios e diretrizes.

Ainda que os maiores avanços estejam circunscritos ao espaço da assistência médica ambulatorial e hospitalar, dadas as especificidades e o ritmo diferenciado da descentralização das ações no campo da saúde pública, da vigilância sanitária, e de outras ações sob gestão do Ministério da Saúde, o ano de 1995 teve o mérito de estabelecer a discussão e reflexão sobre a redefinição do modelo assistencial, seja pela implementação do Programa Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família (que demandam um estudo à parte), seja pelo consenso obtido sobre a necessidade de se romper, de uma vez por todas, com a dicotomia *preventivo/curativo* na organização da assistência à saúde da população brasileira.

O ano de 1996 produziu novos resultados na institucionalização e aperfeiçoamento da gestão descentralizada da saúde. A elaboração da Norma Operacional Básica 01/96, publicada em 6 de novembro de 1996, repetiu o processo rico, democrático e participativo que tem caracterizado a formulação da política setorial nos últimos anos. Por outro lado, favoreceu a integração das demais áreas do Ministério da Saúde na discussão sobre o processo de implementação da descentralização das ações e serviços de saúde, e sobre a consolidação do Sistema Único de Saúde.²⁷

²⁷ O presente artigo foi elaborado durante o ano de 1996. A oportunidade de revisá-lo para publicação, em janeiro de 1997, permitiu atualizar algumas informações; entretanto o tempo destinado à revisão não permite uma análise consistente dos principais fatos relacionados à descentralização no período. Por outro lado, em virtude da mudança ocorrida na direção ministerial em dezembro, com a saída do ministro Adib Jatene em outubro, e para uma análise mais produtiva, cabe aguardar as definições da atual gestão quanto à estratégia que deveria ser instituída com a publicação da nob sus 01/96, no período de interinidade do ministro José Carlos Seixas.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996, ao debater o tema “sus, Construindo o Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida”, avançou no sentido de aperfeiçoar o modelo assistencial e, sem dúvida, representou mais uma etapa na difícil tarefa de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a população brasileira.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

No entanto, ainda há muito a caminhar na regulação do processo de descentralização, para que não venha a aprofundar as desigualdades ou pulverizar a ação institucional do setor. É preciso garantir relações saudáveis e solidárias entre os municípios, municípios e a direção estadual do sistema, entre os estados, e entre estes e a direção nacional do sistema — tarefa fundamental para atingir a universalidade, integralidade e equidade na assistência à saúde. É preciso igualmente tratar com cuidado a multiplicidade e diversidade de realidades estaduais, municipais e regionais, para favorecer o surgimento de alternativas locais criativas e flexíveis para o melhor enfrentamento das necessidades da área. Para isso, é preciso um Ministério da Saúde preparado e qualificado para exercer suas nobres e imprescindíveis funções de regulação e de cooperação técnica, e executar as ações de sua competência como direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Alguns pontos estratégicos para a consolidação do Sistema Único de Saúde carecem de equacionamento rápido, como, por exemplo: o financiamento setorial, a redefinição das estratégias de contratação, remuneração, controle e avaliação de serviços privados pelos estados e municípios; a regulação dos seguros-saúde, a regulação da regionalização e da hierarquização da assistência (consórcios, sistemas de referência, alta complexidade); a valorização dos recursos humanos, o aperfeiçoamento da produção, alimentação, uso e disseminação da informação em saúde; a reforma administrativa do Ministério da Saúde, de forma a articular as ações dos diferentes setores na perspectiva da gestão descentralizada do sistema (assistência ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância sanitária, saúde pública/saúde coletiva, programas prioritários); e a implementação do Sistema Nacional de Auditoria.

Esses e outros pontos, menos que obstáculos, devem ser encarados como desafios identificados pelo próprio amadurecimento do processo de construção da cidadania sanitária no país, e devem ser enfrentados por todos que acreditam e trabalham por esse projeto social.

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

ANEXOS

PLANEJAMENTO E
POLÍTICAS PÚBLICAS
Nº 14 - DEZ. DE 1996

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

PLANEJAMENTO E
POLÍTICAS PÚBLICAS
Nº 14 - DEZ. DE 1996

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

PLANEJAMENTO E
POLÍTICAS PÚBLICAS
Nº 14 - DEZ. DE 1996

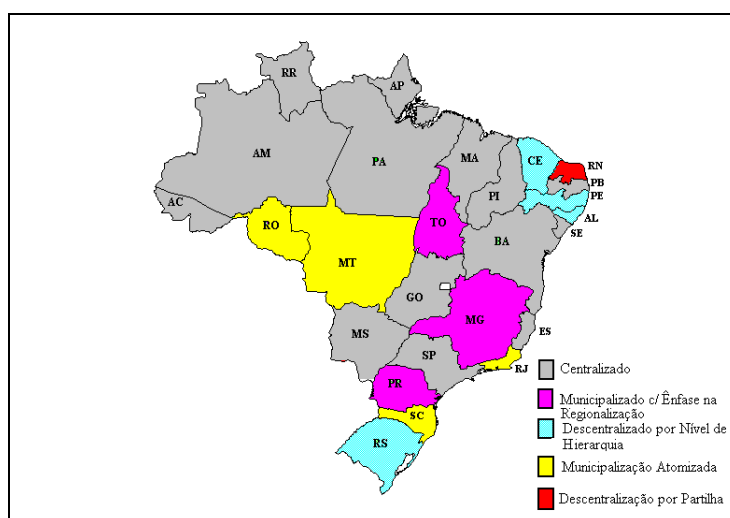
DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

PLANEJAMENTO E
POLÍTICAS PÚBLICAS
Nº 14 - DEZ. DE 1996

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

MAPA 1

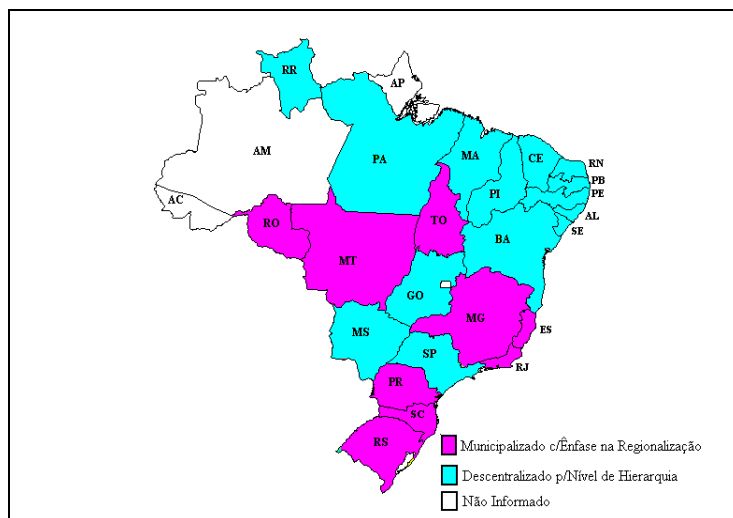
Modelos de Gestão da Assistência Identificados pela
SAS/MS — Março/1995



Fonte: CGAS/DAPS/SAS.

MAPA 2

Modelos de Gestão da Assistência Pretendidos pelos Estados para 1995



Fonte: CGAS/DAPS/SAS.

PLANEJAMENTO E
POLÍTICAS PÚBLICAS
Nº 14 - DEZ. DE 1996

Referências Bibliográficas

- ABRASCO. *Pelo direito universal à saúde*. Contribuição da ABRASCO para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde.— Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.
- ABRASCO. *A experiência SUDS e os desafios da reforma sanitária*. Contribuição da ABRASCO ao processo de construção do Sistema Único de Saúde.— Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.
- BARROS, M. E.; PIOLA, S. F. e VIANNA, S. M. *Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas*.— Brasília: IPEA, 1996. (Texto para Discussão, n.401)
- BARROS, M. E. *Política de saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança quando tudo parece permanência*. 1º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde.— Curitiba: ABRASCO, nov. 1995. mimeo
- _____. *Financiamento e gasto em saúde*.— IPEA: Brasília, set. 1996. (Nota Técnica). mimeo
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE *Municipalização é o caminho*. IX Conferência Nacional de Saúde. Orientações gerais/etapas municipal, estadual, nacional.— Brasília: 1991.
- _____. *Conferência Nacional de Saúde, IX*. Relatório Final. Brasília, 1992.
- _____. *Descentralização das ações e serviços de saúde*. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei.— Brasília: 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde. *Relatório dos encontros macro regionais da secretaria de assistência à saúde do ministério da saúde com as comissões intergestores bipartite*. 2ª versão.— Brasília: mai. 1995. mimeo.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde. *Segundo relatório sobre o processo de organização da gestão da assistência à saúde*.— Brasília: set. 1995. mimeo.
- _____. *Terceiro relatório sobre o processo de organização da gestão da assistência à saúde: a programação hospitalar integrada-1995*.— Brasília: dez. 1995. mimeo
- _____. *O processo de organização da gestão da assistência à saúde: Brasil-1995*.— Brasília: dez. 1995. mimeo

DESCENTRALIZAÇÃO
DO FINANCIAMENTO E
GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NO BRASIL:
A IMPLEMENTAÇÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE —
RETROSPECTIVA
1990/1995

- BRASIL. Ministério da Saúde/SAS/CIT. Comissão de Revisão de Tetos Financeiros para Estados (Atividades Ambulatoriais e Hospitalares). *Relatório parcial*.— Brasília: jan.1995, mimeo
- CARVALHO, G. C. M. A doença da saúde tem cura. *Revista Saúde em Debate*, Londrina, CEBES, n.35, 1992.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão de Acompanhamento do Processo Orçamentário. *Relatório apresentado na 52ª reunião ordinária*.— Brasília: fev. 1996. mimeo
- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*.— Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991. 184 p. (Coleção Saúde, n.1)
- MÉDICI, A. C. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanço e perspectivas do processo de descentralização*.— São Paulo: Ed. Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.
- MÉDICI, A. C. e CZAPSKI, C. A. *Evolução e perspectivas dos gastos públicos com saúde no Brasil* (Public Health Expenditure Review). 3ª versão completa.— Brasília: 1995, mimeo
- PORTO, S. M. Distribuição eqüitativa de recursos financeiros no setor saúde. *In: O financiamento da saúde no Brasil*. — Brasília: OPAS, 1994. (Série Economia e Financiamento, n.4)
- RODRIGUES NETO, Eleutério. *Saúde: promessas e limites da Constituição Brasileira*.— São Paulo: Depto. de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 1988. Tese de Doutorado
- SANTOS, N. R. Governabilidade na saúde. *Revista Saúde em Debate*, Londrina, CEBES, n.34, 1992a.
- _____. A IX C.N.S, o SUS e “Este” Estado. *Revista Saúde em Debate*, Londrina, CEBES, n.35, 1992b.
- VIANNA, S. M. A Descentralização tutelada. *Revista Saúde em Debate*, Londrina, CEBES, n.35, 1992.

(Originais recebidos em novembro de 1996, revisto em fevereiro de 1997.)