

## Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas\*

Health policy in the 1990s:  
inter-governmental relations  
and the Basic Operational Norms

Eduardo Levcovitz <sup>1</sup>  
Luciana Dias de Lima <sup>2</sup>  
Cristiani Vieira Machado <sup>3</sup>

**Abstract** *This papers examines the Brazilian health policy during the 90's with a effective focus in the challenge posed by the implementation of the Sistema Único de Saúde (SUS). Among the main conclusions the work underlines the new role of the local administrations – effectively managing budgetary resources and instruments – nevertheless the huge problems emerging from the new rules of the system. The Federal Government, however, was empowered with new regulatory functions and could set up mechanisms to transfers responsibilities and resources to states and local government levels if these programs were linked to social activities. The decentralization program is governed by SUS operational rules, that are carried out in a country which federative model is still being defined and with a very centralized tax system.*

**Key words** *State reforms, Health policy, Decentralization*

**Resumo** *Ao se analisar a política de saúde nos anos 90, é imprescindível considerar a complexidade do desafio representado pela implementação do Sistema Único de Saúde. O artigo evidencia que, apesar das dificuldades, houve avanços no modelo de descentralização adotado pela política de saúde em direção à municipalização da gestão (incluindo recursos e instrumentos) e da explicitação das funções estaduais como coordenadores do sistema de referência intermunicipal. O nível federal, por sua vez, ampliou seu poder indutor e regulador ao introduzir novos mecanismos de transferência vinculados às ações e programas assistenciais. Esse processo foi orientado pela edição das Normas Operacionais Básicas do SUS – NOBs, instrumentos de regulação do processo de descentralização, em um país com um modelo federalista ainda em definição e com um sistema tributário relativamente centralizado.*

**Palavras-chave** *Política de saúde, Descentralização, Normas Operacionais Básicas (NOBs)*

<sup>1</sup> Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua São Francisco Xavier 524/7º andar, Maracanã, 20550-013, Rio de Janeiro RJ.

<sup>2</sup> Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>3</sup> Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, Secretaria de Assistência a Saúde, Ministério da Saúde.

## O desafio da implementação do Sistema Único de Saúde nos anos 90

Ao se analisar a política de saúde nos anos 90, é imprescindível considerar a complexidade do desafio representado pela implementação do Sistema Único de Saúde. A necessidade de concretização da agenda progressista construída pelo movimento sanitário dos anos 80 e o rompimento com o modelo distorcido sobre o qual o sistema de saúde brasileiro foi estruturado ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas, indicam o grau dessa complexidade.

Se por um lado o contexto de crise econômica e democratização nos anos 80 favoreceu o debate político na área da saúde que se refletiu nos avanços da Constituição brasileira de 1988 e em mudanças objetivas no sistema; nos anos 90, a concretização dos princípios do SUS estará em contínua tensão por diversos obstáculos estruturais e conjunturais.

No que diz respeito às dificuldades estruturais, as diversas políticas sociais brasileiras, incluindo as de saúde, expressam o caráter “imperfeito e deformado”<sup>1</sup> dos sistemas de proteção social latino-americanos. Algumas variáveis estruturais impõem enormes desafios à consolidação do SUS e muitas vezes obscurecem os avanços alcançados pela reforma sanitária brasileira: a marcante desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído.

Acrescente-se, ainda, a repercussão no Brasil da onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social em vários países a partir da década de 1980, norteadas pelo fortalecimento das idéias neoliberais sobre a crise dos Estados nacionais. Nos anos 90, essas tendências se expressam no país através de: a) adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, nas medidas de estabilização da moeda; b) privatização de empresas estatais; c) adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho do Estado e do quadro de funcionalismo público, incluindo a agenda de reforma da previdência e a reforma do aparelho do Estado; d) mudanças nas relações de trabalho, com aumento do segmento informal, do desemprego estrutural

e “fragilização” do movimento sindical; entre outras.

Tais mudanças tornaram tensa a implementação de políticas sociais universais mesmo nos países desenvolvidos e, em países, como o Brasil, onde não existem sistemas de proteção social consolidados, têm repercussões ainda mais graves.

Desta forma, pode-se dizer que a agenda da reforma sanitária brasileira é construída na contra-corrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados nos anos 80, e sua implementação nos anos 90 se dá em uma conjuntura bastante adversa. Face ao novo cenário político nacional, a construção do SUS expressa essas tensões, sendo observados tanto avanços como dificuldades nos diversos âmbitos estratégicos para a implantação do SUS, sintetizados no quadro 1.

A complexidade desse quadro faz com que sejam possíveis diversos enfoques de análise sobre as políticas de saúde nos anos 90. Assim, a produção de diferentes autores sobre o SUS no período recente é extremamente variada no que diz respeito ao marco teórico-conceitual adotado e elementos enfatizados.<sup>2</sup>

Entretanto, há relativo consenso sobre os avanços no âmbito da descentralização. O processo de descentralização em saúde predominante no Brasil é do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Na agenda da reforma sanitária brasileira, a diretriz de descentralização sempre esteve atrelada a questões mais abrangentes, como: a estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais (Teixeira, 1990); e a perspectiva de construção de sistema, implicando o estabelecimento de relações interinstituições, interníveis de governo e interserviços (Viana, 1995).

De fato, a década de 1990 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da saúde.

Vale ressaltar que a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90. Dessa forma, ainda que fundado em bases político-ideológicas diferentes – os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado –, o consenso acerca da descentralização favorece o avanço desse processo.

**Quadro 1**

Avanços e dificuldades na implementação do SUS nos anos 90

Âmbito	Aspectos-chave	Avanços	Dificuldades
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fontes estáveis para o setor</li> <li>- Mecanismos e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento da participação dos municípios no financiamento da saúde</li> <li>- Aumento progressivo das transferências automáticas de recursos federais para estados e municípios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não-implantação do orçamento da Seguridade Social</li> <li>- Instabilidade de fontes durante a maior parte da década (EC nº 29 só aprovada em 2000)</li> <li>- Pouca participação dos recursos estaduais no financiamento</li> </ul>
Relações público-privadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidação do sistema público de saúde, único e universal, em uma lógica de seguridade social</li> <li>- Caráter complementar do setor privado no sistema</li> <li>- Fortalecimento da gestão pública e da regulação do setor privado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento da oferta pública de serviços de saúde, principalmente municipal</li> <li>- Aumento da capacidade gestora em diversos estados e em milhares de municípios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crescimento do setor privado supletivo, subsidiado por renúncia fiscal, com segmentação da clientela</li> <li>- Regulação ainda incipiente sobre os prestadores privados do SUS e setor privado supletivo</li> <li>- Multiplicação de novas formas de articulação público-privada na saúde (terceirizações, fundações cooperativas etc.)</li> </ul>
Descentralização e relações entre gestores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construção efetiva do federalismo na saúde, com definição do papel das três esferas de governo no SUS</li> <li>- Transferência de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e municípios</li> <li>- Mecanismos de negociação e relacionamento entre gestores para definição e implementação da política</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios</li> <li>- Estabelecimento das comissões intergestores (tripartites e bipartites – CITs e CIBs) como instâncias efetivas de negociação e decisão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imprecisão e pouca clareza na definição do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema</li> <li>- Conflitos acentuados e competitividade nas relações entre gestores nos diversos níveis (federal-estadual-municipal, estadual-estadual, estadual-municipal e municipal-municipal)</li> </ul>
Gestão e organização do sistema	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimento da capacidade de gestão pública do sistema</li> <li>- Expansão e desconcentração da oferta de serviços</li> <li>- Adequação da oferta às necessidades da população</li> <li>- Organização e integração da rede de serviços em uma lógica hierarquizada e regionalizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento da capacidade gestora e experiências inovadoras de gestão e organização da rede em diversos estados e municípios</li> <li>- Expansão efetiva da oferta de serviços para áreas até então desassistidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios</li> <li>- Persistência de distorções relacionadas ao modelo anterior: superposição e excesso de oferta de algumas ações, insuficiência de outras, pouca integração entre serviços</li> </ul>
Atenção aos usuários	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universalização efetiva do acesso de todos os cidadãos brasileiros a todas as ações de saúde necessárias</li> <li>- Mudança do modelo de atenção</li> <li>- Melhoria da qualidade da atenção, satisfação dos cidadãos e efetividade das ações, com impacto positivo na saúde da população</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliação do acesso em termos de população assistida e ações oferecidas pelo SUS</li> <li>- Experiências inovadoras de diversos estados e municípios no sentido da mudança do modelo de gestão (adscrição de clientela, vínculo, integralidade das ações)</li> <li>- Mudança nas práticas de atenção em várias áreas (por exemplo, saúde mental)</li> <li>- Expansão de estratégias de agentes comunitários de saúde e saúde da família em todo o país</li> <li>- Melhoria de indicadores de saúde em diversos pontos do país</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persistência de desigualdades no acesso</li> <li>- Persistência de distorções no modelo de atenção (medicalização, uso inadequado de tecnologias)</li> <li>- Problemas no âmbito da qualidade e resolubilidade da atenção em diversos serviços do SUS em todo o país</li> </ul>

(continua)

**Quadro 1 (continuação)**

Avanços e dificuldades na implementação do SUS nos anos 90

Âmbito	Aspectos-chave	Avanços	Dificuldades
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação e capacitação adequadas de recursos humanos para o SUS, tanto para a gestão como para as atividades de atenção</li> <li>- Constituição de quadros técnicos gestores nos estados e municípios</li> <li>- Distribuição eqüitativa de profissionais de saúde em todo o país</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento da capacidade técnica de gestão do sistema de saúde em várias unidades da federação e municípios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distorções na formação dos profissionais de saúde</li> <li>- Heterogeneidade entre os diversos estados e municípios na constituição de equipes técnicas nas secretarias de saúde</li> <li>- Dificuldades de estados e municípios na contratação de profissionais de saúde, agravadas pela conjuntura de Reforma do Estado, com pressões para redução de gastos com pessoal</li> <li>- Distribuição desigual e inequitativa de profissionais de saúde no território nacional</li> </ul>
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação da sociedade nas decisões sobre a política de saúde</li> <li>- Implementação nas três esferas de governo de conselhos de saúde deliberativos, envolvendo diversos segmentos sociais, com 50% de usuários</li> <li>- Controle da sociedade sobre os gestores e prestadores do SUS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituição de conselhos de saúde no âmbito nacional, em todas as unidades da federação e na maioria dos municípios brasileiros, com participação de usuários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionamento efetivo dos conselhos bastante variável entre as diversas unidades da federação e municípios</li> <li>- Predomínio do caráter consultivo dos conselhos sobre o caráter deliberativo sobre a política, em várias situações</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria, a partir de outros trabalhos dos autores Levcovitz (1997), Lima (1999) e Machado (1999).

Porém, como apontaram diversos estudos, a descentralização não garante o caráter democrático do processo decisório e necessita ainda do fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo central na condução do próprio processo de descentralização, principalmente em países heterogêneos como o Brasil.

Portanto, pode-se afirmar que a descentralização *per se* não apenas é insuficiente para a concretização dos demais princípios do SUS, mas também que os seus avanços efetivos estão intimamente relacionados a outros aspectos relevantes para a consolidação do sistema, como: o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo, e a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos.

Essas considerações são importantes para a discussão dos avanços e dificuldades do SUS, uma vez que a descentralização na área da saúde nos anos 90 esbarra em dificuldades financeiras e institucionais, sendo que: *as feições do*

*sistema descentralizado tornam-se crescentemente heterogêneas no território nacional, dadas as diferentes possibilidades financeiras e administrativas e as distintas disposições políticas de governadores e prefeitos* (Arretche, 1997).

O próprio avanço da descentralização, portanto, assinala a complexidade de consolidar uma política nacional de saúde em um país imenso, desigual, com um sistema político federativo. Ressalte-se a peculiaridade do modelo de federalismo brasileiro, em que União, estados e municípios representam entes federativos com relativa autonomia e sem vinculação hierárquica. Além disso, face aos extensos períodos de concentração/desconcentração de controles políticos e fiscais que marcaram a história brasileira, pode-se dizer que vivemos um período de indefinições quanto a um novo modelo de federação, porém com alguns traços de (re)centralização e marcante ausência de mecanismos cooperativos, denominada de “federalismo predatório”, com um enorme potencial de conflito nos campos de definição de respon-

sabilidades e estabelecimento de relações entre gestores, nas mais diversas esferas da política.

A consolidação do SUS, portanto, requer a existência de mecanismos de regulação que dêem conta do dinamismo e da complexidade da descentralização na área da saúde. Nos anos 90, as Normas Operacionais Básicas passam a representar instrumentos fundamentais para a concretização da diretriz de descentralização, estabelecida na Constituição e na legislação do SUS (leis 8.080 e 8.142, de 1990).

### **1. As Normas Operacionais Básicas do SUS e a regulação da descentralização**

O intenso processo de descentralização nos anos 90 foi bastante orientado pela edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS. As NOBs representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Esses aspectos são fundamentais para a implementação de políticas de abrangência nacional em um país com federalismo em construção e um sistema tributário ainda relativamente centralizado.

Ressalta-se, em especial, que os critérios e mecanismos de repasse/transferência dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo são peças essenciais da política de saúde, pois atuam como definidores da repartição de atribuições e competências e do grau de autonomia gestora de cada esfera de governo no sistema de saúde. Isso se deve ao fato de o financiamento federal do SUS representar um percentual significativo do gasto público setorial, em comparação ao gasto efetuado a partir de receitas fiscais próprias dos estados e municípios.<sup>3</sup>

De forma secundária e diferenciada entre si, as três NOBs editadas na década de 1990 – NOB 91, NOB 93 e NOB 96 – trataram também de outros aspectos da organização do sistema de saúde, conforme será detalhado.

Entretanto, uma série de outras variáveis relevantes para a consolidação do SUS não constitui objeto específico de regulação pelas NOBs, como a questão das fontes de financiamento do sistema e das relações público-privadas na saúde. É importante ter clareza acerca desse limite do campo de regulação pelas NOBs para não incorrer em equívocos na interpreta-

ção sobre sua importância e efeitos, ou pretender que esse tipo de instrumento dê conta dos diversos problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro anteriormente citados.

Do ponto de vista formal, as NOBs são portarias do ministro da Saúde e reforçam o poder de regulamentação da direção nacional do SUS. Tais instrumentos definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, e contribuem para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis da Saúde (8.080 e 8.142 de 1990).<sup>4</sup> Outro ponto a ser ressaltado diz respeito ao caráter transitório desse tipo de instrumento, que pode ser reeditado ou substituído por outro à medida que o processo de descentralização avança, permitindo a atualização das regras em diferentes estágios de implementação do SUS.

As três NOBs da década de 1990 apresentam diferenças importantes no que diz respeito ao contexto em que foram formuladas: intensidade do processo de negociação entre gestores para sua elaboração, conteúdo normativo, grau de implementação, resultados para o processo de descentralização em saúde e relação intergestores ou interníveis de governo.

#### **1.1. NOB SUS 01/91**

As mudanças nos critérios e mecanismos de repasse dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo em 1991 foram formadas, em sua essência, pela cultura político-institucional e pelo instrumental técnico-operativo utilizado tradicionalmente pelo INAMPS. Por outro lado, a alteração do critério de transferência automática, proposto pela legislação infraconstitucional, para o critério de transferência negociada<sup>5</sup> para os municípios, proposto pela NOB SUS 01/91 e demais portarias publicadas em 1991 e 1992, aparece como uma das tentativas da União em voltar a centralizar a receita tributária.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece em seu artigo 35 que 50% dos recursos destinados aos estados e municípios devem ser distribuídos segundo o quociente de sua divisão populacional, independentemente de qualquer procedimento prévio.<sup>6</sup>

A lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe que os recursos federais, definidos segundo critério populacional, devem ser transferidos de forma automática e regular, desde que

cada uma das esferas governamentais conte com um Fundo de Saúde (FES ou FMS), um Conselho de Saúde, um Plano Plurianual de Saúde, a contrapartida de recursos para a saúde no orçamento e uma comissão para elaborar um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o pessoal do setor.

Entretanto, ambas não conseguem definir concretamente o financiamento do SUS, nem quanto aos montantes e fontes de receita a serem destinadas ao setor, nem quanto aos critérios, mecanismos e fluxos financeiros intergovernamentais.

Com os argumentos da necessidade de se estabelecer formas de aumentar a efetividade dos recursos repassados e de criar mecanismos de controle e avaliação, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde – SNAS/MS e o INAMPS, já vinculado ao Ministério da Saúde na ocasião, estabelecem critérios para o repasse de recursos federais do SUS para as instâncias subnacionais de governo, através da uniformização dos instrumentos dos sistemas de remuneração da produção dos serviços realizados nas unidades públicas e privadas, contratadas e conveniadas, sob gestão das esferas locais.

Os três principais aspectos das mudanças propostas nos atos normativos do nível federal foram (Medici, 1994):

a) a uniformização gradativa da tabela de pagamentos aos hospitais públicos e privados, incluindo os universitários e filantrópicos;

b) a criação e ampliação de sistemas de informações informatizados e centralizados,<sup>7</sup> que permitiriam acompanhar a produção e o desempenho dos serviços de saúde das esferas estaduais e municipais, bem como auxiliar a implantação de mecanismos de controle e avaliação;

c) a definição de critérios para a descentralização dos recursos de custeio e de investimento e a indicação do rumo a ser tomado pelos sistemas de saúde locais.

A intenção da proposta, do ponto de vista mais geral, era a de reforçar a capacidade de indução e controle das mudanças no funcionamento do sistema de saúde pelo nível federal, a partir dos mecanismos de financiamento.

Os critérios e instrumentos, utilizados para o repasse/transferência de recursos de custeio da rede de serviços, foram definidos para as áreas hospitalar e ambulatorial. Em relação aos recursos de investimento, os únicos previstos na NOB SUS 01/91 foram aqueles destinados

ao reequipamento e ampliação das unidades assistenciais já existentes.

Embora a NOB SUS 01/91 se apresentasse como apoio à descentralização e reforço do poder municipal, foram, na época, tecidas várias críticas com relação ao seu formato centralizador, relacionado aos mecanismos de transferência convencional (o que foi, inclusive, objeto de ação judicial), ao repasse condicionado à produção<sup>8</sup> e à própria legitimidade da regulamentação do sistema através de normas e portarias que colidiam com as diretrizes da Lei Orgânica da Saúde.

Mesmo assim, muitos municípios aderiram a esta norma e à sua substituta (a NOB SUS 01/92), tendo assinado o convênio 1.074 municípios, até o final de 1993. Levcovitz (1997) resalta a aceitação e adesão dos secretários municipais de saúde aos convênios, como expressão da sua insatisfação com o relacionamento privilegiado entre as Secretarias Estaduais de Saúde e o INAMPS no período SUDS e como forma de responder aos anseios urgentes de descentralização.

As mudanças estabelecidas com as portarias do MS e com a NOB SUS 01/91 e NOB SUS 01/92 foram efetivadas entre fevereiro de 1991 e novembro de 1994. No entanto, os únicos recursos federais repassados no período tiveram o caráter de remuneração dos prestadores públicos e privados, municipais e estaduais, tendo em vista o custeio dos serviços prestados na área assistencial, não entrando em vigor aqueles recursos cuja transferência era prevista diretamente aos gestores estaduais e municipais de saúde com um certo “automatismo” (transferência do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais), embora contendo condicionalidades (cumprimento de requisitos para a transferência de recursos e assinatura de convênios) previstas pelas normas.

### **As implicações para o relacionamento entre as esferas de governo**

A ruptura com o modelo anterior de transferência de recursos segundo o critério da Programação e Orçamentação Integradas (POI), utilizado no período de vigência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) – 1987 a 1989, não foi substituída por novos instrumentos de integração dos recursos públicos. Isso ocasionou a perda das funções de pactuação existentes nas Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) e ausência de negociação e integração das instâncias de governo na

montagem de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, o que dificultou a absorção das novas funções gestoras requeridas pelo SUS, em nível municipal e, principalmente, no plano estadual.

A adoção de critérios de repasse dos recursos federais exclusivamente por remuneração da produção de serviços – em que pese os benefícios relacionados à criação de critérios explícitos na alocação de recursos federais, à padronização e uniformização dos pagamentos efetuados, à difusão de sistemas de informações que permitem um maior controle dos pagamentos, à avaliação e auditoria analítica dos serviços prestados, a maior racionalização dos gastos e à diminuição das irregularidades no aporte de recursos – fere a autonomia gestora das instâncias de governo locais.

Os recursos assistenciais, ao serem “creditados” às unidades prestadoras, ambulatoriais e hospitalares, não podiam ser manejados diretamente pelos estados e municípios, limitando a capacidade de direcionamento do modelo assistencial a ser adotado nos diversos sistemas de saúde e a aplicação e adequação dos recursos repassados em relação às necessidades de serviços. Estados e municípios foram transformados em entidades produtoras de procedimentos de assistência médica, em pé de igualdade com as empresas privadas contratadas e conveniadas (Carvalho *et. al.*, 1993).

Os autores citados criticam os impactos dos mecanismos de transferência estipulados pela NOB SUS 01/91 para o modelo de assistência à saúde, destacando: a) o privilégio das atividades de assistência médica em detrimento das ações voltadas para a saúde coletiva, cujo financiamento sequer é previsto; b) a tendência de a oferta de assistência médica privilegiar a produção, sem considerar adequadamente o perfil de necessidades de saúde da população; c) o estímulo a tal oferta sem qualquer articulação com o controle de qualidade dos serviços prestados ou preocupação de evitar fraude; d) o predomínio da influência da capacidade previamente instalada na fixação dos tetos financeiros, favorecendo assim os estados e municípios em melhores condições econômicas.

Finalmente, podem ser destacados os efeitos negativos na relação estado/municípios. A lógica do repasse financeiro para o custeio das ações de saúde favorecia a relação direta entre o nível federal e os municípios, com pouco poder de intervenção do nível estadual na definição dos critérios utilizados. A mudança repre-

sentou, para os estados, a perda da função articuladora e negociadora observada no período SUDS (Levcovitz, 1997).

Além disso, os convênios de municipalização foram estabelecidos diretamente entre o MS/INAMPS e as prefeituras, sem a interferência estadual. A ausência da participação estadual para a elaboração dos convênios, associada ao intenso movimento de descentralização de unidades assistenciais do INAMPS, principalmente para as SMS, promovido pela SNAS/MS/INAMPS, acabou induzindo à lógica de formação de sistemas municipais isolados, sem a articulação e a integração necessárias à constituição do modelo sistêmico do SUS, isto é, sem as articulações necessárias para a criação dos fluxos de referência regionais e estaduais e para a harmonização dos sistemas municipais ainda em gestação. Ao mesmo tempo, os convênios representaram, para muitos municípios, a primeira aproximação real com as questões técnico-operacionais do SUS. Provavelmente, a ampliação do envolvimento municipal na construção do novo sistema de saúde tenha sido o principal avanço proporcionado pelas portarias do MS e pelas NOB SUS 01/91 e NOB SUS 01/92. Assinale-se ainda que os secretários estaduais de saúde não foram capazes, técnica e politicamente, de promover uma articulação apropriada para propor outro modelo de relacionamento e financiamento.

## 1.2. NOB SUS 01/93

A formulação da NOB SUS 01/93 foi marcada principalmente pelos seguintes aspectos e eventos associados à política de saúde no início da década de 1990: o avanço da municipalização propiciada pela NOB SUS 01/91 e expressivo envolvimento dos secretários municipais de saúde no direcionamento da política de saúde; as críticas e dificuldades no processo de descentralização da política de saúde; e, finalmente, o desenvolvimento da IX Conferência Nacional de Saúde em 1992.

A conferência, cujo tema central foi “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”, caracterizou-se, principalmente, por seu conteúdo “municipalista”, frente às discussões dos grandes temas macroeconômicos e macropolíticos na área da saúde.

Durante a 9ª edição da conferência, realizou-se um amplo processo de discussão e levantamento das principais dificuldades no processo de condução da descentralização e gestão

da política de saúde, observado no início da década de 1990 e após a implantação dos atos normativos federais em 1991.

O diagnóstico traçado na ocasião indicava que o processo de municipalização das ações e serviços de saúde ainda encontrava-se em fase incipiente, quer seja do ponto de vista dos mecanismos de transferência de recursos financeiros federais necessários para o custeio do sistema de saúde local, quer seja sob o aspecto do fortalecimento da capacidade gestora. Assim, os municípios, na maioria dos estados, vinham adquirindo funções de execução de ações e serviços de saúde sem a garantia dos instrumentos e recursos necessários às mesmas.

Com a perspectiva de fazer a “municipalização possível” face às limitações conjunturais, constituiu-se um Grupo Especial de Descentralização (GED), formado por distintas áreas e órgãos vinculados ao MS e por representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASEMS). O grupo, pautado nas discussões e recomendações da IX Conferência Nacional de Saúde, elaborou um documento – “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (Brasil, MS, GED, 1993) –, sistematizando os principais trabalhos desenvolvidos.

A NOB SUS 01/93 é a tradução operacional da última versão deste documento, tendo resultado de cerca de seis meses de debates envolvendo o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), até ser implantada a partir da publicação da portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 545, de 20 de maio de 1993.

Resumidamente, as novas estratégias de descentralização a serem implantadas deveriam (Lucchese, 1996):

- respeitar as diversidades loco-regionais brasileiras, tanto sob seus aspectos econômicos e sociais, como sob os aspectos relacionados às diferentes capacidades e vontades de assunção das novas responsabilidades gerenciais e políticas pelas respectivas instâncias de governo;
- ser implementadas de forma progressiva, de modo a evitar rupturas bruscas que pudessem desestruturar práticas já existentes;
- reconhecer a importância das relações de parceria entre os gestores como base para a estruturação dos sistemas de saúde.

Na prática, a NOB SUS 01/93 reconhece a necessidade de uma estratégia de transição pa-

ra um modelo de descentralização plena do sistema de saúde. Para isso, regulamenta e estipula condicionalidades à execução descentralizada do SUS, através da criação de níveis transicionais crescentes e coexistentes de gestão municipal e estadual, com competências e capacidades administrativas e financeiras distintas. A ascendência aos níveis de gestão se dá de acordo com o comprometimento do gestor na organização da assistência à saúde, mensurada através do cumprimento de determinados parâmetros preestabelecidos pela norma. A imagem objetivo final para o sistema de saúde expressa pela NOB permanece sendo a assunção plena das responsabilidades gestoras pelas instâncias subnacionais de governo.

Comparando-se os requisitos da NOB SUS 01/93 em relação àqueles determinados pela NOB SUS 01/91 para os convênios de municipalização, destacam-se as “condições técnicas para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços” e a omissão do valor da contrapartida orçamentária do Tesouro Municipal.

No que tange ao financiamento, os instrumentos estabelecidos para a remuneração das unidades prestadoras de serviços nos estados e municípios permaneceram os mesmos daqueles estabelecidos com as portarias do MS, NOB SUS 01/91 e NOB SUS 01/92 e continuaram a informar as principais modalidades de repasse/transferência de recursos do nível federal às instâncias subnacionais de governo.

Muito embora a principal inovação da NOB SUS 01/93 tenha sido implementar, de fato, os mecanismos de transferência “fundo a fundo” nos municípios em condição de gestão semiplena (como discutido mais adiante), os recursos assim transferidos também deviam, por princípio, respeitar o valor da produção apresentada nos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e Hospitalares (SIH-SUS). Nesse sentido, mesmo a vigência do mecanismo de transferência “fundo a fundo” não rompe totalmente com a lógica do “pós-pagamento”, que continua a ser utilizado como base para o cálculo dos recursos transferidos (através das fixações dos tetos financeiros e suas revisões periódicas com base em séries históricas de gastos) e como forma de monitoramento de sua utilização no custeio do conjunto de serviços de saúde dos municípios.<sup>9</sup>

Contudo, é preciso enfatizar que os municípios que se habilitaram em condição de gestão semiplena tiveram, pelo menos de início, grande autonomia para a execução dos recur-



dos federais transferidos, devido à ausência de controle dos gastos efetuados e informados nos sistemas de pagamento na maioria dos estados, diferentemente daqueles que, devido às prerrogativas da NOB SUS 01/93, mantiveram os mecanismos de repasse direto aos prestadores neles localizados.

Em que pesem as diversas alterações e novidades propostas pela NOB SUS 01/93, na prática, somente foi possível implementar a condição de gestão semiplena para os municípios. A conjuntura financeira setorial adversa não permitiu a disponibilização de recursos suficientes para regularizar o repasse do Fator de Apoio ao Município (FAM) e da Fração Assistencial Especializada (FAE), e não possibilitou o repasse dos saldos financeiros previstos para as condições de gestão parcial e do teto financeiro global para os estados que assumiram a gestão semiplena.<sup>10</sup>

Por outro lado, somente em novembro de 1994 foi possível iniciar as transferências via fundos de saúde para os municípios em gestão semiplena, pois as condições para a transferência automática de recursos federais só foram regulamentadas através do decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, da Presidência da República. A perspectiva da transferência financeira automática para os municípios em gestão semiplena foi um fator motivador para as discussões que se travaram a partir de então, sobre os critérios a serem utilizados na definição dos valores a serem transferidos para os estados e principalmente, para estes municípios.

Os constrangimentos financeiros, evidenciados no período, não foram suficientes para inibir as iniciativas de habilitação conduzidas por estados e municípios. De acordo com estudo realizado por Heimann *et al.* (1998), em dezembro de 1994, apenas 24 municípios assumiram a gestão semiplena no país. Em 1996, esse número passou a 137 num universo de aproximadamente 5.000 municípios, incluindo as capitais de 11 estados, com uma cobertura de 16% da população do país e utilizando 23% dos recursos do Fundo Nacional de Saúde destinados à assistência.

Quanto aos estados, o movimento em direção à habilitação não foi tão expressivo. Segundo Lucchese (1996), em dezembro de 1995, dos 27 estados, incluindo o Distrito Federal, apenas cinco haviam aderido à condição de gestão parcial e quatro à de gestão semiplena. Cabe lembrar que como os incentivos financeiros previstos tanto para gestão municipal incipiente e

parcial (FAM e transferência de saldos), como para a habilitação estadual (FAE e transferência de saldos) não foram implementados, não foram, portanto, assegurados os estímulos para viabilizar as novas responsabilidades gestoras destes modelos.

### **As implicações para o relacionamento entre as esferas de governo**

As propostas da NOB SUS 01/93, no que se referem às novas condições de gestão e transferência de recursos federais e à própria constituição das CIBs, tiveram importantes repercussões sobre o relacionamento entre as instâncias de governo federal, estadual e municipal.

Com relação aos dilemas e dificuldades para a descentralização do sistema de saúde e assunção de funções gestoras pelos municípios, a NOB SUS 01/93 representou um avanço significativo ao implementar, de fato, pela primeira vez na política de saúde, as transferências “fundo a fundo” dos recursos federais, como preconizado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080, de 1990). Os municípios habilitados na condição de gestão semiplena passaram a contar com o recurso global da assistência ambulatorial e hospitalar, com plena autonomia para programar a execução destes recursos nas diferentes áreas assistenciais. A única exigência mantida era a vinculação do gasto do valor transferido com o custeio do conjunto dos serviços de saúde que compõem o sistema municipal, controle este nem sempre efetuado pelos estados, como já apontado anteriormente.

Além disso, foram responsabilizados pelo desembolso dos recursos totais do Fundo de Saúde, efetuando os créditos bancários devidos aos prestadores privados, filantrópicos e universitários do seu município, pelos serviços prestados e faturados através do SIA-SUS e SIH-SUS. Este mecanismo representou a ruptura com o fluxo direto de recursos do nível federal para cada unidade prestadora de serviços vigente até então.

A NOB SUS 01/93, portanto, radicalizou a relação direta entre o nível federal e o municipal com o modelo de gestão semiplena, pois não só rompeu com a exigência do instrumento convencional para a transferência de recursos, como preconizado pelas NOBs SUS 01/91 e 01/92, como também honrou com a transferência automática dos recursos federais aos fundos municipais. O automatismo foi garantido após o cumprimento dos requisitos para

habilitação na gestão semiplena, que tornaram-se garantias mínimas para o cumprimento das novas responsabilidades gestoras.

Por outro lado, com a criação das CIBs, a coordenação do processo de descentralização nos estados não se constitui como atribuição exclusiva da instância estadual, pois as CIBs garantem a participação da representação municipal, submetendo à negociação “bigestora” (estado e municípios) decisões de natureza alocativa, distributiva e operativa do conjunto de serviços de saúde.

Se na formulação original da NOB SUS 01/93, a CIB foi pensada, não como uma estrutura permanente, mas como uma instância estratégica no período de transição, enquanto estados e municípios não atingissem à condição de descentralização plena do sistema de saúde, a partir do seu surgimento, e com o seu progressivo fortalecimento nos estados, uma série de decisões de investimento e estruturação da rede de serviços de iniciativa federal e estadual passam a necessitar cada vez mais da apreciação e aprovação na CIB para serem implementadas. De tal forma que, hoje, praticamente todos as questões que dizem respeito ao financiamento, à descentralização da estrutura gestora do SUS e à estruturação e funcionamento do sistema de saúde propagados pelo nível federal e/ou estadual são discutidas na CIB.

Para os estados, portanto, a NOB SUS 01/93 teve um impacto diferente do que aquele observado para os municípios. Os estados, a partir da implantação da NOB SUS 01/93, assumiram gradativamente funções mais complexas no gerenciamento dos sistemas de informações SIA-SUS e SIH-SUS, entre elas, a elaboração e a supervisão da programação físico-orçamentária dos serviços ambulatoriais e consolidação e crítica do faturamento ambulatorial e hospitalar a ser apresentado ao MS para pagamento.<sup>11</sup> Por estabelecer a CIB como instância deliberativa para a habilitação municipal, para a definição dos tetos financeiros globais dos municípios e, no caso dos municípios em gestão semiplena, para o montante dos recursos federais transferidos, a NOB dividiu de forma igualitária entre estados e municípios a responsabilidade sobre a aprovação dos critérios de distribuição dos recursos federais entre os municípios e sobre a definição dos municípios aptos para receberem a transferência automática, “fundo a fundo”.

Assim, as CIBs puderam atuar fiscalizando e controlando o poder dos estados sobre determinações da política nacional que têm impacto

direto na gestão do sistema municipal, estimulando um processo de formulação e decisão mais transparente e cooperativo. Por outro lado, aumentaram as exigências para a elaboração e comprovação de argumentos fortes por parte do estado, que pudessem ser utilizados como critérios de redistribuição dos recursos federais entre os municípios, já que os critérios técnicos de distribuição destes recursos são formulados fundamentalmente no âmbito da SES, pela própria natureza e complexidade do trabalho e julgados no âmbito da CIB.

Finalmente, é preciso considerar que a NOB SUS 01/93 apesar de redimensionar o poder de interferência dos estados na condução da política de saúde, não apontou para soluções com relação à configuração de novas funções para as instâncias estaduais no sistema de saúde, nem definiu e garantiu os recursos e instrumentos necessários à sua implementação.

A questão da regionalização, envolvendo divergências quanto à sua configuração político-institucional e mesmo jurídica, no que diz respeito às posições e concepções referentes à relação estados e municípios, foi objeto de intensos conflitos entre CONASS e CONASEMS na implementação da NOB SUS 01/93.

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

### 1.3. NOB SUS 01/96

O processo de negociação e formulação da NOB SUS 01/96 nos fóruns do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e CIT até sua edição final através da portaria nº 2.202, de 5 de novembro de 1996, durou cerca de 12 meses. Esse longo processo de discussão, que envolveu vários segmentos da sociedade, além de várias oficinas de trabalho do CONASS e encontros do CONASEMS, buscou a elaboração de uma proposta consensual, que atendesse às necessidades dos diferentes níveis gestores do SUS, em prosseguimento aos compromissos e atividades desencadeados nos encontros macrorregionais do MS com as CIBs em 1995.

Os objetivos gerais da NOB SUS 01/96 podem ser assim resumidos:

- promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União;
- caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor seja na prestação de ações e serviços ou na garantia da referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde;
- reorganizar o modelo assistencial, passando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde;
- aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (“fundo a fundo”) dos recursos federais a municípios e implementar esta modalidade de transferência aos estados, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos;
- fortalecer a gestão do SUS, compartilhada entre os governos municipais, estaduais e federal, através das CITs e CIBs, como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores;
- estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS, conferindo visibilidade quanto à autoridade responsável pela sua saúde, provendo o cadastramento e adscrição da clientela.

Para conferir viabilidade aos objetivos da NOB SUS 01/96 foram previstas uma série de medidas, entre elas:

- A elaboração de uma proposta de Planejamento e Programação Pactuada entre gestores e Integrada (PPI) entre as instâncias de governo que traduza as responsabilidades, objetivos, metas, referências intermunicipais, recursos e tetos financeiros, em todos os níveis de gestão, garantindo o acesso universal aos serviços de saúde, diretamente, ou por referência a outro município, sempre por intermédio da relação gestor-gestor.
- O aprimoramento da organização e operação dos sistemas de controle, avaliação e auditoria, através da integração das ações dos municípios com as dos estados e MS e da atualização permanente dos Bancos de Dados Nacionais.
- O aumento da transferência regular e automática (“fundo a fundo”) dos recursos federais através da criação de novos mecanismos e incentivos financeiros a serem distribuídos segundo critérios de capacitação e organização da assistência à saúde nos estados e municípios (novas condições de gestão).
- A promoção e reorganização do modelo de atenção à saúde, adotando-se como estratégia

principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) através da criação de um incentivo financeiro de acordo com a população efetivamente coberta pelos programas e da incorporação dos procedimentos relacionados aos programas no custeio federal da atenção básica.

A partir da NOB SUS 01/96 são criados para os estados duas condições de gestão: avançada do sistema estadual e plena do sistema estadual. Para os municípios, as condições de gestão estabelecidas foram: plena da atenção básica e plena do sistema municipal. Para cada uma dessas condições de gestão foram previstas modalidades de repasse/transferência de recursos federais, divididas entre o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial, as ações de vigilância sanitária e as ações de epidemiologia e de controle de doenças.

A NOB SUS 01/96 foi publicada em novembro de 1996 e sua implementação efetiva só teve início em 1998. No entanto, de 1997 a 1998, o MS publicou uma série de portarias com o objetivo de estabelecer as alterações, as medidas e os parâmetros necessários à sua operacionalização. Essas portarias acabaram por alterar significativamente o conteúdo original da NOB, particularmente no que se refere às formas e aos instrumentos de financiamento específicos nela previstos. Pode-se dizer que a NOB SUS 01/96 nunca foi integralmente implementada em seu modelo inicial.

Além disso, durante o período de sua vigência efetiva – 1998 a 2000 –, diversas outras portarias também influenciaram o processo de descentralização, ao estabelecerem outras regras com efeitos sobre a descentralização/financiamento/relação entre gestores.

As novas regras e as principais alterações introduzidas pelas portarias do MS, vigentes até o final de 2000, podem ser sintetizadas como abaixo.

- Modificação do conceito original do PAB: deixa de ser Piso Assistencial Básico e passa a se chamar Piso da Atenção Básica, ampliando a abrangência de sua cobertura. O PAB é depositado em conta específica mesmo para aqueles municípios em condição plena do sistema municipal ou antiga semiplena (NOB SUS 01/93).
- Subdivisão do PAB em uma parte fixa e uma parte variável. Os municípios habilitados na NOB SUS 01/96 passam a receber mensalmente, “fundo a fundo”, um duodécimo do valor de PAB fixo estipulado na faixa de R\$10,00

a R\$18,00 *per capita*/ano. A parte variável do PAB, também transferida diretamente aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) dos municípios habilitados, está condicionada ao cumprimento de requisitos específicos avaliados nas CIBs, segundo especificações em portarias do MS. Os incentivos são destinados às seguintes ações e programas: PACS, PSF, Programa de Carências Nutricionais e Assistência Farmacêutica Básica.

- Criação de mecanismos de financiamento específicos para o custeio das ações de vigilância sanitária e ações de vigilância epidemiológica e ambiental, transferidos diretamente aos Fundos Municipais de Saúde (FMS), vinculadas a normas específicas do MS e à contrapartida de recursos próprios estaduais e municipais, negociadas e aprovadas nas CIBs.
- Criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC – para financiamento de ações e programas específicos do MS, assim como de algumas ações de alta complexidade (medicamentos excepcionais, transplantes e radioterapia).

Os repasses e transferências de recursos previstos na NOB SUS 01/96 e implementados até o final de 2000 para estados e municípios, são resumidos no quadro 2. Já o quadro 3 sintetiza e compara os principais aspectos relacionados às NOBs 01/91, 01/93 e 01/96.

## 2. Alguns resultados da implantação da NOB SUS 01/96

A análise do período de implementação da NOB 96 sugere importantes avanços no que diz respeito ao processo de descentralização na área da saúde. Por outro lado, podem ser também apontados diversos problemas e distorções, que colocam novos desafios para o SUS.

### 2.1. Habilitação e transferências de recursos federais

No que diz respeito ao processo de habilitação, pode-se dizer, de forma geral, que este foi mais acentuado entre os municípios do que entre os estados.

A maior parte das habilitações de municípios ocorreu no ano de 1998. Nos anos de 1999 e 2000, houve uma desaceleração das habilitações. Em dezembro de 2000, 99% dos 5.506 municípios brasileiros já estavam habilitados em uma das condições de gestão da NOB 96,

sendo a maioria em Gestão Plena da Atenção Básica e 523 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal. Portanto, em três anos de implementação da NOB, a quase totalidade dos municípios passa a receber diretamente em seu fundo municipal de saúde os recursos federais para assumir as responsabilidades sobre a atenção à saúde da população. Vale ressaltar que a proporção de municípios habilitados em cada uma das condições de gestão é variável entre as regiões do país, sendo que a região Sudeste apresenta o maior volume de municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), em termos absolutos e relativos (Figura 1).

As diferenças são ainda maiores quando os dados são analisados por Unidades da Federação (UF) (Figura 2). Existem UFs em que a proporção de municípios habilitados em GPSM é significativa (ES) e outros em que pouquíssimos municípios foram habilitados nessa condição de gestão, com predomínio marcante da habilitação em GPAB (MT, TO, AP). Essa última situação pode sugerir a existência de dificuldades político-institucionais para que os municípios assumam a GPSM, ou a adoção de modelos mais centralizados de gestão no âmbito da referida UF.

Em geral, há uma tendência de os municípios de maior porte e com maior capacidade de oferta assumirem a condição de GPSM. Entretanto, em algumas UFs, a habilitação em GPSM atingiu predominantemente municípios de pequeno ou médio porte, como é o caso do ES, que apresenta mais de 40% de municípios em GPSM, porém menos de 30% da população do estado reside nesses municípios.

Quanto às capitais de estados, predomina a habilitação em GPSM (17 municípios), sendo que em dezembro de 2000 apenas duas das 26 capitais não estavam habilitadas na NOB 96: Rio Branco (AC) e São Paulo (SP), o maior município do país.

No que diz respeito aos estados, o processo de habilitação na NOB 96 foi mais lento e irregular. Em dezembro de 2000, oito estados estavam habilitados em uma das condições de gestão da NOB 96: quatro em Gestão Avançada do Sistema Estadual e quatro em Gestão Plena do Sistema Estadual (Quadro 4). A condição de GASE foi particularmente importante no caso do estado de São Paulo, por permitir que o gestor estadual recebesse em seu fundo de saúde os recursos referentes à atenção básica do município de São Paulo, que havia sido desabilitado da NOB 96.

**Quadro 2**

Repasses e transferências de recursos federais para estados e municípios constantes na NOB SUS 01/96 e outras portarias do MS segundo implementação até o final de 2000

<b>Recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais</b>		<b>Recursos “repassados” diretamente aos prestadores estaduais e municipais</b>	
Estados	Municípios	Estados	Municípios
Piso de Atenção Básica (PAB) dos municípios não habilitados acrescido da Fração Assistencial Especializada (valor programado para a atenção ambulatorial de média complexidade), não transferido aos municípios habilitados, nos estados em condição avançada do sistema estadual (NI)	Piso de Atenção Básica nos municípios em condição de gestão plena da atenção básica (I)	Remuneração de serviços ambulatoriais PAB através do SIA-SUS nos estados não enquadrados, excetuando-se os recursos transferidos para os municípios habilitados (I)	Remuneração de serviços ambulatoriais PAB através do SIA-SUS nos municípios não habilitados situados em estados não enquadrados (I)
Teto Financeiro de Assistência do Estado (TFAE), deduzidas as transferências e “repasses” efetuados para os municípios, nos estados em condição de gestão plena do sistema estadual (I)	Teto Financeiro de Assistência ao Município (TFAM) nos municípios em condição plena do sistema municipal (composto pelas parcelas PAB e média/alta complexidade) (I)	Remuneração de serviços ambulatoriais não-PAB através do SIA-SUS nos estados não enquadrados ou em condição de gestão avançada do sistema estadual (I)	Remuneração de serviços ambulatoriais não-PAB através do SIA-SUS nos municípios não enquadrados ou em condição de gestão plena da atenção básica (I)
Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA) nos estados habilitados (NI)	Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS <i>per capita</i> ) nos municípios habilitados (I como parte fixa do PAB e conforme regras específicas)	Remuneração de serviços hospitalares através do SIH-SUS nos estados não enquadrados ou em condição de gestão avançada do sistema estadual (I)	Remuneração de serviços hospitalares através do SIH-SUS nos municípios não enquadrados ou em condição de gestão plena da atenção básica (I)
Índice de Valorização dos Resultados (IVR) nos estados habilitados (NI)	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) nos municípios habilitados (I conforme regras específicas)		
Piso Básico de Vigilância Sanitária ( <i>per capita</i> ) de municípios não habilitados nos estados habilitados (NI)	Incentivos financeiros do PACS/PSF nos municípios habilitados com PACS/PSF implantados (I)		
Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças nos estados habilitados (I conforme regras específicas)	Outros Incentivos financeiros do PAB variável nos municípios habilitados (I)		

Fonte: Elaboração própria a partir de dados obtidos de Levcovitz (1999). Para os municípios habilitados em condição semiplena da NOB SUS 01/93 valeu o estipulado para os da condição plena do sistema municipal até o final de 1998. Nota: I = Implementado, NI = Não Implementado.

**Quadro 3**

Síntese e comparação dos principais aspectos relacionados às NOBs SUS 01/91 e 01/92, 01/93 e 01/96

<b>Categorias analíticas</b>	<b>NOB SUS 01/91 e 01/92</b>	<b>NOB SUS 01/93</b>	<b>NOB SUS 01/96**</b>
Publicação	Janeiro/91 e fevereiro/92	Maio/93	Novembro/96
Período de vigência efetiva	Janeiro/91 a novembro/94	Novembro/94 a dezembro/98	Fevereiro/ 98 até o momento
Remuneração de serviços prestados (repasses) diretamente aos prestadores estaduais e municipais	- Remuneração por produção de serviços apresentados através dos sistemas de informações e faturamento SIA-SUS (assistência ambulatorial) e SIH-SUS (assistência hospitalar) (I)	- Remuneração por produção de serviços apresentados através dos sistemas de informações e faturamento SIA-SUS (assistência ambulatorial) e SIH-SUS (assistência hospitalar) segundo habilitação municipal e estadual (I)	- Remuneração por produção de serviços apresentados através dos sistemas de informações e faturamento SIA-SUS (assistência ambulatorial) e SIH-SUS (assistência hospitalar) segundo habilitação municipal e estadual (I)
Transferências intergovernamentais	- Resíduo do RCA para estados e municípios (NI)	- Teto Financeiro Global (TFG) para estados (NI) e municípios (I) habilitados - Saldos apurados para estados e municípios habilitados (NI)	- PAB para estados (NI) e municípios habilitados (I) - TFAE para estados (I) e TFAM para municípios habilitados (I de forma parcelada) - PBVS nos estados (NI) e municípios habilitados (I como parte fixa do PAB e conforme regras específicas) - TFECD nos estados e municípios habilitados (I conforme regras específicas)
Recursos para investimentos	- UCR para estados (somente NOB SUS 01/91) (NI) - FEGE para estados (somente NOB SUS 01/92) (NI)	- Ausentes na NOB, porém, vinculação da transferência dos recursos REFORSUS às condições de habilitação	- Ausentes na NOB, porém, vinculação da transferência dos recursos REFORSUS às condições de habilitação
Incentivos financeiros vinculados à produção	- Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS) para hospitais universitários (I)	- FIDEPS para hospitais universitários (I)	- FIDEPS para hospitais universitários e o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E) para os hospitais de emergência (I)
Incentivos financeiros vinculados a resultados	- Ausentes	- Ausentes	- IVR e IVISA para estados habilitados (NI)
Incentivos financeiros à descentralização	- FEM para municípios habilitados (ou conveniados) (NI)	- FAE para estados habilitados (NI) - FAM para municípios habilitados (NI)	- Ausentes
Incentivos financeiros a programas específicos	- Ausentes	- Ausentes	- PACS e PSF nos municípios habilitados (I) - Recursos do PAB variável: combate às carências nutricionais nos municípios habilitados (I), farmácia básica nos municípios habilitados (I)

(continua)

**Quadro 3 (continuação)**

Síntese e comparação dos principais aspectos relacionados às NOBs SUS 01/91 e 01/92, 01/93 e 01/96

<b>Categorias analíticas</b>	<b>NOB SUS 01/91 e 01/92</b>	<b>NOB SUS 01/93</b>	<b>NOB SUS 01/96**</b>
Hierarquização da gestão segundo critérios de habilitação	- Criação do “município habilitado” para o convênio	- Municípios: gestão incipiente, parcial e semiplena - Estados: gestão parcial e semiplena	- Municípios: gestão plena da atenção básica e plena do sistema municipal - Estados: gestão avançada e plena do sistema estadual
Requisitos para habilitação	- Poucos, relacionados aos dispositivos da lei 8.142, de 1990 - Vinculados ao convênio de municipalização	- Hierarquizados segundo condições de gestão - Ênfase na disposição para municipalização de unidades - Ênfase nos requisitos de programação, controle e avaliação	- Hierarquizados segundo condições de gestão - Ênfase na disposição para municipalização de unidades - Ênfase nos requisitos de programação, controle e avaliação - Ênfase nos requisitos de programação integrada e da garantia da referência - Menção dos serviços que devem compor a rede básica dos municípios habilitados
Número de municípios recebendo recursos “fundo a fundo”	0	Dezembro/97: 144	Dezembro/98: 5.174
Número de estados recebendo recursos “fundo a fundo”	0	Dezembro/97: 0	Dezembro/98: 2
Colegiados de gestão*	CIT	CIB e CIT	CIB e CIT
Autonomia das instâncias gestoras	- Ausência de autonomia para execução do montante dos recursos federais repassados	- Ausência de autonomia para execução dos recursos federais repassados diretamente às unidades prestadoras de serviços (estados e municípios em condição de gestão incipiente, parcial ou não habilitados) - Forte autonomia para execução dos recursos federais transferidos nos municípios em condição de gestão semiplena	- Ausência de autonomia para execução dos recursos federais repassados diretamente às unidades prestadoras de serviços (estados não habilitados e municípios não habilitados ou em condição plena da atenção básica) - Forte autonomia para execução dos recursos PAB nos municípios habilitados - Moderada autonomia para execução do montante dos recursos federais transferidos nos municípios plenos, devido ao parcelamento dos recursos
Descentralização da gestão	- Municípios e estados: prestadores de serviços	- Estados e maioria dos municípios: prestadores de serviços - Municípios semiplenos: gestores do sistema municipal	- Municípios em plena da atenção básica (maioria): gestores da atenção básica em seu município - Estados e municípios plenos: gestores do sistema estadual e municipal - Maioria dos estados: prestadores de serviços e coordenadores da PPI

(continua)

**Quadro 3 (continuação)**

Síntese e comparação dos principais aspectos relacionados às NOBs SUS 01/91 e 01/92, 01/93 e 01/96

<b>Categorias analíticas</b>	<b>NOB SUS 01/91 e 01/92</b>	<b>NOB SUS 01/93</b>	<b>NOB SUS 01/96**</b>
Bases de apoio	- Prestadores de serviços - Governos municipais - CONASEMS	- Governos municipais - CONASEMS - Outros atores técnico-políticos do CNS	- CONASS - CONASEMS - Outros atores técnico-políticos do CNS
Tempo de discussão e negociação	- Sem informação	- Seis meses	- Doze meses
Indução à formação de sistemas	- Ausente	- Articulação e mobilização municipal, sem especificação das funções estaduais	- Elaboração da PPI sob coordenação estadual
Modelo assistencial	- Ausente	- Ausente	- Forte indução federal à adoção dos modelos PACS/PSF e dos programas financiados com verba específica nos municípios
Principais conflitos entre as instâncias de governo	- Estado e nível federal - Estado e municípios	- Estado e nível federal - Municípios e nível federal - Estado e municípios - Município e município	- Estado e nível federal - Municípios e nível federal - Estado e municípios - Município e município

Fonte: Elaboração própria a partir das fontes consultadas na pesquisa.

Notas: I = Implementado, NI = Não Implementado.

\* Embora somente a CIB tenha sido criada em NOB específica, a CIT começou a funcionar a partir do período de vigência da NOB SUS 01/91.

\*\* As análises efetuadas para a NOB SUS 01/96 têm valor somente até o final de 2000.

As mudanças ocorridas a partir de 2001 não foram incluídas neste estudo.

O expressivo processo de habilitação, principalmente dos municípios, resultou em um marcante aumento das transferências automáticas do fundo nacional para fundos de saúde das esferas subnacionais, em substituição à lógica de pagamento por produção de serviços, do gestor federal direto aos prestadores. Desta forma, em dezembro de 2000 as transferências diretas entre fundos de saúde já correspondiam a 60% dos recursos federais da assistência, sendo a maior parte para os fundos municipais de saúde.

O quadro 5 resume alguns indicadores da descentralização no período de implantação das NOBs 93 e 96.

### **2.2. Pactos de gestão: a divisão de responsabilidades entre estado e municípios**

Além da questão da habilitação, outro aspecto relevante para a análise da descentralização no período de implantação da NOB 96 diz

respeito aos pactos de gestão estabelecidos entre estados e municípios.

Essa análise pode ser feita tanto para os municípios em GPAB como para os municípios em GPSM, e deve considerar as diretrizes da NOB em relação a cada uma dessas condições de gestão. Nesse sentido, cabe ressaltar que a norma dá margem a ambigüidades de interpretação ao apresentar um modelo dicotômico de habilitação, com recorte em um nível de complexidade. Por um lado, em sua parte mais conceitual, a NOB aponta claramente as responsabilidades do gestor estadual e municipal. Por outro, ao estabelecer o recorte dicotômico de habilitação e ressaltar o papel da CIB na decisão sobre o modelo de gestão, propiciou o surgimento de arranjos institucionais e pactos com graus variáveis de descentralização efetiva.

No que concerne aos municípios em GPAB, por exemplo, é ressaltada a sua responsabilidade sobre a gestão da AB em seu território, mas a NOB em si não estabelece que tipos de atri-

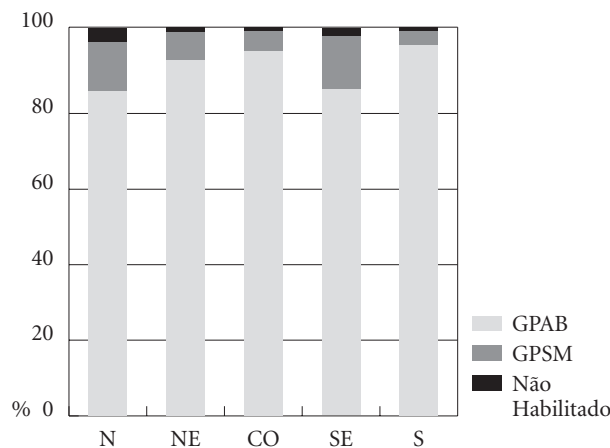


buições esses municípios podem assumir a partir daí, ou seja, qual a relação do gestor municipal com o restante dos serviços localizados em seu território, nem tampouco quais seriam as condições favoráveis ao fortalecimento do comando único por esse gestor, para que ele pudesse evoluir para a outra condição de gestão. Decorre daí uma multiplicidade de situações nas várias UFs, com diversos tipos de arranjos de divisão de atribuições e de inferência do gestor municipal sobre os serviços situados em seu município. Em algumas UFs, mesmo os gestores em GPAB assumem diversas responsabilidades referentes ao comando sobre o conjunto do sistema, tais como: elaboração da programação orçamentária ambulatorial e autorização das internações hospitalares, desencadeamento do processo de contratação de novos prestadores, entre outros, ainda que não recebam diretamente em seu fundo municipal de saúde os recursos referentes ao pagamento dos serviços de média e alta complexidade. Em outras UFs, o gestor municipal assume estritamente a responsabilidade sobre a atenção básica e não tem inferência sobre os demais prestadores eventualmente localizados em seu território, que se relacionam diretamente com a secretaria de estado de saúde no que diz respeito à sua contratação, programação mensal, envio dos dados de produção, entre outras.

No que diz respeito aos municípios em GPSM, a NOB preconiza que o gestor municipal assuma a responsabilidade pelo conjunto de ações e serviços de saúde em seu território, o que a princípio implicaria a gestão da totalidade de recursos correspondentes a essas ações, que deveriam estar previstos no teto financeiro destes municípios e serem repassados diretamente do fundo nacional para o fundo municipal de saúde. Entretanto, há um dispositivo na NOB que permite que a Comissão Intergestores Bipartite possa definir outro modelo de partilha de gestão no caso desses municípios. Como resultado dessa flexibilidade, pode-se observar os mais variados pactos de gestão entre estado e municípios no momento da habilitação em GPSM, havendo situações extremas em que gestores de municípios habilitados nessa condição gerem menos de 30% dos recursos correspondentes às ações de saúde realizadas em seu território.

A figura 3 apresenta, considerando apenas os municípios em GPSM de cada unidade da federação, a proporção de recursos gastos com assistência sob gestão municipal e sob gestão

**Figura 1**  
Distribuição dos municípios segundo condição de habilitação na NOB 96, por região do país – posição em dezembro de 2000



Fonte: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência – SAS/MS.

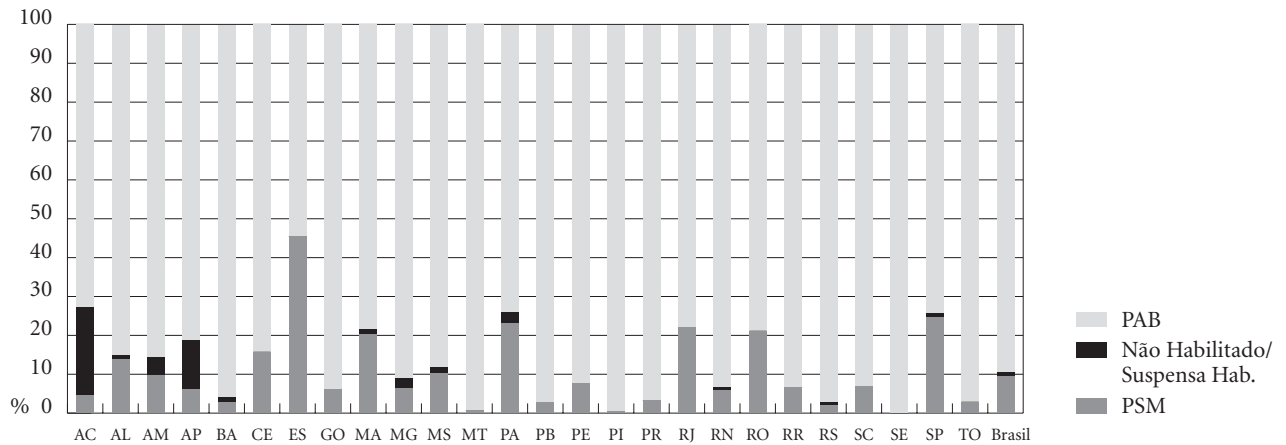
estadual. Nota-se uma grande variabilidade entre as diversas UFs no que diz respeito aos pactos de gestão adotados. Enquanto em algumas o modelo é bastante descentralizado, ou seja, o gestor habilitado em GPSM assume praticamente a totalidade da gestão em seu território, em outras a esfera estadual retém a gestão de parcela expressiva de recursos referentes às ações realizadas em municípios em GPSM, por manter sob sua responsabilidade parte de prestadores de serviços.

### 2.3. Modelo assistencial: a expansão do PACS e do PSF

Uma das diferenças que a NOB 96 apresenta em relação às anteriores é a tentativa de indução de mudança do modelo assistencial, através do estabelecimento de incentivos à estruturação dos Programas de Agente Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF).

Os incentivos ao PACS e ao PSF não foram implantados da forma como estavam previstos no texto original da NOB 96, mas sim através de um componente específico do PAB-variável, criado por regulamentação posterior à publicação da NOB. Esse incentivo compreende um valor financeiro por equipe de ACS ou SF, que aumenta progressivamente, em termos absolu-

**Figura 2**  
Distribuição dos municípios segundo tipo de habilitação na NOB 96, por UF – Dez/00



Fonte: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência – SAS/MS.

tos e por equipe, em função da cobertura populacional alcançada por esses programas.

No período de implantação da NOB 96 observou-se de fato uma expansão importante das estratégias do PACS e PSF em todo o país, sendo que em dezembro de 2000 já atingiam respectivamente 51,5% e 22,5% da população brasileira, com cobertura variável entre as regiões do país: PACS com coberturas maiores que 80% nas regiões Norte e Nordeste e PSF com cobertura próxima a 40% na região Nordeste e em torno de 30% nas regiões Centro-Oeste e Norte do país. As menores coberturas são observadas nas regiões Sudeste e Sul.

### 3. Breve balanço das NOBs do SUS

Apesar das dificuldades de implementação de muitos dispositivos das três NOBs editadas nos anos 90, houve avanços no modelo de descentralização adotado pela política de saúde em direção à municipalização da gestão (incluindo recursos e instrumentos) e da explicitação das funções estaduais como coordenadores do sistema de referência intermunicipal. O nível federal, por sua vez, ampliou seu poder indutor e regulatório sobre o processo de descentralização, ao introduzir novos mecanismos de transferência de recursos financeiros vinculados às

ações e programas assistenciais específicos e ao criar novas estratégias para avaliação e controle.

Pode-se perceber um *continuum* entre os dispositivos das NOBs, sendo os avanços obtidos gradativamente, através de mecanismos facilitadores e indutores da NOB anterior, quer seja através das exigências impostas em seus requisitos para habilitação, quer seja através da experiência acumulada pelos próprios gestores no campo político-administrativo e operacional.

Identifica-se ainda a participação ativa e crescente dos atores, executores da política de saúde, nos processos de discussão, elaboração e implantação das NOBs, de tal forma, que os agentes executores passam a atuar também como formuladores da própria política nacional de saúde. Não por acaso, aumenta-se o tempo para formulação das NOBs e agudizam-se os conflitos durante sua implementação, evidenciados nas dificuldades para operacionalização de todos os elementos propostos. Na verdade, os conflitos são gradativamente mais explicitados, não só devido às constantes restrições financeiras e insuficiências dos recursos transferidos, mas também devido à maior participação dos próprios gestores do sistema de saúde.

Paralelamente, consolidam-se os espaços de negociação intergestores (CIT e CIB) como fóruns de operacionalização das políticas, programas e projetos nacionais. Essas instâncias

**Quadro 4**

Situação de habilitação das unidades da federação em dezembro de 2000

Região	Nº total UFs	% UFs habilitadas	UFs habilitadas em GPSE	UFs habilitadas em GASE	Pleitos em avaliação
N	7	0%	–	–	2 (AP e PA)
NE	9	22,2%	1 (AL)	1 (BA)	1 (CE)
CO	4	25,0%	1 (DF)	–	2 (GO e MT)
SE	4	50,0%	–	2 (SP e MG)	1 (MG)
S	3	100,0%	2 (PR e SC)	1 (RS)	1 (RS)
Brasil	27	29,6%	4	4	7

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência/SAS/MS.

**Quadro 5**

Indicadores de evolução da descentralização no SUS, segundo as NOBs 93 (vigência 94/97) e 96 (vigência 98/00) – posição no final de cada exercício

Indicador/ano	Dez/94	Dez/95	Dez/96	Dez/97	Dez/98	Dez/99	Dez/00
Nº de municípios recebendo recursos “fundo a fundo”	24	56	137	144	5049	5350	5450
Nº de estados recebendo recursos “fundo a fundo”	–	–	–	–	2	7	8
Percentual da população residente nos municípios/ estados que recebem “fundo a fundo”	4,4%	9,34%	15,9%	17,3%	89,9%	99,3%	99,7%
Percentual do total de recursos assistenciais transferido “fundo a fundo”	6,2%	12,5%	22,9%	24,1%	52,5%	58,1%	60,7%

Fonte: Ministério da Saúde – SAS (dados de habilitação de 1994 a 1996 e 2000 e financeiros de 1994 a 2000) e SPS (dados de habilitação de 1997 a 1999)

criam as regras e os instrumentos necessários aos relacionamentos entre as esferas de governo (nacional e subnacionais) para organização e funcionamento do sistema de saúde. Neste sentido, os espaços de gestão da política tornam-se mais ampliados e o pacto torna-se uma condição para a deliberação e a execução de novas diretrizes.

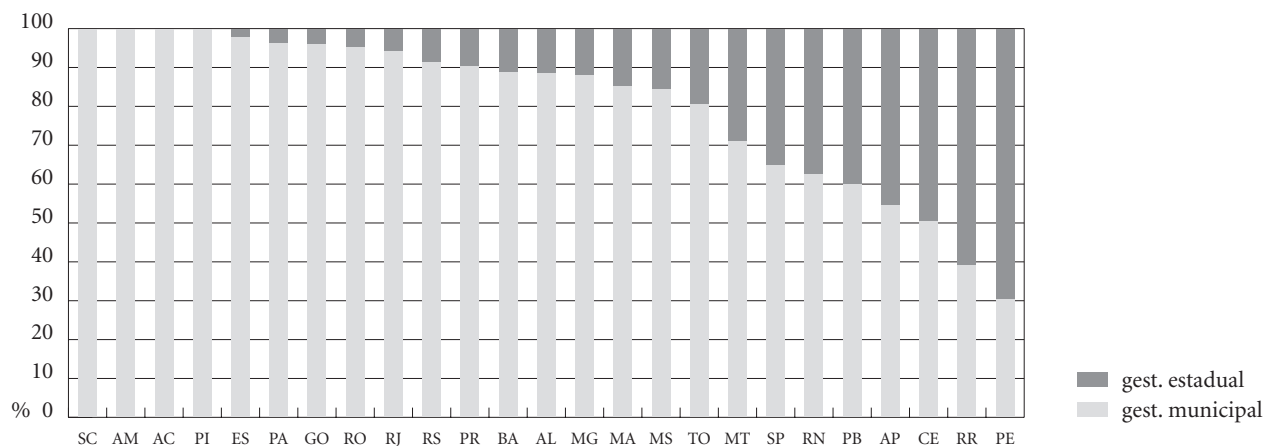
Em relação à NOB SUS 01/96, os efeitos de sua implantação foram apenas parcialmente estudados, tendo em vista a sua vigência efetiva a partir de fevereiro de 1998, através das primeiras habilitações municipais à gestão plena da atenção básica e das primeiras transferências automáticas do recurso e das sucessivas mudanças ocorridas com a publicação de no-

vas portarias ministeriais. No entanto, cabe tecer alguns comentários sobre os impactos da NOB SUS 01/96 no funcionamento do sistema de saúde.

No que se refere aos novos mecanismos de transferência do recurso federal, é preciso destacar as mudanças estabelecidas com a implantação do PAB. A vigência do PAB, assim como de outros incentivos financeiros, permitiu a ampliação expressiva dos recursos federais transferidos “fundo a fundo”: no final de 2000, quase a totalidade dos municípios brasileiros já recebia de forma automática, no mínimo, os recursos para a atenção básica e, mais de 60% do total de recursos assistenciais federais nessa época são transferidos diretamente aos fundos municipais.

**Figura 3**

Distribuição dos recursos gastos com assistência nos municípios em GPSM, por UF, segundo responsabilidade de gestão – Dez/00



Fonte: DATASUS- TABNET SIH-SUS e SIA-SUS

Uma outra mudança importante estabelecida com o PAB foi a determinação de um valor *per capita* mínimo para a totalidade dos municípios do Brasil. A implantação deste valor *per capita*, definido com base na média da produção dos procedimentos considerados básicos em 1996, acabou por ampliar o aporte de recursos para assistência básica nos municípios que não atingiam a produção correspondente a R\$10,00 reais por hab./ano, com um efeito homogeneizador para o conjunto de municípios. Para os que já produziam mais de R\$10,00 reais por hab./ano o efeito foi de fixação do PAB no valor *per capita* máximo de até R\$18,00 reais. No entanto, o “achatamento” provocado com a fixação do limite máximo para o PAB não foi significativo em relação ao total dos municípios brasileiros.

O recurso “PAB”, apesar de ter sido calculado com base na série histórica da produção ambulatorial básica dos municípios, não está sujeito a revisões periódicas com base na produção. Isso o torna diferente do recurso para a fração de média e alta complexidade e da assistência hospitalar, que compõem o TFAE e o TFAM, transferidos, respectivamente, aos estados e municípios habilitados. Pode-se dizer, que, de certa forma, o PAB rompe com a modalidade de “pós-pagamento” vinculada à produção, tornando-se uma modalidade de “pré-

pagamento” para a remuneração dos serviços de atenção básica e representando, portanto, uma verdadeira “inovação” para o modelo de financiamento federal na saúde.

A fragmentação do teto financeiro para assistência ambulatorial em duas parcelas – básico e fração especializada (média e alta complexidade) – teve um impacto diferente para os municípios já habilitados em condição de gestão simplificada pela NOB SUS 01/93. Estes municípios gozavam de plena autonomia para execução dos recursos financeiros transferidos “fundo a fundo”, visto que os procedimentos para os ajustes das FPO das unidades eram controlados pelos próprios municípios e por não existir, na maioria dos estados, mecanismos de fiscalização, controle e ajustes financeiros da utilização destes recursos. De certa forma, a segmentação e transferência dos recursos ambulatoriais em contas separadas e as diversas formas de financiamento previstas para a atenção básica, diminuíram a possibilidade do gasto do montante de recursos transferidos segundo suas próprias prioridades.

No que se refere aos incentivos financeiros transferidos “fundo a fundo”, destacam-se os critérios específicos estipulados para os recebimentos desses recursos e a exigência da habilitação na NOB SUS 01/96, como nova atribuição de avaliação das CIBs. Os incentivos não

fazem parte do montante global de recursos ambulatoriais e hospitalares que compõem os tetos financeiros assistenciais dos municípios. Podem ser assim considerados recursos “extra-teto”, cuja execução não pode ser monitorada pelos já tradicionais sistemas de informações de produção e faturamento do SUS (SIA-SUS e SIH-SUS) tais como os outros recursos assistenciais vigentes. A lógica de sua transferência está baseada na obtenção da adesão dos municípios a programas com objetivos e metas específicos.

Bueno & Merhy (1997) consideram que a fragmentação do financiamento prejudica a integralidade da atenção à saúde, criando uma “cesta básica”, financiada com recursos do PAB e dos incentivos do PACS e PSF para os “cidadãos mínimos” e dando liberdade para o setor privado crescer na ausência do público como prestador de assistência hospitalar e ambulatorial especializada. Tal afirmativa, no entanto, não considera a proposta formulada na NOB como um todo e não valoriza a PPI como um instrumento para garantia do direito ao acesso à assistência à saúde integral. Se é fato que os recursos para cobertura da atenção básica correspondem apenas a uma pequena parcela do montante dos recursos assistenciais necessários, também é fato que, a partir da NOB SUS 01/96, a grande maioria dos municípios passa a ser gestora de sistemas de saúde, gerenciando diretamente os recursos para o subsistema da atenção básica e, através da PPI, ampliando a possibilidade da assistência nos níveis de maior complexidade.

A PPI, na qualidade de um instrumento formal de pactuação de recursos para garantia da assistência integral nos municípios, induziu a formação de novos acordos intergestores, estimulando a regionalização e a hierarquização do sistema de serviços de saúde estadual, sob coordenação do estado. O processo de negociação da PPI, conduzido nas CIBs, acabou por fortalecer este fórum, como já apontado anteriormente, como um espaço permanente de discussão, decisão e celebração de compromissos entre os gestores municipais e estadual.

Cabe ainda discutir sobre os efeitos do PAB e dos diferentes incentivos para os modelos assistenciais em nível municipal. Em especial, os incentivos do PACS e PSF estimularam a implantação do modelo de agentes comunitários e médico de família em um número expressivo de municípios, representando, por vezes, um real estímulo à ampliação da cobertura assistencial e à adoção de práticas inovadoras, mesmo naqueles com uma ampla rede assistencial básica já

constituída. Por outro lado, destaca-se o forte poder de indução do nível federal sobre o modelo assistencial a ser adotado nos municípios, observado a partir de então na política de saúde.

No que se refere ao PAB, está prevista uma grande variedade de formas de aplicação do recurso e uma série de mecanismos de avaliação e controle das transferências efetivadas (incluindo indicadores de morbi-mortalidade que pretendem avaliar o impacto da utilização dos recursos) e que ultrapassam a tradicional forma de “prestação de contas” através da produção informada pelo SIA-SUS. Isto faz com que se amplie a autonomia do gasto nos municípios habilitados em gestão plena da atenção básica, e, ao mesmo tempo, mantenha-se o forte poder de indução e controle do nível federal, na descentralização da política de saúde. Deve-se considerar que os valores do PAB representam apenas pequena parcela do teto financeiro dos municípios. Assim, grande parte ainda dos recursos financeiros para a assistência ambulatorial segue as mesmas modalidades de repasse/transferência já previstos anteriormente na NOB SUS 01/93.

Quanto aos estados, apenas oito foram habilitados nas condições de gestão da NOB 96, estando aptos a receberem os recursos federais creditados diretamente no Fundo Estadual de Saúde. A transferência de recursos federais “fundo a fundo” para os estados, apesar de estar prevista nas NOBs anteriores, não tinha sido ainda implementada, o que representou de fato uma inovação na modalidade de transferência para estas instâncias.

Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito às estratégias de descentralização das áreas de vigilância sanitária e epidemiologia e controle de doenças. Apesar de a NOB SUS 01/96 ter abordado essas duas áreas, além da assistência, em uma tentativa de integração global da política de saúde, na prática as três áreas seguiram regulamentações específicas, sendo os dispositivos da NOB aplicados praticamente só à descentralização da assistência.

Conclui-se que a ampliação dos mecanismos de transferência “fundo a fundo” através da NOB SUS 01/96 – criação do PAB, de incentivos financeiros e implantação da transferência direta dos recursos federais para um grande número de municípios e para os estados habilitados – aumentou a autonomia do gasto para a maioria dos municípios e para os estados na área da saúde. No entanto, a utilização de alguns instrumentos técnico-operacionais para o

repassa, transferência e execução da maior parte dos recursos federais, apesar dos benefícios para a padronização dos instrumentos, organização e unificação do sistema de saúde, pouco contribuem para a avaliação dos resultados dos recursos aplicados e, sobretudo, limitam iniciativas próprias e singulares que vinculem práticas de saúde às realidades locais e regionais.

## Notas

\* Os autores agradecem aos técnicos do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência/SAS/MS e do Departamento de Atenção Básica/SPS/MS pelo fornecimento dos dados relativos ao período de implementação da NOB SUS 01/96. Os quadros descritivos e analíticos das NOBs foram retirados da dissertação de Lima (1999).

<sup>1</sup> Draibe (1997) utiliza essa expressão para resumir os dois grupos básicos de problemas dos sistemas de proteção social latino-americanos: a) problemas estruturais, relacionados ao alto grau de exclusão e heterogeneidade nessas sociedades, que não são plenamente resolvidos por programas sociais, e aos conflitos entre esforços financeiros, sociais, e institucionais para construir sistemas de políticas sociais *versus* as restrições impostas pela estrutura socioeconômica dessas sociedades; b) problemas institucionais e organizacionais, representados pelas características predominantes nesses sistemas – centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e fraca tradição participativa da sociedade.

<sup>2</sup> Para uma discussão mais detalhada acerca das diferentes abordagens sobre as políticas de saúde nos anos 90, ver Machado (1999).

<sup>3</sup> Na década de 1980, o percentual dos gastos federais com saúde foi sempre superior a 70% dos gastos públicos na área. Apesar do aumento progressivo da participação das receitas próprias, principalmente municipais, no total dos gastos públicos com saúde, essa parcela, até hoje, não superou os percentuais dos gastos federais.

<sup>4</sup> A fase inaugurada no início da década de 1990 e caracterizada pela edição sucessiva de uma série de portarias ministeriais fundamenta-se na justificativa de que somente o arcabouço jurídico-legal do SUS, contido na Constituição e nas leis 8.080 e 8.142 de 1990, não é suficiente para estabelecer os parâmetros técnico-operacionais necessários ao pleno funcionamento do sistema de saúde em uma dada conjuntura política.

<sup>5</sup> Os conceitos de **transferências automáticas** e **transferências negociadas** de recursos estão respectivamente atrelados aos modelos de **descentralização dependente vinculada** e **dependente tutelada** propostos por Medici (1994). No primeiro modelo, o autor ressalta que, embo-

ra haja um nível elevado de dependência das esferas locais à central de governo, a dependência tem respaldo na legislação vigente, na medida em que ela se baseia em critérios legalmente estabelecidos. No segundo modelo, há uma frágil relação de dependência entre a esfera local e a central, a qual está baseada em laços políticos, técnicos e institucionais que podem ser efêmeros. Esses conceitos se relacionam àqueles propostos por Afonso (apud Barrera e Roarelli, 1995) em relação às transferências federais. As transferências automáticas apresentam-se como **transferências não-tributárias regulares**, ou seja, transferências de recursos que não se constituem como uma repartição regular de tributos, mas que são decorrentes de dispositivos legais. Já as transferências negociadas apresentam-se como **transferências não-tributárias e não-regulares**, por estarem vinculadas a programas específicos e dependem de mecanismos convencionais.

<sup>6</sup> Acrescenta-se, ainda, neste mesmo artigo, que os valores a serem transferidos devem considerar: a) perfil demográfico da região; b) perfil epidemiológico da população a ser coberta; c) características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; d) desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; e) níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; f) previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; g) ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

<sup>7</sup> Os dois sistemas adotados com esta finalidade foram o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). O SIA-SUS foi elaborado para registro da produção de serviços ambulatoriais, contidos em uma lista de procedimentos (Tabela SIA-SUS) que podem ser faturados. O SIH-SUS foi, na verdade, uma nova denominação e expansão do sistema SAMHPS/AIH (já utilizado nos hospitais privados contratados pelo INAMPS) para todos os hospitais do país que recebiam recursos do INAMPS, independentemente de sua natureza jurídica.

<sup>8</sup> Sobre este aspecto ver os vários artigos publicados na revista *Saúde em Debate* nº 31 de 1991.

<sup>9</sup> Segundo Almeida (1995), os tetos financeiros dos primeiros municípios habilitados na condição semiplena variaram segundo seu valor *per capita*/ano devido a uma série de fatores relacionados à sistemática do pagamento

por produção, entre eles: a oferta e a dimensão da rede de serviços de saúde; maior ou menor controle/avaliação e população atendida no SUS; sub ou super-registro de produção e faturamento.

<sup>10</sup> Os principais fatores que contribuíram para a “crise do financiamento” da saúde, vivenciada no período 1993 a 1994 são resumidos por Lucchese (1996) e Levcovitz (1997).

<sup>11</sup> Com isso, independentemente da condição de gestão estadual assumida, estes passaram a ter a responsabili-

de e o controle sobre a execução dos recursos destinados ao pagamento dos serviços localizados nos municípios não habilitados ou habilitados em condição de gestão incipiente e parcial. Este montante de recursos não desprezível, embora não administrado diretamente pelo estado, passou a ser controlado através dos instrumentos de programação e gerenciamento dos próprios sistemas de informações SIA-SUS e SIH-SUS. Cabe lembrar, que a maior ou menor capacidade de direcionamento dos recursos repassados, estava diretamente relacionada ao grau de comprometimento destes recursos com a produção apresentada pelos municípios.

## Referências bibliográficas

- Almeida ES 1995. *Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a estratégia Norma Operacional Básica 01/93*. Tese de livre docência. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Arretche M 1997. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência nas políticas públicas. In Gershman S e Werneck Vianna ML (orgs.) *A miragem da pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Barrera AW & Roarelli MLM 1995. Relações fiscais Intergovernamentais, pp. 129-160. In Affonso RBA & Silva PLB (orgs.) *Reforma tributária e federação*. São Paulo, FUNDAP.
- BRASIL MS 1997. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão*. Brasília, Ministério da Saúde.
- BRASIL MS GED 1993. *Descentralização das ações e serviços de saúde – a ousadia de fazer cumprir a lei*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Bueno WS & Merhy EEL 1997. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberais? Conferência Nacional de Saúde On-Line. Na Sequência da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Tema: Norma Operacional Básica 01/96 (mimeo).
- Carvalho AI, Gawryszewski V, Mendonça MH, Moises NM e Tobar F 1993. Os caminhos da descentralização no setor saúde brasileiro. *Revista Saúde em Debate*, CEBES, Londrina, 38: 49-54.
- Draibe SM 1997. *Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: saúde e educação fundamental. Informe Final do Projeto Estudios de Descentralización de Servicios Sociales da División de Desarrollo Económico da CEPAL*. Campinas, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/Universidade Estadual de Campinas.
- Heimann LS et al. 1998. *A descentralização do sistema de saúde no Brasil – uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas. Relatório Final*. São Paulo, Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde/SES/SP.
- Levcovitz E 1997. *Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde – 1974/1996*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Levcovitz E 1999. Financiamento e relações entre esferas de governo na implementação do SUS: as Normas Operacionais Básicas de 91/92, 93 e 96. Notas de aula elaboradas em maio de 1999 para a disciplina Análise do Sistema e das Políticas de Saúde (mimeo).
- Lima LD 1999. *O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: um estudo das relações intergovernamentais na CIB/RJ*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Lucchese PTR 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/IPEA*, 14: 75-156.
- Machado CV 1999. *Contexto, atores, instituições: um estudo exploratório acerca das modalidades de gerência nos hospitais públicos do município do Rio de Janeiro nos anos 90*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Medici AC 1994. *Economia e financiamento do setor saúde*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP.
- Teixeira SMF 1990. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *RAP*, 24 (2): 78-99.
- Viana ALD 1995. Modelos de intervenção do Estado na área da saúde. *Série Estudos de Saúde Coletiva* n. 118. Rio de Janeiro, IMS/UERJ.