

**PAULO EDUARDO**

**ELIAS** é professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e pesquisador do Cedec.

**ROSA MARIA**

**MARQUES** é professora associada do Departamento de Economia da FEA-PUCSP e presidente da Sociedade Brasileira de Economia Política (SEP).

**ÁQUILAS MENDES**

é professor do Departamento de Economia da FAAP-SP e técnico do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (Cepam).

# O financiamento e a política de saúde

PAULO EDUARDO ELIAS

ROSA MARIA MARQUES

ÁQUILAS MENDES

## AS TENSÕES PRESENTES NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

**O**s recursos para o financiamento público da saúde no Brasil encontram-se constitucionalmente vinculados ao Orçamento da Seguridade Social (1) e a partir de 1988 seu detalhamento é previsto na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) anualmente aprovada pelo Congresso Nacional.

Configura-se uma situação em que o financiamento é dependente da esfera central mas a operação do sistema é regional e/ou local, fato que gera tensões no interior do “sistema de saúde” (Nunes et al., 1993). Não obstante, esses mesmos autores apontam que o financiamento concentrado na esfera federal tem a vantagem de facilitar a aplicação do princípio da equidade na distribuição regional dos recursos financeiros do sistema, o que não anula o fato de a efetivação desta potencialidade guardar estreita relação com a definição de critérios de distribuição dos recursos (Vianna et al., 1991).

1 O artigo 198 da Constituição Federal, em seu parágrafo único, reza que “o Sistema Único de Saúde será financiado... com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. E o artigo 195 define a natureza das fontes desse financiamento: os recursos orçamentários das três esferas de governo, as diversas contribuições sociais compulsórias incidentes sobre a folha de salário, o faturamento (Cofins) e o lucro das empresas (CSLL), e a remuneração dos trabalhadores formais, e sobre as receitas dos concursos de prognósticos explorados pela União.

No entanto, subsiste como questão relevante para o SUS um processo de descentralização da saúde extremamente concentrado obedecendo à lógica do desenvolvimento econômico regional, acentuadamente débil na capacitação dos municípios pelas distintas modalidades de gestão, em que a maior parte dos municípios exerce apenas a gerência dos serviços públicos de saúde sob sua jurisdição, mas não a gestão da saúde no âmbito local, conforme o disposto na Constituição Federal. Reproduz, assim, o padrão de acentuada desigualdade regional existente no país (Piola, 1993). Isto ocorre, principalmente, em virtude de o processo de descentralização em curso se efetivar desacompanhado de um projeto geral de implementação do SUS, sendo operado estritamente através do financiamento do setor.

Diante desse quadro, o Ministério da Saúde apresenta como solução um modelo de gestão municipalizada que enfatiza a regionalização da organização dos serviços de saúde (Noas, 2001) no qual fica subjacente a questão do financiamento da média e da alta complexidade. Com isso busca-se uma racionalização em bases de um *mix* público/privado orientado sob o primado da eficácia como conceito tomado à economia, e mais uma vez mantendo-se a tônica econômico-financeira sob a lógica da descentralização da saúde.

Dentre os temas relevantes para um debate que tivesse como objetivo a reversão da lógica do processo de descentralização da saúde incluem-se, principalmente, a restauração/conformação do pacto federativo no país, através da distribuição dos encargos governamentais, e a formulação de diretrizes básicas que orientem a definição de competências, de modo a opor-se à elaboração de uma lista de competências racionalmente distribuídas, solução que seria desastrosa diante da heterogeneidade do país (Lobo, 1993).

As características da relação público/privado vigente no sistema de saúde brasileiro e o padrão relativamente complexo da organização de serviços, sobretudo nas regiões economicamente mais desenvolvidas, aliado ao modelo de assistência à saúde ado-

tado e às expectativas dos segmentos sociais (camadas médias e altas) com poder de influenciar o tipo de assistência médica prestada, acabam pressionando de modo insuportável o frágil sistema de financiamento da saúde, com fortes repercussões em seu componente público. Dessa forma, mesmo considerando-se os desperdícios e as possíveis fraudes existentes no SUS, há uma quase unanimidade em detectar as insuficiências dos recursos frente aos seus atuais compromissos financeiros para o pagamento dos serviços assistenciais.

Esse quadro é responsável pela situação atual de quase colapso do setor público na assistência médica, em virtude do excesso de demanda e insuficiência de serviços para atendê-la e também pela maior procura do Sistema Supletivo de Assistência Médica em suas várias modalidades. Paradoxalmente, eis aí uma situação propícia para o crescimento desmesurado dos custos em saúde, gerando uma lógica de financiamento que privilegia a assistência mais sofisticada, que demanda procedimentos de grande complexidade tecnológica, e portanto de custo elevado, em detrimento daqueles mais simples, com maiores possibilidades de universalização e de custos significativamente menores.

Ao mesmo tempo, ocorre uma grande depreciação nos pagamentos dos serviços prestados ao SUS, aviltamento este que não se distribui igualmente, penalizando acen-tuadamente os procedimentos mais simples, sejam clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais.

Frente a essa situação em relação aos custos crescentes, alguns organismos internacionais, dentre os quais mais uma vez se destaca o Banco Mundial, têm elaborado um conjunto de recomendações para os distintos grupos de países (os ex-socialistas, os europeus com economia de mercado consolidada e os da América Latina e do Caribe) no sentido de promover medidas de contenção dos gastos em saúde. Dentre aquelas destinadas aos países em desenvolvimento, grupo ao qual pertence o Brasil, destacam-se a adoção do pagamento por serviços prestados em detrimento de outras formas (2), a introdução de meca-

nismos objetivando a competição dirigida (3) e o aumento do poder de regulação do Estado por meio de legislação e intensificação da fiscalização.

No caso do Brasil, que já adota há vários anos o pagamento por serviços prestados, cujos maiores inconvenientes consistem no incentivo à inflação de custos e na utilização de procedimentos desnecessários, de um lado não seria mau pensar-se na introdução de mecanismos de competição no setor público e no setor privado vinculado ao SUS, sendo, por outro lado, essencial que o Estado se capacite para exercer plenamente suas prerrogativas na regulação do sistema de saúde.

Viana (1994) afirma que o SUS está limitado pelo volume de atendimento e pela forma de seu financiamento. E que a tendência é a do aumento dos custos assistenciais devido ao envelhecimento da população e a da segmentação na prestação de serviços, em que se reserva ao setor público os serviços básicos e de alto custo. A análise da autora, portanto, aponta para a manutenção/radicalização do atual padrão de produção de serviços e de financiamento na saúde.

Segundo Cohn (1994), a questão ainda pendente na saúde diz respeito à reversão da lógica de seu financiamento e da sua seletividade. E há um consenso entre vários especialistas, entre os quais a própria autora, de que a busca da universalidade e da equidade pressupõe um sistema público com um perfil de financiamento que combine várias fontes de recursos mas que a principal delas seja constituída por recursos fiscais (Guimarães, 1991; Medici e Marques, 1996).

Apesar do recente pacto federativo tributário criado pela Constituição de 1988, o novo sistema de financiamento é perfeitamente compatível com o modelo pressuposto na Constituição, em que a inovação surge da esfera central para as unidades federadas a partir de uma tecnocracia de perfil iluminista, no sentido do predomínio de uma razão tecnocrática.

Por outro lado, grande parte das modalidades estatais de gerenciamento e admi-

2 Três são as formas mais usuais de pagamento por serviços prestados: a) remuneração com ou sem limite fixado; b) honorários; c) pagamento por antecedência ou pré-pagamento.

3 Consiste na estratégia de contratação de serviços de saúde objetivando incentivar a competitividade e valorizar os prestadores que apresentem melhor desempenho em termos de custos, qualidade e satisfação dos usuários. Esta conceituação despertou muito interesse nos EUA influenciando a proposta de reforma da saúde do governo Clinton.

nistração vigentes no setor público de saúde encontram-se esgotadas do ponto de vista de obter um mínimo de eficácia social na prestação de serviços. E assim permanecerão enquanto não se proceder a uma ampla reforma do Estado brasileiro, para além de seus aspectos meramente administrativos e de pessoal (recursos humanos), mas que toquem nas questões centrais, dentre elas a da (re)construção de novas bases da relação sociedade/Estado. Sem essas mudanças de fundo no funcionamento do Estado brasileiro não há meios para transformar em virtuosas as atuais modalidades estatais de produção e gerenciamento da saúde, o que também constitui uma outra face, invisível, da crise por que passa a saúde no Brasil, e particularmente o SUS.

Além da questão do seu financiamento, o SUS encontra-se na contramão das atuais diretrizes econômicas, na medida em que para a sua implementação em conformidade com os preceitos constitucionais necessita de significativo aporte financeiro do Estado, muito superior aos padrões historicamente vigentes no setor.

## O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Historicamente o gasto público em saúde (GPS) no Brasil sempre foi fundamentalmente dependente de recursos de origem federal. Para se ter uma idéia, no período 1980-90, a participação do governo federal no financiamento foi, em média, de 77,7%. Essa acentuada participação da esfera federal pode ser imputada ao desenho de política de saúde praticada no país, que tinha na centralização um de seus principais princípios; mas não é pouco importante o fato de a estrutura tributária definir que a arrecadação de impostos e contribuições com as maiores bases de incidência seja de competência da União (4).

Nos anos 90, embora a maior parte dos recursos do GPS continue de origem federal, sua participação caiu acentuadamente: de 77,7% no período 1980-90 para 53,7% em 1996 (5). Em parte isso se explica pelo

início da implantação do SUS, pois, ao se definir na sua regulamentação como de competência dos municípios a execução preferencial das ações e serviços de saúde, forçou que essa instância de governo destinasse mais recursos para a área da saúde. O outro motivo, nem sempre lembrado, é que os anos de implantação do SUS – o que persiste até hoje – correspondem exatamente àqueles em que a contração do gasto público (especialmente o federal) foi alçada à principal variável na determinação e/ou redução do déficit público, uma das metas a serem cumpridas nos acordos com o Fundo Monetário Internacional e por ele monitorada. Não é de estranhar, portanto, que o volume relativo de recursos de origem federal destinado à saúde pública tenha diminuído, e aumentado a participação dos municípios (Tabela 1). Graças ao esforço dos municípios, ocorreu um incremento de 12% no gasto público *per capita*, evoluindo de R\$ 154,77 para R\$ 173,52. Em relação ao PIB, o esforço direcionado à saúde pública permaneceu praticamente constante, um pouco acima de 3%.

A diminuição da participação do governo federal no financiamento da saúde não foi acompanhada de redução de sua presença na determinação da política a ser implementada e do aumento da autonomia dos municípios. O gasto realizado pelo Ministério da Saúde (MS) aumentou 48% no período 1993-2000, embora nos últimos três anos não tenha atingido o nível de 1997 (Tabela 2). Foi no interior de Assistência Médica e Sanitária que as maiores alterações ocorreram, refletindo a mudança de política do governo federal em relação à saúde. Esse subprograma apresenta uma significativa perda de importância na participação relativa na despesa do Ministério da Saúde (de 72,1% em 1993 para 63,7% em 1999). É também nele que se concentram as ações e serviços de saúde referentes ao atendimento Ambulatorial e Hospitalar (AIH/SIA-SUS); à Atenção Básica (PAB fixo) e aos programas Agentes Comunitários em Saúde e Saúde da Família.

A alteração da política foi fundamentada nas NOBs (Norma Operacional Básica)

4 Para se ter uma idéia da trajetória do financiamento da política de saúde e da estrutura do sistema tributário no país, ver: Marques (1999) e Marques e Mendes (1999).

5 Esses dados são originalmente apresentados e mais amplamente discutidos em trabalho de Marques e Mendes (2000), elaborado para a 11ª Conferência Nacional de Saúde.

TABELA I

## Brasil – Gasto Público com Saúde, segundo origem dos recursos \* (1994-96)

Em R\$ 1.000 de dez./1999

Anos	Federal	%	Estadual	%	Municipal	%	Total	Per Capita**	% do PIB
1994	18.349.164	60,7	6.688.755	22,1	5.204.570	17,2	30.242.489	154,77	3,3
1995	21.759.610	63,8	6.402.088	18,8	5.945.093	17,4	34.106.791	172,21	3,4
1996	18.610.937	53,7	6.417.755	18,5	9.613.511	27,8	34.642.204	173,52	3,2

Fonte: Siafi/Sidor para gasto federal; IBGE/Decna para gasto estadual e municipal.

Elaboração: Ipea/Disoc.

\* O GPS com base na *origem dos recursos* contabiliza as transferências intergovernamentais e os pagamentos dos serviços pela rede própria estadual e municipal, registrando-as como dispêndio da instância transferidora. Para maiores detalhes sobre essa metodologia, consultar Piola e Biasoto Jr. (2000).

\*\* Estes valores *per capita* representam apenas uma atualização pelo IGP-DI de dez./99 dos valores *per capita* apresentados pelo Ipea/Disoc.

93 e 96 e parte importante dos recursos federais destinados ao custeio da assistência hospitalar e ambulatorial passou a ser transferida a estados e municípios, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e

municipais (6). Note-se, em primeiro lugar, que os pagamentos realizados diretamente pelo MS – relativos a internações hospitalares e atendimento ambulatorial –, que representavam 71,3% dos recursos federais em saúde em 1997, caíram para 39% em 2000. Essa redução teve como contrapartida o aumento da participação das transferências: de 28,66% para 61%, respectivamente (Tabela 3), indicando que o governo federal passou a priorizar essa forma de financiamento.

No período 1997-2000, a participação das transferências para Média e Alta Complexidade no total de recursos de origem federal aumentou de 28,7% para 36,4%. Em 2000, as transferências para a Atenção Básica absorveram 24,59% dos recursos, refletindo a implantação da NOB 96 a partir do ano de 1998. Dentro das transferências para Média e Alta Complexidade, destacam-se a Assistência Hospitalar e Ambulatorial (32,76%); os recursos destinados a humanização do pré-natal e dos nascimentos, combate ao câncer de colo uterino, transplantes, cirurgia de catarata, cirurgia de mama, entre outras intervenções, na tabela agregados sob o item Outros, absorveram 3,65% dos recursos federais em 2000. Na Atenção Básica, 14,03% foram dirigidos ao PAB fixo, 10,19% ao

TABELA 2

## Ministério da Saúde – Gasto em Saúde \*

Em R\$ 1.000 de dez./1999

Anos	Gasto	Per capita	% do PIB
1993	12.534	83	2,11
1994	12.728	83	2,15
1995	18.196	117	2,31
1996	15.791	100	1,85
1997	18.958	119	2,14
1998	17.268	107	1,94
1999	17.960	111	2,06
2000	18.533	109**	1,87***

Fonte: Siafi/Sidor – Piola e Biasoto Jr. (2000); para 2000, elaboração própria a partir dos relatórios da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do MS.

\* refere-se ao gasto em saúde, excluindo os valores de dívida, inativos e pensionistas;

\*\* Pop – IBGE/Censo 2000;

\*\*\* Dados preliminares – FGV/Conjuntura Econômica

**TABELA 3**  
**Recursos Federais do SUS – por tipo de despesa (1997-2000)**

Em porcentagem				
<b>Tipo de Despesa</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
<b>Pagamentos Federais</b>	<b>71,34</b>	<b>55,31</b>	<b>45,88</b>	<b>39,00</b>
Intern. Hosp. (MS)	33,10	29,00	25,11	19,81
Atend. Ambul. (MS)	38,24	26,31	20,76	19,18
<b>Transferências</b>	<b>28,66</b>	<b>44,69</b>	<b>54,12</b>	<b>61,00</b>
Alta e Média complexidade	28,66	29,01	32,77	36,41
Ass. Hospit./Ambulat.	22,97	26,70	31,64	32,76
Fator de recomposição	5,68	1,93	-	-
Outros	-	0,38	1,13	3,65
<b>Atenção Básica</b>	<b>-</b>	<b>15,68</b>	<b>21,35</b>	<b>24,59</b>
PAB Fixo	-	13,30	15,54	14,03
PAB Variável	-	2,38	5,52	10,19
Outros	-	0,00	0,30	0,37
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Datasus.

PAB variável e 0,37% aos demais programas (Tabela 3).

Comparando-se esses percentuais aos de 1999, verifica-se que, como seria de esperar, a redução dos pagamentos federais resultou tanto em aumento das transferências à Alta e Média Complexidade, como à Atenção Básica. Contudo, é de chamar a atenção que, dentro da Alta e Média Complexidade, houve aumento significativo da participação do item Outros (de 1,13% para 3,54%) e, da Atenção Básica, ocorreu diminuição do PAB fixo (15,54% para 14,03%) e crescimento mais que considerável do PAB variável (de 5,52% para 10,19%).

Como mencionado acima, o item Outros abrange os recursos relacionados às “campanhas” desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e os recursos direcionados a diferentes tipos de cirurgia e programas; e o PAB variável é constituído de diferentes incentivos, que “premiar” os municípios que desenvolvem programas tais como Saúde da Família, Agentes Comunitários, entre outros. Tendo em vista a escassez de

recursos sempre presente na área da saúde, o fato de as “Campanhas” terem se tornado uma prática constante a partir de 1998 e de os municípios serem estimulados a incorporar os programas que lhes acrescentam receita financeira pode significar que está se assistindo ao reforço da determinação do governo federal na formulação da política de saúde, impedindo que os municípios, no exercício de sua autonomia, planejem uma política mais adequada às necessidades locais. Em outras palavras, apesar de as transferências fundo a fundo terem aumentado significativamente nos últimos anos, a introdução de incentivos, campanhas e outras formas de direcionamento de recursos, rompeu com o ideário do SUS ao constringer a autonomia do município na alocação dos recursos transferidos a seu fundo (repasso global; regular e automático). A liberdade concedida ao município nesse tipo de arranjo se circunscreve a organizar e/ou contratar os serviços “incentivados”.

Essa discussão ganha maior importância quando se tem presente que são crescentes as transferências – para a alta e média

6 De acordo com a NOB 96, os repasses correspondentes às transferências para Alta e Média Complexidade são efetuados fundo a fundo quando o município e/ou estado são habilitados à gestão plena do sistema e, no caso de serem habilitados somente à Atenção Básica, mediante pagamento direto do MS aos prestadores, contra apresentação de fatura. Já as transferências para Atenção Básica são realizadas através de repasse automático com base em um *per capita* de R\$ 10,00/ano (PAB fixo); ou de transferências que visam incentivar determinados programas, tais como saúde da família e agentes comunitários (PAB variável). No caso de os municípios não terem nenhum tipo de habilitação, os recursos destinados à Atenção Básica são transferidos para os estados. O repasse em Outros é efetuado mediante a celebração de convênios.

complexidade e a atenção básica – destinadas a municípios. De certa forma, o processo de implementação do SUS pode ser sentido quando se verifica que, no período 1993-98, aumentou significativamente a participação das transferências a municípios no total da despesa realizada pelo MS (de 1,7% para 24%); já as transferências a estados apresentaram redução, passando de 5,4%, em 1993, para 3,3%, em 1998 (Tabela 4). Contudo, essa municipalização, dada a “prática de carimbos”, é restrita ou, em outras palavras, tutelada.

## O FINANCIAMENTO SOB A NOAS

Mais recentemente, o Ministério da Saúde, após inúmeras discussões com o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e com o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), aprovou a portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001, denominada Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (Noas-SUS 01/2001). Essa portaria, em seu preâmbulo, define ser seu objetivo aprofundar o processo de regionalização como forma de “garantir o acesso a todas ações e serviços de saúde necessá-

rios, otimizando os recursos disponíveis”.

Como pano de fundo, a questão importante para a operacionalização dessa norma é o avanço no processo de responsabilização dos gestores estaduais e municipais pela atenção integral aos seus cidadãos. Parte-se do pressuposto de que a implementação do SUS, nesse período recente, depende da compatibilização de três princípios: a descentralização, com ampliação da responsabilidade dos municípios sob a gestão de seus sistemas de saúde; a regionalização, com ênfase no planejamento territorial a partir de uma abordagem supramunicipal; e a hierarquização, através da estruturação de redes assistenciais resolutivas (7).

De certa forma, essa portaria segue a mesma lógica descrita anteriormente, isto é, de usar o financiamento como o principal instrumento da política de saúde. Dessa maneira, busca-se que parte importante dos recursos federais destinados ao custeio da Assistência passe a ser transferida a estados e municípios, incentivando a ampliação das ações de Atenção Básica; a qualificação e responsabilização de microrregiões na Assistência à Saúde; e a organização dos serviços de média e alta complexidade do setor. Nessa perspectiva, a garantia do acesso da população a todos os

7 Uma visão sintética da Noas-SUS 01/2001 permite que se explicitem três principais estratégias: a regionalização da assistência; o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; e a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Seus principais instrumentos dizem respeito a: 1 – regionalização da assistência: a) elaboração do plano diretor de regionalização; b) ampliação da atenção básica; c) qualificação das microrregiões na assistência à saúde; d) organização da média complexidade; e) estabelecimento de política para a alta complexidade; 2 – capacidade de gestão: a) programação da assistência; b) garantia de acesso da população referenciada; c) controle, avaliação e regulação da assistência; d) hospitais públicos sob gestão de outro nível de governo; e 3 – critérios de habilitação: alterações na NOB/SUS 96 para estados e municípios (Ministério da Saúde, Brasil, Portaria 95/2001). Noas – Norma Operacional da Assistência à Saúde). Um dos consórcios mais antigos e bem-sucedidos é o Consórcio Intermunicipal de Saúde da microrregião de Perópolis no estado de São Paulo, criado em 1985. Este tem sido um exemplo em que a articulação intermunicipal vem possibilitando a arrecadação de recursos de investimentos para organizar os serviços de saúde na microrregião.

TABELA 4

### Ministério da Saúde – Distribuição dos gastos por categoria econômica (1993-98)

	Em porcentagem					
	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Pessoal	17,9	21,8	16,5	16,5	13,2	12,8
Outras despesas correntes	64,5	59,7	54,7	55,4	52,3	42,3
Investimentos	0,8	1,5	1,4	0,6	0,8	0,8
Amortização, juros e encargos, dívida	0,5	2,8	9,0	3,4	8,5	3,2
Inativos e pensionistas	7,3	7,4	8,8	10,3	8,3	9,9
Transferências estados e DF	5,4	2,4	2,6	1,3	2,1	3,3
Transferências municípios	1,7	2,3	5,3	10,6	12,8	24,0
Outros	2,0	2,1	1,7	1,8	2,0	3,7
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Siafi/Sidor – Piola e Biasoto Jr. (2000).

níveis de atenção à saúde deve considerar critérios de racionalidade na organização de redes de referência regionais.

É fora de dúvida que os municípios são heterogêneos, apresentando ofertas de serviços e capacidades técnica e administrativa diferenciadas. Também é verdade que as dificuldades inerentes a essa heterogeneidade levaram a que várias localidades iniciassem experiências de pactos quanto à divisão de responsabilidades e à partilha da gestão de unidades que dificultam a organização de sistemas municipais/microrregionais. Porém, sabe-se que em muitos casos essas iniciativas não foram bem-sucedidas.

Uma forma de concretização desses pactos foi viabilizada pelos consórcios intermunicipais. O Consórcio Intermunicipal de Saúde tem se apresentado, em diversas regiões do país, como o instrumento mais utilizado para a implementação do processo de municipalização da saúde e pode se constituir em forma de racionalização na qual se encaixa o modelo de atenção à saúde. Contudo, alguns estudos já apontam que as iniciativas formuladas a partir da imposição de consórcios mediante incentivos financeiros promovidos pelos governos estaduais não se efetivaram, como é o caso do estado de Minas Gerais. A contribuição financeira não se mostrou suficiente para sustentar o compromisso de ofertar serviços e ações de saúde regionalizados.

Admite-se que o avanço da política de saúde por meio da implementação do SUS deva operar na garantia da organização de redes de referência regionais, com efetivo funcionamento e com resultado frente às necessidades de saúde da população. Desde maio de 1998, a plena operacionalização da NOB 96 através da existência de condições de gestão polares – Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema –, que muitas vezes não expressam a heterogeneidade das realidades de rede de serviços nas diferentes regiões do país, tem induzido a busca da habilitação em Plena do Sistema de diversos municípios cuja oferta de serviços pouco difere da atenção básica. Se, de um lado, pode-se verificar que o processo de habili-

tação se deu de forma cartorial, compreendendo apenas o cumprimento de requisitos formais que pouco respondem ao funcionamento dos sistemas municipais e sobre seu impacto nas condições de saúde, de outro, a existência de apenas duas condições de gestão não preenche a diversidade dos municípios nem sua inserção nas redes regionais.

Nesse quadro, é perceptível a necessidade de que seja aprimorado o processo de regionalização dos serviços de saúde. A Noas 2001 é alçada a responder a esse papel, podendo ser considerada uma oportunidade a ser aproveitada na construção e operacionalização de reorganização das atividades assistenciais de forma regional. Isto é, se esta for utilizada visando corrigir falhas na assistência e apoiando as estratégias de mudança das modalidades de assistência nos diversos municípios. Contudo, é importante que se considerem algumas questões quanto à sua efetividade.

A aprovação da Noas e o processo a ela associado, definido como “regionalização da saúde”, em que pese promoverem modificações importantes nas relações entre os diversos gestores do SUS – estaduais e municipais –, mantêm o fio condutor clássico de se viabilizar a política de saúde por meio do financiamento. São os incentivos financeiros (Piso da Atenção Básica *ampliada* e limites financeiros para a Média e Alta Complexidade) que continuam determinando a configuração das políticas de saúde e reforçando a centralização do sistema de saúde, expressando-se em constrangimentos ao exercício da autonomia local.

A Noas 2001 resgata o papel de coordenação do governo estadual no SUS principalmente na atenção da Média Complexidade. No âmbito estadual, os instrumentos-chave da viabilização da regionalização estão ancorados na operacionalização da Programação Pactuada Integrada (PPI) – pactuada entre as diferentes esferas de governo estaduais e municipais e integrada entre os diferentes gestores do sistema – e na elaboração do Plano Diretor de Regionalização do Estado, incluindo a definição das microrregiões (8). Vale dizer, é

8 Segundo Lucchesi (1996), com base em relatórios do Ministério da Saúde, os diferentes modelos de gestão descentralizada em implementação nos estados podem ser descritos por: a) modelo de gestão centralizada – a gestão do sistema permanece com o estado, centralizando os instrumentos de planejamento, programação, controle e avaliação da rede de serviços, mesmo que a gerência de unidades estaduais tenha sido transferida aos municípios; b) modelo descentralizado por partilha – a gestão do sistema é fragmentada, pois a gerência das unidades é estabelecida por partilha através de interesses específicos, sem que se utilize uma racionalidade técnica para a organização do sistema, definida em parceria pelo gestor estadual e gestores municipais; c) modelo municipalizado atomizado – a gestão do sistema é descentralizada para o município, sem que o estado assuma suas funções de coordenação e regulação, a fim de garantir a regionalização da assistência e a organização de sistema de referência que dê consistência à gestão estadual do SUS; d) modelo municipalizado com ênfase na regionalização – a gestão do sistema é descentralizada para o município que assume o comando único sobre as ações e serviços em seu território, existindo uma significativa participação do estado no desempenho de suas funções de coordenação e regulação das relações intermunicipais, estabelecendo mecanismos de avaliação e controle de sistemas municipais de saúde; e) modelo descentralizado por nível de hierarquia – o sistema é organizado com base na hierarquia das ações e serviços de saúde. Ao estado cabe a gestão do sistema de referência regional, gerenciando as unidades de maior complexidade, enquanto aos municípios cabe a gestão da assistência ambulatorial e hospitalar de menor complexidade.

reduzido o número de estados em estágio avançado na implementação da PPI e significativo o número de estados que nem sequer iniciaram a implantação da pactuação.

De certa forma, é possível afirmar que são poucos os estados com experiência histórica na construção de uma política de saúde pactuada entre os diversos agentes responsáveis pela saúde pública, com destaque mais recente aos municípios. Não se está querendo dizer que os estados não devam ocupar um papel importante no processo de coordenação regional da política de saúde, mas sim de reconhecer que há uma heterogeneidade na capacidade de gestão dos diferentes estados, principalmente, quando se trata de construir um pacto de forma cooperada e solidária. Talvez esse cenário dificulte a viabilização de um processo de regionalização baseado na coordenação dos estados.

Nessa perspectiva, para se ter uma idéia da dificuldade de operacionalização da Noas, a qualificação de cada microrregião de assistência à saúde está condicionada, dentre vários aspectos, à comprovação da PPI implantada, sob a coordenação do gestor estadual. Isto é, os limites financeiros para todos os municípios do estado já devem estar definidos, com delimitação à sua própria população e à população referenciada. Nesse sentido, supõe-se que os estados devam ter grande conhecimento da realidade loco-regional, com grande possibilidade em dimensionar a população referenciada e com larga capacidade de pactuação. Entretanto, não há como negar que todos os prazos estipulados com a edição da Noas, para operacionalização desse processo de regionalização, estão sendo descumpridos, justamente pelo fato de demandar as condições mencionadas. Após seis meses de aprovação da Noas, observa-se que esse processo, medido por meio da elaboração da PPI, é lento e bastante diferenciado entre os estados.

Dentre outros fatores que atuam de forma problemática sobre a Noas, três se destacam como principais: a ampliação das ações e serviços que compreendem a Atenção Básica; a organização de procedimen-

tos de Média Complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal e a política estabelecida frente aos serviços de Alta Complexidade. A implantação desses fatores, que atuam de forma imbricada, tem reforçado a convicção dos que consideram que a concepção de descentralização tutelada pela esfera federal e operada através do financiamento continua a persistir.

A definição da Noas em ampliar o Piso da Atenção Básica, denominado PAB ampliado, ao mesmo tempo que alarga a responsabilidade de atuação dos municípios nesse campo, procura atrelá-la ao mecanismo de recebimento de incentivo financeiro. Os recursos adicionais devem garantir resposta às áreas de controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, saúde da criança, da mulher e bucal. Sem dúvida, anteriormente à Noas, os municípios já atuavam nessas áreas, seguindo uma lógica de planejamento e necessidade local, porém a alteração introduzida reforça o seu comprometimento específico nessas ações. Mais do que isso, observa-se que, a partir do estabelecimento de um valor adicional ao *per capita* definido nacionalmente, procura-se conservar o traço central e estrategicamente dominante de se operar a política de saúde através do financiamento. É este, portanto, que continua determinando o raio de manobra da política de saúde estabelecida localmente. Essa situação torna-se ainda mais preocupante quando a Noas estabelece que os municípios que atualmente já recebem o PAB fixo superior ao PAB ampliado não terão acréscimo no valor *per capita*.

Ainda, no tocante ao financiamento, a Noas estabelece um valor *per capita* nacional para os procedimentos de Média Complexidade, compreendendo as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar (9). Na realidade, este valor já foi definido em R\$ 6,00, conforme portaria nº 975 do Ministério da Saúde de julho de 2001. Essa mesma portaria estabelece que cada estado deverá, na perspectiva da qualificação das microrregiões, prever em sua PPI, no míni-

9 Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade é tratado no item 7 do capítulo 1.3 da Noas e detalhado em seu Anexo 3.

mo, o valor *per capita* definido, para o financiamento das ações do primeiro nível de média complexidade ambulatorial. Já o financiamento das internações hospitalares deve ser realizado em consonância com o processo da PPI, coordenado pelo gestor estadual, de acordo com o Teto Financeiro da Assistência (TFA) de cada unidade da Federação. Mais uma vez, explicita-se a coordenação dos governos estaduais nesse processo de qualificação das microrregiões. Nesse novo desenho, os municípios ganham responsabilidade na Média Complexidade, o gestor estadual adquire poder na distribuição dos recursos federais e o governo federal fica com a coordenação e regulação dos procedimentos desse nível de atenção.

No caso da política de atenção de alta complexidade no SUS, a Noas define claramente a concentração desses serviços sob a responsabilidade do governo federal. Ainda que, em um de seus itens, a norma estabeleça que a garantia de acesso aos procedimentos desse nível de atenção deva ser de “responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal”, a proposta em curso determina que a esfera federal cuide da alta complexidade, os estados da Média e os municípios da atenção básica. A maneira pela qual o financiamento começa a operar, a partir do mês de julho de 2001, confirma esta posição: os repasses de recursos financeiros referentes aos serviços de Alta Complexidade já estão sendo realizados em conta bancária específica, aberta pelo Fundo Nacional de Saúde para cada município ou estado gestor dos recursos. O ajuste do limite de recursos deverá ser anual, conforme indicação da SAS/MS e qualquer valor que extrapole esse limite deve ser realizado com os recursos do teto financeiro da Média Complexidade. Dessa forma, os municípios que têm serviços de Alta Complexidade terão que se render à administração dos estados e ao mecanismo de pagamento do Ministério da Saúde. O principal problema da Noas nesse nível de atenção reside na persistência da idéia de descentralização tutelada e operada através do financiamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constituição do SUS é intensamente marcada pela melhor tradição do *welfare state* europeu. No entanto, desde o seu surgimento, o SUS encerra duas contradições que perduram ao longo destes anos e vêm influenciando fortemente a sua operacionalização. A primeira decorre do fato de a Seção Saúde da Constituição ser a única a expressar claramente a diretriz da descentralização, não obstante esta permear toda a Constituição. A segunda delas remete à discussão entre economia e política sociais, partindo da indagação sobre a compatibilidade entre uma situação de crise econômica e a implementação de políticas sociais de corte redistributivistas e universalistas (Hirschmann, 1994). Neste caso, trata-se do imperativo da racionalidade econômica imposta à economia de mercado diante da sua inserção no processo de globalização. Tal racionalidade tem implicado a adoção do receituário da contenção dos gastos públicos e seu direcionamento seletivo no interior das políticas públicas, no sentido de se priorizarem os gastos com políticas econômicas na rubrica de investimentos ou de seguro contra a desestruturação da economia nacional em detrimento das políticas sociais.

Os determinantes dos custos excessivos da assistência à saúde e o seu contínuo aumento, atingindo desigualmente a maioria dos países ricos e pobres, são muito complexos, comportando grande discussão. No entanto, diversos autores e instituições, entre as quais o Banco Mundial (1993), apontam que estes determinantes decorrem sobretudo de certas características fundamentais da organização dos serviços de saúde e do modelo assistencial praticado. Duas delas são freqüentemente lembradas: os altos custos administrativos e a utilização desnecessária de uma grande variedade de tecnologias caras e avançadas para realização de procedimentos diagnósticos e cirúrgicos. No caso brasileiro deve-se acrescentar a estas características pelo menos duas outras: o tipo de arranjo vigente entre

os setores público e privado e o papel desempenhado pelo Estado no financiamento e na regulação das atividades de assistência à saúde. Por outro lado, dado que ao menos teoricamente os gastos em saúde são ilimitados, alguns especialistas apontam que a definição de um limite para esses gastos é uma escolha essencialmente política, diante da falta de condições técnicas para definição precisa do custo do atendimento necessário para manter e/ou elevar o nível de saúde da população (Guimarães, 1991).

O sistema de financiamento da saúde, principalmente o seu componente público, encontra-se fortemente pressionado pela escolha das modalidades de assistência implementadas pela pressão das camadas sociais médias e altas por uma estrutura de atendimento referido à tecnologia material, e pelo perfil da relação público/privado vigente no sistema brasileiro. Disto resulta o colapso do SUS diante da insuficiência da oferta de serviços frente à pressão da demanda, o que favorece a procura pelo Sistema Supletivo de Assistência Médica.

Não obstante a Constituição de 1988 prescrever um novo pacto tributário, a grande inovação no sistema de financiamento decorre do predomínio de regras tecnocráticas operadas a partir da esfera central por uma tecnocracia de perfil iluminista.

Apesar de grande parte do gasto público provir da esfera federal, nos anos 90 ocorre um incremento na participação dos municípios permitindo um aumento de 12% no gasto público *per capita*, evoluindo dos R\$ 154 na década de 1980 para R\$ 173,

mantendo-se praticamente inalterada em torno de 3% a participação da rubrica saúde no PIB. O decréscimo da participação federal no financiamento do SUS, também decorrente da política de ajuste das contas públicas efetivado pelo governo federal para cumprir as metas acordadas com o Fundo Monetário Internacional (FMI), não foi acompanhado da redução da sua presença na determinação das políticas a serem implementadas, em detrimento da autonomia dos municípios. Assim, a criação de tetos e subtetos no sistema de financiamento pela esfera federal também se presta a garantir o direcionamento da política de saúde no âmbito local.

Com o advento da Noas, instrumento que prevê possibilidades de significativas mudanças na articulação entre as esferas estadual e municipal do SUS, os incentivos financeiros (na Atenção Básica e os limites estabelecidos para as ações de Alta e Média Complexidades) constituem instrumentos para a continuidade da conformação das políticas de saúde a partir da esfera federal. Portanto, a Noas mantém a concepção da descentralização tutelada e operada através do financiamento.

A reversão deste quadro requer uma ampla reforma do Estado brasileiro que, considerando os aspectos gerenciais e administrativos, toque em questões centrais tais como a reformulação do pacto federativo contemplando a definição de competências entre as esferas de governo e o estabelecimento de uma relação Estado/sociedade em novas bases, estas fundadas na eficácia social.

---

## BIBLIOGRAFIA

- BANCO MUNDIAL — Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993*. 1ª ed. Washington, Oxford University Press, 1993.
- COHN, A. *Mudanças Econômicas e Políticas de Saúde no Brasil*. São Paulo, Cedec-DPM-USP; 1994 (mimeo.).
- ELIAS, P. E. "Relações de Responsabilidade entre os Gestores do SUS: Perspectivas para a Garantia do Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção", in *Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, MS, 2000.
- GUIMARÃES, M. C. (coord.). "Alternativas de Financiamento para o Sistema Único de Saúde", in *Divulgação em*

- Saúde para Debate*, 4, 1991, pp. 21-26 (relatório final do workshop organizado pelo SUDS Bahia).
- HIRSCHMANN, A. O. "Progreso Político y Progreso Economico", in *Leviatán* 57/58, 1994, pp. 65-74.
- LOBO, T. "Descentralização e Revisão Constitucional", in Alexandre Carlos A. Santos e Romay Conde Garcia (orgs.), *Anais do Seminário Municipalização das Políticas Públicas*. Rio de Janeiro, Convênio Ibam/Ipea/Enap, 1993, pp. 122-6.
- LUCCHESI, P. T. R. *Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a Implementação do Sistema Único de Saúde — Retrospectiva 1990/1995*. Brasília, 1996 (mimeo.).
- MARQUES, R. M. "O Financiamento do Sistema Público de Saúde Brasileiro", in *Cepal. Serie Financiamiento del Desarrollo*, nº 82, Santiago do Chile, agosto de 1999.
- MARQUES, R. M. e MENDES, A. *Financiamento: a Doença Crônica da Saúde Pública Brasileira*. V Encontro de Economia da Saúde. Abres — Associação Brasileira de Economia da Saúde. Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, novembro de 1999.
- MARQUES, R. M. e MENDES, A. "O Financiamento da Atenção à Saúde no Brasil", in *Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, MS, 2000.
- MEDICI, A. C.; MARQUES, R. M. "Sistemas de Custos como Instrumento de Eficiência e Qualidade dos Serviços de Saúde", in *Cadernos Fundap*, 19, 1996, pp. 47-59.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). "Portaria 95 de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a Noas — Norma Operacional da Assistência à Saúde". *Diário Oficial da União* de 29 de janeiro de 2001.
- NUNES, E. e BRAKARZ, J. *Política Social e Reforma Fiscal: as Áreas de Educação e Saúde*. Brasília, Ipea, 1993, 44 p. (Documento de Política, 13).
- PIOLA, S. F. "Municipalização das Políticas Públicas: a Experiência da Saúde", in Alexandre Carlos A. Santos e Romay Conde Garcia (orgs.). *Anais do Seminário Municipalização das Políticas Públicas*. Convênio Ibam/Ipea/Enap, Rio de Janeiro, 1993, pp. 98-100.
- PIOLA, S. e BIASOTO JR., G. *Finanças e Dispendios: Financiamento do SUS, Gasto Público e Base Tributária*. Ipea, 2000, mimeo.
- VIANA, A. L. *Sistema e Descentralização — A Política de Saúde no Estado de São Paulo nos Anos 80: Formação e Tensões*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Economia da Unicamp, Campinas, 1994.
- VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F.; GUERRA, A. J.; CAMARGO, S. F. *O Financiamento da Descentralização dos Serviços de Saúde: Critérios para Transferências de Recursos Federais para Estados e Municípios*. Brasília, Ipea, 1991, 29 p. (Documento de Política, 3).
-