

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SUS
DESCENTRALIZAÇÃO

Brasília - DF

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUS

DESCENTRALIZAÇÃO

Brasília-DF
Dezembro 2000

© 2000 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Tiragem: 200 exemplares.

1.ª edição: novembro 2000

Ministro de Estado da Saúde

José Serra

Chefe de Gabinete

Otávio Azevedo Mercadante

Secretário-Executivo

Barjas Negri

Chefe de Gabinete

Silvandira Paiva Fernandes

Supervisor Administrativo do Fundo Nacional de Saúde

Sady Carnot Falcão Filho

Subsecretário de Assuntos Administrativos

Aílton de Lima Ribeiro

Subsecretário de Planejamento e Orçamento

Arinaldo Bonfim Rosendo

Coordenador-Geral de Orçamento e Finanças

Marcos de Oliveira Ferreira

Coordenador-Geral de Planejamento

Anoildo Felisdório dos Santos

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria Executiva

Coordenação-geral de Planejamento

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 3.º andar

Fones: (61) 223-4965, 315-2677

Fax: (61) 224-8640

Brasília, DF, CEP: 70058-900

Equipe Técnica da Coordenação Geral de Planejamento

Carlos Alberto de Matos – Responsável pela Elaboração

Fernando Ferreira Daltro

Joelma Medeiros Henriques

José Rivaldo Melo de França

Márcia Batista de Souza Muniz

Marcos Antonio Dantas de Lima

Marcus César Ribeiro Barreto

Vinícius Fernando Veiga

Gráficos e Tabelas

Suely Oliveira Campos

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva
Sistema Único de Saúde (SUS) descentralização / Ministério da Saúde,
Secretaria Executiva. – Brasília : Ministério da Saúde, 2000.

32 p. il

ISBN 85-334-0329-1

1. Sistema Único de Saúde (SUS) – Descentralização – Serviços de Saúde. I.
Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Planejamento. II. Título.

CDU 614.2 (81)
NLM WA 540
DB8

1	Os Princípios do SUS e o Processo de Descentralização	5
1.1	Os Princípios que regem a Saúde após a Constituição de 1988	5
1.2	O Processo de Descentralização da Saúde	7
2	A Descentralização Posta em Prática	12
2.1	As Transferências Fundo a Fundo	13
2.2	Outras Formas de Transferência de Recursos	22
3	Dados e Comentários a respeito de pesquisas sobre a área da Saúde e a Descentralização	24
4	Legislação, Normas e Textos de Referência	28

A DESCENTRALIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1 Os Princípios do SUS e o Processo de Descentralização

1.1 Os Princípios que regem a Saúde após a Constituição de 1988

É possível apontar a Constituição de 1988 como um grande divisor de águas no que tange à noção de saúde no Brasil. O Congresso Constituinte catalisou as transformações que vinham ocorrendo por meio de intensas discussões inspiradas e impulsionadas a partir da base da sociedade que foram materializadas na 8.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As resoluções dessa conferência deram o mote para a configuração constitucional adotada para a Saúde. Assim, a criação do SUS pode ser apontada como uma das maiores conquistas sociais da Constituição de 1988. As regulamentações que surgiram e vêm surgindo no nível infraconstitucional procuraram e têm procurado regulamentar seus princípios.

A Constituição de 1988 concretizou princípios, no que diz respeito à Saúde, que podem ser divididos em duas ordens distintas, mas inter-relacionadas: princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos. Os primeiros podem ser resumidos na universalidade, eqüidade e integralidade; os segundos, na descentralização, regionalização e hierarquização da rede e participação social, conforme mostra o quadro seguinte:

Princípios éticos/doutrinários	Princípios organizacionais/operativos
Universalidade dos serviços: acesso à saúde como direito público subjetivo, integrante dos direitos da cidadania. A Universalidade é o princípio segundo o qual “A saúde é direito de todos e dever do Estado...” (CF, 196, caput)	Descentralização dos serviços: redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados com base no entendimento de que o nível central, a União, só deve executar aquilo que o nível local, os municípios e estados, não podem ou não conseguem. A gestão do Sistema (SUS) passa a ser de responsabilidade da União, dos estados e dos municípios, agora entendidos como os gestores do SUS.
Equidade na prestação dos serviços: a política pública de saúde deve ser redistributiva com o objetivo de corrigir desequilíbrios sociais e regionais. Deve dar-se tratamento desigual para situações desiguais, ou seja, a cada um segundo suas necessidades objetivando proporcionar uma maior uniformidade.	Regionalização e hierarquização da rede: distribuição espacial dos serviços de modo a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade. Exige ações articuladas entre estados e municípios, sendo-lhes facultada a criação de consórcios.
Integralidade da assistência: direito de as pessoas serem atendidas na íntegra em suas necessidades. É “... entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;” (Lei 8.080, 7.º, II)	Participação social: institucionalização da democracia participativa e do consequente controle social na área de Saúde com a obrigatoriedade de constituição e de funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo.

Sob outro aspecto, a priorização do **caráter preventivo** apontou um novo rumo para as ações, delineando a estratégia para se enfrentar boa parte dos problemas da área de Saúde. A sabedoria popular contida no adágio “é melhor prevenir do que remediar” mostra que a ênfase não deve estar na cura, na lógica “hospitalocêntrica” do tratamento da doença, mas sim na prevenção.

A saúde, nesse sentido, deixou de ser entendida como um estado de não doença e passou a referir-se a um conjunto de bens relacionados à qualidade de vida. Assim, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o trabalho, a educação, o meio ambiente, o lazer, a cultura, etc. interagem para a determinação de uma vida saudável individual e coletivamente.¹

É importante observar que, na lógica adotada para o Sistema Único de Saúde (SUS), os princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos constituem um todo interdependente que deve desenvolver-se em constante interação. Ou seja, para que se materializem os primeiros é necessário que os segundos estejam devidamente estruturados.

Da mesma forma, é salutar que se ressalte a definição dos municípios, estados e União como gestores co-responsáveis pelo SUS, com a instituição de espaços para negociação e pactuação entre esses gestores: Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), congregando estados e municípios; e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que, além da representação de estados e municípios, inclui também a União.

¹ Por mais que ainda tenhamos problemas na área da Saúde, é inegável que os conceitos estabelecidos a partir da Constituição de 1988 apontam para um modelo mais justo e democrático. Para não perdemos a noção dos avanços, é sempre salutar uma comparação com as formas anteriormente assumidas pela Saúde: compreensão da Saúde enquanto um estado de não doença; separação entre saúde pública e assistencial; ausência da universalidade, equidade e integralidade; modelos extremamente centralizados e sem participação social; ênfase na cura, dentro de uma lógica centrada no hospital, em detrimento da prevenção, etc.

A análise histórica do processo de mudança na área de Saúde mostra uma opção pelo gradualismo na implementação dos novos princípios na medida que não se pode promover, nos serviços de saúde, uma ruptura que possa ameaçar a continuidade da prestação dos serviços, pois são fundamentais à sociedade.

Pode-se dizer que, dos princípios organizacionais/operativos, a **descentralização** é o que mais diretamente diz respeito ao nível central de governo, pois cabe a este nível cumprir as formas encontradas para repartir seu poder, sem deixar de garantir o cumprimento de suas responsabilidades em relação à Saúde. Tanto a regionalização e hierarquização da rede como a participação social, estão muito mais afetas à iniciativas, a entendimentos e à ações de estados e municípios, sem eximir, evidentemente, o apoio da União.

Todavia, mesmo ainda não estando completamente definida a repartição de atribuições entre os entes federados, a partir do começo de 1998, foram desencadeados programas e ações, emanadas da União, através do Ministério da Saúde, que colocaram em prática o princípio da descentralização e provocaram um salto qualitativo sem precedentes, como será apresentado adiante. Por tratar-se de um processo, é natural que ainda existam aperfeiçoamentos a serem feitos. No entanto, os dados e as análises apresentadas adiante mostram a evolução e o acerto do rumo tomado para a descentralização dos serviços de saúde.

1.2 O Processo de Descentralização da Saúde

Conforme demonstrado até aqui, a descentralização nos serviços de saúde é um dos componentes operacionais que concorrem para colocar em prática os princípios éticos/doutrinários da noção de saúde institucionalizada a partir da Constituição de 1988. Ou seja, diz respeito à forma pela qual serão operacionalizados os conceitos que passaram a embasar a saúde em nosso país.

A noção de descentralização traz, em si, um potencial conflituoso. No caso do *sui generis* federalismo brasileiro, mais complicado ainda fica o processo: repartir poder e responsabilidade requer, primeiramente, o amadurecimento político em torno de pactos entre os entes federados. Importante lembrar que o dever para com a saúde foi instituído como sendo do Estado em seus três níveis de governo, sem também eximir a sociedade de sua responsabilidade. Para cumprir esse dever, algumas formas vêm sendo adotadas onde a cada nível de governo são atribuídas tarefas específicas a executar.

Em oposição à centralização, percebeu-se que o município é, por excelência, o ente privilegiado para tratar diretamente a questão da Saúde. Isso, uma vez

que o município é o ente federado mais próximo da realidade, extremamente diversificada, da população do país, tanto em suas características socioculturais como na profundidade dos problemas a serem enfrentados, o que requer também estratégias particulares para cada caso, ou para cada região.

É forçoso reconhecer, no entanto, que não foi pequena a resistência em relação à descentralização. Essa resistência embasava-se, da perspectiva do nível central de governo, na miopia que colocava óbices à transferência de poder aos níveis estaduais e municipais que, por sua vez, sempre se incomodaram diante da possibilidade de assumir novas responsabilidades ou atribuições.

O falso dilema entre o nível central de governo, que resistia em transferir poder, e os outros níveis, por não quererem ou não poderem assumir responsabilidades, somente foi superado algum tempo depois da Constituição de 1988. Tanto é que as Leis 8.080 e 8.142 somente foram editadas no final do ano de 1990. Curioso notar que a Lei 8.080 ainda não conseguiu trazer a configuração da forma que ia assumir a transferência dos recursos aos estados e municípios², o que só foi possível com a edição, meses após, da Lei 8.142, completando o que veio a ser **Lei Orgânica da Saúde**³. Mesmo assim, não é raro encontrar interpretações que colocam a extinção do INAMPS, ocorrida somente em 27.7.1993, como marco fundamental da descentralização e, conseqüentemente, consolidação do SUS.

Como mostra o quadro seguinte, a Lei 8.080, em seu artigo 35, elencou sete critérios para a transferência de valores e, em sentido complementar, a Lei 8.142, artigo 4.º, trouxe seis pré-requisitos para que estados e municípios pudessem receber os recursos. Constataram também dessas leis a previsão de casos excepcionais para alocação de recursos, como em situações emergenciais, além de formas de controle e auditoria dos repasses.

Critérios para a transferência de recursos (Lei 8.080, art. 35)		Pré-requisitos para habilitação (Lei 8.142, art. 4.º)	
I.	Perfil demográfico da região;	I.	Fundo de Saúde;
II.	Perfil epidemiológico da população a ser coberta;	II.	Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n.º 99.438, de 7 de agosto de 1990;
III.	Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;	III.	Plano de saúde;
IV.	Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;	IV.	Relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4.º do art. 33 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990;
V.	Níveis de participação do setor Saúde nos orçamentos estaduais e municipais;	V.	Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
VI.	Previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;	VI.	Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.
VII.	Ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.		

² Os artigos da Lei 8.080 que tratavam das transferências a estados e municípios foram vetados.

³ As Leis 8.080 e 8.142 "somadas" formam a Lei Orgânica da Saúde.

Faz-se necessário ter sempre em mente que os compromissos constitucionais e legais da União para com a Saúde autorizam-lhe a suspensão dos repasses de recursos em caso de irregularidades, de descumprimento dos pré-requisitos ou das responsabilidades assumidas por estados e municípios. Esse fato evidencia um tipo específico de descentralização no qual recursos e responsabilidades são transferidos no âmbito de um sistema único para atividades e projetos pré-definidos. Ou seja, há uma finalidade específica nessa transferência onde produtos, metas e formas de controle sobre o uso dos recursos estão estabelecidos.

A regulamentação desses dispositivos, através das Normas Operacionais Básicas (NOB), também foi paulatina e por vezes desacertada. A **NOB/91**, por exemplo, previa a formalização de convênios entre o, então, INAMPS e os estados, bem como acordos com os municípios dotados de conselho, plano e fundo de saúde, nos quais foram estimuladas as transferências de unidades do, então, INAMPS para as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Todavia, estados e municípios eram tratados como meros prestadores de serviço na medida que os pagamentos eram feitos, diretamente pelo antigo INAMPS, com base na produção de serviços, o que gerou margem para inúmeras fraudes, além de ser entendido à época como uma “re”centralização em relação ao processo de construção do SUS, até então. Continuava-se a financiar a oferta de produtos e de serviços e não a promoção da saúde ou as demandas reais da sociedade.

Com base em decisão do Conselho Nacional de Saúde, de 15 de abril de 1993, o Ministério da Saúde editou um documento assim denominado: **Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei**.⁴ O próprio título do documento dá conta de nos mostrar que se chegou, enfim, a uma decisão política para impulsionar o processo de descentralização, não obstante passados quase cinco anos da institucionalização em nível constitucional desse princípio.

⁴ Este documento representou um passo fundamental para a descentralização. Nele veio a ser assentado o entendimento da descentralização como um processo de transferência de poder e de responsabilidade, o que demarcou definitivamente a diferença com relação ao conceito de desconcentração. O documento tinha pretensões maiores, como redefinir as competências das três esferas de governo, o que até os nossos dias não se atingiu plenamente. Entretanto, até mesmo por procurar seguir decisões tomadas nos conselhos de saúde e na 9ª Conferência Nacional de Saúde, o referido documento preconizou o que veio a constituir-se, na NOB/93 que instituiu, entre outros, os repasses fundo a fundo e as Comissões Intergestores.

No mesmo ano de 1993, foi editada a **NOB/93** (Portaria/MS n.º 545, de 20.5.1993) para normatizar a decisão de se “cumprir e fazer cumprir a lei” em relação à descentralização dos serviços de saúde. A NOB/93 criou as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite, além de prever mecanismos de transferências de recursos fundo a fundo com base em diferentes níveis de gestão que podiam assumir os estados e os municípios em sua habilitação.

As Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) são de âmbito estadual e constituem o espaço de negociação e pactuação entre cada estado e seus respectivos municípios. Já a Comissão Intergestores Triparte (CIT) é nacional e é composta por representações dos estados, dos municípios e da União. Essas comissões representam cada vez mais um espaço essencial para dar unicidade e organicidade ao SUS nas três esferas de governo.

Quanto aos níveis gestão, estes variavam em função das responsabilidades assumidas por estados e municípios quando da habilitação: gestão incipiente, parcial e semiplena. Este último nível (gestão semiplena) era o nível mais avançado no qual assumia-se o máximo controle e responsabilidade na gestão do sistema. O repasse fundo a fundo, entretanto, somente foi posto em prática a partir da edição do Decreto 1.232, de 30.8.1994, o que denota a dificuldade e o gradualismo com que foi implantada a descentralização.

Muito embora tenha representado um grande avanço para o processo de descentralização, a NOB/93 continha imperfeições e imprecisões que alimentaram a discussão e a busca por aprimoramentos. Uma das falhas detectadas era a pouca ou nenhuma ênfase no papel dos estados, pois a descentralização privilegiava fundamentalmente as relações entre a União, por meio do Ministério da Saúde, e os municípios. Essa falha poderia fragmentar o sistema e comprometer sua unicidade. No entanto, cabe ressaltar que se estavam criando formas práticas de descentralizar, sendo que as formas encontradas posteriormente tiveram aí sua base.

As discussões nos fóruns da saúde prosseguiram objetivando mudanças nos mecanismos de implementação do SUS. Os entendimentos alcançados desembocaram no que veio a ser a nova NOB, editada em novembro de 1996 (Portaria/MS 2.203, de 6.11.1996), sendo que suas determinações só vieram a ser implantadas no início de 1998, permanecendo, até o final de 1997, as formas de gestão incipiente, parcial e semiplena consignadas na NOB/93.

A NOB/96, ainda em vigor, vem com uma série de avanços e aperfeiçoamentos: estabelece a Programação Pactuada Integral (PPI), cria o Piso Assistencial Básico (PAB), prevê novas formas de gestão para estados e municípios, além de redefinir as atribuições de cada nível de governo para com a gestão do SUS e de dar atenção especial ao controle, avaliação e auditoria do sistema.

Atentando para os aspectos que dizem respeito diretamente ao processo de descentralização, observa-se que o aperfeiçoamento dos mecanismos de transferência fundo a fundo, a criação do PAB e o estabelecimento de novas formas de gestão apontaram o caminho que vem sendo trilhado desde então e que vem mostrando considerável êxito.

No que tange às formas de gestão criadas, foram estabelecidos diferentes níveis de habilitação para estados e municípios:

Municípios	Estados
Gestão Plena da Atenção Básica	Gestão Avançada do Sistema Estadual
Gestão Plena do Sistema Municipal	Gestão Plena do Sistema Estadual

A cada tipo de gestão estão agregados pré-requisitos, prerrogativas e responsabilidades específicas para a habilitação necessária à transferência de recursos. Importante notar que, pela primeira vez, é prevista a gestão plena do sistema, na medida que o nível mais avançado de gestão, até então, era a gestão semiplena.

O PAB, por sua vez, consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE) e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, conforme condições estipuladas na NOB/96. As transferências do PAB aos estados correspondem, exclusivamente, ao valor para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados em uma das formas de gestão.

Composto de duas partes, uma fixa e outra variável, o PAB representa uma forma de se promover a descentralização sem que o Ministério da Saúde exima-se de sua responsabilidade. Ao mesmo tempo, incentiva os municípios a assumirem o controle do SUS local e condiciona o repasse permanente e regular de recursos à garantia de ações e serviços de saúde à população.

À parte variável somente fazem jus aqueles que desenvolverem ações específicas e tidas como estratégicas nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, assistência farmacêutica básica, combate a carências nutricionais, além dos programas de agentes comunitários e saúde da família.

A Instrução Normativa 1/98 – MS, de 2 de janeiro de 1998, “regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de municípios, de estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS 01/96)”. Esta Instrução deu o impulso definitivo para o processo de descentralização e proporcionou o salto qualitativo citado inicialmente.

Os resultados desse salto já podem ser apresentados e avaliados, o que se procura fazer a seguir, com base tanto na evolução de programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, desde então, como no grau de habilitação de estados e municípios às diferentes formas de gestão.

2 A Descentralização Posta em Prática

O Ministério da Saúde vem estabelecendo cooperação financeira com órgãos das três esferas e com entidades públicas e privadas mediante:

a) transferência de recursos, pelo Fundo Nacional de Saúde aos municípios, estados e Distrito Federal, de forma regular e automática (repasso fundo a fundo);

b) remuneração de serviços produzidos, que consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados, contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços prestados junto à população;

c) celebração de convênios e instrumentos similares com órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, prefeituras municipais e organizações não-governamentais interessados em financiamentos de projetos específicos na área da Saúde.

As três formas de descentralização apresentadas possuem suas peculiaridades e, portanto, aplicabilidade. No entanto, a sistemática fundo a fundo tem sido tratada por este ministério como a mais eficiente e a que mais concretiza os objetivos e princípios do SUS.

Em seu bojo não está somente a descentralização das ações de saúde, consoante aos princípios do federalismo e à hierarquização do SUS. Figura também a participação social no processo de definição de prioridades, de adequação do modelo assistencial à realidade do município e de fiscalização da correta aplicação dos recursos destinados à Saúde.

O emprego dessa forma de descentralização melhora a utilização de recursos, permite identificar com mais precisão as necessidades de cada comunidade, reduz o desperdício, inibe a fraude e aproxima os cidadãos dos gestores responsáveis, aumentando o controle social. Pode, pois, ser considerada uma das melhores formas encontradas para a descentralização em todo serviço público brasileiro.

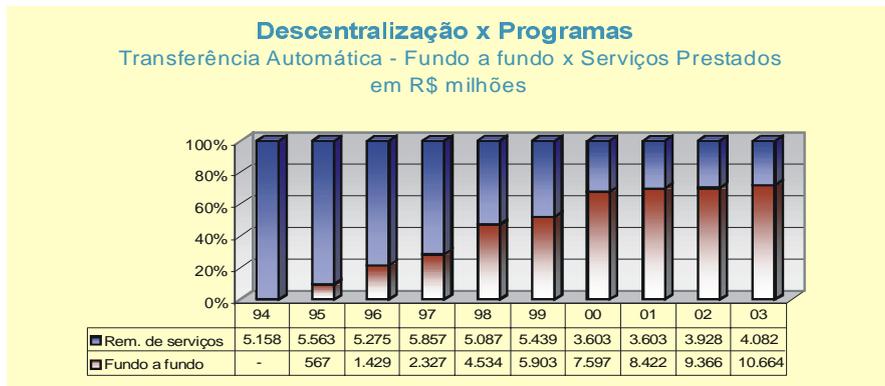
2.1 As Transferências Fundo a Fundo

Desde meados da década de 90, o Ministério da Saúde vem fortalecendo a sistemática de repasse fundo a fundo em detrimento da remuneração dos serviços prestados. Tal fato decorreu da necessidade de adequação dos mecanismos de transferência de recursos à nova concepção do sistema de saúde posta em prática com a Constituição de 1988.

A remuneração de serviços produzidos “financia” a doença, trata a prefeitura como mero prestador de serviços e privilegia as localidades que já possuem estrutura de serviços. O repasse fundo a fundo, diferentemente, prioriza a atenção integral à saúde, atribui ao prefeito o papel de gestor do Sistema Único de Saúde e estabelece planos de ações de saúde de acordo com a realidade local.

A análise da composição de recursos despendidos, período 1994/1999, e programados, período 2000/2003, nessas duas formas de descentralização financeira, evidencia a consolidação da sistemática de repasse fundo a fundo a partir de 1998.

Conforme pode ser observado, a tendência a longo prazo é de substituição de um mecanismo de transferência de recursos pelo outro. O percentual de participação dos repasses fundo a fundo, os quais correspondiam a 9% do total das transferências automáticas em 1995, estima-se que atingirá 72% dos mesmos recursos projetados para 2003.



Tal substituição pode ser melhor compreendida quando examinada a programação das ações financiadas por repasses fundo a fundo, especificamente, a da Gestão Plena do Sistema:

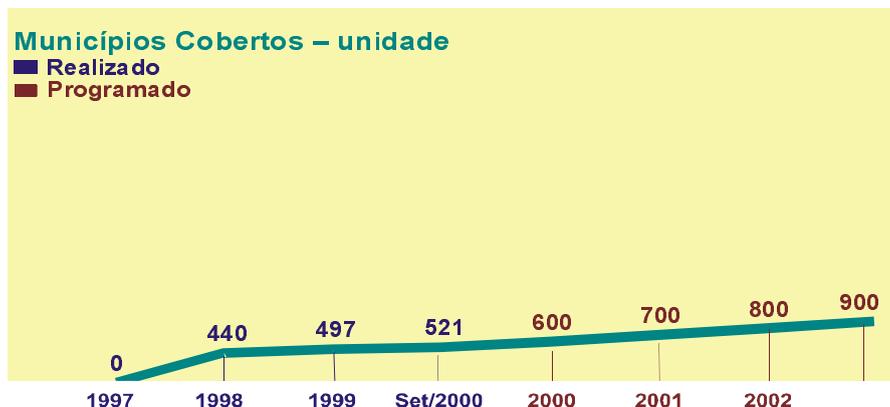
R\$ milhões correntes

Discriminação	Executado					Programado			
	95	96	97	98	99	00	01	02	03
Gestão Plena do Sistema				1.597	3.536	4.331	4.830	5.400	6.370
PAB				1.722	1.774	1.780	1.780	1.985	2.200
PACS/PSF				226	324	680	1.000	1.100	1.200
Carências Nutricionais				59	140	173	174	178	181
Farmácia Básica					124	164	167	169	172
Controle de Endemias						447	447	508	512
Med. Saúde Mental						22	24	27	29
Gestões incipiente, parcial e semiplena (NOB/93)	567	1.429	2.327	931	5				
Total	567	1.429	2.327	4.535	5.903	7.597	8.422	9.366	10.664

Nos próximos anos, espera-se que um maior número de municípios esteja apto a assumir esse tipo de gestão, onde a prefeitura responde não só pela atenção básica, mas também pela assistência de média e alta complexidade e pelas internações hospitalares.

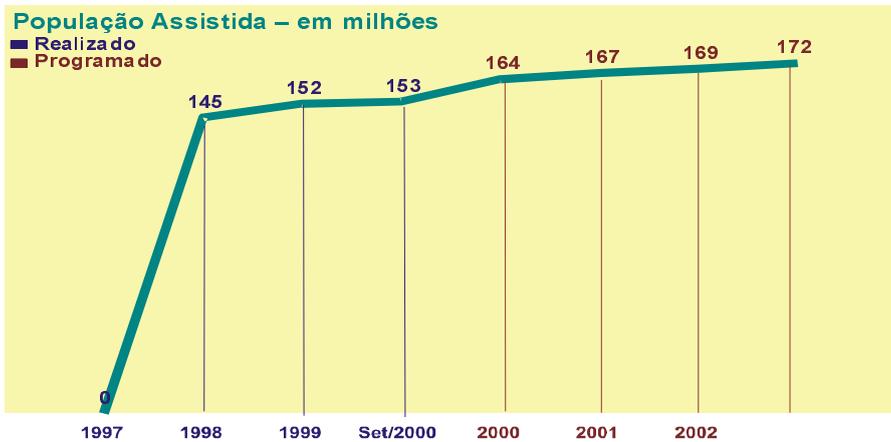
Com o advento da NOB/96, a Gestão Plena do Sistema foi implantada em 440 municípios, sendo que, em setembro de 2000, este número já atingia 521. Estima-se que até 2003, cerca de 900 municípios habilitem-se a esse tipo de gestão e, a longo prazo, espera-se que essa tendência de crescimento se verifique em 100% dos municípios brasileiros para passarem a responder não só pela atenção básica, mas também pela assistência de média e alta complexidade e pelas internações hospitalares.

Gestão Plena do Sistema Municipal



A Gestão Plena de Atenção Básica Municipal, por sua vez, está intrinsecamente ligada ao Piso de Atenção Básica (PAB). Uma vez habilitado, o município contará com recursos para custeio de procedimentos e ações de atenção básica à saúde, voltados para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento e reabilitação.

Apesar de também ter sido implantado em 1998, o PAB contou com uma adesão inicial de cerca de 93% dos municípios existentes à época. Espera-se que, em 2000, a cobertura atinja 100%. Cobertura essa que terá recursos garantidos até 2003, conforme consta do Plano Plurianual da Saúde para o referido período.



A portaria que instituiu o PAB criou também suas partes variáveis relativas a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica, quais sejam: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Assistência Farmacêutica Básica e os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais.

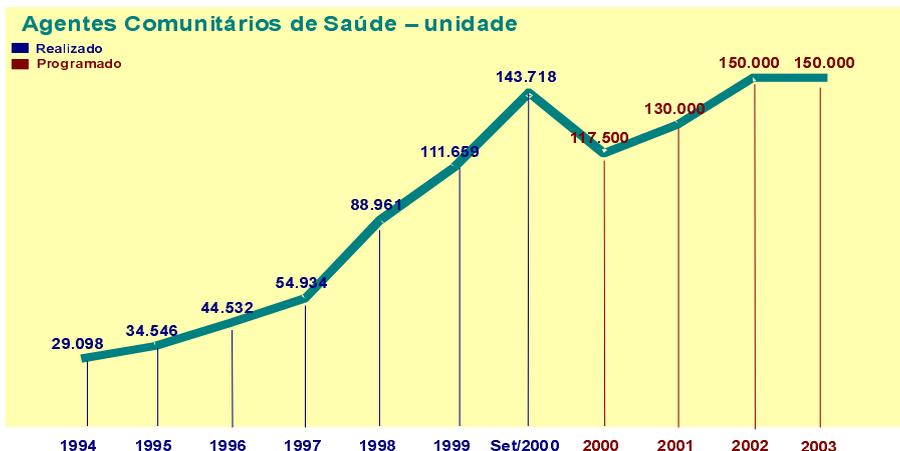
É importante ressaltar que essas ações já vinham sendo realizadas, quer por meio de repasse de convênio ou por remuneração de serviços prestados.

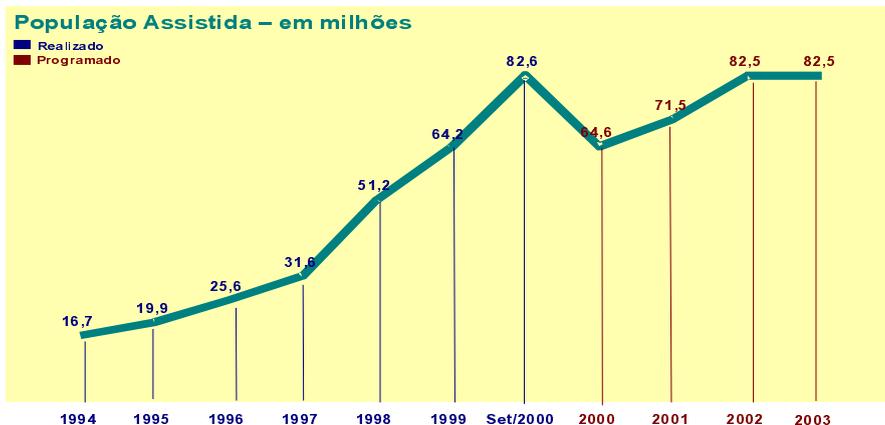
O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), por exemplo, tem suas origens na remuneração de alguns procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais, os quais eram repassados aos municípios por meio de convênios. Com o advento da Portaria n.º 1.882/97, o Ministério da Saúde incluiu os recursos para municípios que mantivessem Agentes Comunitários de Saúde no repasse fundo a fundo.

Cada Agente Comunitário de Saúde deve atender, em média, 575 pessoas, dependendo das necessidades locais, e desenvolver atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade.

Atualmente, existem 143.718 agentes atuando em 4.588 municípios. Esses números mostram-se significativos quando analisada a evolução desde 1994, uma vez que o número de agentes mais que quadruplicou.

Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)



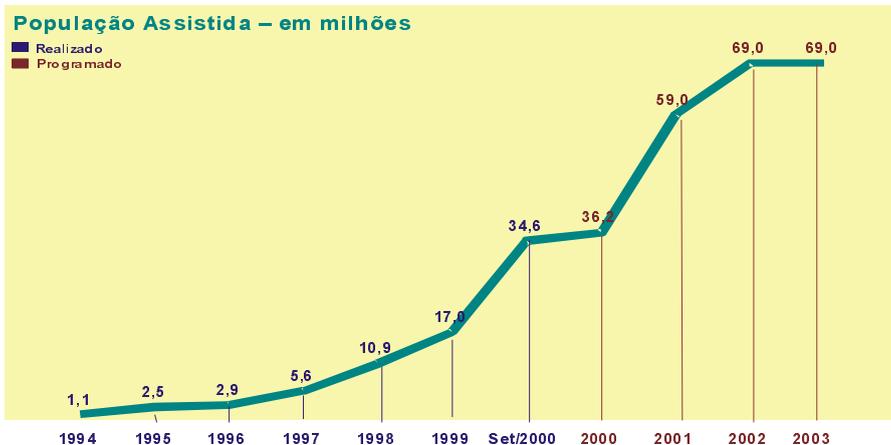
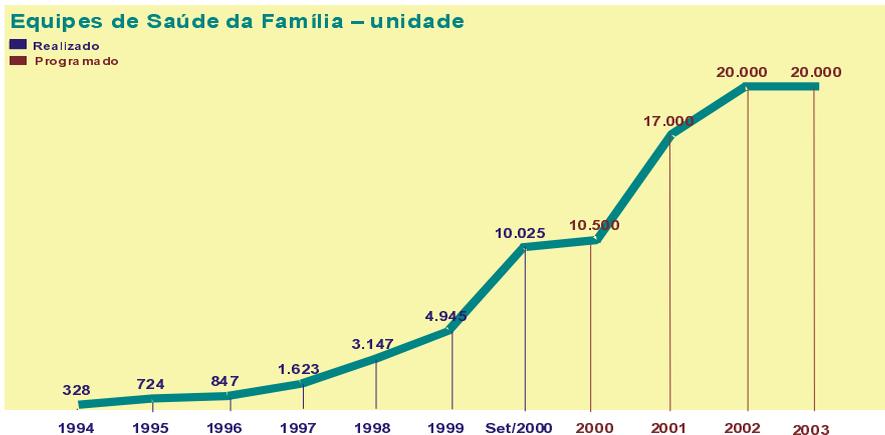


Sistema Único de Saúde, dada a reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, é hoje considerado como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família. Os primeiros agentes surgiram em 1991 e, a partir de 1994, foram formadas as primeiras equipes, incorporando e ampliando a atuação dos agentes.

As equipes de Saúde da Família são multiprofissionais e assumem a responsabilidade por uma determinada população, onde desenvolve ações de promoção e de prevenção, de tratamento e de reabilitação de agravos. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de 3.450 pessoas, em média.

O crescimento observado nas equipes de Saúde de Família é ainda maior que o dos agentes. Havia 328 equipes em 1994, hoje, existem aproximadamente 10.025 em 3.055 municípios. Conforme pode ser observado, nos anos de 1997 e 1998, as equipes duplicaram em relação ao ano anterior, ou seja, o período coincide com a institucionalização do programa.

Equipes de Saúde da Família (PSF)



Municípios Cobertos – unidade

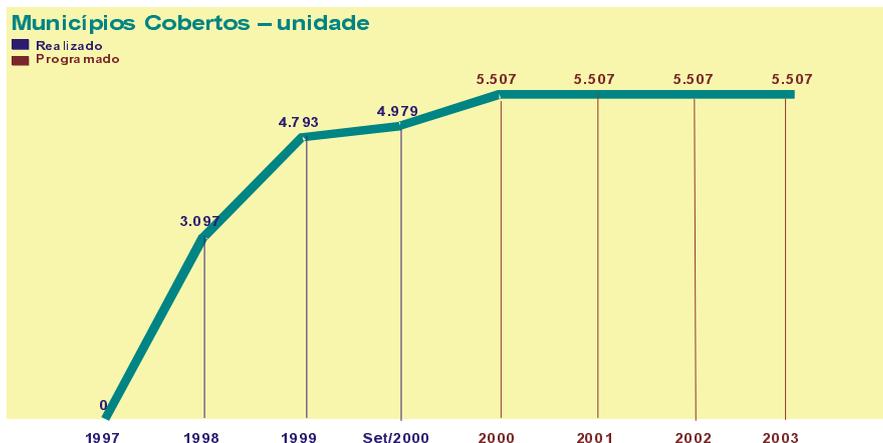
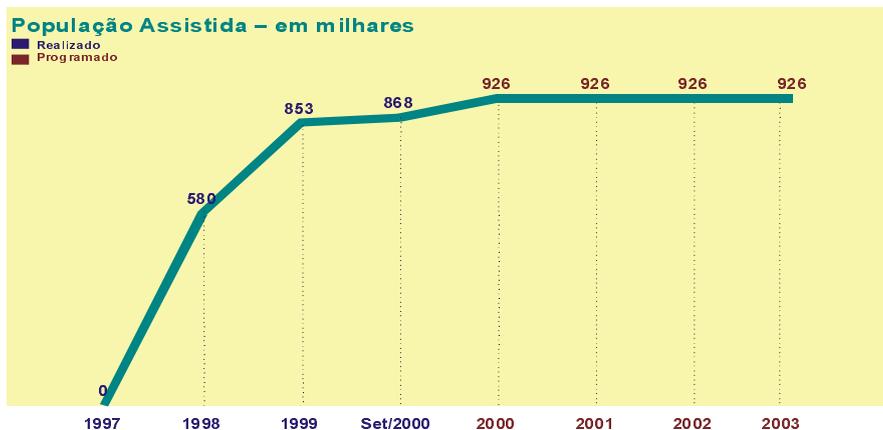


O Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), instituído como parte variável do PAB, em 1998, tem por objetivo reduzir e controlar a desnutrição infantil em geral e as carências nutricionais específicas, principalmente a anemia ferropriva, a hipovitaminose A, e incentivar a prática do aleitamento materno.

O PCCN é o sucedâneo do Programa “Leite é Saúde”, que tinha o mesmo objetivo, porém, o repasse de recursos se dava por meio de convênio. Essa forma de cooperação financeira apresentava alguns problemas na operacionalização, fato que dificultava a execução do programa e o surgimento de novas adesões.

O PCCN está presente em 89% dos municípios brasileiros e beneficia 93% do seu público-alvo, qual seja: crianças de 6 a 23 meses, com desnutrição energético-protéica; crianças na faixa etária de 2 a 5 anos, com deficiência de ferro e/ou de vitamina; e gestantes e idosos em risco nutricional.

Carências Nutricionais

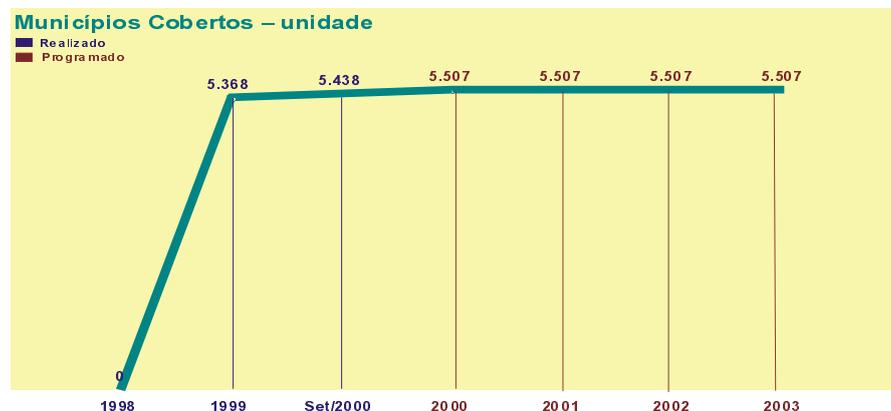


A Assistência Farmacêutica Básica, em sua nova concepção a partir de abril/1999, funciona por meio de repasse financeiro aos estados e municípios, previamente habilitados, para compra descentralizada dos medicamentos referentes à atenção básica, os quais são oferecidos em ambulatórios.

A exemplo do PCCN, a Assistência Farmacêutica Básica também é sucedâneo de outro programa, o “Farmácia Básica”. Esse consistia na aquisição e distribuição de *kits* compostos de cerca de 40 medicamentos e distribuídos apenas aos municípios com população até 20.999 habitantes.

Considerando-se o pré-requisito populacional imposto pelo “Farmácia Básica”, é fácil supor que uma parcela expressiva de municípios não fosse contemplada. Com a reformulação, o programa já beneficia 99% da população e dos municípios brasileiros.

Assistência Farmacêutica



O “Controle de Endemias”, da forma que foi implementado a partir de dezembro/1999, é mais um passo importante no processo de descentralização das ações de saúde no âmbito do SUS.

Trata-se de uma nova estratégia para reduzir, e até eliminar, as doenças endêmicas do Brasil. Serão descentralizadas, da Fundação Nacional de Saúde para os estados, municípios e Distrito Federal, as ações de epidemiologia e controle de doenças, compreendendo inclusive o controle

de: malária, leishmaniose, esquistossomose, tracoma, doenças de chagas, peste, filariose, bócio, febre amarela e dengue.

Os recursos, antes transferidos por convênios, serão repassados fundo a fundo, estabelecendo um fluxo mais rápido e constante, evitando a descontinuidade na execução das ações.

2.2 Outras Formas de Transferência de Recursos

A sistemática de transferência de recursos fundo a fundo está sendo constantemente aperfeiçoada e tende a avançar na medida que os estados e os municípios habilitem-se à gestão plena dos respectivos sistemas estaduais e municipais de saúde. Todavia, como dito anteriormente, o Ministério da Saúde (MS) lança mão de duas outras maneiras para transferir seus recursos: o pagamento por serviços produzidos e a celebração de convênios.

A remuneração por serviços produzidos consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados contratados e conveniados, por meio da apresentação de faturas referentes a serviços realizados. Tais pagamentos dão-se conforme programação e mediante prévia aprovação do gestor do SUS, segundo valores fixados em tabelas editadas pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

A remuneração por serviços tende a desaparecer, não obstante ainda seja necessária para garantir fundamentalmente serviços de média e alta complexidade onde ainda não há capacidade técnica para realizá-los na própria rede do SUS, nos estados e municípios não habilitados à gestão plana do sistema.

Já as transferências mediante convênios, é preciso destacar a edição da Portaria n.º 422, de 13.4.2000, editada pelo Ministro da Saúde para “aprovar as modificações introduzidas nas Normas de Financiamento de Programas e Projetos Mediante a Celebração de Convênios”. A finalidade dessas normas centra-se na racionalidade/descentralização administrativa, na visibilidade e na transparência dos serviços e das ações de saúde, visando diminuir os trâmites e facilitar a operacionalização dos convênios.

O conhecimento de tais normas é fundamental para o estabelecimento de qualquer convênio junto ao Ministério da Saúde, ainda que por meio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), na medida que aí estão contidos todos os requisitos e todas as condições necessárias para o bom funcionamento dos convênios firmados.

As Normas de Financiamento de Programas e Projetos Mediante a Celebração de Convênios, anexas à Portaria n.º 422, são divididas nos seguintes subitens:

- I. Formas de Atuação do Ministério da Saúde.
- II. Operacionalização dos Convênios.
- III. Condições Gerais para Atendimento da Cooperação Financeira; Programas e Ações a Serem Atendidas.
- IV. Percentual de Contrapartida.
- V. Obras e Serviços de Arquitetura e de Engenharia.
- VI. Aquisição de Equipamentos, Materiais Permanentes e Unidades Móveis .
- VII. Formalização do Convênio.
- VIII. Vigência do Convênio.
- IX. Prorrogação do Prazo de Vigência/Execução.
- X. Prorrogação “de ofício”.
- XI. Liberação dos Recursos.
- XII. Aplicação Financeira.
- XIII. Execução do Convênio.
- XIV. Acompanhamento da Execução.
- XV. Prestação de Contas.
- XVI. Comprovação das Despesas.
- XVII. Análise da Prestação de Contas.
- XVIII. Disposições Gerais.

Esses subitens da mencionada Portaria n.º 422 trazem consigo todas as informações necessárias para o bom trâmite dos convênios. Além disso, estão anexos os formulários e as respectivas formas de preenchimento para a sua perfeita operacionalização.

Não obstante a possibilidade da formalização de convênios para uma enorme gama de ações e serviços de saúde, tanto com entidades e órgãos governamentais como não-governamentais, esse instrumento é mais usado para o fomento de projetos e de ações necessárias e complementares ou estratégicas para a consecução dos objetivos e dos princípios do SUS.

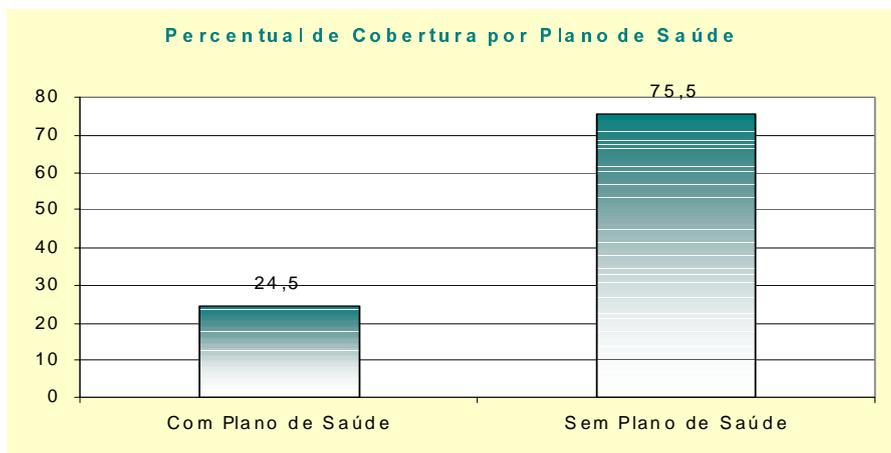
Dessa forma, é grande o número de convênios para reformas, adequações, ampliações e modernizações de unidades de saúde; para a modernização gerencial; para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes; ou ainda, para a capacitação e treinamento de pessoal.

3 Dados e Comentários a respeito de pesquisas sobre a área da Saúde e a Descentralização

O sucesso do mecanismo de transferência de recursos fundo a fundo vem demonstrando o acerto da estratégia escolhida para a descentralização do SUS. Cada vez mais transferem-se responsabilidades e prerrogativas aos municípios sem também permitir a descontinuidade administrativa na prestação dos serviços que poderia ocorrer em virtude dessa transição, dada as diferentes realidades vividas pelos mais de 5.500 municípios brasileiros.

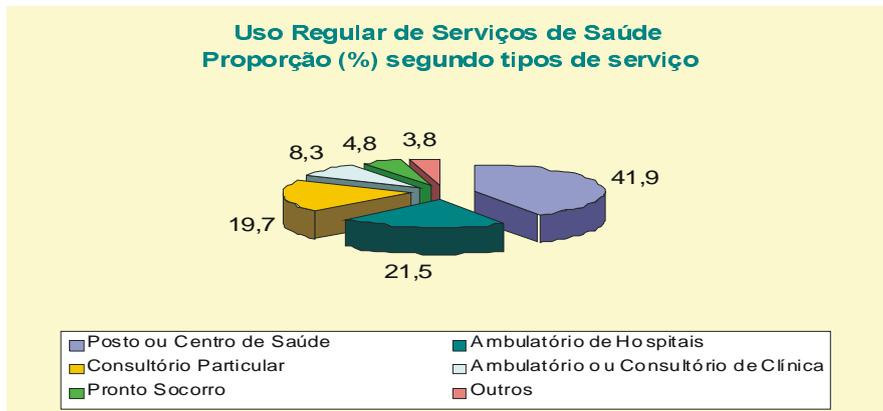
A garantia de continuidade está no fato de as ações de saúde deverem ser executadas pelos estados, onde os municípios não puderem fazê-lo, ou pela União, em caso de impossibilidade de os estados garantirem os serviços e ações de saúde. O SUS é, pois, dotado de mecanismos que permitem avançar na descentralização sem rupturas ou descontinuidades no processo de transição e de transferência de responsabilidade aos municípios. Transferência essa que tem se mostrado efetiva, como visto a seguir.

O SUS, que representa todo setor público de saúde, vem ampliando paulatinamente sua participação nos serviços e ações de saúde como um todo em relação à iniciativa privada. Além disso, segundo a Pesquisa por Amostra de Domicílios de 1998 (PNAD/98), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, é amplamente majoritária (75,5%) a parcela da população brasileira que não dispõe de qualquer tipo de plano privado de saúde, restando o acesso aos serviços públicos de saúde como a principal alternativa.



Fonte: PNAD/98-IBGE

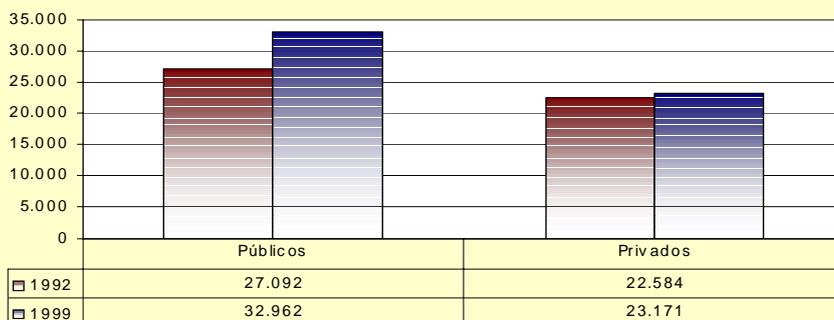
A PNAD/98 constatou ainda que 71,2% da população brasileira faz uso regular de algum tipo de serviço de saúde e revelou a “porta de entrada” desses usuários. Segundo tais dados, os postos e centros de saúde, bem como as enfermarias dos hospitais, representam o principal meio de acesso da população aos serviços de saúde.



Fonte: PNAD/98-IBGE

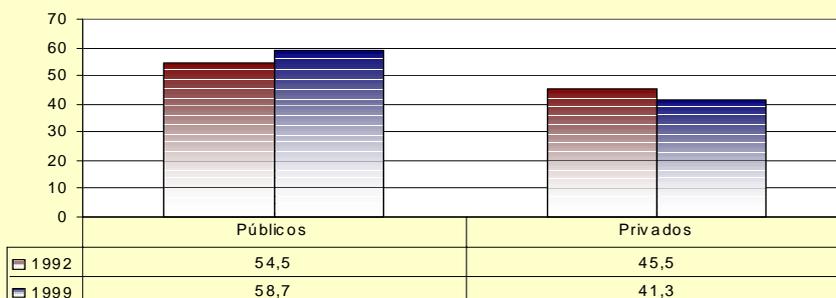
Tem contribuído para facilitar o acesso da população aos serviços de saúde o aumento considerável no número total de estabelecimentos de saúde no Brasil que, em 1992, somavam 49.676 e, em 1999, 56.133. Há que se destacar o aumento da participação dos estabelecimentos públicos de saúde, tanto em termos absolutos quanto relativos. Em 1999, sob encomenda do Ministério da Saúde, o IBGE realizou um levantamento censitário nos estabelecimentos de saúde do país que confirmou essa tendência. Esse levantamento recebeu o nome “Estatísticas da Saúde – Assistência Médico-Sanitária 1999” (IBGE/1999).

Número Total de Estabelecimentos de Saúde



Fonte: IBGE/1999

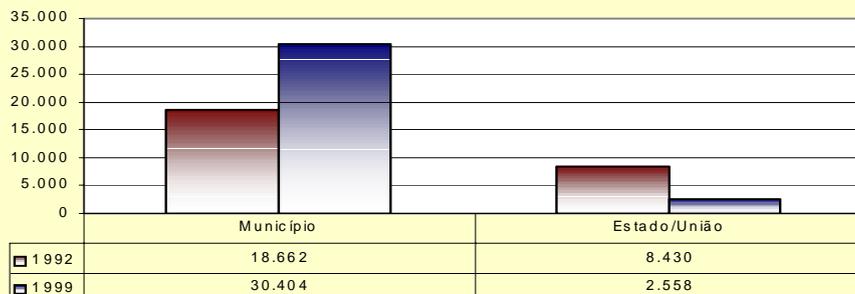
Proporção (%) de Estabelecimentos de Saúde Públicos X Privados



Fonte: IBGE/1999

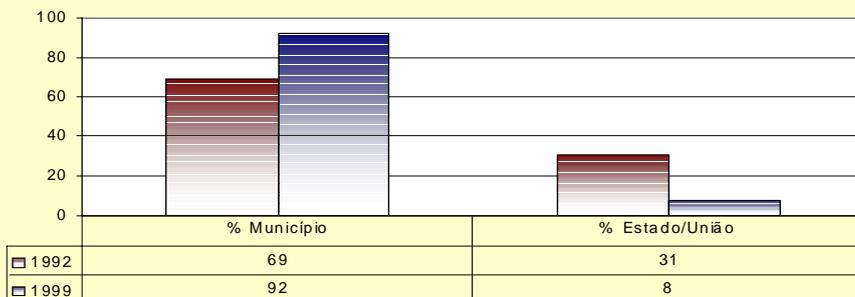
Essa levantamento censitário dos estabelecimentos de saúde revelou também o êxito nas ações de descentralização, com a conseqüente transferência aos municípios da responsabilidade pelos serviços e ações de saúde. Paralelamente ao aumento do número de estabelecimentos públicos de saúde, que passaram de um total de 27.092 em 1992, para 32.962 em 1999, observou-se um considerável aumento da participação dos estabelecimentos municipais em relação aos estaduais e federais que, conjuntamente, tiveram reduzida tanto a sua participação relativa quanto absoluta, conforme demostram os gráficos a seguir. De acordo com os dados apresentados até aqui, pode-se concluir que a grande maioria da população, que não dispõe de nenhum tipo de plano privado de saúde (75,5%), encontra nos serviços públicos do SUS o acesso aos serviços e às ações de saúde.

Número de Estabelecimentos Públicos de Saúde no Brasil



Fonte: IBGE/1999

Participação relativa dos municípios X estados/União no número total de estabelecimentos públicos de saúde no Brasil



Fonte: IBGE/1999

Do total da população brasileira, 71,2% usam regularmente serviços de saúde, sendo que destes 63,3% recorrem aos postos ou centros de saúde e ambulatórios de hospitais. Os dados mostram que vem aumentando a participação dos estabelecimentos públicos de saúde, tanto em termos absolutos quanto em termos percentuais.

Os avanços do processo de descentralização também estão presentes nesse ponto, na medida que vem aumentando a participação dos municípios, tanto em números absolutos como relativos, no número total de estabelecimentos públicos de saúde. Esse fato, aliás, corrobora o exitoso desempenho do Piso de Atenção Básica (PAB), tanto em sua parte fixa como nos programas que compõem a sua parte variável, como mostrado anteriormente.

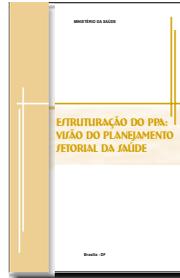
Todos esses elementos revelam que os municípios vêm assumindo, de fato, a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde de suas respectivas populações. É preciso dizer, finalmente, que a descentralização das ações e dos serviços de saúde tem sido recebida e avaliada pela população como uma política positiva. O IBOPE realizou pesquisa em 1998, sob encomenda do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e captou essa avaliação positiva acerca da descentralização na saúde, como demonstrado abaixo.⁵

A descentralização do SUS na opinião da população		
1998		
1º	É uma boa idéia	78%
2º	Não é uma boa idéia	12%
3º	Não sabe/Não opinou	10%

4. Legislação, Normas e Textos

1. Cadernos CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde), Ano 1, 1998, “A Saúde na Opinião dos Brasileiros”.
2. Cartilha: “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”, Ministério da Saúde, 1993.
3. Constituição Federal de 1988.
4. Decreto 1.232 de 30/8/1994.
5. Instrução Normativa MS 01/98, 2/1/1998.
6. Lei 8.080/90.
7. Lei 8.142/90.
8. Norma Operacional Básica, 1991 – NOB/91.
9. Norma Operacional Básica, 1993 – NOB/93.
10. Norma Operacional Básica, 1996 – NOB/96.
11. Pesquisa “Estatísticas da Saúde – Assistência Médico – Sanitária de 1999”, IBGE – outubro de 2000.
12. Pesquisa Suplementar sobre Saúde inserida na PNAD 1998, IBGE
13. Portaria n.º MS 422/2000, 13/4/2000.

⁵ Ver “Cadernos CONASS”, Ano 1, 1998, “A Saúde na Opinião dos Brasileiros”.



Edição, Revisão, Impressão, Acabamento e Expedição
Editora – Coordenação de Processo Editorial/CGDI/SAA/SE
Ministério da Saúde
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP 71200-040
Telefone: (61) 233 2020 fax: (61) 233 9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Brasília-DF, dezembro 2000