

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CAMPUS II - CENTRO DE HUMANIDADES  
CURSO DE MESTRADO EM ECONOMIA**

**DOS PRINCÍPIOS QUE FUNDAMENTAM O SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE À SUA OPERACIONALIZAÇÃO: UM ESTUDO DE ALGUMAS  
EXPERIÊNCIAS LOCAIS NA APLICAÇÃO DO PISO DE ATENÇÃO  
BÁSICA**

LÚCIA DE FÁTIMA NASCIMENTO DE QUEIROZ

**Campina Grande, PB – Junho de 1999**

---

**LÚCIA DE FÁTIMA N. DE QUEIROZ**

**DOS PRINCÍPIOS QUE FUNDAMENTAM O SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE À SUA OPERACIONALIZAÇÃO: UM ESTUDO DE ALGUMAS  
EXPERIÊNCIAS LOCAIS NA APLICAÇÃO DO PISO DE ATENÇÃO  
BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em  
Economia da Universidade Federal da Paraíba –  
Campus II, em cumprimento às exigências para a  
obtenção do grau de Mestre.

*Área de Concentração:* Economia Rural e Regional

*Linha de Pesquisa:* Economia da Saúde

---

**ORIENTADOR: Prof. José Heleno Rotta**

Universidade Federal da Paraíba  
Campina Grande  
1999



Q3d

Queiroz, Lúcia de Fátima Nascimento de.

Dos princípios que fundamentam o Sistema Único de Saúde à sua operacionalização : um estudo de algumas experiências locais na aplicação do piso de atenção básica / Lúcia de Fátima Nascimento de Queiroz. - Campina Grande, 1999.

130 f.

Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal da Paraíba, Centro de Humanidades.

1. Sistema Único de Saúde - Brasil. 2. Assistência Básica - Municipalização e Descentralização - Brasil. 3. Política de Saúde - Segmentos Sociais. 4. Dissertação - Economia. I. Rotta, José Heleno. II. Universidade Federal da Paraíba - Campina Grande (PB). III. Título

CDU 614(81)(043)

**DOS PRINCÍPIOS QUE FUNDAMENTAM O SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE À SUA OPERACIONALIZAÇÃO: UM ESTUDO DE ALGUMAS  
EXPERIÊNCIAS LOCAIS NA APLICAÇÃO DO PISO DE ATENÇÃO  
BÁSICA**

**LÚCIA DE FÁTIMA N. DE QUEIROZ**

Dissertação defendida e aprovada em 14 de junho de 1999, pela banca examinadora constituída pelos professores:

---

**Prof. José Heleno Rotta**  
**ORIENTADOR**

---

**Profa. Glacy Gonzales Gorski Garcia, Dr.**  
**EXAMINADOR**

---

**Prof. Francisco de Paula Barreto Filho, Dr.**  
**EXAMINADOR**

Dedico este trabalho a meu pai e a Edilson, meu parceiro maior, que terna e amorosamente, acompanhou-me durante sua realização.

“Daqui a duzentos ou trezentos anos, ou mesmo mil anos – não se trata de exatidão – haverá uma vida nova. Nova e feliz. Não tomaremos parte dessa vida, é verdade... mas é para ela que estamos vivendo hoje. (...) E nisso está o objetivo de nossa existência aqui”

**Tchecov – em *As Três Irmãs***

“Queira-se ou não, a vida humana é ocupação constante com algo futuro. Desde o instante atual nos ocupamos com o que sobrevém. Por isso, viver é sempre, sempre, sem pausa nem descanso, fazer. Como é que não se notou que fazer, todo fazer, significa realizar um futuro? Inclusive quando nos entregamos à recordação... assim, pois, nada tem sentido para o Homem, senão em função do futuro”

**Ortega Y Gasset – em *A Rebelião das Massas***

“Mais que de novos ordenamentos jurídicos, o campo da saúde necessita de vontade política, clareza estratégica, paciência histórica e competência técnica para ir reconstruindo, na prática social, o SUS.”

**Eugênio Vilaça Mendes - 1996**

---

## Agradecimentos

Impossível agradecer, sem cometer injustiças, aos que contribuem favoravelmente para a finalização de um trabalho desta natureza. Assim, agradeço, de modo genérico, a todos aqueles que, episódica ou continuamente, de alguma forma me estimularam: alguns incentivos alimentam a perseverança e são decisivos para a superação das inevitáveis dificuldades que surgem ao longo deste tipo de empreitada. Isto posto, gostaria, de destacar alguns apoios, determinantes para a elaboração desta dissertação:

- do meu orientador, Professor Heleno Rotta, por aceitar orientar-me e pelo permanente estímulo, disponibilidade e compreensão demonstrados, desde a condução do projeto de dissertação até esta versão. A ele, a quem devo a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos;
- dos integrantes da banca de avaliação do projeto e examinadora da dissertação, Professores Glacy Gorski e Francisco Barreto, minha gratidão e reconhecimento pelas valiosas recomendações e sugestões apresentadas;
- dos professores que compõem o corpo docente do mestrado, particularmente do coordenador, Professor Renato Kilpp, pelo modo gentil como me acolheram no seio deste curso;
- dos funcionários da Coordenação e da Biblioteca, Neuma, Everaldo, Joanice e Rosicler, pela gentileza e paciência com as minhas intermináveis demandas;
- dos colegas de turma, pela ajuda e sugestões, sempre tão necessárias e oportunas;
- da Secretaria de Saúde de Natal, através de seu titular, Dr. George Tarcísio, pela concessão de minha liberação das atividades durante a realização deste curso;
- de Fátima Turnell, pela elaboração do *abstract* e, uma vez mais, do meu marido, Edilson, pela paciência nas revisões e infindáveis correções do texto final.

---

## Apresentação

Este trabalho assume para mim características muito especiais. Primeiro, porque vem permitir que seja preenchido o espaço, no plano pessoal, da titulação anteriormente iniciada e precocemente interrompida. Segundo, porque representou a oportunidade de sistematizar, depois de mais de uma década de trabalho dedicada ao campo da Saúde Pública, o resultado das observações e leituras que foram sendo acumuladas ao longo desta trajetória.

Refletindo sobre o que se encontra formulado nas páginas que se seguem, concluo que dificilmente teria sido outro o caminho trilhado: a avaliação e o monitoramento das políticas de saúde têm se constituído em preocupação sempre presente nas atividades e trabalhos em que tenho estado envolvida. É esta inquietação que compõe o pano de fundo do cenário em que foi sendo estruturada a dissertação: de onde partimos e quais os caminhos que estamos percorrendo na consolidação deste projeto de sociedade que é o Sistema Único de Saúde, são as questões que se encontram subjacentes à primeira e segunda partes do texto.

Na terceira parte, a análise detém-se na tentativa de identificar prováveis diferenças na alocação de recursos e suas repercussões na organização dos serviços, a partir do estudo de dois grupos de municípios, distintos entre si pelo fato de haverem municipalizado mais precocemente ou não a gestão do sistema local de saúde.

Mesmo que os achados não tenham correspondido exatamente à presunção inicial, cumpriu-se a tarefa de buscar identificar sinais indicadores de que, após estar inscrito na Constituição Federal de 1988, o SUS estaria seguindo a trilha capaz de fazê-lo – parafraseando Eugênio Vilaça – se inscrever também no cotidiano das instituições e da população brasileira.



---

## Sumário

Introdução.....	01
-----------------	----

### PRIMEIRA PARTE

#### O ESTADO BRASILEIRO E A CONSTITUIÇÃO-CIDADÃ: UM LONGO CAMINHO NA CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Capítulo 1 – Sobre o papel do Estado na proteção à saúde: em busca da equidade e da justiça social.....	06
1.1 <i>Equidade: aspectos conceituais</i> .....	06
1.2 <i>Algumas considerações sobre as origens das políticas sociais</i> .....	10
Capítulo 2 – Um resgate histórico das políticas de intervenção no setor saúde.....	13
2.1 <i>Das boticas ao modelo médico-assistencial privatista</i> .....	13
2.2 <i>Outros atores dividem a cena: o movimento sanitário e a proposta da reforma sanitária</i> .....	25
2.3 <i>A VIIIª Conferência Nacional de Saúde e a Constituição Federal de 1988</i> .....	27
2.4 <i>As Leis 8080, 8142 e o Sistema Único de Saúde</i> .....	29
Conclusão.....	37

### SEGUNDA PARTE

#### DO CAMPO DAS IDÉIAS À CONCRETUDE DOS MEIOS

Capítulo 3 – Rumo à viabilização das propostas constitucionais para o setor saúde: o conflito entre <i>texto</i> e <i>contexto</i> .....	40
3.1 <i>As fontes de financiamento do setor</i> .....	40
3.2 <i>Alguns aspectos relacionados à crise de financiamento do setor saúde</i> .....	43
3.3 <i>O caso brasileiro</i> .....	49
Capítulo 4 – A NOB-SUS 01/96: mudança nas regras do financiamento para um novo modelo assistencial.....	53
4.1 <i>As Normas Operacionais Básicas: aspectos históricos e normativos</i> .....	53
4.2 <i>A NOB-SUS 01/96 e o Piso de Atenção Básica: avanços e limitações</i> .....	59
4.2.1 O PAB e a nova sistemática de financiamento.....	59
4.2.2 A composição do PAB .....	62
Conclusão.....	65

**TERCEIRA PARTE**  
**AS NOVAS REGRAS DO FINANCIAMENTO: O PAB E A POSSIBILIDADE**  
**DE CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL**

<b>Capítulo 5 – A construção do SUS no nível local .....</b>	<b>68</b>
5.1 <i>Algumas reflexões sobre o desafio metodológico contido na apreensão desta realidade.....</i>	69
5.2 <i>Delimitação do universo analisado.....</i>	71
5.3 <i>Descrição da seqüência do estudo .....</i>	76
<b>Capítulo 6 – A alocação dos recursos federais nos municípios estudados.....</b>	<b>78</b>
6.1 <i>Total de recursos federais repassados aos municípios, referentes ao PAB fixo, para o ano de 1998 .....</i>	79
6.1.1 <i>Comparação entre os gastos com atenção básica nos dois grupos de municípios estudados.....</i>	82
6.2 <i>Alterações nos recursos federais repassados aos municípios para o custeio das ações básicas: diferenças entre o biênio 1996-1997 e a fase após a implantação do PAB .....</i>	84
6.3 <i>Recursos federais pagos para o custeio de internações nas redes pública e privada conveniada nos municípios paraibanos – “grupo comparação”: período 1995 – 1998.....</i>	86
<b>Capítulo 7 – A organização da atenção à saúde da população.....</b>	<b>89</b>
7.1 <i>A oferta de leitos públicos e privados no período 1995 - 1998.....</i>	89
7.1.1 <i>Comparação entre as situações observadas nos dois grupos de municípios... ..</i>	94
7.2 <i>Internações realizadas nas redes pública e privada, no período 1995 - 1998 .....</i>	95
7.3 <i>Atendimentos básicos realizados no período 1995 - 1998.....</i>	100
7.4 <i>AVEIANMs realizados no período 1995 - 1998 .....</i>	102
7.5 <i>Procedimentos médicos realizados no período 1995 - 1998.....</i>	102
7.6 <i>Consultas médicas realizados no período 1995 - 1998.....</i>	103
7.6.1 <i>Considerações sobre as interrelações entre a produção ambulatorial e hospitalar no período .....</i>	104
<b>Capítulo 8 – O processo de descentralização e a qualidade da atenção prestada....</b>	<b>106</b>
8.1 <i>Partos cirúrgicos e consultas pré-natal realizados em residentes dos municípios estudados durante o período 1995 - 1998 .....</i>	106
8.2 <i>Cobertura vacinal em menores de 01 ano, no período 1995 - 1998 .....</i>	109
8.3 <i>Discussão sobre o comportamento dos indicadores qualitativos propostos .....</i>	111
<b>Conclusão.....</b>	<b>112</b>
<b>Considerações finais.....</b>	<b>114</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXO: Principais portarias publicadas com o objetivo de promover alterações e/ou regulamentar a NOB-SUS 01/96.....</b>	<b>124</b>

---

## Lista de tabelas

<b>Tabela 5.1:</b>	Municípios integrantes do estudo do qual foi retirado o “grupo acúmulo”, segundo contingente populacional e Índice de Condições de Sobre- vivência.....	74
<b>Tabela 5.2:</b>	Municípios dos dois grupos estudados, pareados segundo o contingente populacional.....	75
<b>Tabela 6.1:</b>	“Grupo acúmulo”: população, recursos destinados à atenção básica e valor <i>per capita</i> – 1996 - 1997 .....	79
<b>Tabela 6.2:</b>	“Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: população, recursos destinados à atenção básica e valores médios <i>per capita</i> –1996 - 1997... ..	80
<b>Tabela 6.3:</b>	“Grupo acúmulo”: população, PAB recebido e PAB <i>per capita</i> - 1998 ...	81
<b>Tabela 6.4:</b>	“Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: PAB recebido, PAB <i>per capita</i> e diferença entre os recursos para as ações de Atenção Básica após a implantação do PAB – 1998.....	82
<b>Tabela 6.5:</b>	Quadro comparativo entre municípios dos dois grupos, segundo o porte populacional e os gastos em ações de Atenção Básica – 1996 - 1997 .....	83
<b>Tabela 6.6:</b>	“Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: recursos para a Atenção Básica no período anterior e após a implantação do PAB – 1998.....	85
<b>Tabela 6.7:</b>	“Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: alterações nos gastos efetuados com internação nas redes hospitalares públicas e privadas, período 1995 – 1998 .....	87
<b>Tabela 7.1:</b>	“Grupo acúmulo”: oferta de leitos na rede pública, 1995 - 1998 .....	92
<b>Tabela 7.2:</b>	“Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: oferta de leitos na rede pública, 1995 - 1998 .....	92
<b>Tabela 7.3:</b>	“Grupo acúmulo”: oferta de leitos na rede privada conveniada, 1995 - 1998 .....	93
<b>Tabela 7.4:</b>	“Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: oferta de leitos na rede privada conveniada, 1995 - 1998.....	93
<b>Tabela 7.5:</b>	“Grupo acúmulo”: internações realizadas na rede pública, 1995 - 1998... ..	96
<b>Tabela 7.6:</b>	“Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: internações realizadas na rede pública, 1995 - 1998 .....	96
<b>Tabela 7.7:</b>	“Grupo acúmulo”: internações realizadas na rede privada conveniada, 1995 - 1998.....	97

<b>Tabela 7.8:</b>	“Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: internações realizadas na rede privada conveniada, 1995 - 1998 .....	97
<b>Tabela 7.9:</b>	“Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: atendimentos básicos realizados e variação percentual no período 1995 - 1998 .....	101
<b>Tabela 7.10:</b>	“Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: AVEIANMs realizadas e variação percentual no período 1995 - 1998 .....	102
<b>Tabela 7.11:</b>	“Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: Procedimentos Médicos (atendimento básico) realizados e variação percentual no período 1995 - 1998 .....	103
<b>Tabela 7.12:</b>	“Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: Consultas Médicas (atendimento básico) realizadas e variação percentual no período 1995 - 1998 .....	104
<b>Tabela 8.1:</b>	“Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: Percentual de Partos Cirúrgicos, 1995 - 1996 .....	108
<b>Tabela 8.2:</b>	“Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: Percentual de Parturientes sem consulta pré-natal, 1995 - 1998 .....	109
<b>Tabela 8.3:</b>	“Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: Cobertura vacinal básica em crianças menores de 01 ano, 1995 - 1998 .....	110

---

## Lista das Siglas Utilizadas

ABEM:	Associação Brasileira de Escolas Médicas
ABRASCO:	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ACS:	Agente Comunitário de Saúde
ANMR:	Associação Nacional de Médicos Residentes
APS:	Atenção Primária em Saúde
AIH:	Autorização de Internação Hospitalar
APAC:	Autorização de Procedimento de Alto Custo
AVEIANMs:	Atos de Vigilância Epidemiológica, imunização, e outros atos não-médicos
CEBES:	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEME:	Central de Medicamentos
CF:	Constituição Federal
CGT:	Central Geral dos Trabalhadores
CIB:	Comissão Intergestores Bipartite
CIT:	Comissão Intergestores Tripartite
CNCPHAC:	Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos de Alta Complexidade
CNRS:	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS:	Conferência Nacional de Saúde
CONASP:	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS:	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF:	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CUT:	Central Única dos Trabalhadores
DATAPREV:	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DATASUS:	Departamento de Informáticas do SUS
DOU:	Diário Oficial da União
DPA:	Diálise Peritoneal Automática
DPAC:	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
ECEM:	Encontro Científico de Estudantes de Medicina

F AE:	Fração Ambulatorial Especializada
F AS:	Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social
F ETAG:	Federação dos Trabalhadores da Agricultura
F IDEPS:	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde
F INSOCIAL:	Fundo de Investimento Social
F UNABEM:	Fundação Nacional de Bem-estar do Menor
F UNRURAL:	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
I APAS:	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
I BGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
I CS:	Índice de Condições de Sobrevivência
I NAMPS:	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
I NPS:	Instituto Nacional de Previdência Social
I PASE:	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Servidores do Estado
I PEA:	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
I VH-E:	Índice de Valorização Hospitalar de Emergência
I VISA:	Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária
I VR:	Índice de Valorização de Resultados
L BA:	Legião Brasileira de Assistência
L DO:	Lei de Diretrizes Orçamentárias
L OS:	Lei Orgânica da Saúde
M ARE:	Ministério da Administração e da Reforma do Estado
M EC:	Ministério da Educação e Cultura
M OPS:	Movimento Popular de Saúde
M PAS:	Ministério da Previdência e Assistência Social
M S:	Ministério da Saúde
N HS:	National Health System – ou o Sistema Nacional de Saúde Inglês.
N OB:	Norma Operacional Básica
O MS:	Organização Mundial da Saúde
P AB:	Piso de Atenção Básica <sup>1</sup>
P ACS:	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
P BVS:	Piso Básico de Vigilância Sanitária
P DAVS:	Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária

<sup>1</sup> Até a publicação da Portaria 1882, de 18/12/97, a sigla correspondia ao *Piso Assistencial Básico*.

PIASS:	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PPA:	Plano de Pronta Ação
PPI:	Programação Pactuada Integrada
PREV-SAÚDE:	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF:	Programa de Saúde da Família
SAS:	Secretaria de Assistência à Saúde – M.S.
SBPC:	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SES:	Secretaria Estadual de Saúde
SESAC:	Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária
SIA/SUS:	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS:	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SILOS:	Sistemas Locais de Saúde
SMS:	Secretaria Municipal de Saúde
SNA:	Sistema Nacional de Auditoria
SUDS:	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS:	Sistema Único de Saúde
TFA:	Teto Financeiro da Assistência
TRS:	Terapia Renal Substitutiva
UBS:	Unidade Básica de Saúde
UCA:	Unidade de Cobertura Assistencial
UNICEF:	Fundo das Nações Unidas para a Infância

---

## Resumo

O trabalho visa levantar alguns aspectos relacionados à implantação do Sistema Único de Saúde no país, enfocando particularmente o processo de descentralização e municipalização da assistência básica. Foram estudados alguns autores que vem se dedicando a traçar a trajetória dos diferentes segmentos sociais que lutam pela implantação de uma política de saúde para o país, particularmente do Movimento Sanitário, assim como foram abordados documentos institucionais e da legislação específica, como Portarias e Normas Operacionais Básicas. Após a exposição conceitual e contextualização histórica realizadas nas duas primeiras partes da dissertação, a terceira parte busca caracterizar tendências que poderiam ser consideradas predominantes na construção atual dos sistemas locais de saúde. Neste sentido, foi realizada uma análise comparativa entre dois grupos de municípios. Os municípios do primeiro grupo tinham em comum o fato de haver assumido mais precocemente a forma de gestão semi-plena, e os do segundo grupo, todos localizados no estado da Paraíba, tinham em comum o fato de haver assumido mais tardiamente essa forma de gestão. O estudo mostrou que, a partir das variáveis escolhidas, não foram observadas no grupo de municípios estudados, distinções capazes de configurar um perfil próprio aos municípios que se encontram em gestão semi-plena, capazes de diferenciá-los dos demais. Percebe-se, nos dois grupos de municípios, a adesão ao mecanismo de transferência fundo a fundo, decorrentes da implantação do PAB. No que concerne à atenção hospitalar, verificou-se queda nas internações totais, tendência ao incremento de leitos e procedimentos realizados na rede pública concomitante à redução na rede privada. Sugere-se a realização de outros estudos deste tipo, com variáveis e períodos mais abrangentes, de modo seja assegurada a continuidade do acompanhamento da implantação do PAB.



---

## Abstract

This work aims to investigate some aspects related to the creation of the *Sistema Único de Saúde* (SUS) in Brazil, focusing in the gap between the original proposal and the current implementation of this system. It reviews the work of authors who research and register the path of this system from the historical perspective of different social segments of the society who fight for the adoption of a health police for this country, in particular the Sanitary Movement. The review includes institutional documents and specific legislation, such as government edicts and Basic Operational Rules. Following the conceptual discussion and historical context presentation, which make the first two sections of this dissertation, the third section aims to characterise what can be considered the predominant trends in the building of the local health systems. In this sense, a comparative analysis was made between two groups of towns. The analysis compares towns that adopted, in a pioneer basis, the partial administration model and towns that did not adopt this model, since it was expected that the former group would be more advanced in the decentralisation process than the later. The results of this comparative analysis, based upon the set of chosen variables, revealed that there are no significant differences between the two groups of towns. On the other hand, it was noticed that in the more recent years of the studied period, there has been an indistinct trend in the two groups for a growing basic sanitary attention, that matches the period of creation of the Basic Assistance Plan - PAB of municipal assisted health care. As far as hospital attention is concerned, it was observed a growing prevalence of the public health assistance in relation to its private counterpart. This work suggests that similar analysis should be made over a larger period of time and should consider a broader set of variables, in order to continue this study on the installation of the PAB in Brazil.

---

## Introdução

A Constituição brasileira promulgada em 1988, num contexto político de redemocratização do país, caracterizou-se, dentre outros avanços, por incorporar ao texto constitucional históricas reivindicações do *Movimento de Reforma Sanitária*<sup>1</sup> brasileiro. Muitas dessas aspirações foram expressas na VIIIª Conferência Nacional de Saúde - CNS, realizada em março de 1986, onde foram formuladas propostas voltadas para o setor saúde, com o objetivo de reconstruí-lo, tornando-o mais democrático, acessível, universal e equânime.

Este processo de reformulação do setor saúde, considerado como a “política social mais importante e inovadora adotada pelo Estado brasileiro desde a transição democrática ocorrida em 1985”<sup>2</sup> é também parte integrante de um momento particular, onde entram em cena novos partidos políticos e emergem novos e diferentes atores sociais, com uma preocupação comum que se destacava: o “resgate da dívida social”, deixada pelo regime autoritário, como condição indispensável para a construção da democracia no país<sup>3</sup>.

Deste modo, ganham espaço neste contexto, como elementos norteadores, os princípios do projeto cujas características dominantes têm sido descritas como “a promoção do acesso universal da população aos serviços; a descentralização gerencial, com o reforço dos papéis dos sistemas locais; a democratização da gestão dos recursos, através de estruturas tripartites (representantes dos usuários, em paridade com os representantes dos prestadores – públicos e privados – e dos profissionais de saúde); e a hierarquização dos serviços visando uma integração entre os diversos níveis de complexidade. No conjunto, há uma evidente determinação de que o Estado atue como o responsável primordial pela promoção da

---

<sup>1</sup> Movimento reformista setorial e social, que congrega profissionais da saúde, intelectuais e políticos do setor saúde e que exerceu forte influência sobre o pensamento médico-social do país a partir da década de 80. Caracteriza-se, dentre outros elementos, por haver forjado uma nova concepção de saúde e pela proposição de uma reorganização do modelo de atenção sanitária, embasado sobre princípios de cidadania e de democracia. Encontra-se descrito em maiores detalhes na página 26. [ESCOREL, 1988, p. 51; CAMPOS, 1994, p. 101; CONH, 1991, p. 25].

<sup>2</sup> BRESSER PEREIRA, 1995, n.p.

<sup>3</sup> GERSCHMAN, 1995, p. 41; RIBEIRO, 1997, p. 85; BURLANDY, 1998, p. 548; TEIXEIRA, 1995b, p. 28.

saúde da população.”<sup>4</sup>

Encontravam-se então reunidas, convergindo, uma conceituação ampliada de saúde, relacionada às condições gerais de vida e definida como um *direito do cidadão e um dever do Estado*, e a política nacional de saúde, que passou a ter como responsabilidade a criação de um Sistema Único de Saúde – SUS. Uma vez instituído pelas Leis 8080 e 8142, chamadas de Leis Orgânicas da Saúde – LOS, este sistema caracterizar-se-ia pelo predomínio do setor público, pela descentralização e hierarquização, pela viabilização da participação e do controle popular na reorganização dos serviços e, como necessidade decorrente dos anteriores, por uma readequação financeira do setor, com a finalidade de conferir-lhe um caráter mais redistributivo e favorecedor de uma maior justiça social.

Todavia, após dez anos de sua instituição pela Constituição Federal e nove anos após ter sido regulamentado pelas LOS, o que se tem observado é que, neste período, mesmo tendo sido assegurado o suporte legislativo necessário à operacionalização da distribuição de recursos do âmbito federal para as esferas estaduais e municipais, o processo de mudança efetiva do modelo assistencial, resultante da descentralização destes recursos que alimentam o SUS, tal como havia sido concebido, tem ainda um longo caminho a percorrer, ou seja, a realidade ainda está longe de corresponder ao ideário da *Reforma Sanitária* e ao que se encontra proposto na carta constitucional<sup>5</sup>.

As unidades de saúde que são, *a priori*, as destinatárias finais do financiamento, permanecem em crise com a falta do instrumental, dos equipamentos, medicamentos e apoio diagnóstico, necessários para que possam oferecer um mínimo de qualidade e resolutividade à população usuária. O resultado é que a população continua sofrendo com o mau atendimento, com a má distribuição na oferta de serviços – Scotti<sup>6</sup> estima que 10% da população não possui qualquer tipo de acesso ao SUS, Silva<sup>7</sup> descreve a existência de um “exército de doentes excluídos”, que ficam perambulando de um serviço a outro ou em intermináveis

---

<sup>4</sup> RIBEIRO, 1993, p. 08.

<sup>5</sup> Salvo exceções, o sistema de saúde que tem sido oferecido à sociedade brasileira, pode ser caracterizado, de forma simples, mas precisa, como fez Scotti [1999, n.p.], por “centralismo, autoritarismo na tomada de decisões, uma rede de serviços concentrada nas regiões mais ricas e orientada pelo lucro, formação de profissionais direcionada para a super especialização, dependência de equipamentos sofisticados e um modelo de financiamento inadequado e orientado para a doença e não para a saúde”.

<sup>6</sup> SCOTTI, 1999, n.p.

<sup>7</sup> SILVA, 1996, p. 69.

filas de espera – e com o recrudescimento de agravos passíveis de controle com os recursos disponíveis. São aspectos que, por si, explicam a desconfiança existente em relação às modificações que ocorreram no sistema, tantas vezes apresentado nos veículos de comunicação de massa, como fracassado<sup>8</sup>. Estes encontram-se ainda na justificativa para o florescimento dos seguros saúde e sistemas privados de medicina de grupo a que se tem assistido nas últimas décadas, financiados tanto individualmente quanto pelas empresas<sup>9</sup>.

Todavia, apesar deste quadro, algumas mudanças têm sido observadas. Em relação ao que materializou-se como inovação resultante deste processo, é importante que sejam evocados os avanços:

- Descentralização com municipalização da gestão;
- Responsabilização sanitária de cada esfera governamental;
- Substituição do pagamento por produção entre gestores, mesmo que parcialmente, pelas transferências fundo-a-fundo;
- Fortalecimento do controle social e da discussão, em bases democráticas, sobre o sistema e as políticas de saúde;
- Avanço na construção de um novo modelo assistencial;
- Utilização das Normas Operacionais Básicas - NOBs, particularmente das 01/93 e 01/96, como instrumentos jurídicos institucionais reguladores do processo<sup>10</sup>.

Deste modo, ao definir-se o objeto deste estudo, foi decisiva a necessidade de provocar a reflexão e o questionamento sobre os determinantes envolvidos na distância existente entre os princípios finalísticos do SUS e o sistema na sua concretude, sobre os conflitos existentes entre a sua concepção e a forma como está sendo operacionalizado. Isto inclui, fundamentalmente, refletir sobre as novas regras de gerenciamento da base material do sistema, bem como sobre os novos atores e forças sociais que, com elas, entraram em cena. São, portanto, elementos que assumem relevância, centralidade e possuem a atualidade necessária, posto que estão longe de ser considerados como equacionados, o que lhes confere um caráter por demais estimulante para os que buscam novas formulações nesta área.

<sup>8</sup> GIOVANELLA, 1995, p. 12; RIBEIRO, 1997, p. 85; LEFRÈVE, 1995, p. 506.

<sup>9</sup> BRESSER PEREIRA, 1995, n.p.

<sup>10</sup> SCOTTI, 1999, n.p.

Por outro lado, nos instiga a análise do fato de como o Estado brasileiro, que tradicionalmente tem fortalecido o processo de acumulação e exclusão, nos moldes da extrema desigualdade que tem caracterizado a sociedade brasileira – e isto também assumiu um papel decisivo na definição deste objeto – tem incorporado estes princípios. Nos instiga ainda o estudo dos mecanismos que vem criando neste sentido. No caso específico da saúde, trata-se de um conjunto de serviços que, até a Constituição Federal de 1988, estavam associados ao poder de compra, direto ou indireto – por meio da inserção no mercado de trabalho – da população usuária e que se constituem em reflexo do grau de inclusão ou exclusão que têm na sociedade.

Mesmo que seja identificada uma significativa pressão, especialmente pelos setores da sociedade que se mantêm mobilizados em torno desta problemática, no sentido de que seja assegurado o acesso aos serviços e ações de saúde, há, em contra-partida, gestores que detêm poucos recursos de poder político e organizativo. Desses decorrem sua baixa capacidade de governabilidade e de decisão<sup>11</sup>, elementos que, associados à fragilidade que o controle social tem demonstrado em alguns locais, têm dificultado sobremaneira a reordenação dos recursos financeiros destinados ao setor.

Neste sentido, após cumprida a etapa do trabalho mais voltada para o marco teórico que fundamentou a organização setorial e social, resultando na atual política de saúde no Brasil, procurou-se entender como têm sido colocadas em prática suas diretrizes constitucionais do ponto de vista político-administrativo e de financiamento.

Como o enfoque esteve centrado particularmente nas estratégias que vêm sendo adotadas pelos municípios na construção do SUS, foi desenhado um estudo comparativo entre um grupo de municípios que se encontra num estágio mais avançado de municipalização e um outro grupo, constituído por municípios paraibanos que, pareados sob o critério populacional, encontra-se numa posição que pode ser considerada retardatária em relação aos primeiros. Enfim, tendo este trabalho se constituído num esforço de descrição e posterior análise do processo de implantação do SUS, a abordagem voltou-se para o impacto nos Sistemas Locais de Saúde da nova forma de repasse de recursos que tem sido viabilizado após a efetivação do Piso de Atenção Básica – PAB.

---

<sup>11</sup> LAMOUNIER, 1998, pp. 83 – 90.

## **PRIMEIRA PARTE**

**O ESTADO BRASILEIRO E A *CONSTITUIÇÃO-CIDADÃ*:  
UM LONGO CAMINHO NA CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE**

### Sobre o papel do Estado na proteção à saúde: em busca da equidade e da justiça social

#### 1.1 EQÜIDADE: ASPECTOS CONCEITUAIS

A revisão da literatura sobre o tema permite verificar que o consenso obtido em relação à relevância da *equidade* como princípio fundamental das políticas públicas equivale ao dissenso existente quando se trata da sua conceituação, da sua distinção de *igualdade* e mais ainda, conforme discutido adiante, de seu enfrentamento de modo satisfatório. No plano conceitual, Oppenheim<sup>12</sup> trabalhando sobre a categoria da *igualdade*, frisa a importância de que se estabeleça uma tipologia conforme a qual esta pode ser afirmada segundo a presença de *características pessoais*, pela *distribuição feita por alguém entre dois* ou das *normas que estabelecem como tal distribuição será efetuada*, sendo esta última que apresenta relevância para esta análise. Um sistema social poderá, por exemplo, utilizar-se dos critérios abaixo, considerados *critérios tradicionais de igualitarismo*.

- Partes iguais para todos: corresponde ao princípio aristotélico da *igualdade numérica* – onde todos os benefícios ou encargos são distribuídos, em partes iguais, por todos – e ao princípio utilitarista de Stuart Mill, tendo sido também defendido pelo movimento anarquista no século XIX.
- Partes iguais aos iguais: consiste numa ampliação do conceito acima, também formulado por Aristóteles, em que a igualdade encontra-se relacionada à uma *característica comum* a grupos ou indivíduos: por exemplo, o voto universal que, não obstante, exclui os menores de idade. Assim, de modo inverso, considera-se como não-igualitária, uma regra onde os iguais têm partes desiguais e vice-versa.
- Partes iguais a um grupo relativamente grande: inclui-se aqui a noção de *benefícios*, que é tanto mais igualitária quanto maior é a classe de pessoas que os recebem em comparação com o grupo dos excluídos. Em conformidade com este tipo, a

---

<sup>12</sup> OPPENHEIM, 1997, p. 598.

regra “a cada um segundo sua necessidade” seria inigualitária, a menos que a necessidade atinja um elevado percentual da população em questão.

Este mesmo autor é, todavia, “impelido a considerar igualitárias a atribuição de benefícios maiores aos mais necessitados e a prescrição de impostos progressivos sobre a renda. E o são, se o igualitarismo for entendido no sentido de ‘igualdade proporcional’ ou da ‘igualdade das relações’ de Aristóteles” ou seja, “quanto maior for a característica, maior será a parte”<sup>13</sup>.

Ressalte-se que embora a equidade seja às vezes definida como *igualdade*, não equivale necessariamente a tal atributo: De Kadt<sup>14</sup>, por exemplo, considera a relevância que se diferencia “equidade” e “igualdade”. A primeira, que nos interessa em especial, “refere-se particularmente a questões de justiça social, pois são questões que envolvem juízos de valor freqüentemente relacionados com a distribuição de renda, de riquezas e de outros benefícios, assim como opções políticas quase sempre associadas a alocação de recursos. A justiça social pode ser vista como um conceito de valor universalmente aplicável, relacionado com a conceituação mais ampla dos Direitos Universais do Homem”. São ‘valores universais’ que podem ser assimilados de modos diferentes e sob diferentes graus, conforme o contexto social, ou seja, sua presença pode ser relativizada e estar condicionada à outros fatores nas diferentes sociedades. Apesar disso, constituem-se em “pedras de toque e podem proporcionar uma ‘orientação moral’ para as autoridades e os administradores públicos em geral”<sup>15</sup>.

Ainda buscando enfatizar a distinção entre equidade e igualdade, Birch<sup>16</sup> a subtrai do plano exclusivo do princípio da justiça, colocando, mais concretamente, que “... equidade não é sinônimo de igualdade, embora a busca da equidade envolva a conquista da igualdade de algo entre determinados indivíduos ou grupos”.

Margareth Whitehead<sup>17</sup> resgata uma definição operacional da Organização Mundial da Saúde – OMS, de acordo com a qual “equidade na saúde implica que idealmente cada um

---

<sup>13</sup> OPPENHEIM, 1997, pp. 599 - 600.

<sup>14</sup> DE KADT, 1993, p. 13.

<sup>15</sup> *Idem*, p. 14.

<sup>16</sup> BIRCH *apud* COHN, 1998, p. 110.

<sup>17</sup> WHITEHEAD *apud* COHN, 1998, p. 110.



deveria ter uma oportunidade igual para atingir seu pleno potencial de saúde e, mais pragmaticamente, que ninguém deveria estar em desvantagem para atingir esse potencial, se isso puder ser evitado ...”. Conseqüentemente, uma política de saúde não significa “eliminar todas as desigualdades de saúde para que cada um tenha o mesmo nível e qualidade, mas reduzir ou eliminar aquelas que são resultado de fatores considerados evitáveis e injustos”.

Em síntese, entender-se-á neste trabalho iniquidade em saúde como sendo as diferenças sistemáticas que são desnecessárias e evitáveis, ademais de injustas, implicando, assim, além da ausência de justa igualdade de oportunidades, a condição de impossibilidade de satisfação das necessidades, ressentidas ou não, por indivíduos, grupos ou setores. Daí decorre o raciocínio de que, como estas necessidades não se distribuem homoganeamente, não seria de se esperar que pudessem ser equacionadas com a simples distribuição “igualitária” de recursos<sup>18</sup>.

Muito próxima à esta noção de satisfação de necessidades, encontra-se o conceito weberiano de *chances de vida*. Para Weber, citado por De Kadt “as chances – probabilidades – que as pessoas têm de poder satisfazer suas necessidades e vontades não diferem apenas de forma aleatória, ou por outros fatores ambientais, genéticos ou biológicos. Elas são ‘calculavelmente’ diferentes, principalmente porque estão ancorados na estrutura social, em especial, diz Weber, nos processos de produção e de distribuição de bens escassos (como Marx já havia afirmado antes dele). A ‘boa saúde’ é simplesmente mais uma das ‘mercadorias’ aspiradas pelas pessoas. Segundo este enfoque, o objetivo de se promover maior equidade na saúde não pode estar isolado do objetivo de melhorar as chances de vida de modo mais geral – ambos os objetivos devido às interconexões causais na estrutura socioeconômica e devido às questões de custo-efetividade e dilemas decisórios, onde os recursos são escassos ...”<sup>19</sup>. O acesso à saúde não poderia deste modo, ser considerado como exterior aos demais acessos. Ao contrário, ele encontra-se no bojo dos demais “recursos, benefícios e experiências que são usualmente associadas às desigualdades de classe ...” Assim, as “chances de saúde” surgem como “desigualdades de saúde padronizadas socialmente”, sendo parte constituinte das “chances de vida”<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> DE KADT, 1993, p. 19.

<sup>19</sup> *Idem*, p. 23.

<sup>20</sup> *Idem*, p. 24.

Na opinião de Gerschman, equidade constitui-se em componente essencial das idéias de direito, democracia – sendo essencial para que esta se efetive – e cidadania, não como princípios, mas como “resultado das lutas sociais que transformaram a idéia de cidadania na obtenção de direitos concretos pela população”<sup>21</sup> e que estão na origem das políticas emancipatórias, que buscam “liberar grupos e indivíduos dos entraves que afetam de maneira adversa suas chances de vida ... superando dominações ilegítimas e objetivando reduzir ou eliminar a exploração, desigualdades e opressões”<sup>22</sup>.

Trata-se, assim, de categorias que assumem complexidade crescente na sua efetivação em sociedades submetidas ao modo capitalista de produção, já que se embasam “na natureza fundamentalmente cooperativa da sociedade” e “... numa equivalência entre distribuição de riquezas e as liberdades-cidadanias e igualdade de oportunidades”<sup>23</sup>, implicando num “sentido político de direitos expandido à participação na distribuição da riqueza socialmente produzida”<sup>24</sup>.

É relevante ainda que se faça a distinção entre *equidade em saúde* de *equidade no uso ou consumo de serviços de saúde*. Dados empíricos, obtidos a partir de recente estudo realizado no interior do estado de São Paulo<sup>25</sup>, demonstram a associação existente entre a inserção social segundo a classe e o sistema de financiamento da hospitalização. Além disso, é identificada a associação entre a pertinência a uma classe social, os motivos, duração média, a idade ao morrer na internação, coeficiente de mortalidade hospitalar, reinternações e na freqüência de doenças à internação. Pode-se mesmo inferir a posição social dos pacientes a partir do conhecimento do sistema médico – particular, convenial ou SUS – utilizado para as internações. Como destaca este mesmo estudo, a exemplo do que já demonstrara o *Black Report*<sup>26</sup>, à desigualdade no adoecer e morrer se acrescentara a desigualdade na assistência médica, apesar dos mecanismos sociais compensatórios colocados à disposição pelo Estado.

Travassos, entretanto, relativiza esta posição, ao afirmar que “as desigualdades em saúde

---

<sup>21</sup> GERSCHMAN, 1995, p. 32.

<sup>22</sup> GUIDDENS *apud* GERSCHMAN, 1995, p. 32.

<sup>23</sup> RAWLS *apud* GERSCHMAN, 1995, p. 36.

<sup>24</sup> NOGUEIRA & NUNES, 1993, p. 13.

<sup>25</sup> YAZLLE ROCHA *et al.*, 1997, pp. 479 - 487.

<sup>26</sup> *Black Report*: trabalho publicado no início dos anos oitenta, conhecido por demonstrar a associação direta entre a desigualdade no adoecer e morrer e a desigualdade no acesso à assistência médica.

refletem, predominantemente, as desigualdades sociais e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e morrer”<sup>27</sup>. Trata-se de uma distinção importante, pois pondera o valor por vezes atribuído às ações prestadas pelos serviços de saúde, como se fossem os únicos determinantes das condições de saúde<sup>28</sup>, ressaltando o fato de que serviços de baixa qualidade, prestados desnecessariamente, e o uso de procedimentos ineficazes ou perigosos podem mesmo vir a representar impacto negativo sobre as condições de saúde.

## 1.2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE AS ORIGENS DAS POLÍTICAS SOCIAIS

O direito à saúde ou ao acesso equânime à saúde, pelo qual hoje se luta, tem origens históricas, que passam pela *Déclaration de droits de l'homme et du citoyen*, que foi elaborada sob forte influência do jusnaturalismo e do contratualismo e votada pela Assembléia Nacional Francesa em 1789, tendo sido reafirmados neste século pela *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, votada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. O direito à saúde se inscreve, juntamente com o direito ao trabalho, à assistência, ao estudo, à liberdade da miséria e do medo, nos denominados *direitos sociais*, que vêm se somando às reivindicações pelos *direitos políticos e civis*, e têm sido assumidos pelos Estados contemporâneos como uma das exigências da sociedade industrial<sup>29</sup>.

Seguindo esta abordagem, o Estado contemporâneo é aqui apresentado como uma entidade resultante da tensão que existe entre as formas do Estado de direito com os conteúdos do Estado social. Para o primeiro, “os direitos fundamentais representam a tradicional tutela das liberdades burguesas: liberdade pessoal, política e econômica. Constituem um dique contra a intervenção do Estado. Pelo contrário, os direitos sociais representam direitos de participação no poder político e na distribuição da riqueza social produzida. A forma do Estado oscila, assim, entre a liberdade e a participação.”<sup>30</sup>

Constata-se então, elementos de diferenciação em relação ao que primordialmente repre-

---

<sup>27</sup> TRAVASSOS, 1997, p. 326.

<sup>28</sup> YAZLLE ROCHA *et al.*, 1997, p. 481.

<sup>29</sup> MATTEUCI, 1997, p. 354

<sup>30</sup> GOZZI, 1997, p. 401.

sentou, quando, em 1601 a *Poor Law*, editada pelo Estado britânico no reinado de Elizabeth I, buscava muito mais acabar com os pobres do que com a pobreza. O Estado social tem procurado desde meados do século XIX encontrar caminhos capazes de dar resposta à *questão social* que eclodiu com a Revolução Industrial e persiste como o “problema sem solução do Estado moderno”<sup>31</sup>. Neste século, uma de suas expressões mais acabadas consiste no que se convencionou chamar de Estado do bem-estar – *Welfare state* ou Estado-providência, que se desenvolveu consideravelmente nos países da Europa ocidental, no período pós-guerra.

Para Dallari, seu surgimento decorre do esgotamento do modelo proposto pela ótica liberal, cuja natureza individualista implicava em oferecer apenas segurança aos cidadãos, quando a população demandava mais. Assim, nos países considerados como de capitalismo avançado, o Estado, a classe trabalhadora e o capital pactuam a alteração do aparelho institucional e a oferta de serviços sociais. No Brasil, avalia-se que esta pactuação não ocorreu, tendo sido substituída por uma *aliança conjuntural*, que se constituiu no Estado Assistencial<sup>32</sup>.

Outros autores qualificam-no de uma estratégia de enfrentamento das desigualdades, embasada sobre parâmetros importantes como democracia política, densidade eleitoral da esquerda social-democrata, políticas econômicas inicialmente de caráter anti-cíclico – keynesianas – formulação de políticas sociais efetivamente redistributivas pelo Estado – e não meramente compensatórias das desigualdades sociais – e de proteção individual<sup>33</sup>, podendo também ser brevemente definido como aquele que garante “tipos mínimos de renda, alimentação, saúde, habitação, educação, assegurados a todo o cidadão, não como caridade, mas como direito político.”<sup>34</sup>

Há na literatura relatos de inúmeras tentativas de implantação de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde desde que, no início do século XIX a tarefa assistencial deixou de ser confiada às corporações das artes e ofícios, através das sociedades de socorro mútuo e de intervenções estatais levadas a efeito por países europeus como a Dinamarca – dispo-

---

<sup>31</sup> *Idem*, p. 403.

<sup>32</sup> DALLARI *et al.*, 1996, p. 535.

<sup>33</sup> RIBEIRO, 1993, p. 14.

<sup>34</sup> WILENSKY *apud* REGONINI, 1997, p. 416.

sições pensionistas entre 1891 e 1898; ou a Bélgica, entre 1894 e 1903 e a Suíça – que organizou um sistema de seguro nacional, em 1890. Cabe, no entanto, à Alemanha, com Bismarck, entre 1883 e 1889, implantar, de modo articulado, toda uma série de intervenções, voltadas para colocar em ação um sistema de previdência social, com os primeiros programas de seguro obrigatório contra a doença, a velhice e a invalidez, que, contando com o apoio interno, foram *a posteriori*, amplamente copiados por outros Estados<sup>35</sup>.

Em síntese, é este ideário<sup>36</sup> que se encontra na gênese de propostas que orientam reestruturções sanitárias no âmbito político-institucional embasadas sobre princípios finalísticos como os da universalização, da descentralização, da integralidade das ações, do controle social e da equidade nos serviços de saúde.

No capítulo seguinte, procurar-se-á descrever a trajetória das políticas de assistência à saúde implantadas pelo Estado brasileiro. Após uma breve abordagem das normas higiênico-sanitárias que vigoravam no período colonial, serão descritas algumas políticas setoriais implantadas neste século. Deste modo, estuda-se a intervenção do Estado a partir da Lei Eloy Chaves, que criou a primeira forma de seguro social para assalariados urbanos do setor privado, as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs, em 1923, até o momento em que o direito à saúde foi ampliado a ponto de ser considerado como direito de cidadania, tal como ocorreu na Constituição Federal de 1988.

---

<sup>35</sup> GOZZI, 1997, p. 403; GUIA, 1996, p. 160.

<sup>36</sup> Trata-se de um conjunto de idéias que foram muito difundidas, especialmente nos países industrializados, ao longo dos últimos cinquenta anos. Recebeu forte influência, como já mencionado, da teoria econômica keynesiana e da política posta em prática pela Grã-Bretanha no Pós-Guerra imediato, em seguida ao debate suscitado pelo Relatório Beveridge, em 1942.

# Um resgate histórico das políticas de intervenção no setor saúde

### 2.1 DAS BOTICAS AO MODELO MÉDICO-ASSISTENCIAL PRIVATISTA

Nesta parte do trabalho, foi adotada a linha descritiva proposta por Singer<sup>37</sup>, que divide a organização dos serviços de saúde no país a partir de três períodos: do descobrimento até o final do século XIX, do final do século XIX até 1920 e após 1920, com a ênfase recaindo sobre as últimas cinco décadas.

*Do período colonial ao final do século XIX:* da chegada dos primeiros colonizadores até o final do século XIX, a organização dos serviços de saúde brasileiros caracterizava-se pela escassez e precariedade. A manutenção da higiene ficava a cargo das autoridades locais que tomavam medidas contra a sujeira das ruas e quintais. A assistência médica aos menos favorecidos dependia da Igreja e de iniciativas pessoais dos nobres e outras figuras de importância social e administrativa que, em nome da realeza, fundaram e mantiveram alguns hospitais e Casas de Misericórdia.

De acordo com o sistema português, existiam os cargos de Cirurgião-mor dos Exércitos, encarregado dos serviços voltados para o atendimento dos militares, e o de Físico-mor do Reino, a quem competia resolver questões que iam do exercício profissional na saúde ao saneamento das cidades. Para assistir aos acometidos de enfermidades como a lepra que, à época, se constituía em problema de saúde pública de grande visibilidade, foram criados, sob a responsabilidade de entidades caritativas e públicas, serviços hospitalares voltados especialmente para o seu atendimento, como os leprosários de Recife, Rio de Janeiro e Salvador.<sup>38</sup>

A partir de 1808, a chegada da família real, a abertura dos portos ao comércio exterior e a

---

<sup>37</sup> SINGER, 1978, p. 90.

<sup>38</sup> *Idem*, pp. 96 – 98.

intensificação do tráfico de escravos, elevaram a possibilidade de penetração de enfermidades até então desconhecidas da população, o que acentuou a necessidade por serviços de proteção à saúde. É assim que, em 1809, foi criado o lugar de Provedor-mor de Saúde da Corte e Estados do Brasil, com o fim assegurar medidas de proteção contra a possibilidade do contágio de agravos passíveis de serem veiculados através dos portos do país. Observe-se a ênfase que, àquela época, era dada ao controle do ambiente e dos alimentos, através do que se encontrava disposto no seu regimento: "...estabelecia as normas para a vigilância sanitária dos portos do Estado, instituição de Lazareto, controle de mercadorias e comestíveis, bem como inspeção em matadouros e açougues públicos".<sup>39</sup>

Sucederam-se a normatização das boticas e do exercício da medicina, em 1810; a criação da Junta de Instituição Vacínica, em 1811 e a criação do Laboratório Químico-prático do Rio de Janeiro, em 1812. Entre 1828 e 1843 os serviços de Saúde Pública foram atribuídos, por decreto do imperador, às municipalidades, o que desobrigava o poder central de qualquer responsabilidade no setor. Esta configuração foi mantida até 1850, quando os casos de Febre Amarela registrados na capital apresentaram-se como um problema maior do que a capacidade da organização sanitária municipal em resolvê-lo. Diante da persistência da situação, são instituídas comissões paroquiais e uma Comissão Central de Saúde Pública, seguida da Junta de Higiene Pública, que previa a instalação de Comissões Provinciais, sob sua subordinação. Como o problema do saneamento da capital é tido como de relevância para a economia do resto do país, isto impulsiona a adoção de medidas administrativas, como por exemplo, a instituição, em 1885, do Conselho Superior de Saúde Pública, que tinha a ampla missão de opinar sobre questões de higiene e salubridade geral<sup>40</sup>.

Quanto à assistência individual aos portadores de patologias ou vítimas de acidentes e outros agravos, esta continuava sendo assegurada por instituições particulares ou religiosas. A exceção, como já dito, ficava por conta dos leprosos e dos doentes mentais, que eram recolhidos por leprosários e hospícios criados em algumas províncias.

*Do início do Século XX até 1920:* entre o descobrimento e o início deste século o Brasil muito se modificara. Passou de colônia portuguesa à república, aboliu os escravos e conta-

---

<sup>39</sup> SINGER, 1978, p. 98.

<sup>40</sup> *Idem*, pp. 99 - 100.

va com setores da sociedade bastante prósperos para a época. Continuava sendo porém, um país que, apesar de conhecer algumas iniciativas manufatureiras, possuía uma economia cuja base era essencialmente agrícola. Sua principal atividade era a produção para a exportação, em especial da cana-de-açúcar e do café, concentrada na região centro-sul do país. Como toda a economia dependia, direta ou indiretamente, do mercado externo, explica-se a importância que era conferida às condições necessárias à manutenção deste modelo produtivo.

Deste modo, paralelamente à construção e manutenção de estradas e portos visando o escoamento do que era produzido, fez-se indispensável o cuidado com a salubridade das condições gerais de vida e dos locais de trabalho dos trabalhadores, que passaram de escravos à condição de assalariados. Exigia-se, acima de tudo, o saneamento dos espaços onde circulavam as mercadorias e a erradicação dos agravos que pudessem comprometer a exportação dos produtos agrícolas e a conseqüente entrada de divisas no país.

É assim, sob a necessidade de assegurar-se a expansão da atividade econômica, sob forte influência da “medicina científica” e do paradigma pasteuriano, que foram importadas e desenvolvidas no país técnicas de controle das chamadas doenças pestilenciais. Oswaldo Cruz, diretor do Instituto Soroterápico de Manguinhos e, posteriormente chefe dos serviços sanitários, inicia o chamado “combate científico” à Febre Amarela urbana.

No plano da prevenção, as iniciativas se caracterizam pela marcante influência da medicina científica, pelo seu caráter massivo e pela centralização do processo decisório. É o momento em que são instituídos os primeiros mecanismos de notificação compulsória de doenças – Cólera, Febre Amarela, Peste, Varíola, Difteria, Tifo, Febre Tifóide, Tuberculose e Lepra – os serviços de verificação de óbitos, instituído o isolamento dos doentes, a desinfecção dos domicílios e as campanhas de imunização em massa voltadas particularmente para a população citadina. Estas últimas, pelo caráter inusitado e impositivo com que foram tomadas, tornaram-se objeto de violenta rejeição por parte da sociedade, tendo resultado em 1904 na insurreição que entrou para a história sob a denominação de *Revolta da Vacina*<sup>41</sup>.

A organização institucional segue a primeira constituição republicana, que deixava aos

---

<sup>41</sup> SEVCENKO, 1984, 93 pp.



municípios os serviços de higiene e assistência pública, encarregados das funções de saúde pública e de assistência social. À União cabia ainda a estruturação dos serviços marítimos e terrestres, sob a égide da Diretoria Geral da Saúde Pública, com a responsabilidade de estudar as doenças, implantar medidas profiláticas, fiscalizar o exercício dos profissionais da saúde e manter o serviço sanitário marítimo dos portos, o que configurava uma situação de indefinição de atribuições e áreas de atuação, criando margem para uma pouco racional superposição institucional e dualidade administrativa<sup>42</sup>.

*Período compreendido entre 1920 e 1980:* neste período, o perfil mórbido da população brasileira já encontrava-se marcadamente caracterizado pela emergência dos agravos crônico-degenerativos como problema de saúde pública, que são intimamente relacionados à modernidade e ao modo de vida urbano das sociedades industrializadas. O que particulariza este fenômeno no Brasil, a exemplo de outros países ditos de industrialização tardia, é que o mesmo ocorreu sem que tenha havido, todavia, o controle das doenças infecto-contagiosas, cuja característica maior é a presença nos locais em que persistem o atraso e precárias condições de vida, com destaque para a inexistência de saneamento básico e condições nutricionais inadequadas. Assim, tem-se uma situação em que não houve uma “transição” de um padrão epidemiológico para outro. Houve uma “justaposição” do padrão epidemiológico das sociedades industrializadas, representado pelas doenças crônico-degenerativas, ao padrão epidemiológico existente, já que as doenças infecciosas e parasitárias persistem como problema até hoje não resolvido.

No que concerne à organização dos serviços assistenciais coletivos, na década de vinte, a Reforma Carlos Chagas, sob a influência do modelo denominado de “sanitarismo campanhista”<sup>43</sup>, imprime um caráter acentuadamente verticalizado, autoritário e repressivo, de inspiração militar, voltado para a expansão dos serviços, de modo a abranger parcelas crescentes do território nacional. É o momento da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, vinculado ao Ministério da Justiça até 1930, quando passa ao Ministério da Educação. Suas atribuições compreendiam as ações de saneamento urbano e rural, a propaganda sanitária, os serviços de higiene infantil, a higiene industrial e profissional, a supervisão dos hospitais públicos federais e a fiscalização dos demais, além do combate das endemias

---

<sup>42</sup> SINGER, 1978, pp. 105 – 111.

<sup>43</sup> CHIORO, 1998, n.p.

e epidemias rurais<sup>44</sup>.

Em 1942 é criado, em decorrência de acordo existente entre os governos brasileiro e americano visando a proteção da saúde dos seringueiros e o combate à malária, o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. Note-se que existia à época, por parte das forças aliadas que combatiam na IIª Guerra, todo um interesse estratégico na produção da borracha e extração do manganês amazônicos, motivo pelo qual justifica-se o empenho e a injeção de recursos visando a criação deste serviço. Entretanto, com o decorrer dos anos, os serviços foram sendo ampliados tanto quantitativa como qualitativamente e suas unidades sanitárias demonstraram constituir-se numa possibilidade de acesso aos serviços de saúde para as populações residentes nas regiões Norte e Nordeste, em áreas até então desprovidas de qualquer assistência.

Em 1960, extinto o acordo, é criada a Fundação SESP, vinculada ao Ministério da Saúde e em 1969 são redefinidas suas funções, que passam a ser as de promoção de programas de saúde e saneamento, treinamento de pessoal técnico e auxiliar, além da realização de estudos e pesquisas<sup>45</sup>.

Com a criação, em 1953, do Ministério da Saúde, este passa a assumir as responsabilidades que até então pertenciam ao Departamento Nacional de Saúde: normatização e execução de ações de saúde, investigação científica, formação e aperfeiçoamento de recursos humanos, além do controle do SESP. Compartilham as responsabilidades com a saúde, executando ações e disputando os recursos do setor, órgãos dos Ministérios do Trabalho e do Ministério da Viação, além das Secretarias de Saúde existentes nos estados e municípios. Com a Reforma Administrativa realizada em 1967, a competência do Ministério da Saúde foi redefinida, consistindo, doravante, na formulação da Política Nacional de Saúde, atividades relacionadas à prevenção e promoção da saúde, além de pesquisas médico-sanitárias.

Em 1968 é instituído o “Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde”. De acordo com Singer<sup>46</sup>, trata-se, do ponto de vista da história sanitária do país, de um momento importante: nele inaugura-se a, ulteriormente tão combatida, dicotomia

---

<sup>44</sup> SINGER, 1978, p. 126.

<sup>45</sup> *Idem*, pp. 130 – 131.

<sup>46</sup> *Idem*, p. 133.

entre saúde coletiva e saúde individual. Além disso, explicita a disposição governamental de contratar, com entidades privadas, as ações de assistência individual, deixando para o Ministério da Saúde as medidas de caráter coletivo. Agindo assim, o Estado brasileiro adota, concretamente, o modo capitalista de produção de serviços médicos, colocando-se na condição de comprador dos fornecedores privados de serviços de saúde. Começa a tomar forma um novo modelo, que doravante será considerado como o detentor da hegemonia na atenção à saúde: o chamado *modelo médico-assistencial privatista*.

No que concerne à assistência individual, é importante destacar que, desde as primeiras décadas do século, a população continuava a oscilar entre a desassistência, a dependência do recurso às obras de caridade, que prestavam auxílio aos indigentes e pobres e, para os abastados, a compra de serviços privados, oferecidos pelos profissionais liberais aos que possuíam meios de pagamento. Neste sentido, uma iniciativa governamental relevante é a criação, em 1923, através da Lei Eloy Chaves, das Caixas de Aposentadoria e Pensões - CAPs. Estas eram financiadas por empregados e empregadores e beneficiavam as categorias profissionais – urbanas – afiliadas, assegurando assistência médica e medicamentos a preços especiais, sendo considerada como a primeira medida de proteção previdenciária do Estado brasileiro.

Com o advento do Estado Novo, o governo substitui as CAPs pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão, os IAPs, caracterizados por estarem estruturados por categorias profissionais e não por empresas e serem financiados tanto pelos empregadores e empregados, quanto pelo Estado. Passa-se, seguindo uma lógica de contenção de gastos, a um regime de capitalização, perdendo a prestação da assistência médica o caráter central e obrigatório que gozava nas CAPs, justamente no momento em que aumentava, junto com a industrialização e a urbanização, a demanda por este tipo de cobertura. Observe-se que, do ponto de vista assistencial, os IAPs caracterizam-se também pela ênfase concedida à assistência hospitalar<sup>47</sup>.

Posteriormente esta proteção ampliou-se e uniformizou-se, com a aprovação em 1960 da

---

<sup>47</sup> Chioro<sup>47</sup> destaca que “a grande maioria dos hospitais públicos brasileiros foram construídos neste período. Concomitantemente, cada vez mais adotava-se o modelo de saúde americano, incorporando-se indiscriminadamente tecnologia numa visão hospitalocêntrica e, naturalmente, de alto custo, favorecendo o fortalecimento da indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares” [CHIORO, 1988, n.p.].

Lei Orgânica da Previdência e a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural - FUNRURAL, em 1963.

O regime militar instaurado em 1964 inaugura uma fase caracterizada pelo aumento do papel regulador do Estado, ao tempo em que os representantes dos trabalhadores são excluídos do controle da Previdência Social. É deste período a criação, em 1966, do Instituto Nacional da Previdência Social, INPS, que reunindo num só órgão todos os IAPs, permitiu “a extensão de cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural; o privilegiamento da prática curativa e individual, em detrimento das ações de saúde pública; a criação no país do complexo médico-industrial; e a organização do sistema de saúde voltado para o lucro e para o privilegiamento dos produtores privados de serviços de saúde”<sup>48</sup>, elementos que consolidaram o modelo *médico-assistencial privatista* no país.

Entre 1974 e 1979, instala-se o que Oliveira sintetiza como um “período de crise e reformas” e Chioro<sup>49</sup> ilustra como um momento em que: “ao mesmo tempo em que se ampliava a cobertura, desnudava-se o caráter discriminatório da Política de Saúde, pois eram cada vez mais nítidas as desigualdades quanto ao acesso, a qualidade e quantidade dos serviços destinados à população urbana e rural, e entre as diferentes clientela dentro de cada uma destas. Surgem, também, diferentes formas de contratação do setor privado”.

É esta a situação resultante do modelo que vinha sendo adotado, amplamente favorecedor de fraudes e corrupção, que torna imperativa a necessidade de adoção de medidas legais e administrativas. Destaca-se, dentre elas, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1974, que de acordo com a tendência centralizadora do momento, congrega sob o mesmo comando as autarquias: Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, o FUNRURAL e o IPASE; a CEME, como órgão autônomo; e a LBA e a FUNABEM como fundações de assistência social.

Doravante, cristalizam-se os campos de atuação do Ministério da Saúde, voltado para as ações de interesse coletivo, e do Ministério da Previdência e Assistência Social, voltado para o atendimento médico-assistencial individualizado. É revelador desta tendência o fato de que, neste mesmo ano, o Conselho de Desenvolvimento Social decide que a assistência

---

<sup>48</sup> *Ibidem.*

<sup>49</sup> OLIVEIRA, 1986, pp. 235 – 241; CHIORO, 1998, n.p.

médica da Previdência não mais estará subordinada à Política Nacional de Saúde, o que na prática representa sua autonomização em relação às deliberações emanadas do órgão encarregado de decidir os rumos da saúde no país que era o Ministério da Saúde.

No sentido de promover a ampliação da cobertura aos não-segurados da previdência e desburocratizar o atendimento às emergências, é implantado em 1974 o Plano de Pronta Ação – PPA, que multiplicou os contratos de assistência com serviços privados, remunerando inclusive hospitais públicos e universitários, através do protocolo MEC-INPS.

Entretanto, se por um lado o PPA prestou-se à resolução do problema dos óbitos ocorridos por falta de atendimento, por outro, inviabilizou o controle das despesas por parte do INPS, que a esta altura, joga um papel fundamental no processo de lucro e acumulação do setor ambulatorial conveniado<sup>50</sup>. Além disso, o governo também assegura um tipo de financiamento especial voltado para a expansão da rede hospitalar privada, lançando mão de subsídios e recursos previdenciários, através do Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social, o FAS.

Em 1975, com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, surge a Lei 6229 que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde e mantém a segmentação dos serviços e ações, bem como a fragmentação dos recursos e responsabilidades em cinco ministérios distintos – Saúde; Previdência e Assistência Social; Educação e Cultura; Interior; e Trabalho, além dos estados e municípios. Com a intermediação da Previdência Social, estabelece-se que as ações preventivas, não-rentáveis, serão de cunho estatal, enquanto a atenção médica que, à época, já demonstrava seu potencial de rentabilidade, competiria à iniciativa privada.

Seguindo a dicotomia que emana do poder central, lança-se em 1979, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, que possibilitou a implantação de centros e postos de saúde pública, oferecendo um tipo de medicina simplificada e criando uma rede de atenção básica em áreas até então completamente desassistidas, em particular na região Nordeste do país.

No âmbito assistencial previdenciário, as reformas prosseguem, com a adoção de medidas

---

<sup>50</sup> OLIVEIRA, 1986, p. 251.

voltadas para a criação de mecanismos de controle do setor contratado, ampliação do setor conveniado, além da normatização e criação de novos mecanismos institucionais, dos quais destacam-se<sup>51</sup>:

- O SINPAS: com a finalidade de conceder e manter benefícios e prestação de serviços, custear atividades e programas, além da gestão administrativa, financeira e patrimonial, é instituído, na condição de subordinado ao MPAS, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, e integrado pelas seguintes entidades: o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, a quem compete a concessão de benefícios; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, que deve prestar assistência social à população carente; a Fundação da Legião Brasileira de Assistência – LBA; Fundação Nacional do Bem-estar do Menor – FUNABEM; a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV; o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – IAPAS, encarregado de toda a administração financeira do sistema; e a Central de Medicamentos – CEME, como órgão autônomo da estrutura do MPAS.
- A DATAPREV: a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social é criada com o objetivo de dificultar a apropriação indevida dos recursos públicos destinados à saúde pelos produtores privados que, à época, recebiam por unidades de serviços prestados. Não tendo logrado o controle efetivo das fraudes, pois não tinha ingerência sobre as regras de contratação e remuneração dos serviços, conseguiu oferecer elementos que permitiram à população e ao governo ter uma aproximação da dimensão alcançada pelos desvios operados com estes recursos.

Apesar das tentativas de reformulação anteriormente descritas, a década de oitenta inicia-se sob forte crise estrutural do sistema de saúde previdenciário, com destaque para os seguintes elementos: o surgimento de propostas alternativas ao privilegiamento dos produtores privados; a eclosão de movimentos grevistas dos profissionais de saúde que, assumindo um posicionamento político frente à lógica do sistema, conseguem a adesão dos setores sociais comprometidos com a causa; a ampliação do debate em torno da problemática, tornando-a questão nacional; além disso, multiplicam-se os conflitos causados pelo bloqueio das pro-

---

<sup>51</sup> *Idem*, p. 257.

postas que pudessem vir a contrariar os interesses capitalistas envolvidos<sup>52</sup>.

Contextualmente, assume relevância o fato de que o país atravessava à época um momento de redemocratização, onde questões até então dissimuladas pelo regime de exceção, como a necessidade de atenção às populações periféricas, e outros focos de tensão social, passaram a ter uma maior visibilidade social. Por outro lado, este mesmo momento permitia que, a partir do aparelho do Estado, fossem veiculadas propostas técnicas, visando a reformulação do modelo que vinha sendo adotado nos últimos anos. É a partir desta possibilidade que, criado um grupo de trabalho composto por técnicos do MPAS e do Ministério da Saúde, formula-se, no início dos anos oitenta, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o PREV-SAÚDE, onde além da reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, também são contempladas medidas voltadas para as áreas de saneamento e habitação. Elaborado sob influência da doutrina da Atenção Primária em Saúde e da necessidade da participação comunitária como estratégias para elevação dos níveis de saúde, amplamente difundidas pela Organização Mundial da Saúde, o PREV-SAÚDE apresenta os seguintes pressupostos básicos<sup>53</sup>:

- Hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, de modo que os serviços de atenção primária se constituíssem na porta de entrada do sistema;
- Universalização dos cuidados primários, assegurando-os para toda a população residente no país;
- Participação comunitária;
- Utilização de técnicas simplificadas e ênfase em recursos humanos auxiliares, como forma de ampliar os recursos disponíveis e/ou adequar o programa às necessidades da população;
- Integração e articulação dos serviços existentes em cada nível de complexidade, independente do fato de serem públicos ou privados;
- Regionalização do atendimento por áreas e populações definidas, configurando-se no método da adscrição de clientela.

---

<sup>52</sup> *Idem*, p. 270.

<sup>53</sup> *Idem*, p. 271.

O projeto foi amplamente criticado, considerado ora estatizante, ora racionalizador, ora tecnocrático-autoritário, fato que provocou sua alteração para uma segunda versão, substancialmente diferente da que havia sido originalmente lançada. O fato é que este embate, mesmo tendo abortado a iniciativa de reformulação do sistema sob uma nova filosofia, ao tempo em que permitiu a radicalização do posicionamento de alguns setores, veio contribuir para a consolidação e definição das bases político-ideológicas de um movimento que se gestava desde a década anterior, mas que até então não assumira os contornos que a crise e o momento exigiam. Este movimento, denominado de *Movimento Sanitário*, e as estratégias que propõe para a reforma do setor saúde serão melhor analisados nos tópicos seguintes.

Destaque-se que o PREV-SAÚDE foi sucedido por iniciativas tidas, acima de tudo, como racionalizadoras e responsáveis pela manutenção da saúde previdenciária. Um exemplo clássico é a instalação, através do Decreto nº 86.329, de 02/09/81, do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária, o CONASP, que faculta ao INAMPS o poder de controlar e normatizar a atenção médica, através da criação de normas consideradas mais adequadas para a prestação de serviços de assistência e propor medidas de avaliação e controle do sistema. Em 1983, o CONASP encaminhou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, que contemplava os seguintes objetivos<sup>54</sup>:

- Melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à população, pelo INAMPS, direta ou indiretamente;
- Cobertura assistencial, em igualdade de condições, a toda a população rural e urbana;
- Planejamento da assistência à saúde, de acordo com parâmetros assistenciais aceitáveis, respeitadas as disponibilidades orçamentárias do INAMPS e das demais instituições envolvidas no processo;
- Aumento da produtividade dos recursos da Previdência Social aplicados em saúde, com racionalização das formas de prestação dos serviços.

Como inovação, propõe “a regionalização progressiva do sistema de saúde, planejado e

---

<sup>54</sup> MPAS, 1983, p. 24.



coordenado a nível estadual por uma comissão paritária MPAS/MS/Secretaria Estadual de Saúde, sob direção do Secretário de Saúde e, quando viável, com a participação de outros órgãos e entidades representativas da Sociedade, de caráter científico, comunitário e de classe”<sup>55</sup>. Entretanto, para Chioro<sup>56</sup>, diante do que havia sido proposto, os resultados obtidos são limitados: fim do pagamento por Unidades de Serviço, as US, disciplinamento dos serviços e a diminuição das internações hospitalares.

Em seguida, é lançado o Programa das Ações Integradas de Saúde, PAIS, que logo passou a denominar-se AIS. A partir de então, as Secretarias Estaduais e Municipais passaram a receber 5% do orçamento do INAMPS, posto que assumiram a condição de prestadores de atenção médica, a exemplo do que ocorria com as entidades privadas. A discussão colegiada foi contemplada com a criação das Comissões Interinstitucionais de Saúde, na esfera federal – CIPLAN; estadual – CIS; regional – CRIS; municipal – CIMS; e local – CIL, embriões do que viriam a se constituir os atuais Conselhos de Saúde.

As AIS permaneceram em vigor até julho de 1987, quando foi proposta, já como formulação do Programa de Governo da Nova República, a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS. Estava em pleno curso um processo que, apesar de promovido pelo INAMPS, previa a efetivação de convênios com estados e municípios, visando a descentralização das ações. Isto implicou num incremento dos gastos públicos com saúde, contemplando, de modo inédito, inclusive os atos de prevenção.

O SUDS assumiu os princípios de universalização, integralidade, regionalização, hierarquização, descentralização e democratização das instâncias gestoras propostos pela Reforma Sanitária, resultando que, em 1987, 2.500 municípios encontravam-se inseridos no sistema, o que correspondia à uma cobertura de 70% da população. Resultaram deste momento o planejamento descentralizado e integrado, através da Programação Orçamentária Integrada, a POI; o financiamento de ações preventivas; e a viabilização da participação da sociedade no sistema, através da CIS, CRIS, CIMS e CLIS.

Em 1988, período em que a Nova República instalava a Assembléia Nacional Constituinte, ganha força, inclusive no discurso oficial, a idéia da saúde como direito universal e do de-

---

<sup>55</sup> *Idem*, p. 25.

<sup>56</sup> CHIORO, 1998, n.p.

ver do Estado em assegurá-la. É o momento em que se promove intensa descentralização para estados e municípios, com reflexos na política institucional adotada pelo INAMPS, através do fortalecimento do setor público e enfraquecimento do setor privado. São modificações que provocarão reações de setores contrários, entre elas a substituição do comando do INAMPS, o que resultará num esfriamento do processo, sem que, no entanto se efetue a reversão dos avanços obtidos. Estes, ao contrário, serão reafirmados pela sociedade na VIIIª Conferência Nacional de Saúde.

## 2.2 OUTROS ATORES DIVIDEM A CENA: O MOVIMENTO SANITÁRIO E A PROPOSTA DA REFORMA SANITÁRIA

Como já descrito, a década de setenta deixou para a sociedade brasileira, dentre outros legados, um sistema de saúde embasado na tríade<sup>57</sup>: o Estado como o grande financiador da saúde, através da Previdência social; um setor privado nacional, que se constituía no prestador privilegiado dos serviços de atenção médica; e o setor privado internacional, que produzia os equipamentos biomédicos e medicamentos demandados pelo sistema. São elementos que configuram o modelo denominado de *médico-assistencial privatista*, cuja adoção é tida como principal determinante dos problemas identificados no setor, no qual destacavam-se os escandalosos desvios de recursos, a exclusão praticada contra amplos setores da população e os altos custos aliados à baixa eficácia na resolução dos problemas de saúde.

Esta problemática, pelas dimensões que tomou, suscitou reações por parte de diversos atores sociais que, detentores de diferentes formulações teóricas, lutas políticas e experiências, aglutinando-se em torno de um projeto comum, evoluíram para uma proposta concreta de reformulação do sistema de saúde.

A literatura é rica em definições que buscam captar a essência deste movimento<sup>58</sup>. Destaca-se a formulação proposta por Vaitsman<sup>59</sup>, que define-o como aquele que “reúne intelectuais, profissionais da área de saúde, organizações e associações, tendo como referencial ético a saúde como valor universal, o que só poderá ser concretizado através da reformulação

---

<sup>57</sup> CHIORO, 1998, n.p.

<sup>58</sup> ESCOREL, 1988, p. 51.

<sup>59</sup> VAITSMAN, 1995, p.153.

do sistema, para atingir a universalização e a equidade. Para tanto, o movimento apresenta um conjunto de propostas políticas e técnicas que se consubstanciam enquanto uma '*Reforma Sanitária*'."

Ressalte-se no entanto que, apesar das múltiplas formas utilizadas para apreendê-lo, dois elementos encontram-se necessariamente presentes na sua caracterização:

- Movimento de profissionais da saúde, com um referencial médico-social;
- A causa maior abraçada sendo a transformação do setor saúde no Brasil através de uma Reforma Sanitária.

Caracteriza-se ainda pela notória adesão que consegue, proveniente de órgãos de base, partidos de esquerda, além de organizações e entidades que lutavam por mudanças estruturais da sociedade, como as que abaixo se seguem. Destaque-se que os diferentes matizes ideológicos reunidos, se por um lado motivam conflitos de ordem interna, o que lhe confere uma certa instabilidade, por outro, contribuem para a ampliação da base social e política do movimento:

- No meio sindical: CUT, CGT, FETAG, Sindicatos Médicos e outros movimentos de trabalhadores da saúde;
- Entidades representativas dos gestores municipais, os COSEMS e o CONASEMS, e estaduais, o CONASS; grupo formado por parlamentares do chamado bloco "progressista", especialmente os do então Partido Comunista Brasileiro, que defendiam as propostas do movimento nas Comissões de Saúde, distribuídas nas três esferas de poder.
- Na esfera acadêmica: os Departamentos de Medicina Preventiva e Social de universidades localizadas especialmente no centro-sul do país; a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO; a Associação Brasileira de Escolas Médicas – ABEM; o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES, órgão de difusão das idéias do movimento e de articulação dos profissionais de saúde com outros movimentos sociais; a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC; a Associação Nacional de Médicos Residentes, ANMR; além do movimento estudantil setorial, através dos Encontros Científicos de Estudantes de

Medicina – ECEMs e Semanas de Estudos em Saúde Comunitária – SESACs.

- Setores organizados da sociedade civil: Associações de Moradores; Movimento Popular de Saúde – MOPS, que congregava militantes de partidos de esquerda e vinculava-se às comunidades eclesiais de base da Igreja Católica, e posteriormente às Pastorais de saúde, da mulher, etc.

Apesar da mobilização obtida em torno das causas que defendia durante quase uma década, do fato de muitos de seus representantes estarem ocupando cargos técnicos e políticos importantes após as eleições de 1982, conduzindo, em muitos casos experiências exitosas e realizando importantes transformações intra-institucionais, considera-se que o Movimento Sanitário passa a ganhar a visibilidade que buscava apenas após a realização da VIIIª Conferência Nacional de Saúde.

### **2.3 A VIIIª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

Entre 17 e 21 de março de 1986 é realizada em Brasília a VIIIª Conferência Nacional de Saúde – VIIIª CNS, tendo como tema central *Democracia é saúde*, e sub-temas *Saúde como direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor*.

Quarenta e cinco anos após a realização da primeira CNS, e contrastando com as sete que lhe antecederam, a “oitava”, como ficou conhecida, transformou-se num grande evento democrático e participativo. Também contrariamente às CNS precedentes, não houve desta vez um documento-base, apresentado pelo Ministério da Saúde, que seria seguido. Houve, em substituição, um amplo processo de discussão, realizado nas pré-conferências preparatórias estaduais e municipais.

Dela participaram mais de 4000 pessoas, dentre as quais 1000 delegados, representantes de usuários, trabalhadores da saúde, partidos políticos, órgãos de governo, entidades acadêmicas, parlamentares, organizações não-governamentais, enfim, todos os setores envolvidos com o debate, concretizado através de textos produzidos para o evento, mesas-redondas, trabalhos de grupo e respectivos relatórios.

Tendo logrado aglutinar um grande número de participantes de todos os estados da federação e assegurado uma representatividade setorial até então inédita no país, foi justificada-

mente considerado como o mais “amplo e democrático debate sobre a questão saúde jamais acontecido no Brasil.”<sup>60</sup>

Ao término do evento, seu Relatório Final, aprovado em reunião plenária, foi o consolidado das discussões realizadas em 135 grupos de trabalho, donde 38 deles eram compostos por delegados e 75 por participantes. Observe-se que, apesar da multiplicidade de participantes, foi obtido um elevado grau de consenso, o que permitiu que fosse mantida a unidade no encaminhamento das grandes questões, sendo preservada, não obstante, a diversidade de propostas quanto às formas de implantação propostas<sup>61</sup>.

Sinteticamente, três aspectos assumem a centralidade do documento final:

- Ampliação do “conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária”<sup>62</sup>;
- A saúde como direito de cidadania, sem qualquer discriminação, e como dever do Estado, isto é, do poder público;
- A necessidade da instituição de um Sistema Único de Saúde, de caráter público, regionalizado, hierarquizado e descentralizado, com direção única em cada esfera de governo e sob controle da sociedade. Isto implicaria na construção de um arcabouço institucional próprio, capaz de reordenar os serviços e ações propostos.

Como desdobramento da VIIIª CNS foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, CNRS, com a finalidade de, junto ao Poder Executivo, interceder na implementação do SUDS e, junto ao Poder Legislativo, acompanhar os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte como forma de influenciar na elaboração da nova constituição brasileira.

Apesar da pressão exercida por grupos contrários ao projeto, outros atores sociais haviam que, se não conseguiram implantar tudo o que vinha sendo proposto, defenderam e fizeram aprovar na carta constitucional os conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da assistência à saúde no país. Deste modo, as articulações então estabelecidas resultaram

---

<sup>60</sup> ESCOREL, 1988, p. 51.

<sup>61</sup> BRASIL, 1986, n.p.

<sup>62</sup> *Ibidem*.

num texto que, no que se refere à política de saúde goza de elevada reputação internacional, sendo tido como referência em termos de base jurídico-constitucional.

Foram aprovados e encontram-se presentes nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 os seguintes aspectos<sup>63</sup>:

- O conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais;
- A saúde como direito social universal, derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário;
- A caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública;
- A criação de um Sistema Único de Saúde, descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, capaz de assegurar atendimento integral e participação da comunidade;
- A integração da saúde à seguridade social.

Em seguida, foram instaladas as Constituições Estaduais e criadas as Leis Orgânicas dos Municípios, redefinindo o papel destes níveis frente ao SUS. Nesta etapa, busca-se obedecer ao mesmo processo de envolvimento da sociedade e a pactuação entre os diferentes atores, obtida por ocasião da Assembléia Nacional Constituinte.

Em 1990, com o fim de regulamentar o capítulo da saúde na Constituição, foram elaboradas as Leis Orgânicas da Saúde, a 8080 e a 8142, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços de saúde.

#### **2.4 AS LEIS 8080, 8142 E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Considerando-se o forte poder de pressão dos grupos que vinham sendo beneficiados pelo modelo implantado e que se fizeram representar na Assembléia Constituinte pelo grupo de parlamentares que constituíram o chamado “*Centrão*”, há que se reconhecer que as propostas levadas pelos parlamentares compromissados com a Reforma Sanitária obtiveram

---

<sup>63</sup> CHIORO, 1998, n.p.

significativas vitórias.

De fato, do ponto de vista de conquista formal de direitos, o salto foi considerável. A Lei 8142, de 28/12/90, resgata a proposta de regulamentação da participação social, assegurando o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde e das transferências intergovernamentais dos recursos financeiros destinados à saúde.

A Lei 8080, de 19/09/90 sintetiza três dos princípios que, como destacado, desde a década de setenta se encontravam na agenda dos movimentos de luta pela saúde:

1. *Universalidade*: expressão da noção de direito social universal, o acesso universal passa a ser entendido, do ponto de vista legal, como um atributo de cidadania, um direito social e historicamente construído, e não uma concessão, quebrando com o veto formal imposto a extensos setores da população ao usufruto do sistema de saúde. Rompe ainda com algumas idéias expressas nas teorias liberais, como a de que o Estado deve financiar para os pobres apenas um conjunto de serviços básicos, conhecido como *cesta básica* ou como as cobranças diretas de serviços públicos, conforme propostas apresentadas pelo Banco Mundial para os países em desenvolvimento<sup>64</sup>.

Analisando o processo, Favaret Filho concorda com a idéia já expressa de que esta proposição carrega consigo um nítido caráter de redistribuição, pois transfere recursos de contribuintes para não-contribuintes e apesar de vir assumindo nas práticas cotidianas contornos um tanto distintos do proposto – um processo de universalização muito mais ‘residual’ que ‘universal’<sup>65</sup> – apresenta o mérito de ter conseguido romper com a exigência contributiva para o acesso aos serviços de saúde, posto que, uma vez garantido no texto constitucional, rapidamente foi regulamentado. Em consequência, o acesso de clientela não-previdenciárias tornou-se a prática corrente nos serviços conveniados ou junto aos hospitais e ambulatórios da rede do ex-INAMPS.

2. *Descentralização, com controle social*: implica, por um lado, perda de poder político por parte do nível central e, por outro, passagem de responsabilidades e des-

---

<sup>64</sup> TRAVASSOS, 1997, p. 327; BANCO MUNDIAL *apud* CAMPINO, 1995, pp. 234 – 242; VIANNA, 1994, p. 13.

<sup>65</sup> FAVERET FILHO, 1990, p. 140; TEIXEIRA, 1995a, p. 250.

pesas para estados e municípios, tomando corpo através da implantação e funcionamento dos fundos municipais e estaduais, submetidos ao controle dos Conselhos, que possuem caráter deliberativo, e as Conferências de Saúde, que se realizam a cada quatro anos, com caráter propositivo. A implantação formal dos Conselhos de Saúde foi colocada, a partir da Norma Operacional Básica 01/93, como exigência para que os estados e municípios possam receber as transferências de recursos financeiros do setor, o que explica a não-oposição e até o interesse por parte dos gestores em fazê-lo. Entretanto, o mesmo não pode ser dito em relação ao efetivo funcionamento destas instâncias, em particular dos Conselhos, ou seja, de atuarem conforme estabelecido na Constituição Federal: é o momento em que entram em jogo outras variáveis, que definirão como se dará a redistribuição do poder decisório, sendo importantes a correlação de forças local, a posição política dos gestores e a adesão ao projeto dos atores sociais que podem interferir na sua implantação, o que reflete o grau de maturidade política da população, que por sua vez resulta do seu poder organizativo, do conhecimento e da informação que detêm a respeito deste processo de construção dos direitos em saúde<sup>66</sup>. Daí decorre que o caráter efetivamente deliberativo e controlador dos Conselhos, estreitamente associado ao deslocamento do poder de decisão da órbita exclusiva do Estado para a relação Estado/sociedade, varia enormemente de um lugar a outro, já que por vezes dão-se verdadeiros ‘choques’ entre propostas que, levadas por um ou outro grupo mais avançado, quando introduzidas no seio de sociedades submetidas a longos períodos de alijamento de poder decisório e desacostumadas a serem agentes políticos no jogo democrático, não obtêm o eco que poder-se-ia esperar. Tratam-se, no entanto de dificuldades processuais, não impeditivas de que sejam consideradas como instâncias que representam inegável avanço no processo de democratização do Estado: permitem o surgimento de novos atores no processo; demonstram a compatibilidade entre democracia direta e indireta, além de consistirem em importante elemento de aprendizagem do exercício da cidadania<sup>67</sup>.

Por outro lado, tais avanços não impedem a convivência com alguns riscos: concentração do poder nas mãos do titular da pasta da saúde que, em boa parte dos

---

<sup>66</sup> BOSI, 1998, p. 356; GAWRYSZEWSKI, 1993, pp. 213 – 214; FIGUEIREDO, 1996, pp. 99 – 100.

<sup>67</sup> COHN, 1998, p. 114; DALLARI *et al.*, 1996, p. 531.



casos é, a um só tempo, presidente do Conselho, controlador do Fundo Municipal de Saúde e gestor municipal; tendência à burocratização, tanto do processo quanto da dinâmica de participação nessas instâncias, que se verifica nas agendas que obedecem muito mais à uma racionalidade administrativa que política; controle desigual sobre as informações e predominância de questões relativas ao financiamento, resultante da conjuntura econômica desfavorável às políticas sociais no decorrer da última década<sup>68</sup>.

Empiricamente, os resultados de pesquisa realizada no ano de 1993 demonstram que 36% dos 3.376 municípios consultados não haviam, à época, implementado seus Conselhos de Saúde, apesar destes encontrarem-se implantados formalmente em 93% destes. Numa análise um pouco mais refinada esta porcentagem sobe para 63% nos municípios de até dois mil habitantes, decrescendo porém até 4% naqueles cuja população varia entre duzentos e quinhentos mil habitantes. Aceitasse, então, a idéia de que a proposta favorece aos municípios que possuem maior contingente populacional, o que, no Brasil, implica melhor nível de desenvolvimento social e econômico. Pode-se inferir ainda que o mesmo princípio ocorre para as demais exigências feitas para a habilitação dos municípios pela esfera federal, vislumbrando-se, deste modo, um aumento das disparidades existentes entre os municípios de distinto porte populacional<sup>69</sup>.

3. *Eqüidade*: como já referido, o princípio da eqüidade, pelo seu caráter redistributivo, assume uma posição de centralidade neste processo. A proposta, em sua essência, consiste em construir estruturas de atenção à saúde capazes de dispensar cuidados segundo as necessidades dos indivíduos, independente de sua inserção no sistema produtivo. O critério que deverá guiar a organização do SUS deverá ser o de melhor se adequar às diferentes necessidades e problemas, de acordo com uma visão ampliada do processo de determinação social da saúde e da doença, oferecendo mais a quem a quem mais precisa, a quem se encontra mais exposto aos riscos de adoecer e morrer. Entende-se que um modelo assim balizado contribua para reduzir os efeitos das desigualdades e exclusão engendradas pelo sistema de produção de riquezas e não para reforçá-las, como atualmente ainda ocorre.

---

<sup>68</sup> COHN, 1998, pp. 112 – 113.

<sup>69</sup> PORTO, 1994, p. 52.

Não é o caso de tratar igualmente os desiguais, mas tratá-los desigualmente: o acesso aos serviços e ações deve ser assegurado a cada um conforme a gravidade do problema que apresenta e a magnitude do risco a que se encontra exposto. Em síntese, em conformidade com este princípio, não há razões para que o SUS ofereça todos os serviços em todos os lugares, sendo o acesso que deve ser assegurado.

A complexidade da situação reside no fato de que uma proposta de implantação de um sistema como o SUS implica em construir, segundo esta concepção e a exemplo do que tem feito a social-democracia européia, um modelo de Estado que reconhece o caráter excludente do sistema capitalista e que procura interferir nas desigualdades por ele engendradas, numa perspectiva transformadora, através de práticas democráticas estreitamente vinculadas ao exercício da cidadania.

No plano operativo, a atuação de um modelo de Estado, conforme o acima disposto, no setor saúde tem ocorrido, além do âmbito político tradicional, através de intervenções por meio da implantação de políticas sociais, também num aspecto que compreende a formulação de novos *modelos tecno-assistenciais*. Estes seriam mais adequados à teoria de *causação social* da doença, que entende o processo de adoecer e morrer como socialmente determinado e resultante das condições concretas de vida, destacando a relevância da identificação de atitudes, comportamentos e situações de risco individual e coletivo<sup>70</sup>.

Estes modelos tecno-assistenciais vieram a se constituir, inicialmente, na proposta de *Atenção Primária em Saúde*, consagrada na Conferência de Alma-Ata, evento promovido pela Organização Mundial de Saúde – OMS e realizado em 1977, momento no qual postulou-se o combate à dicotomia entre ações preventivas e curativas e foram propostas as bases de como deveriam ser compostos os sistemas de saúde regionalizados e hierarquizados, ou seja de acordo com sua complexidade e sob comando político único. Assume, em decorrência, papel estratégico, a noção de redes de serviços de saúde que contem com unidades *porta de entrada* e que possuam resolutividade crescente, em níveis de atenção classificados como primário, secundário e terciário. Este padrão posteriormente evoluiu para um tipo de enfoque mais populacional, baseado na multicausalidade das doenças, na impor-

---

<sup>70</sup> CECÍLIO, 1994, pp. 133 – 143; SEGRE, 1997, pp. 538 - 542.

tância do planejamento das ações e da identificação das necessidades, segundo critérios epidemiológicos, vindo a constituir-se na proposta de modelo ulteriormente denominado de “*Modelo de Vigilância à Saúde*”<sup>71</sup>.

No plano do financiamento, esta mudança passou a exigir algo que fosse compatível com o princípio de que “política que leva a sério as considerações acerca da equidade é que tem em conta o diferencial de necessidade na alocação de recursos financeiros e humanos para serviços e atividades que pretendam dar uma resposta à tal necessidade. Os mais desfavorecidos geralmente recebem uma atenção mínima; a equidade, que enfoca a chance de diferentes pessoas obterem iguais resultados (de saúde), demanda, ao contrário, que eles tenham maior e melhor atenção ...”<sup>72</sup>.

Além do exposto em termos conceituais e operativos, identifica-se ainda um elemento adicional, ao qual já nos referimos e que seria fundamental para o êxito de sistemas de seguridade social que guardem as características acima descritas: a existência de uma estreita relação entre a consolidação do processo democrático – com o fortalecimento do poder político-institucional, com ênfase, inclusive, na autonomia local, e da noção de cidadania que dele decorre – e o processo de implantação destas políticas.

Esta relação apresenta-se, no caso brasileiro, de forma particularmente complexa: se não fosse pelos traços herdados do período escravista e de dominação colonial, o seria pelos elevados, mesmo violentos, graus de segmentação, desigualdade e exclusão que persistem nesta sociedade<sup>73</sup>. De fato, nunca houve um sistema político que assegurasse o reconhecimento dos direitos de cidadania, em particular do direito qualificado como de bem-estar social, no qual se inscreve a política de saúde, fato que, forçosamente, produz reflexos no reconhecimento e usufruto destes direitos pelas camadas ‘*não-proprietárias*’ ou *despossuídas* da população, ou seja, os sem-trabalho, sem-terra, enfim, sem-bens – mesmo aqueles que são considerados “bens de consumo sociais”, como aposentadoria, saúde, educação – que a constituição lhes assegura, mas como relacionam-se à condição de cidadania e à percepção que dela têm, não se concretizarão, senão progressivamente, através da maturidade do embate das forças sociais em conflito.

---

<sup>71</sup> MERHY, 1993, p.181.

<sup>72</sup> DE KADT, 1993, pp. 28-29.

A realidade estaria, mais uma vez, negando a afirmação do liberalismo clássico de que a “igualdade de oportunidades é possível mediante a *igual* atribuição dos direitos fundamentais ...” já que esta não tem se demonstrado suficiente para tornar “acessível a quem é socialmente desfavorecido as oportunidades que gozam os indivíduos socialmente privilegiados”.<sup>74</sup>

Neste sentido, Cohn<sup>75</sup> identifica alguns obstáculos, presentes na atual conjuntura nacional, os quais, conforme assinalado acima, contrapõem-se à meta de enfrentamento da pobreza através de políticas redistributivas de renda e não apenas compensatórias das desigualdades sociais:

- o modelo de ajuste e estabilização econômica adotado, que reproduz a antinomia entre *desenvolvimento econômico e desenvolvimento social*, cuja alternativa seria o *desenvolvimento sustentável*. De fato, este modelo, alimenta a defasagem entre a taxa de crescimento e a possibilidade de criação de novos postos de trabalho, além de propor, como um dos seus elementos centrais a redução da dívida pública. Isto significa, em outras palavras, elevada possibilidade de malogro do proposto, associada à contenção de gastos sociais;
- as forças políticas que sustentam o governo central caracterizam-se por traços nitidamente conservadores e patrimonialistas;
- a elevada magnitude e complexidade que, no presente, caracterizam os problemas sociais, entre eles a pobreza e a desigualdade, fazendo necessário a formulação de um novo projeto para a sociedade, capaz de contemplar reformas sociais com a profundidade que a necessidade de buscar-se a superação da pobreza – não apenas seu alívio – e da injustiça social requerem.

Enfim, a complexidade da situação requer a elaboração de formulações compatíveis, sabendo-se que, para o bloco dos chamados “emergentes”, onde se inclui o Brasil, a implantação de medidas como as requeridas pelo SUS, pode implicar na necessidade da elaboração de um vasto projeto de engenharia social. Trata-se de um tipo de empreitada que, além de requerer tenacidade e o esforço comum como uma constante por um longo período,

---

<sup>73</sup> MINAYO, 1993, pp. 65 – 76; PRATA, 1994, p. 388.

<sup>74</sup> OPPENHEIM, 1997, p. 604.

<sup>75</sup> COHN, 1998, pp. 101 - 102

exige alta dose de decisão política.

---

## Conclusão

Nesta primeira parte do texto, foram abordados alguns autores cuja produção foi considerada relevante, no sentido de que têm contribuído para aprofundar o conhecimento acerca de questões relativas ao papel a ser desempenhado pelos Estados Nacionais na proteção à saúde dos cidadãos. Deste modo, julgou-se oportuno fazê-lo buscando estabelecer relações entre a definição destas políticas setoriais e princípios redistributivos tais como a equidade e a justiça social.

Na seqüência, realizou-se um breve resgate da história sanitária do país e de como o Estado brasileiro vem formulando suas políticas de intervenção, no sentido de dar respostas à problemática posta para o setor saúde. Isto implicou estruturar um relato que compreende desde a descrição de algumas medidas adotadas no período colonial até o processo de discussão e mobilização social que culminou, nas décadas de oitenta e noventa, com o advento das Leis Orgânicas da Saúde e a proposição de um Sistema Único de Saúde. Destaque-se que o período referente às cinco últimas décadas foi objeto de um detalhamento maior que os que lhe precederam.

Registre-se ainda que, neste trajeto, ocorreram algumas incursões a respeito das influências exercidas no âmbito extra-setorial, o que implicou na descrição acerca do envolvimento de atores e instituições capazes de interferir sobre o estado de saúde da população e com influência sobre as opções tomadas pelos responsáveis pela definição das políticas adotadas no setor. Todavia, considerando-se a necessidade de manter a adscrição ao recorte proposto na temática central desta dissertação, houve a preocupação em fazer com que o objeto da análise, também nesta parte, se ativesse especialmente ao aspecto político-institucional da questão abordada.

Do exposto, conclui-se que o Estado brasileiro tem, ao alterar radicalmente as políticas governamentais voltadas para o setor, tentado responder aos avanços dos movimentos sociais que se mobilizaram em torno das demandas de assistência à saúde. Entretanto, como resulta do embate destas mesmas forças sociais, o sistema de saúde atualmente adotado no

país, o SUS, possui a característica de ser, a exemplo das propostas que foram sendo lançadas ao longo da história, resultante de múltiplos determinantes políticos e sociais. O fato de ter sido definido juridicamente na Constituição Federal de 1988 não lhe retirou a característica de processo social em construção. Ao contrário, é permanente sua necessidade de elaboração e re-elaboração, contínua e cotidianamente, única maneira de garantir que o que foi assegurado como direito de cidadania na legislação seja incorporado à realidade da população.

É continuando nesta direção que foram construídas a segunda e a terceira partes deste trabalho, ou seja, buscando-se analisar aspectos relacionados às limitações e perspectivas colocadas ao processo de construção do SUS.

Nos dois capítulos que compõem a segunda parte, a análise fundamenta-se essencialmente sobre alguns determinantes de caráter microeconômico, que têm influenciado sobremaneira o financiamento do setor, e nas alterações das regras de repasse de recursos para os municípios viabilizadas pelas Normas Operacionais Básicas, as NOBs. Na terceira e última parte, o questionamento volta-se para o impacto que estas novas regras de financiamento possam estar tendo sobre o grau de implementação da municipalização e sobre o tipo de assistência prestada à população.

## **SEGUNDA PARTE**

### **DO CAMPO DAS IDÉIAS À CONCRETUDE DOS MEIOS**



### Rumo à viabilização das propostas constitucionais para o setor saúde: o conflito entre *texto* e *contexto*

O projeto de implantação da Reforma Sanitária, que trouxe em seu bojo a estratégia do SUS, trouxe também consigo a necessidade de que fosse incrementado o debate em torno dos problemas relacionados ao financiamento do setor saúde, como suas fontes de recursos, a redefinição do papel do Estado e da estrutura de distribuição dos benefícios por ele assegurados.

Como representam recursos protagônicos e que exercem pressão decisiva sobre os destinos da assistência à saúde no país, discutir-se-á, neste capítulo, alguns aspectos relativos às interações e conflitos existentes entre eles e as proposições constitucionais.

#### 3.1 AS FONTES DE FINANCIAMENTO DO SETOR

Conforme o que estabelece a Constituição Federal de 1988<sup>76</sup>, no parágrafo único do artigo 198, o SUS será financiado de modo permanente com recursos da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes provisórias<sup>77</sup>.

Em relação ao conjunto da Seguridade Social, que reúne a saúde, os benefícios previdenciários e a assistência social, o texto constitucional tornou mais amplas e diversificadas as fontes de financiamento, segundo a tese de que assim procedendo, tornaria as receitas do sistema menos vulneráveis às oscilações da folha de pagamento dos trabalhadores do mercado formal, assegurando-as através do crescimento das receitas e do desempenho da economia. Ressalte-se, todavia, que, contrariamente ao que ocorreu com a área da educação, nem a Constituição Federal nem as LOS vincularam um percentual mínimo de recursos do orçamento federal que deveriam ser alocados para o setor saúde, devendo este ser estabele-

---

<sup>76</sup> CARVALHO, 1992, p. 275.

<sup>77</sup> Inclui-se neste caso os recursos oriundos da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, a CPMF.

cido a cada ano, através das LDOs. Por outro lado, tem preocupado, num quadro recessivo como o atual, o impacto sobre os recursos provenientes das contribuições sociais que, se associando à tendência ao afastamento dos recursos de origem fiscal, podem gerar situações difíceis para gestores e para a população.

Deste modo, em conformidade com o artigo 195 da Constituição Federal<sup>78</sup>, constam como fontes extra-orçamentárias da saúde:

- *contribuições dos empregados e empregadores*: em 1993 ficou estabelecido que 15,5% da arrecadação desta fonte iria para a saúde, situação que se manteve até o mês de maio deste mesmo ano, quando os repasses deixaram de ser realizados, em benefício da previdência;
- *contribuição sobre o lucro líquido das empresas*: posteriormente, acordos firmados entre lideranças partidárias, vincularam, na prática, esta fonte aos programas assistenciais;
- *contribuições incidentes sobre o faturamento e os concursos de prognósticos* (anteriormente vinculadas a fundos sociais – FINSOCIAL e FAS), que também passaram a custear o orçamento da seguridade;
- *contribuições incidentes sobre as receitas operacionais* (empresas – anteriormente vinculadas aos fundos individuais dos trabalhadores do PIS/PASEP) financiam o seguro-desemprego e o abono anual dos trabalhadores de baixa renda.

Quanto à gestão financeira do sistema, no Artigo 35 do Capítulo II do Título V da Lei 8080, encontram-se discriminadas as variáveis que deverão ser consideradas na combinação de critérios a serem utilizados na definição dos quantitativos de recursos partilhados entre estados e municípios:

- I. perfil demográfico da região: é tido como um critério mais refinado do que o tamanho da população, pois implica na consideração da composição populacional por sexo e faixa etária, bem como o padrão de natalidade e mortalidade que apresenta. Considera o fato de que as necessidades em saúde sofrem alterações substanciais no decorrer da vida e são diferenciadas em contingentes populacio-

---

<sup>78</sup> CARVALHO, 1992, pp. 274 – 275.

- nais em que haja a predominância de um ou outro gênero;
- II. perfil epidemiológico da população a ser coberta: construído a partir de indicadores sanitários, é o que melhor se presta aos objetivos de promoção da equidade, redistribuição de recursos e justiça social, norteadores da Reforma Sanitária. Identifica tanto grupos e situações de riscos, como populações em condições de maior precariedade sanitária, funcionando como um fator de medição da eficácia e efetividade na utilização dos recursos destinados ao setor;
  - III. características quantitativas e qualitativas da rede de saúde da área: ao contrário do precedente, suscitam conflitos por vincular recursos às unidades sanitárias pré-existentes. Como não necessariamente implica a exigência de avaliações epidemiológicas prévias, pode representar um elemento conservador de uma situação que, *a priori*, pretende-se transformar. Desse modo, a utilização predominante deste critério pode acarretar o favorecimento de estados e regiões que, historicamente foram beneficiados com recursos destinados à ampliação de sua capacidade instalada;
  - IV. desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior: tem colocado dificuldades de operacionalização, particularmente relacionadas às dificuldades na uniformização de critérios. Além disso, consiste no que se considera critério regressivo, tido como conservador e não transformador da realidade;
  - V. níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais: interessante por depender da vontade política e ser compatível com o princípio geral de descentralização que permeia a carta constitucional. Se aplicado, poderia vir a beneficiar estados e municípios que demonstrem esforços no sentido de comprometer partes de seus orçamentos próprios com a saúde da população;
  - VI. previsão do plano quinquenal de investimentos na rede;
  - VII. ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.
    - § 1º: Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

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

Os ideais subjacentes e os princípios presentes neste *texto* constitucional encontram-se, entretanto, inseridos num *contexto* material que, como detalhado adiante, possuem elevado poder explicativo sobre os rumos que vem tomando a implantação da Reforma Sanitária.

### 3.2 ALGUNS ASPECTOS RELACIONADOS À CRISE DO FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE

Como anteriormente enfatizado, as propostas avançadas do SUS não se encontram, até o presente, inteiramente materializadas no cotidiano da população. Seguindo a opção adotada nesta análise, ou seja, a abordagem dos fatores econômicos envolvidos na construção do sistema, a reflexão neste ponto deverá oscilar entre as duas marcantes posições que costumam polarizar as opiniões e ser objeto de polêmicas entre os que se debatem pela adequação do financiamento da assistência à saúde à altura do proposto na Lei. Com a ressalva de que não é infreqüente a defesa comum das duas propostas, eis os elementos que compõem as duas correntes de pensamento prevalentes neste assunto:

- *A corrente racionalista*: as propostas racionalizadoras de reforma setorial enfatizam a necessidade de elevar a eficiência técnica e alocativa dos serviços. Assim, devem as sociedades, industrializadas ou não, tentar através de suas instituições, antes e acima de tudo, reduzir os gastos com saúde, através da elevação da eficiência econômica dos sistemas. Alguns defensores desta corrente de pensamento, dentre os quais estão incluídos representantes do Banco Mundial e instituições semelhantes, defendem, para que sejam asseguradas as ações que garantam uma elevação do nível de saúde da população, que é suficiente a adoção de novas políticas alocativas e de mudança nos modelos gerenciais, cenário no qual vislumbra-se a redução dos recursos destinados ao setor<sup>79</sup>. Outros, partindo de um pressuposto afim, o de que se gasta mal, defendem que não há uma correspondência direta entre a elevação de gastos com saúde e a elevação de indicadores de níveis de saúde e da qualidade da atenção prestada. Assim, em substituição às propostas de

elevação dos gastos públicos com saúde, para esta corrente de pensamento, faz-se mister enfatizar a mudança do modelo de assistência, até porque consistiria numa tentativa de adequar a oferta de serviços às necessidades postas pela população.

- *A corrente incrementalista*: para esta corrente de pensamento, a superação da crise do setor está diretamente relacionada ao aumento do volume de recursos destinados à saúde. Assim, deve-se buscar, prioritariamente, elevar os recursos destinados ao custeio da organização de sistemas de saúde capazes de atender às demandas colocadas pela população. É uma tendência que encontra adeptos no Brasil, incluindo desde grupos que defendem, acima de tudo, interesses ligados a algumas corporações, até os defensores da CPMF e de outras taxas e impostos vinculados aos gastos em saúde, como por exemplo, a *taxação do vício e do risco*<sup>80</sup>.

O problema destes tipos de abordagem é que, quando unilaterais, secundarizam, *via de regra*, a necessidade de elevação das condições gerais de eficácia e efetividade dos sistemas. É assim que tem ganhado adeptos uma terceira corrente explicativa da crise, a *estruturalista*, definida por Mendes<sup>81</sup> como aquela que identifica que “a crise tem uma determinação estrutural que decorre da impossibilidade de conciliar, nos marcos da prática sanitária hegemônica, o conflito entre as forças expansivas do sistema de saúde com seus mecanismos de controle”. Este conflito teria, ainda segundo este autor, um caráter *medular*, inerente à prática médica hegemônica.

O fato é que a crescente demanda por cuidados de saúde, ao qual se aliou a escassez dos recursos econômicos, vem se colocando como um problema de difícil resolução nas sociedades atuais, assumindo ainda proporções distintas segundo a questão diga respeito aos países industrializadas ou não. Nos primeiros, até meados do século XIX as ações de saúde encontravam-se sob a responsabilidade individual e, a exemplo dos demais, os serviços de saúde eram comprados no mercado de serviços. Eram ainda assegurados por entidades caritativas ou financiados, através de recursos fiscais, quando o problema atingia a população sem recursos, os chamados indigentes. Posteriormente, o avanço da industrialização

---

<sup>79</sup> VIANNA, 1994, p. 14.

<sup>80</sup> Neste caso, encontram-se as cobranças que incidem sobre o consumo de artigos relacionados à formas de comportamento que, elevando os riscos de adoecer e morrer, elevam os gastos e despesas do sistema, como, por exemplo, o hábito de consumir cigarros e bebidas alcoólicas. MATTOS, 1994, p. 125.

<sup>81</sup> MENDES, 1996, p. 21.

trouxe consigo o assalariamento de grande parte da população e introduziu o modelo previdencialista de proteção social, que assegurava direitos não apenas ao trabalhador formalmente inserido no mercado, mas incluía também sua família<sup>82</sup>. Seguiram-se a difusão de políticas de orientação keynesianas e o fortalecimento do Estado de bem-estar social, que resultaram numa relação de crescente responsabilização do setor público frente às demandas sanitárias postas pela sociedade.

Note-se, todavia, que apesar da ampla cobertura garantida pelas entidades assistenciais na maior parte dos países industrializados, o que se tem assistido é uma elevação crescente e contínua, por parte da população, da demanda por ampliação desta cobertura, de modo que sejam continuamente incluídos novos serviços e ações, além dos já assegurados. A outra face desta situação consiste no fato de que, se por um lado aumenta a pressão da sociedade pela elevação dos gastos com saúde, por outro, o custeio destes sistemas não tem se beneficiado de um aporte de recursos à altura das demandas colocadas, gerando crises institucionais e políticas que, em alguns casos, têm repercutido pesadamente na ordem social. Trata-se, sem dúvida, de um fenômeno complexo, com múltiplos determinantes, sendo este o motivo pelo qual apenas alguns deles serão destacados neste trabalho.

Pelo lado da elevação da demanda são, comumente, apontadas as seguintes causas, denominadas de *forças expansivas*<sup>83</sup> dos gastos do sistema:

- *A Transição Demográfica*: o envelhecimento da população nestes países, decorrente da melhoria geral da qualidade de vida, é apontado como um dos fenômenos mais importantes em termos de repercussões sobre as despesas sanitárias. Por um lado trata-se de uma conquista humana e social, resultante da melhoria nas condições gerais de vida nestes países e que transformou a estrutura da pirâmide etária: países que até a década de quarenta tinham uma esperança de vida de 38 anos, na década de noventa ultrapassaram os setenta anos<sup>84</sup>, o que representou um ganho superior a trinta anos em cinco décadas.

Por outro lado, os benefícios que foram sendo assegurados pelos sistemas de seguridade social baseiam-se no mecanismo da repartição simples, onde os traba-

---

<sup>82</sup> MÉDICI, 1997, p. 21.

<sup>83</sup> MENDES, 1996, p. 21.

<sup>84</sup> MÉDICI, 1997, p. 47.

lhadores ativos de hoje financiam os rendimentos dos trabalhadores inativos. O problema associado ao fato é que o contingente de idosos, em algumas situações, é considerado pelos tributaristas como muito elevado em relação ao contingente da população economicamente ativa e inserida no sistema produtivo formal, motivo pelo qual este fato vem sendo colocado como uma ameaça à viabilidade econômica e à manutenção destes direitos.

- *A Transição Epidemiológica*: as alterações demográficas observadas influenciaram, como esperado, o perfil epidemiológico da população. Ocorre que as mudanças ocorridas nestas sociedades permitiram melhorias nas condições gerais de vida, tais como uma nutrição mais adequada e uma maior cobertura de saneamento básico, fazendo com que fosse possível o controle das doenças infecto-contagiosas que, dentre outras conseqüências reduziu as taxas de mortalidade geral e elevou a esperança de vida. Este fato, por sua vez, elevou proporcionalmente a incidência e a prevalência das doenças crônico-degenerativas, no fenômeno denominado de *transição epidemiológica*. Destaque-se que este grupo de patologias, por suas características, alteram o tipo de demanda junto aos serviços de saúde e o volume de recursos materiais e humanos necessários à sua resolução. Elevou-se, assim, o contingente de portadores de diabetes, das doenças cárdio-vasculares, das incapacidades articulares e neurológicas, enfim, agravos que são estreitamente relacionados à senilidade, em grande parte, limitantes, requerem atenção especializada e/ou hospitalar e que contam, no presente, com um significativo arsenal de equipamentos e procedimentos de alto valor agregado. Em conseqüência disto, são de elevado custo para os indivíduos e para o sistema. À título de ilustração, Médici<sup>85</sup> calcula que o gasto *per capita* com pessoas de idade superior a sessenta anos representaria quatro vezes ou cinco vezes o gasto *per capita* de pessoas com idade entre 15 e 59 anos. Já Mendes<sup>86</sup>, realizando esta mesma comparação, afirma que as despesas com o grupo de 56 a 65 anos são vinte vezes maiores que as despesas com o grupo de 0 a 17 anos.
- *A mudança de percepção que os idosos têm de si próprios, nas sociedades industrializadas*: fenômeno relacionado ao ideal de envelhecer com saúde, conquistado

<sup>85</sup> *Idem*, 1994, p. 57; *Idem*, 1997, p. 49.

<sup>86</sup> MENDES, 1996, p. 22.

e disseminado no período pós-guerra, vem sendo reivindicado pela população acima de sessenta anos que, após anos de trabalho e contribuição para a sociedade, espera ter o direito à uma assistência médica e previdenciária de qualidade. Note-se que este tipo de expectativa se inscreve num contexto mais amplo, onde estão recursos como lazer e poupança, que representam a concepção ocidental atual do que seja envelhecer dignamente.

- *A maciça incorporação de tecnologia ao ato médico*: neste século, a marcante opção pelo aspecto curativo da medicina fez com que esta viesse a incorporar um arsenal de recursos diagnósticos e terapêuticos que dificilmente encontra equivalentes em outros setores, caracterizando o fenômeno de “inflação médica”<sup>87</sup>. São as tecnologias relacionadas ao diagnóstico por imagem e as terapias, sejam elas medicamentosas ou não, que invadem continuamente o setor, gerando demandas até então inusuais. Em que pese o fato de que algumas, efetivamente, contribuem para a redução do sofrimento do usuário e melhoria de sua qualidade de vida, não há como negar que esta acentuada penetração de capital provocou enorme elevação do patamar de gastos no setor, configurando uma verdadeira “indústria de cuidados com a saúde”, que tende a pressionar, obedecendo à lógica do mercado, os custos do sistema. Importa para este setor, que movimenta anualmente bilhões de dólares, menos as necessidades de saúde da população do que a possibilidade de obter maior lucratividade. Mendes<sup>88</sup> estima que, no Brasil, em 1995, a indústria de medicamentos tenha obtido um faturamento de 8,2 bilhões de dólares e a indústria de equipamentos biomédicos de um bilhão de dólares. Em 1993, segundo este mesmo autor, o sistema privado de atenção médica supletiva, teria tido um faturamento de 6,4 bilhões de dólares.
- *A ampliação do conceito de prevenção, estendendo-se às doenças crônico-degenerativas*: mesmo na prevenção, tida classicamente como uma área de alta eficiência do ponto de vista de custo-benefício, foram observadas modificações que têm elevado a necessidade de incremento de recursos. As recentes descobertas da epidemiologia relacionadas aos fatores de risco envolvidos nas doenças crônico-degenerativas têm tanto provocado modificações nos hábitos individuais,

---

<sup>87</sup> *Idem*, p. 24.

<sup>88</sup> *Idem*, p. 25.



quanto gerado a necessidade de exames periódicos preventivos, usualmente realizados com a utilização de equipamentos que se sofisticam continuamente.

- *Medicalização societal*: resultante do crescimento do poder da categoria médica, que rotula comportamentos e problemas como patologias e do fenômeno da elevação, nestas sociedades, do grau de informação sobre técnicas e recursos disponíveis à manutenção da saúde, através de publicações que, algumas vezes, sob fortes motivações mercadológicas, vulgarizam este tipo de conhecimento. Criam nos leitores expectativas em relação a produtos que nem sempre já tiveram demonstrado seu potencial diagnóstico e/ou terapêutico, gerando um tipo de pressão adicional sobre os serviços de saúde.
- *A crescente tendência à urbanização nestes países*, que alterou o perfil epidemiológico e elevou a oferta de serviços, em particular por parte dos médicos e outros profissionais especialistas, que, *via de regra*, geram demandas por apoio diagnóstico e terapêutico de custo mais elevado que aquelas geradas por profissionais generalistas.

Por outro lado, há o fenômeno da retração das receitas, cujas causas podem ser identificadas nos seguintes fatores:

- *Redução da natalidade observada a partir da década de sessenta*: fenômeno consolidado nos países industrializados, decorrente, dentre outros fatores, da entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho e do advento de meios contraceptivos que proporcionam elevado grau de segurança para que a mulher tenha o poder de decisão sobre a maternidade. Atualmente, países europeus como, por exemplo, a Alemanha, assistem à queda da sua taxa de fecundidade para níveis abaixo de 2,1%, que é considerado pelos demógrafos como o ponto crítico para a renovação de gerações. Como já assinalado, a marcante redução da natalidade associada à elevação da esperança de vida constitui-se atualmente num problema para os sistemas de previdência de base pautada na repartição simples. Esta situação compromete fortemente a manutenção do aporte de recursos previdenciários em países onde não existem trabalhadores jovens incorporados ao mercado formal de trabalho em número suficiente para assegurar os fundos necessários ao provimento das aposentadorias e pensões da população idosa.

- *Elevação dos índices de desemprego*: decorrente de crises econômicas e da recessão, eleva o número de beneficiários não-contribuintes, repercute no campo das finanças públicas, no financiamento do sistema previdenciário e demais programas sociais, que tradicionalmente não ocupam lugar de destaque nas prioridades dos gastos governamentais.
- *As reformas de cunho liberalizante dos anos oitenta e noventa*: que se propõem a reavaliar o papel do Estado, o que inclui rever a garantia de acesso a direitos sociais previamente assegurados pelo *welfare state*. O exemplo clássico é o que se deu na Inglaterra *tatcheriana*, onde, sob a proposta de reduzir a participação do Estado no financiamento do Sistema Nacional de Saúde, enormes esforços de racionalização dos serviços e redução de gastos foram efetivados.

### 3.3 O CASO BRASILEIRO

A considerar-se o fato de o Brasil encontrar-se distante de oferecer padrões de cobertura tidos como adequados às demandas colocadas pela população, muitas das situações enfrentadas pelos governos de países ricos e com elevada cobertura também se encontram presentes na problemática assistencial do país.

- *O envelhecimento populacional*: apesar de ter sua imagem comumente associada à de um país de jovens, esta é uma avaliação que cada vez mais tende a se afastar da sua realidade atual. Os últimos censos populacionais realizados têm revelado que o perfil demográfico do país vem se modificando, com a elevação da esperança de vida e diminuição da taxa de fecundidade, que passou de 5,1% na década de setenta para 2,2% em 1998<sup>89</sup>. Em decorrência, o percentual da população acima de sessenta anos elevou-se substancialmente nos últimos vinte anos, trazendo consigo a tendência a expressar as mesmas demandas já identificadas na descrição dos países industrializados. Projeções realizadas para o ano 2050 colocam o país como o sexto no mundo em número de idosos, sem que, no entanto, tenham-se produzido as alterações correspondentes na qualidade geral de vida.
- *O fenômeno da “superposição epidemiológica”*: ainda em relação às demandas, o

<sup>89</sup> FOLHA DE SÃO PAULO, 25/04/99, p. 06.

país encontra-se distante de superar o problema das doenças infecto-contagiosas, associadas às precárias condições de vida encontradas em sociedades tidas como tradicionais, no fenômeno conhecido como “*transição epidemiológica*”. Ao contrário do que ocorreu na Europa ocidental e nos EUA, que praticamente erradicaram-nas, as doenças infecto-contagiosas se mantêm no país como grave problema de saúde pública. Há relatos que dão conta do recrudescimento das grandes endemias nas duas últimas décadas, o que confere ao país um padrão de morbidade e de mortalidade que está longe do que pode ser considerado moderno<sup>90</sup>. Juntamente com a reintrodução da dengue e da cólera, a AIDS, ainda considerada como *nova endemia*, divide o espaço com as patologias crônico-degenerativas, numa situação que é melhor descrita como sendo de “superposição” ou “acumulação” epidemiológica.

- *A combinação da situação “recursos insuficientes e mal-geridos”*: no que concerne ao aporte de recursos, constata-se também o fenômeno de superposição entre as duas situações descritas. Reconhece-se que o país gasta pouco e mal e, até mesmo, que gasta pouco porque gasta mal. Tome-se como ilustração o fato de que o setor público no momento presente carece de equipamentos, recursos humanos qualificados, mecanismos de controle e avaliação do uso dos recursos financeiros e implantação de técnicas gerenciais modernas. São fatores que, quando presentes, asseguram maior autonomia e responsabilidade no trato da coisa pública por parte dos gestores, além de permitir uma maior capacidade de intervenção e controle por parte dos setores responsáveis<sup>91</sup>. Consideradas por um lado, constituem-se inegavelmente, em necessidades que não devem, para o bem da *res publica* serem adiadas, posto que significam a abertura da possibilidade de maior eficiência econômica no futuro. Porém, por outro lado requerem investimentos e recursos adicionais, para atividades-meio, o que significa competir, em termos de dotação orçamentária, por exemplo, com a aquisição de vacinas ou de medicamentos essenciais, fato que acaba contribuindo para o retardo de medidas cujos efeitos não serão sentidos que à longo prazo.
- *Encolhimento das receitas, oriundas tanto das contribuições dos empregados,*

<sup>90</sup> MÉDICI, 1997, p. 115; BARRETO, 1995, p. 18.

<sup>91</sup> MÉDICI, 1994, p. 58.

*quanto dos empregadores.* Como vimos na primeira parte deste capítulo, os recursos para a saúde provêm, em parte, da contribuição dos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, sendo atingidos sempre que ocorrem reduções na folha de salários. No primeiro caso, o crescimento do desemprego e da economia informal, resultado direto da crise econômica e da recessão encolheu as bases do financiamento do sistema de saúde. No segundo caso, a crise econômica persiste como importante fator, determinando o fechamento de empresas, que vem somar-se às características do sistema tributário brasileiro, amplamente favorecedor de evasão e sonegação fiscal.

- *As novas responsabilidades institucionais, emanadas da Constituição de 1988,* onde o conceito de previdência foi substituído pelo conceito de seguridade, asseguraram que as receitas das contribuições sociais pudessem ser utilizadas para garantir cuidados e direitos que, tradicionalmente eram acobertados por recursos do Tesouro, através do orçamento público. Por outro lado, a reunião, em um mesmo orçamento, dos recursos atribuídos ao financiamento da saúde e da previdência social, a situações de incerteza em relação à disponibilidade mensal de recursos para o custeio dos serviços assistenciais.
- *A inadequação entre os recursos destinados aos estados e municípios, bem como as peculiaridades dos mecanismos de relacionamento financeiro existentes entre a União e os Estados e Municípios.* As transferências de recursos entre as três esferas foram marcadas, nas últimas décadas, em particular após a reforma tributária realizada em 1967, por uma forte tendência centralista. De fato, até 1988 eram destinados 44,6% das receitas públicas para a União, 37,2% para os estados e 18,2% para os municípios. Mesmo que se considere o fato de que algumas alterações legais foram efetivadas nestes mecanismos, com o objetivo de descentralizar recursos, ainda não há o que poderia ser considerada uma compatibilização entre responsabilidades e recursos, no âmbito de cada uma das esferas de poder governamental.

Concluindo, buscou-se discutir neste capítulo, de forma breve e numa perspectiva problematizadora voltada principalmente para o lado da demanda, aspectos gerais relacionados ao financiamento da saúde, com ênfase particular para o caso brasileiro.

Com efeito, trata-se de um país que cultivou, durante décadas, práticas político-institucionais centralistas, com presença marcante do Estado na economia. Este fato, não impede, todavia, que a sociedade, através de seus mecanismos de pressão, venha tentando viabilizar, como exposto em capítulos anteriores, sob pressão dos movimentos populares organizados, políticas sociais que, pela amplitude da cobertura que propõem, movimentaram, na década de oitenta, recursos estimados em cinquenta bilhões de dólares por ano<sup>92</sup>.

Se parecem pouco pelos resultados que efetivamente produziram, assumem elevadas proporções, quando vistos à luz de um cenário marcado pela escassez de recursos econômicos, no qual se destacam a crise fiscal do Estado e a proposta de integração competitiva no mercado internacional por parte dos países de industrialização tardia.

Uma outra leitura permite observar que recursos desta ordem afetam diretamente os diferentes interesses envolvidos na produção e distribuição de bens e serviços destinados ao custeio das chamadas atividades sociais: interferem nos interesses corporativos e de alguns setores da administração e da burocracia, nos intermediários da liberação de verbas e beneficiários das estruturas atuais, especialmente daqueles que cresceram e se mantêm à sombra do Estado. E se, por um lado, encontram-se as inquietações dos que vêm tentando construir um novo sistema, por outro, estão coligados setores que possuem um grande potencial de resistência e não pretendem abrir mão da defesa do modelo que imperou até a promulgação da Constituição. Por fim, acrescente-se que a rede de interesses existente, tanto de uma parte como da outra, não deve absolutamente ser negligenciada, ao contrário, carece de análise aprofundada, visto que, ignorá-las, pode comprometer direitos sociais que ainda estão por ser inteiramente conquistados.

---

<sup>92</sup> MÉDICI, 1988, p. 58.

### A NOB-SUS 01/96: mudança nas regras do financiamento para um novo modelo assistencial

#### 4.1 AS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS: ASPECTOS HISTÓRICOS E NORMATIVOS

Como já referido neste mesmo texto, o avanço legal obtido pelo setor saúde não se fez acompanhar de um avanço no plano político-administrativo com uma rapidez compatível com as expectativas. Pode-se citar, a título de exemplo, os momentos particularmente difíceis vividos nas fases iniciais de implantação do SUS, quando, num retrocesso, houve um reforço de práticas centralizadoras e clientelistas: o empenho demonstrado na garantia do “direito universal e equânime à saúde” esbarrou numa estrutura de saúde inadequada, com um sistema altamente dependente do setor privado, e num Estado frágil, tanto do ponto de vista econômico quanto, naquele momento, institucional.

Numa tentativa ulterior de buscar recuperar este descompasso, o Estado brasileiro, através do Ministério da Saúde, vem valendo-se da estratégia de criar as condições de viabilização do direito à saúde através da utilização dos instrumentos jurídico-institucionais disponíveis, como as anteriormente citadas LOS 8080/90 e 8142/90. Além disso, vem contando com instrumentos de gestão reguladores do processo, as NOBs. Como sugere o título, trata-se de um tipo de documento cuja finalidade é efetivar a construção, do ponto de vista *operativo*, do que se encontra determinado na Constituição Federal, com poderes equivalentes aos dos decretos do Poder Executivo, para definir os critérios de repasse de recursos para Estados e Municípios. Isto implica, conforme resume Scotti<sup>93</sup>, “na definição de estratégias e movimentos tático-operacionais, que têm se configurado, mais concretamente, em aprofundamentos e reorientações da implementação do SUS, em definição de novos objetivos estratégicos, na regulação da relação entre gestores e na normatização do SUS”.

Em 1991 e 1993 foram editadas, após processo de discussão entre os gestores e segmentos organizados da sociedade, respectivamente, as NOB-SUS 01/91 e NOB-SUS 01/93.

---

<sup>93</sup> SCOTTI, 1996, n.p.

A NOB-SUS 01/91 buscou elaborar critérios de repasse para Estados e Municípios, baseando-se na produção de serviços, o que não a diferenciou da modalidade tradicionalmente adotada pelo INAMPS. Além de manter a forma convencional e o sistema de pós-pagamento, através das Unidades de Cobertura Ambulatorial – UCAs e das Autorizações de Internação Hospitalar – AIHs, utilizou-se do critério que privilegiava as unidades melhor equipadas do ponto de vista da tecnologia adotada pelo modelo que se procura transformar e não distinguiu prestadores públicos e privados, equiparando-os. Apesar de alguns estados, naquele momento, já estarem assumindo a gestão do sistema, a maioria continuava, a exemplo do que ocorria com os municípios, como prestadores, estando assim, a gestão do SUS essencialmente centralizada no nível federal, ou seja, no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS, que só seria extinto em 1993.

Após a IXª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi “*Municipalização é o caminho*”, realizada em 1992, foi emitida a Portaria 545, de 20 de maio de 1993, onde consta o documento “*Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*” e a NOB-SUS 01/93. É um momento onde estão bastante fortalecidas as posições municipalistas, influência que se fez presente na construção deste documento. Nele prioriza-se a municipalização do setor e a habilitação dos municípios como gestores, criando a terceira instância gestora do SUS. Todavia, ocorre que os estados, apesar de ter reconhecida sua condição de gestores e a importância no gerenciamento do processo de descentralização, ficam um tanto fragilizados em relação à clareza do papel que desempenharão.

É reforçada ainda a pactuação entre os gestores através das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite – CIT e CIB – respectivamente, nos âmbitos nacional e estadual, que se constituem em espaços de negociação, pactuação, articulação e integração entre os gestores, fundamentais para a transparência e legitimidade requeridas no processo de decisão do sistema. São estabelecidas três situações transicionais de descentralização, os modos de gestão *incipiente, parcial e semi-plena*<sup>94</sup>. No âmbito do financiamento, são definidos mecanismos de transferência regular e automática dos recursos arrecadados pela União, através do repasse fundo a fundo do teto global da assistência ambulatorial e hospitalar para os

---

<sup>94</sup> Tipologia introduzida pela NOB-SUS 01/93 que traduz uma noção de gradação da autonomia dos municípios em relação às responsabilidades e prerrogativas no processo de descentralização das ações e serviços de saúde.

municípios em gestão semi-plena.

Não obstante, chama atenção, de modo particularmente importante, a omissão em não tornar explícita uma definição mais clara de qual seria o modelo assistencial mais adequado para o projeto que se defendia e qual a estratégia para atingi-lo<sup>95</sup>.

Do ponto de vista contextual, é relevante ressaltar que as inovações propostas pela NOB-SUS 01/93 foram lançadas num cenário de instabilidade de transferências de recursos para o Ministério da Saúde e de relações tensas entre este e o Ministério da Fazenda, particularmente com a Secretaria do Tesouro Nacional. Destaque-se ainda que, além da indisponibilidade de recursos, não existia, por parte do poder executivo uma política clara de investimentos, extremamente necessária ao processo de reordenamento setorial exigido pelas circunstâncias, especialmente no que tange às mudanças no modelo assistencial.

No que concerne à reorganização da gestão, Lucchese<sup>96</sup> aponta dificuldades relacionadas ao despreparo técnico-administrativo das três esferas de governo para assumir os novos papéis que lhes estão sendo propostos, decorrentes, dentre outros motivos de uma arraigada cultura institucional que valoriza a gestão centralizada, autoritária e dependente do governo federal. Mesmo assim, esta mesma autora reconhece a conquista de espaço político dos gestores estaduais e municipais, que cada vez mais são considerados como atores relevantes na condução do processo.

Entre a NOB-SUS 01/93 e a NOB-SUS 01/96 um intenso debate tem lugar, suscitado tanto pela boa acolhida da primeira, como pela necessidade de que novos avanços fossem instituídos. Em 05 de novembro de 1996, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2203/GM/MS/96, publica a NOB-SUS 01/96, cujo texto, que se encontra dividido em 17 capítulos, pode ser agrupado<sup>97</sup> em cinco blocos:

- I. *Diretrizes gerais*: abordam a finalidade; os campos de atenção à saúde; características do sistema municipal de saúde; as relações entre os sistemas municipais; o papel dos gestores estadual e federal; e os propósitos e bases para um novo modelo de atenção à saúde;

<sup>95</sup> GERSCHMAN, 1995, p. 146; RIBEIRO, 1997, p. 90.

<sup>96</sup> LUCCHESI, 1997, n.p.

<sup>97</sup> SCOTTI, 1996, n.p.



- II. *Funções gestoras*: abordam a direção do SUS; a articulação entre gestores; o planejamento e a programação pactuada e integrada; e o controle, avaliação e auditoria;
- III. *Custeio de ações e serviços de saúde*: abordam a assistência ambulatorial e hospitalar; a vigilância sanitária e as ações de epidemiologia e controle de doenças;
- IV. *As condições de gestão dos estados e municípios*: detalha as responsabilidades, requisitos e prerrogativas de cada condição de gestão;
- V. *Disposições gerais e transitórias da NOB-SUS-01/96*.

Em relação ao contexto em que é editada, este ainda é marcado pela instabilidade política no setor, visto que permanece a situação de conflito entre o então ministro da saúde e a equipe econômica, indicando a saída, à época iminente, do primeiro, e por disputas existentes entre os diferentes projetos de descentralização postos, inclusive no interior do Ministério<sup>98</sup>. De fato, em dezembro de 1996, ou seja, um mês após sua publicação, a substituição ministerial, já esperada, provoca uma “reorientação na condução do Ministério da Saúde”, uma “rediscussão” conceitual da versão original do documento, em particular nos aspectos referentes ao Piso de Atenção Básica e ao seu financiamento<sup>99</sup>. Ressalte-se, entretanto, que, por outro lado, este documento contou, na sua elaboração, com a ampla participação dos segmentos organizados envolvidos no processo, acrescidos do Ministério Público e do Ministério da Administração e Reforma do Estado/MARE.

Avaliando-se em seu conjunto, esta NOB foi recebida como inovadora em relação à anterior. Seus objetivos, abordados com maiores detalhes adiante, são: caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor; reorganizar o modelo assistencial; estabelecer em definitivo as CIBs e a CIT como o espaço privilegiado de negociação entre os gestores; estabelecer vinculação entre o cidadão e o SUS, vinculando a clientela através do cartão SUS-municipal e aumentar a participação percentual da transferência regular e automática – fundo a fundo – dos recursos federais para estados e municípios, medida que, efetivamente veio reduzir as transferências por serviços produzidos ou o pagamento por produção.

Ainda dentre as características que qualificam a NOB-SUS 01/96 como capaz de produzir

---

<sup>98</sup> LUCCHESI, 1997, n.p.

<sup>99</sup> SCOTTI, 1999, n.p.

inovações no setor, sobressaem-se<sup>100</sup>:

- a definição da “direção única em cada nível de governo”, buscando assegurar ao gestor o instrumental necessário ao exercício de suas responsabilidades;
- a caracterização dos Sistemas Municipais de Saúde como a “*totalidade das ações e serviços de atenção à saúde, voltados ao atendimento integral de sua população, desenvolvidas em um conjunto de estabelecimentos com seus serviços de saúde, inserido de forma indissociável no SUS e, organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada*”;
- a regulamentação das relações entre os sistemas municipais e destes com as instâncias estadual e federal;
- o fortalecimento da função gestora das Secretarias Estaduais e a redefinição da responsabilidade da coordenação do SUS no âmbito estadual;
- a redefinição das funções do Ministério da Saúde, como gestor nacional do SUS, buscando obter com isto maior integração entre seus órgãos e instituições e descentralização de responsabilidades;
- o oferecimento das condições de transferência, num curto prazo, para grande número de municípios brasileiros, da responsabilidade da *gestão plena da atenção básica*, através da descentralização dos respectivos instrumentos de gestão, transferindo a estes municípios o PAB;
- a reorganização da gestão dos procedimentos de média complexidade e alto custo ambulatorial, o que abriu a possibilidade, para os estados habilitados, de receber os recursos correspondentes a esta responsabilidade, através, respectivamente, da Fração Ambulatorial Especializada – FAE e da Autorização de Procedimentos de Alto Custo – APAC;
- a incorporação de ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças, bem como das ações de vigilância sanitária, através da criação do Piso Básico de Vigilância Sanitária – PBVS; Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária; Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária – PDAVS e

---

<sup>100</sup> SCOTTI, 1999, n.p.

### Índice de Valorização do Impacto em Vigilância – IVISA;

- a promoção da reorganização do modelo de atenção, propondo como estratégia de estruturação a extensão de cobertura dos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, através da criação do incentivo financeiro específico, compatível com o percentual de população coberta por estes programas;
- o aprimoramento do planejamento e a definição da metodologia de elaboração da Programação Pactuada e Integrada – PPI, que por sua vez, caracteriza-se por: surgir como um instrumento de negociação entre gestores, em todos os níveis de gestão; expressar a garantia de universalização, direta ou referenciada, entre gestores; ser ascendente, respeitando a autonomia dos gestores; envolver todas as atividades do SUS, o que assegura a integralidade e observar os critérios dos conselhos, das CIBs e da CIT;
- o aprimoramento da organização e operacionalização dos Sistemas de Controle, Avaliação e Auditoria, sob a responsabilidade das três esferas de governo e regulamentados pelo Sistema Nacional de Auditoria – SNA, o que integrará as ações entre municípios, estados e Ministério da Saúde;
- a ampliação das modalidades de transferência regular e automática dos recursos federais a estados e municípios, pois além do Teto Financeiro da Assistência, que já se encontrava presente na NOB-SUS- 01/93, são incluídos o PAB, FAE, Incentivo ao PSF e PACS, Índice de Valorização de Resultados – IVR, PBVS e IVISA;
- a definição das responsabilidades, prerrogativas e requisitos das condições de gestão, através da *Gestão Plena da Atenção Básica* e da *Gestão Plena do Sistema Municipal*, para os municípios e da *Gestão Avançada do Sistema Estadual* e da *Gestão Plena do Sistema Estadual*, para os estados.

Uma vez editado, este documento carecia de ser complementado através da regulamentação de vários elementos<sup>101</sup>, como por exemplo: o instrumental necessário à habilitação; os valores do PAB; a PPI; o cartão SUS e a data de início de repasse fundo a fundo do PAB,

---

<sup>101</sup> No quadro exibido no anexo desta dissertação, elaborado a partir de análise efetuada por Scotti [SCOTTI, 1999, n.p.] encontram-se elencados os principais documentos editados desde então, que tiveram ou têm por finalidade regulamentar e/ou alterar a NOB-96. Pela extensão do mesmo, que, como já frisado, não é exaustivo, pode-se vislumbrar o grau de detalhamento que tem sido necessário à reformulação do SUS.

só para citar alguns. A já mencionada substituição ministerial contribuiu no sentido de retardar este processo, que só seria deflagrado em maio de 1997, com a edição da Instrução Normativa 01/97.

#### **4.2 A NOB-SUS 01/96 E O PISO DE ATENÇÃO BÁSICA : AVANÇOS E LIMITAÇÕES**

No que concerne ao financiamento, dentre as transferências viabilizadas a partir da NOB-SUS 01/96 e dos documentos que lhe sucederam, destaca-se, para esta análise, a proposição de um valor *per capita*, através do que se denominou Piso de Atenção Básica – PAB, que inicialmente fora denominado Piso Assistencial Básico. Trata-se de uma medida de caráter inovador, considerada como uma via aberta para o equacionamento do repasse dos recursos do SUS para os Estados e Municípios, que vinha se constituindo, de acordo com Gerschman<sup>102</sup>, no maior obstáculo à efetivação do processo de municipalização.

##### **4.2.1 O PAB e a nova sistemática de financiamento**

Com o PAB inaugura-se uma nova metodologia de repasse de recursos federais para o nível local. No sistema por capitação costuma-se atribuir um valor que corresponderia, *a priori*, às despesas relativas à atenção prestada à saúde de cada indivíduo, vinculado ao que se considera como unidade do sistema, no caso brasileiro, de cada residente em um município. Neste caso específico, foi fixado, através da Portaria nº 1884/GM/MS/97, o valor de R\$ 10,00 habitante/ano, sob a denominação de *parte fixa* do PAB.

A literatura que trata do assunto considera, em alguns momentos, que este tipo de repasse *per capita* apresenta fragilidades importantes. Uma delas, muito presente, é o fato de que não considera, no seu mecanismo de cálculo, nem mesmo o perfil demográfico dos municípios, como reza a Lei, atendo-se ao seu contingente populacional.

Algumas colocações merecem ser feitas ainda em relação ao método de cálculo do valor que será atribuído por cada indivíduo. Usualmente, recomenda-se que este seja estabelecido com base em avaliações probabilísticas de como a população, considerando-se seu perfil por sexo e idade, faz utilização dos serviços médico-assistenciais: reside aí uma noção

---

<sup>102</sup> GERSCHMAN, 1995, p. 19.

de risco e de necessidade que não foi adotada pelo sistema brasileiro. Ressalte-se ainda que este sistema de cálculo também oferece a possibilidade de que se estabeleçam ponderações entre os critérios preestabelecidos e a complexidade das unidades de saúde, o nível de renda da população, as necessidades sanitárias, etc.<sup>103</sup>

Neste caso específico, optou-se pela adoção de parâmetros baseados na série histórica do SUS, correspondente à média de seu faturamento em assistência básica verificada no ano de 1996<sup>104</sup>, conforme reza a Portaria nº 1884/GM/MS/97, levando-se em consideração para a definição dos valores *per capita* o critério de produção e cobertura da rede de assistência preexistente e substituindo a utilização de critérios de *risco* pelo de *demand* local<sup>105</sup>.

É verdade que as dificuldades são consideráveis: considera Melamed<sup>106</sup> que os obstáculos a modelos de pré-pagamento mais complexos consistem na necessidade de sistemas de informação – formais ou informais – com a maturidade necessária para a identificação das necessidades por cuidados de saúde, “que não devem ser confundidas com demandas”<sup>107</sup>, pois estas últimas sofrem influências e refletem fatores suplementares, como a oferta, valor que atribuem a atenção e acessibilidade que desfrutam, enquanto as necessidades se encontram mais estreitamente relacionadas às noções de exposição à fatores de risco, de condição de saúde e de condições gerais de vida, relacionadas à inserção destas populações no processo de acumulação do capital que, em última instância, define a qualidade de vida<sup>108</sup>.

Persistindo nesta linha, há ainda autores<sup>109</sup> que apontam ainda o perigo das situações em que vale a *Lei da Atenção Inversa de Hart*, onde grupos mais organizados e com maior

---

<sup>103</sup> UGÁ, 1994b, p. 79.

<sup>104</sup> BRASIL, 1997c, n.p.

<sup>105</sup> Cabem ainda alguns questionamentos a este respeito: por que não valorizou-se a implantação de novos parâmetros, pautados em indicadores sociais e locais mais sensíveis, voltados para a identificação de grupos e populações a risco e dos agravos que são possíveis de serem superados? Por que não valorizar mapeamentos como os realizados pelo IPEA e IBGE, que já demonstraram seu valor na identificação de populações a risco, sendo inclusive utilizados por programas governamentais, como o Programa de Renda Mínima? A consideração da renda *per capita*, por exemplo, como fator de discriminação inverso, poderia favorecer pequenos municípios de regiões economicamente deprimidas que, estando, pela pobreza, mais sujeitos a riscos, necessitariam de mais recursos que outro com o mesmo contingente populacional, porém com maiores rendimentos econômicos.

<sup>106</sup> MELAMED, 1993, p. 40.

<sup>107</sup> JARDANOVSKI, 1994, p. 11; MENDES, 1996, p. 16.

<sup>108</sup> COSTA-FILHO, 1994, p. 466.

<sup>109</sup> JARDANOVSKI, 1994, p. 11.

poder de pressão direcionam os recursos e as ações de saúde em seu benefício e em função de suas demandas, fazendo variar a atenção inversamente aos grupos de maior risco – com menos acesso à informação, menor valorização do cuidado e menor grau de organização e autodefesa – o que favorece a iniquidade<sup>110</sup>.

Ainda analisando o caso brasileiro, Castro<sup>111</sup> aponta que os maiores problemas para uma divisão equânime dos recursos encontram-se também no tamanho do país e nas diferenças existentes entre as regiões, na falta de informações confiáveis, na estrutura multiinstitucional do sistema de saúde e na pressão exercida por alguns setores, que não estão interessados em metodologias mais transparentes, ou seja na construção de informações sobre o sistema de saúde e sobre a população que sejam, pelo menos, atualizadas e confiáveis.

Outros autores<sup>112</sup>, analisando a problemática com ênfase no aspecto econômico, creditam a falta de capacidade de alterar-se a realidade da oferta de insumos e serviços, causados, em última instância, pelo gasto insuficiente, cujo resultado tem sido a atual inexistência de melhorias das condições de saúde da população.

Apesar destas considerações, será levado em conta, nesta análise, o avanço que representa o advento do PAB em relação à centralização precedente, amplamente favorecedora de fraudes, superfaturamento, altos custos e, como corolário, de uma baixa qualidade da atenção prestada. Além disso, há que se considerar que a instituição do repasse automático de um valor *per capita* de R\$ 10,00/ano “elevará o aporte de recursos para os 1941 municípios, onde residem quarenta milhões de pessoas e que faturam até R\$ 5,00 habitante/ano, com média de R\$ 3,00 habitante/ano”<sup>113</sup>.

---

<sup>110</sup> No Brasil, Travassos destaca a realização de estudos que demonstram [TRAVASSOS, 1997, p. 328] a existência de uma relação perversa, em que os grupos de menor renda *per capita* adoecem mais, porém utilizam menos os serviços de saúde, situação verificada em todas as macrorregiões do país. Para esta mesma autora, este padrão de uso desigual dos serviços de saúde pode ser reduzido ou ampliado pelas variações existentes nos sistemas de locais de saúde: o tamanho relativo e a complexidade tecnológica da oferta de cada mercado de saúde (público, contratado, conveniado) e a distribuição espacial dos serviços vão marcar o padrão de desigualdade nos estados e municípios.

<sup>111</sup> CASTRO, 1993, p. 41.

<sup>112</sup> MELAMED, 1993, p. 37; MÉDICI, 1994b, p. 6; MÉDICI, 1994c, p. 25; TEIXEIRA, 1995a, p. 249.

<sup>113</sup> NEGRI, 1998, n.p.

#### 4.2.2 A composição do PAB

O PAB teve sua composição definida na Portaria nº 1882/GM/MS/ 97 – ver Anexo 01 – onde ficou estabelecido que se destinaria, exclusivamente, ao custeio de procedimentos e ações básicas de saúde, sendo a *parte fixa* correspondente ao atendimento básico e a *parte variável* relativa aos incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica. Compreende-se, segundo esta Portaria, assistência básica como sendo:

- I. consultas médicas em especialidades básicas, como clínica médica, pediatria e toco-ginecologia;
- II. atendimento odontológico básico (procedimentos coletivos, procedimentos individuais preventivos, dentística e odontologia cirúrgica básica);
- III. atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior;
- IV. visita/atendimento ambulatorial e domiciliar por membros das equipes do Programa de Saúde da Família;
- V. vacinação;
- VI. atividades educativas a grupos da comunidade;
- VII. assistência pré-natal;
- VIII. atividades de planejamento familiar;
- IX. pequenas cirurgias;
- X. atendimentos básicos por profissional de nível médio;
- XI. atividades dos agentes comunitários de saúde;
- XII. orientação nutricional e alimentar, ambulatorial e comunitária;
- XIII. assistência ao parto domiciliar por médico do Programa de Saúde da Família;
- XIV. pronto atendimento.

As ações básicas de Vigilância Sanitária, de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, de Assistência Farmacêutica Básica, os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais, além de outros que posteriormente pudessem vir a ser agregados, constituíram-se no que foi denominado *parte variável*

do PAB.

Assim, esta Portaria suprimiu, nos moldes propostos pela NOB-SUS 01/96, os Incentivos aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, o Piso Básico de Vigilância Sanitária, a Fração Assistencial Especializada e o Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária.

Conforme estabelecido na Portaria nº 1883/GM/MS/97, na proposta orçamentária encaminhada pelo Poder Executivo para o Congresso Nacional, de um total de nove bilhões e dezoito milhões de reais, que seriam destinados ao Teto Financeiro da Assistência, para o ano de 1998, um bilhão, setecentos e quarenta e um milhões de reais seriam alocados para a Assistência Básica em Saúde, o que representa um acréscimo de 38% em relação ao que foi orçamentado para o ano de 1996<sup>114</sup>.

Aos valores acima descritos, foram posteriormente acrescentados – de acordo com a Portaria nº 1885/GM/MS/97, quinhentos e sessenta e um milhões de reais, distribuídos entre os incentivos que compõem a *parte variável* do PAB, conforme consta abaixo:

- Duzentos e um milhões de reais para o PACS e PSF: a Portaria nº 3122/GM/MS/98 estabeleceu que estes recursos seriam repassados sob a forma de R\$ 2.200,00 por Agente Comunitário de Saúde/ano e R\$ 28.000,00 por equipe de Saúde da Família/ano, acrescido do valor correspondente ao número de agentes comunitários que integrem a equipe;
- Cento e cinquenta e nove milhões de reais para a Assistência Farmacêutica Básica: em detalhamento posterior, foi definido que parte destes recursos seriam repassados em medicamentos já adquiridos e parte em repasse financeiro. Em janeiro de 1998, o Ministério da Saúde informou que 4157 municípios com menos de vinte mil habitantes encontravam-se recebendo, a cada três meses, malotes contendo a medicação-padrão, utilizada nos postos de saúde municipais. Os demais municípios deveriam receber, em conformidade com esta mesma fonte e uma vez consumada a extinção da Central de Medicamentos – CEME, recursos financeiros *per capita*, através de transferências automáticas, com o fim de viabilizarem a

---

<sup>114</sup> NEGRI, 1998, n.p.



- aquisição e a distribuição de medicamentos<sup>115</sup>;
- Cento e cinquenta e nove milhões de reais para o Programa de Combate às Carências Nutricionais. São recursos cujo repasse foi estabelecido após efetuado o cálculo da prevalência da desnutrição nos municípios, obtido a partir do documento “*Desnutrição Infantil nos municípios brasileiros: risco de ocorrência*”, realizado pelo UNICEF/NUPENS – USP. Assim, uma vez identificada a magnitude deste risco, que no Brasil varia de 3,2%, em São Caetano do Sul, SP, até 37,7%, no município de Nossa Senhora dos Remédios, no Piauí, este foi ponderado pelo contingente de crianças residentes com idade inferior a cinco anos, variando de município para município, conforme consta na Portaria nº 2409/GM/MS/98<sup>116</sup>;
  - Quarenta e dois milhões de reais para as Ações Básicas de Vigilância Sanitária: foi definido o valor de R\$ 0,25 por habitante/ano, que se constituem em recursos complementares ao custeio das ações já incluídas na *parte fixa* do PAB.

Observe-se, todavia, que, apesar da relativa clareza com que se encontra colocado na documentação normatizadora, são muitas as dificuldades verificadas no estudo dos gastos efetivamente realizados no setor. Há uma grande escassez de informações confiáveis sobre as receitas próprias e as transferências feitas para Estados e municípios. Além disso, nem sempre há coincidência no que tange à metodologia e aos critérios utilizados pelas diferentes agências e autores<sup>117</sup>, motivo pelo qual assumem relevância a realização de estudos de caso voltados para a superação desta dificuldade.

---

<sup>115</sup> NEGRI, 1998, n.p.

<sup>116</sup> SCOTTI, 1999, n.p.

<sup>117</sup> VIANNA, 1994, p. 07; AFONSO, 1994, p. 37; MÉDICI, 1994c, p. 24; MENDES, 1994, p. 127.

---

## Conclusão

A generosidade do ideário, descrita na primeira parte, cede lugar, nesta segunda parte, à análise de algumas variáveis – com destaque para aquelas de caráter econômico – que têm influenciado, delimitando ou restringindo as possibilidades de viabilização da proposta de implantação de um sistema de saúde que se quer universal e equânime num contexto de crise e escassez de recursos.

Assim, são descritos alguns aspectos relativos aos fatores apontados como responsáveis pela expansão dos gastos verificados no setor saúde nas últimas décadas, como, por exemplo: a transição demográfica; a transição epidemiológica; mudanças de comportamento da população *vis-à-vis* dos cuidados com a saúde; a incorporação de tecnologia ao ato médico; a medicalização societal, além da tendência de urbanização crescente.

São descritos ainda alguns elementos que se encontram relacionados à crise fiscal do Estado e à conseqüente retração das receitas públicas, responsáveis pelo custeio das ações de saúde. Confere-se destaque para a redução da natalidade a partir dos anos sessenta e a elevação dos índices de desemprego estrutural, que decorrem tanto de crises econômicas quanto das reformas de cunho liberalizante levadas à efeito nas décadas de oitenta e noventa, cujos efeitos assumem caráter diferenciado se realizadas em países de industrialização tardia ou não.

O caso brasileiro é considerado à parte. O envelhecimento populacional, a superposição epidemiológica, as deficiências na gerência e na gestão de recursos, e o encolhimento da arrecadação pelo Estado constituem-se no pano de fundo para as dificuldades que vêm sendo enfrentadas no processo de descentralização de responsabilidades *versus* descentralização de recursos entre as três esferas de governo.

No entanto, no jogo social além dos recursos econômicos, importa a existência de outros recursos críticos, organizativos e de conhecimento, que foram acumulados pelo Estado e pela sociedade brasileira ao longo do processo de proposição e de desenho do sistema e

que surgem como a forma privilegiada de superação da situação, tornando possível que novas regras fossem elaboradas, mais adequadas ao modelo assistencial que se pretendia implantar. Neste contexto, as NOBs têm se constituído instrumento organizativo singular no aporte de mudanças consideradas relevantes para a construção do SUS.

Mesmo considerando que critérios utilizados na implantação do PAB poderiam ter sido desenvolvidos de forma mais acurada, como já colocado em outros momentos deste trabalho, há evidências que sugerem fortemente que sua implantação vem se constituindo na possibilidade concreta dos gestores municipais iniciarem, efetivamente a condução do processo de implantação do SUS e consolidação dos Sistemas Locais de Saúde – SILOS nos seus municípios.

A expansão das transferências fundo a fundo abriria, para os gestores, a possibilidade de estabelecer processos efetivos de planejamento local, que substituam as tradicionais planilhas de programação. Isto implica na eleição de estratégias que se demonstrem capazes de contemplar toda a complexidade posta pelo contexto de transformação das práticas de saúde, reorganizando-as na ótica da população usuária e buscando atender as demandas de saúde da população com o compromisso que se faz necessário.

Entretanto, como há diferentes maneiras de entendimento e de implantação das NOBs no nível local, há também a possibilidade de que o mesmo possa estar ocorrendo com a implantação do PAB. De fato, sabe-se que a diversidade existente entre os estados e municípios brasileiros, as articulações e o grau de desenvolvimento institucional existentes em cada um podem dar margem a redirecionamentos das políticas centralmente definidas.

Assim, na seqüência, o propósito da próxima parte, terceira e última desta dissertação, é justamente de tentar identificar as diferenças na forma de alocação de recursos que possam estar existindo, após a implantação do PAB, em municípios que apresentam distintos graus de avanço no processo de descentralização das ações de saúde.

## **TERCEIRA PARTE**

### **AS NOVAS REGRAS DO FINANCIAMENTO: O PAB E A POSSIBILIDADE DE CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL**

### A construção do SUS no nível local

Como vem sendo abordado neste estudo, há uma década o Estado brasileiro, através da Constituição Federal de 1988, incorporou a proposta de implantação de um Sistema Único de Saúde, defendida por vários setores da sociedade. Múltiplos fatores intervieram neste processo, ora retardando-o, ora provocando avanços. Ao final de 1996, com a publicação da NOB-SUS 01/96, teve início uma substancial mudança nas regras do financiamento do setor saúde, fato que tornou possível a descentralização dos recursos federais para os municípios, através de repasses fundo a fundo, regulares, diretos e automáticos.

A partir de então, os gestores municipais passaram a ter em mãos recursos para estruturar sua rede de atenção básica da forma que considerassem mais adequada às necessidades de saúde identificadas na população. Este fato elevou as expectativas de que pudessem aproximar-se, concretamente, dos princípios organizativos e finalísticos do SUS, conforme definidos na carta constitucional.

Em decorrência desta nova condição, constata-se, no presente, a necessidade de monitoramento desse processo de substituição do modelo centrado na doença para um modelo centrado na saúde e na qualidade de vida, voltado para as premissas da universalidade e da equidade.

Quanto ao método de avaliação mais adequado para efetuar-lo, dentre as possibilidades metodológicas colocadas pelos diferentes campos do conhecimento e suas respectivas ferramentas, destacam-se a avaliação estratégica, em conformidade com o modelo proposto por Matus<sup>118</sup>, e uma metodologia considerada mais clássica, proposta por Donabedian<sup>119</sup>, conforme exposto nas páginas seguintes.

---

<sup>118</sup> Carlos Matus, economista e planejador chileno, propôs uma metodologia de planejamento estratégico que contempla um sistema próprio de monitoramento, onde a pré e a retroalimentação de informações são elementos essenciais do processo de avaliação.

<sup>119</sup> DONABEDIAN *apud* MALIK, 1996, p. 19.

## 5.1 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O DESAFIO METODOLÓGICO CONTIDO NA APREENSÃO DESTA REALIDADE

Tomando-se, por exemplo, um modelo baseado na avaliação estratégica<sup>120</sup>, este levaria em consideração, por exemplo, o fato de que entre o controle dos recursos financeiros e a viabilização de resultados, comumente, há um percurso nem sempre fácil e ágil. É o momento em que os atores sociais envolvidos no processo procuram fazer valer seus projetos, ao tempo em que buscam, além dos recursos de poder econômico, as estratégias mais adequadas à acumulação de algum tipo de poder organizativo e cognitivo, que também se constituem em recursos escassos neste jogo. São considerados os *vetores de força de cada ator*, ou seja, sua capacidade de angariar a adesão ou provocar a resistência dos demais atores sociais para o projeto que defende, bem como as estratégias das quais lança mão para criar viabilidade para o mesmo. O setor saúde, por exemplo, congrega intencionalidades que podem assumir uma complexidade nada desprezível “desde as colocadas pelos determinantes econômicos e político-ideológicos, até os marcados pelas organizações corporativas e pelos distintos grupos de usuários”<sup>121</sup>.

Numa outra ótica, que pode ser considerada mais clássica, poder-se-ia optar pelo modelo proposto por Donabedian<sup>122</sup>, onde as alterações na qualidade da atenção são mensuradas através de seus atributos – eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, adequação, legitimidade e equidade – e das etapas envolvidas na sua construção/produção, que costumam ser comumente verificadas através de três abordagens:

- *Avaliação da Estrutura*: são avaliados os avanços em termos de recursos físicos, quantidade e qualidade dos recursos humanos e materiais; as formas de organização e funcionamento dos serviços; tipo e especialização dos equipamentos disponíveis.
- *Avaliação dos Processos*: são avaliadas as atividades realizadas pelos provedores de assistência, tanto diagnóstica como terapêutica, e de reabilitação, referindo-se ao componente técnico-científico e de relação interpessoal. É considerado o caminho mais adequado para o exame da qualidade do cuidado, envolvendo além de elementos como a precisão do diagnóstico, adequação do tratamento e das con-

<sup>120</sup> MATUS, 1997, p. 20; OPAS, 1991, pp. 17 – 18.

<sup>121</sup> BUENO, 1997, n.p.

<sup>122</sup> MALIK, 1996, p. 19.

dutas adotadas, aspectos como as relações estabelecidas entre os trabalhadores de saúde e a população usuária, dos vínculos que se estabelecem entre quem presta e quem recebe o serviço. Sua aferição é considerada particularmente oportuna quando o objeto da avaliação é constituído por sistemas provedores de Atenção Primária em Saúde.

- *Avaliação dos Resultados*: são avaliados os efeitos que as ações de saúde tiveram sobre o estado de saúde dos indivíduos ou da coletividade, através da análise de dados referentes à mortalidade, às patologias identificadas, às incapacidades, aos desconfortos e insatisfações. Além da abordagem epidemiológica, que necessariamente encontra-se presente neste tipo de avaliação, tem-se recorrido ultimamente ao conhecimento possível de ser gerado através da metodologia que é própria de outras disciplinas das ciências humanas, como a psicologia e a antropologia, que se prestam bem às avaliações do comportamento e satisfação da população usuária em relação aos serviços e ações de saúde.

Observe-se que a avaliação de *resultados* é comumente tida como uma avaliação indireta da elevação da qualidade dos elementos que compõem tanto a *estrutura* como os *processos*, sendo que dificilmente ignora-se a relevância dos dois últimos em relação ao primeiro. Apesar disso, é importante destacar-se também que “...melhorando a *estrutura* aumenta a probabilidade de o processo e o resultado serem mais adequados, uma boa estrutura está longe de garantir *resultado*. Da mesma forma, *estrutura* inadequada apenas atrapalha o *processo*, mas não impede sua realização conforme os preceitos da prática recomendada”<sup>123</sup>.

Inicialmente estas reflexões foram confrontadas aos objetivos da análise realizada ou seja, a tentativa de *verificar se a descentralização de recursos operada pelo PAB reúne as condições para – uma vez alterada a composição do financiamento da assistência à saúde nos SILOS – impactar positivamente sobre os procedimentos de atenção básica; realizar um acompanhamento da situação de implantação do PAB, no que tange à produção de ações básicas e hospitalares no período coberto pelo estudo, ou seja entre 1995 e 1998; e, por fim, verificar se o fato de haver, no município, um acúmulo de poderes organizativos e cognitivos, constitui-se num diferencial neste processo de mudança do modelo assistencial,*

---

<sup>123</sup> MALIK, 1996, p. 19.

*passível de ser detectado através da análise de como estão sendo alocados os recursos em dois grupos de municípios, que se distinguem pelo fato de estarem em maior ou menor estágio de avanço do processo de descentralização.*

Vale destacar que, antes da definição da etapa empírica do estudo, foram levados em consideração os seguintes fatores:

- A considerar-se o curto período entre o momento presente e a disponibilidade efetiva destes recursos pelos gestores, não seria aconselhável, no âmbito deste estudo, um tipo de avaliação que, pelos múltiplos aspectos – organizacionais, administrativos, epidemiológicos – que, *via de regra*, envolve, poderia falsear a realidade em vez de explicá-la. Neste caso, se enquadram, por exemplo, a análise pura de indicadores de saúde, que, dependendo do tipo, requerem períodos relativamente prolongados de acompanhamento até que possam ser capazes de demonstrar as mudanças que efetivamente ocorreram.
- A preocupação maior consistiu em caracterizar o momento de implantação das alterações na alocação dos recursos. Estas refletem decisões prévias, como a opção por um modelo assistencial fundado sobre ações básicas e estão intimamente relacionadas com a *estrutura* disponível na rede local. Some-se a isto o fato de que são capazes de repercutir tanto nas alterações efetivadas nos *processos* de trabalho como nos *resultados* que advirão destas inovações.
- Por outro lado, a análise estratégica seria contemplada indiretamente com a análise da situação em municípios que têm acumulado recursos considerados escassos do ponto de vista estratégico, ou seja, além dos recursos financeiros, importam os recursos organizativos e os de poder político e cognitivo, que, *a priori*, deveriam encontrar-se mais abundantes nestes municípios do que naqueles que se encontram em formas de gestão menos avançadas. A comparação da alocação de recursos realizada por municípios em situações díspares do ponto de vista de avanço gerencial do sistema foi considerada, neste estudo, como passível de indicar o grau de maturidade alcançado por estes municípios na construção do SUS.

## **5.2 DELIMITAÇÃO DO UNIVERSO ANALISADO**

De acordo com os pontos já levantados, foi mantida a preocupação que tem guiado o estu-



do, ou seja, a de apreender os impactos causados pelo processo de descentralização na alocação dos recursos no âmbito dos sistemas locais de saúde. A opção recaiu, então, sobre uma análise comparativa entre dois grupos de municípios, que foram constituídos a partir do critério de que, possuindo semelhante contingente populacional, encontram-se em situações distintas em relação ao processo de descentralização, representadas pelo fato de estarem ou não habilitados na condição *gestão semi-plena*<sup>124</sup>.

A primeira amostra de municípios foi, então, composta por oito municípios, considerados, por estarem na condição de *gestão semi-plena*, como detentores de um maior acúmulo de experiência na implantação do SUS e que, na presente análise, foram denominados de “grupo acúmulo”. Estes municípios foram escolhidos a partir de um abrangente estudo que vem sendo conduzido pelo Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo<sup>125</sup>, cujo objetivo tem sido o de avaliar o processo e o impacto da gestão descentralizada do Sistema de Saúde no Brasil.

No total, o estudo conta hoje com doze municípios, escolhidos num universo de 24, cujo critério de inclusão foi o fato de, em dezembro de 1996 estarem, há dois anos na condição de *gestão semi-plena* e, além disso, preencherem os seguintes critérios:

- estarem localizados em diferentes regiões do país;
- pertencerem a estados que se encontravam implementando novos modelos de gestão descentralizada do sistema de saúde;
- possuírem diferentes portes populacionais;
- possuírem diferentes portes em complexidade de serviços;
- estarem localizados em regiões diferentes nos estados: áreas metropolitanas, interior e litoral.

Na impossibilidade de contar com um município para cada região do país, optou-se por

---

<sup>124</sup> Pertencer a esta condição de gestão confere ao gestor um *status* diferenciado, pois vem sendo considerada como indicador privilegiado de avanço deste processo, visto que permite que os gestores “desenvolvam sua capacidade gerencial, aumentem a oferta de ações e serviços de saúde, aproximando-a das necessidades de saúde da população, estabeleçam um novo padrão de relacionamento entre os setores públicos e privados e imprimam maior dinâmica na participação da comunidade no controle público do sistema de saúde.” [HEIMANN *et cols.*, 1998, n.p.].

<sup>125</sup> HEIMANN *et cols.*, 1998, n.p.

conjugar os critérios de porte populacional, complexidade da rede e localização geográfica. Um dos municípios – Mauá – foi incorporado ao estudo por ter sido o local onde foi realizado o teste dos instrumentos de coleta de dados, totalizando os atuais doze municípios. Observe-se, na Tabela 5.1, que existe uma amplitude considerável entre os contingentes populacionais dos municípios envolvidos: de 11.002, em Fortim, até 2.091.770 em Belo Horizonte.

Um outro elemento que pode ser evidenciado no estudo é a marcante heterogeneidade das condições de vida existentes entre estes municípios. Para isto, foi utilizado um *Índice de Condições de Sobrevivência - ICS*, construído pelos pesquisadores do estudo a partir dos seguintes indicadores: percentual de famílias cujo chefe do domicílio ganha até um salário mínimo; percentual de famílias cujo chefe do domicílio é homem e analfabeto; percentual de famílias cujo chefe do domicílio é mulher e analfabeta; e percentual de domicílios com abastecimento de água inadequado.

Na análise destas experiências vem sendo adotada uma metodologia combinada, onde constam informações coletadas numa fase anterior e posterior à inclusão na condição de *gestão semi-plena*, onde têm sido pesquisados aspectos referentes ao planejamento e programação, financiamento, gerência de recursos humanos, organização e oferta de serviços e participação comunitária.

A Tabela 5.1 permite que sejam constatados, além da amplitude populacional dos municípios que compõem o “grupo acúmulo”, alguns elementos característicos e a heterogeneidade de condições de vida existente no grupo, identificável através dos valores encontrados para o ICS. Não é de todo surpreendente que o pior valor assumido pelo índice tenha sido identificado em Fortim, município do interior do Ceará e o melhor em Blumenau, localizado no rico estado de Santa Catarina.

No segundo agrupamento de municípios, construído para ser comparativamente analisado e denominado de “grupo comparação”, encontram-se quinze municípios do estado da Paraíba, pareados com os oito municípios do primeiro grupo, que pertencem ao trabalho apresentado na página precedente. Optou-se pela exclusão de quatro dos doze municípios que, originalmente, integram o primeiro estudo, pelos motivos que se seguem: o município de Belo Horizonte, por possuir um contingente populacional muito superior a qualquer município paraibano; Petrolina, Sete Lagoas e Blumenau foram excluídos pela dificuldade

em paré-los com municípios paraibanos com população semelhante, visto que 65% deles possuem menos de dez mil habitantes e apenas três contam com população superior a cem mil.

Na Tabela 5.2 pode-se observar o pareamento realizado entre os municípios dos dois grupos, bem como a distribuição dos municípios da Paraíba de acordo com a região do estado em que se localizam. O pareamento realizou-se segundo dois critérios de inclusão: o fato do município não estar incluído na forma de *gestão semi-plena* no período válido para a inclusão dos municípios no primeiro estudo, ou seja, ter dois anos em *gestão semi-plena* em dezembro de 1996 e um quantitativo populacional compatível com os apresentados pelos municípios do “grupo acúmulo”, de modo que fosse viabilizado o agrupamento aos pares.

**Tabela 5.1:** Municípios integrantes do estudo do qual foi retirado o “grupo acúmulo”, segundo contingente populacional e Índice de Condições de Sobrevivência.

Município	População	I.C.S.*	Crítérios Complementares
Belo Horizonte	2.091.770	0,132	Capital, área metropolitana, alta complexidade do sistema
Blumenau	231.401	0,033	
Diadema	323.221	0,084	Área metropolitana, baixa complexidade do sistema
Fortim	11.002	0,622	Litoral do estado, menor população em semi-plena do grupo, baixa complexidade do sistema
Mauá	344.684	0,076	
Natal	656.037	0,242	Único município do RN e única capital da região Nordeste que integra o estudo
Panambi	31.670	0,151	Baixo contingente populacional, baixa complexidade do sistema
Petrolina	191.238	0,395	Pólo regional, interior do estado, alta complexidade do sistema
Quixadá	64.356	0,582	Interior do estado, maior população em semi-plena no estado, razoável complexidade do sistema
Santos	412.288	0,058	Litoral, pólo metropolitano, sistema de saúde complexo
Sete Lagoas	167.340	0,193	Interior do estado, baixa complexidade do sistema
Votorantim	87.186	0,067	Interior do estado, baixo contingente populacional, baixa complexidade do sistema

\* Os valores do I.C.S. variam entre 1 e 0. Quanto mais próximo de 1, menor as oportunidades de sobrevivência e de desenvolvimento das crianças do município, acontecendo o contrário à medida que os valores se aproximam de 0. Fonte: HEIMANN *et cols.*, 1998, n.p.

**Tabela 5.2:** Municípios dos dois grupos estudados, pareados segundo o contingente populacional.

Grupo acúmulo	População	Grupo comparação	População	Características
Fortim	11.002	Manaíra	10.750	Sertão
		Paulista	11.463	Sertão
		Puxinanã	11.023	Agreste
		Serra Branca	12.630	Borborema
		Juripiranga	10.324	Zona da Mata
Diadema	323.221	Campina Grande	348.670	Agreste, área metropolitana, alta complexidade do sistema
Mauá	344.684			
Natal	656.037	João Pessoa	573.142	Zona da Mata, capital do estado, litoral, polo metropolitano, alta complexidade do sistema
Santos	412.288			
Panambi	31.670	Solânea	30.599	Agreste
		Cabedelo	35.929	Zona da Mata, litoral
		Pombal	29.882	Sertão
		Monteiro	26.271	Borborema
Quixadá	64.356	Sousa	58.878	Sertão
		Guarabira	53.561	Agreste
		Sapé	46.005	Zona da Mata
Votorantim	87.186	Patos	89.111	Sertão

Fonte: Heimann *et cols.*, 1998, n.p.

Não tendo sido possível fazer um pareamento caso a caso e para que o estudo não ficasse limitado do ponto de vista quantitativo, com apenas oito municípios, optou-se por atribuir a Fortim, Quixadá e Panambi entre três e cinco municípios de porte equivalente, distribuídos, quando possível, nas diferentes mesorregiões do estado. Inversamente, para Campina Grande e João Pessoa, considerando-se a importância que ambos apresentam para o sistema de saúde estadual no seu conjunto e, em decorrência disto, a relevância de melhor avaliá-los, a opção recaiu sobre a atribuição de dois municípios do primeiro estudo para cada um deles.

A coleta de dados foi possível a partir de buscas realizadas através *Internet*, na página eletrônica do Departamento de Informática do SUS - DATASUS, relativas ao período compreendido entre janeiro de 1995 e dezembro de 1998.

### 5.3 DESCRIÇÃO DA SEQÜÊNCIA DO ESTUDO

A proposta de estudo consiste em verificar como a descentralização de recursos operada pelo PAB cria condições para que seja alterada a composição do financiamento da assistência à saúde nos SILOS, contribuindo para a reversão do atual modelo assistencial.

Desse modo, a fim de cumprir-se os objetivos propostos, foram definidas as variáveis de interesse para o estudo.

- As informações referentes ao Piso de Atenção Básica oferecem os valores atribuídos às suas porções *fixa* e *variável*, além de permitir que sejam realizadas comparações referentes aos valores *per capita* alocados entre os dois grupos de municípios enfocados;
- O quantitativo de AVEIANMs – Atos de vigilância epidemiológica, imunização e outros atos não-médicos – procedimentos médicos e consultas médicas, interessa pela proporcionalidade que podem apresentar entre si, podendo refletir ainda, quando confrontado ao perfil epidemiológico da população atendida, a adequação entre a utilização dos serviços de saúde e os riscos e os agravos recorrentes;
- O quantitativo de leitos e internações hospitalares custeados pelo SUS, se isoladas as redes hospitalar pública e privada conveniada, em valores absolutos e proporcionais permite dimensionar a oferta total de leitos e a composição do padrão de internações existente, importante para avaliar a integralidade da assistência e a relação de complementaridade dos serviços privados conveniados, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988;
- A taxa de cobertura vacinal, a proporção de parturientes sem acompanhamento pré-natal e de partos operatórios permitem associações, mesmo que indiretas, com o desempenho técnico dos serviços e o compromisso de mudança do modelo assistencial.

Os dados foram coletados no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, disponíveis no *site* do DATASUS, sempre com o objetivo de buscar respostas para os questionamentos que foram levantados na fase inicial da elaboração deste estudo, e identificar como a composição dos gastos em atenção básica e hospitalar nos municípios escolhidos e no período analisado, ou seja, entre os anos de

1995 e 1998.

A escolha das variáveis recaiu sobre os dados que preenchiam a condição de, simultaneamente, estarem na *Internet*, disponíveis na página eletrônica do DATASUS e que traduzissem o perfil das despesas locais com saúde ou impactos na assistência, relacionados à melhorias da estrutura dos serviços ou das práticas de saúde.

Deste modo, a opção preferencial por uma coleta indireta de dados, ou seja, através de uma terceira instituição, no caso o DATASUS, deveu-se aos seguintes fatores:

- a impossibilidade de, no escopo deste trabalho, coletar dados primários, que seria sem dúvida, o método de primeira escolha para gerar este tipo de informação. Tem-se aqui um tipo de obstáculo que tem sido colocado mesmo em estudos de maior fôlego. As limitações e dificuldades relacionam-se à multiplicidade nas formas de documentação utilizadas pelas diferentes fontes do setor público, ao fato de que os dados existentes nas instituições são extremamente centralizados, de difícil acesso e utilizam diferentes metodologias de coleta e armazenamento.
- o endereço eletrônico do DATASUS, que é a entidade governamental responsável pela compilação de todos os dados de produção de serviços de saúde, vem se constituindo numa fonte alternativa que reúne algumas vantagens em relação aos métodos tradicionais de coleta de dados. Além de oferecer dados com o mesmo grau de confiabilidade que os coletados *in loco* nas instituições governamentais, apresenta a vantagem de estarem sempre acessíveis, com baixo custo para o pesquisador e sem as dificuldades que se interpõem, freqüentemente, aos que se propõem a seguir as trilhas percorridas pelos recursos públicos.

Uma vez concluídas as etapas de coleta, organização e apresentação dos dados, a fase seguinte consistiu na descrição e análise dos mesmos, cujos resultados estão apresentados nos capítulos seguintes.

### A alocação dos recursos federais nos municípios estudados

No decorrer da elaboração deste estudo, foram selecionadas algumas variáveis, consideradas como relevantes para a descrição da situação em foco. Para cada uma das variáveis escolhidas, procurou-se, sempre que possível, a desagregação dos dados para os dois grupos de municípios. Desta forma, tentou-se assegurar alguma condição de comparação entre um grupo de municípios que estão em *gestão semi-plena* há um período maior de tempo – ou seja, aqueles que tiveram a possibilidade de acumular poder organizativo, político e de conhecimento mais precocemente – e um segundo grupo, constituído por municípios que se encontram numa fase menos avançada do processo da descentralização da saúde.

A mesma preocupação repetiu-se para o período que constitui o universo da análise. Não obstante a maioria dos dados cobrir integralmente o período compreendido entre 1995 e 1998, há algumas situações em que os dados apresentam evidentes insuficiências qualitativas ou simplesmente não estão registrados no sistema. Apesar destas lacunas não permitirem a abordagem evolutiva desejada, ou seja, estarem cobrindo integralmente o período enfocado para a totalidade de municípios do estudo, os valores existentes foram mantidos como parte do trabalho, pelas informações que, mesmo incompletas, possam vir a agregar ao seu conjunto.

Como recurso metodológico, os dados trabalhados foram agrupados em três baterias de indicadores, referentes: (i) aos recursos federais transferidos aos municípios; (ii) à organização da oferta e utilização dos serviços; e (iii) às variáveis relacionadas à qualidade da atenção prestada, que serão abordados nos capítulos 7 e 8, respectivamente.

Os indicadores de destinação e utilização dos recursos de origem federal agrupam dados que fazem referência à partilha dos recursos federais aplicados entre o nível ambulatorial e hospitalar, e o setor público e privado, segundo se segue:

- Total de recursos federais gastos em ações de Atenção Básica pelos municípios, durante o período imediatamente anterior à implantação do PAB. Uma segunda tabela foi elaborada, contendo os valores do PAB fixo que foram atribuídos aos

municípios do estudo após sua habilitação;

- Evolução dos recursos federais referentes ao custeio de internações realizadas na rede pública e privada conveniada, no “grupo comparação”, durante o período 1995 – 1998.

As variáveis foram definidas com a intenção de permitir que sejam avaliados, mesmo que indiretamente, as tendências na alocação de recursos voltados para a reformulação do modelo assistencial e o volume dos recursos federais repassados ao sistema, destinados ao custeio do nível assistencial ambulatorial e hospitalar, do setor público e privado conveniado.

#### 6.1 OS RECURSOS FEDERAIS REPASSADOS AOS MUNICÍPIOS PARA O CUSTEIO DAS AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE NO PERÍODO ANTERIOR AO PAB

A escolha desta variável deve-se à necessidade, colocada desde o início deste trabalho, de que, através dos valores *per capita* atribuídos aos municípios, seja analisado o momento da mudança do critério federal de alocação dos recursos e financiamento da assistência básica. No momento anterior à implantação do PAB, nos seis municípios habilitados em *gestão semi-plena*, o valor médio por habitante, destinado às ações de atenção básica era de R\$ 8,01 [tabela 6.1]. Acima deste valor, encontram-se os municípios de Santos, com R\$ 9,93, o maior valor deste grupo de municípios, e Panambi, com R\$ 8,83. Votorantim é o município onde foi registrado o menor valor, de R\$ 6,79.

Tabela 6.1: “Grupo acúmulo”: população, recursos destinados à atenção básica e valor *per capita* – 1996 - 1997.

Município	População	Recursos AB* - Em Reais -	Recursos AB* <i>per capita</i> - Em Reais -
Diadema	323.221	2.456.714,97	7,60
Fortim	11.002		
Mauá	344.684	2.661.419,97	7,72
Natal	656.037	4.749.237,68	7,23
Panambi	31.670	279.834,13	8,83
Quixadá	64.356		
Santos	412.288	4.095.507,96	9,93
Votorantim	87.186	592.633,36	6,79

(—) Não há registro de dados

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

\* Recursos AB: recursos para Atenção Básica.



A tabela 6.2 revela que os municípios paraibanos, no mesmo período, têm uma média do valor gasto em ações de atenção básica por habitante de R\$ 13,22, que é mais elevada do que o valor médio observado no “grupo acúmulo”. Dois municípios registraram valores acima da média encontrada, Guarabira e João Pessoa, com R\$13,37 e R\$16,57, respectivamente. Neste período, seis municípios da amostra apresentam gastos inferiores a R\$10,00 por habitante, sendo que Manaíra e Solânea destacam-se pelos valores muito baixos, de R\$3,17 e R\$5,92.

**Tabela 6.2:** “Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: população, recursos destinados à atenção básica e valores médios *per capita* –1996 - 1997.

Município	População	Recursos AB* - Em Reais -	Recursos AB* <i>per capita</i> - Em Reais -
Cabedelo	35.929	410.203,23	11,42
Campina Grande	348.670	3.663.119,48	10,51
Guarabira	53.561	712.354,02	13,37
João Pessoa	573.142	9.497.476,43	16,57
Juipiranga	10.324	79.231,88	7,67
Manaíra	10.750	34.045,46	3,17
Monteiro	26.271	237.928,02	9,06
Patos	89.111	1.100.893,95	12,35
Paulista	11.463	104.483,79	9,11
Pombal	29.882	350.211,48	11,72
Puxinanã	11.259	106.653,33	9,47
Sapé	46.005	530.943,74	11,54
Serra Branca	12.630	128.289,68	10,16
Solânea	30.599	181.096,43	5,92
Sousa	58.878	691.738,41	11,75

(—) Não há registro de dados

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

\* Recursos AB: recursos para Atenção Básica.

Os municípios do “grupo acúmulo” apresentaram modificações em seus recursos destinados à atenção básica, conforme pode ser observado na Tabela 6.3. Fortim destaca-se neste grupo como tendo o maior valor do PAB fixo *per capita*, de R\$ 18,00, que é também o maior valor assumido pelo PAB de todos os municípios estudados.

**Tabela 6.3:** “Grupo acúmulo”: população, PAB recebido e PAB *per capita* – 1998.

<b>Município</b>	<b>População</b>	<b>Valor do PAB - Em Reais -</b>	<b>PAB <i>per capita</i> - Em Reais -</b>
Diadema	327.562	3.275.620,00	10,00
Fortim	11.350	204.300,00	18,00
Mauá	354.856	3.548.560,00	10,00
Natal	668.293	7.123.856,47	10,66
Panambi	32.491	324.910,00	10,00
Quixadá	65.311	653.110,00	10,00
Santos	410.944	5.460.677,30	13,29
Votorantim	88.895	888.950,00	10,00

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

Na tabela 6.4, os valores correspondem à situação após a implantação do PAB, no grupo de municípios paraibanos. O *per capita* médio para o grupo é de R\$11,41, inferior, portanto, aos valores médios gastos com atenção básica no período imediatamente anterior [R\$ 13,22]. No entanto, se neste período, apenas João Pessoa e Guarabira gastavam mais do que a média, após a implantação do PAB, pode-se observar uma inversão desta situação. Embora o valor médio do grupo tenha-se reduzido, oito dos municípios do grupo estão recebendo recursos para as ações de atenção básica acima do valor médio do grupo, sugerindo que houve uma redistribuição mais efetiva dos recursos entre os municípios. Ressalte-se que os municípios de Juripiranga e Sapé que não haviam registrado dados de produção referentes aos procedimentos de atenção básica no momento anterior à habilitação, apresentam, após o PAB, valores de R\$ 10,17 e R\$ 10,30, respectivamente.

**Tabela 6.4:** “Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: PAB recebido, PAB *per capita* e diferença entre os recursos para as ações de Atenção Básica após a implantação do PAB – 1998.

Município	Valor do PAB - Em Reais -	Recursos AB* <i>per capita</i> - Em Reais -	PAB <i>per capita</i> - Em Reais -	Diferença entre recursos para AB* após o PAB
Cabedelo	430.393,35	11,42	11,98	+ 0,56
Campina Grande	3.486.700,00	10,51	10,07	- 0,51
Guarabira	611.067,41	13,37	11,47	-1,90
João Pessoa	6.687.966,70	16,57	11,67	- 4,90
Juipiranga	104.988,00	7,67	10,17	+ 2,49
Manairá	122.455,35	3,17	11,39	+ 8,22
Monteiro	371.545,12	9,06	14,14	+ 5,09
Patos	1.269.636,28	12,35	14,25	+ 1,89
Paulista	104.483,79	9,11	14,48	+ 5,36
Pombal	331.115,28	11,72	11,08	- 0,64
Puxinanã	145.673,51	9,47	12,94	+ 3,47
Sapé	474.072,00	11,54	10,30	- 1,24
Serra Branca	133.679,27	10,16	10,58	+ 0,43
Solânea	310.812,00	5,92	10,16	+ 4,24
Sousa	741.660,00	11,75	12,60	+ 0,85

\* Recursos AB: recursos para Atenção Básica.

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

### 6.1.1 Comparação entre os gastos com atenção básica nos dois grupos de municípios

Como anteriormente assinalado, a média dos gastos com atenção básica no momento anterior ao PAB, no “grupo acúmulo”, de R\$ 8,01, revelou-se inferior à média identificada no outro grupo, que atingia R\$ 13,22. Todavia, a comparação realizada entre os municípios, segundo seu porte populacional, demonstrou a existência de variações nesta tendência [Tabela 6.5].

O município de Votorantim confirma a tendência geral, apresentando gastos inferiores ao seu par do outro grupo, Patos. Registrou-se para o primeiro um valor de R\$ 6,79, enquanto o segundo tem um valor *per capita* de R\$ 12,35.

**Tabela 6.5:** Quadro comparativo entre municípios dos dois grupos, segundo o porte populacional e os gastos em ações de Atenção Básica – 1996 - 1997.

Município-acúmulo	Gastos AB* <i>per capita</i> - Em Reais -	Município-comparação	Gastos AB* <i>per capita</i> - Em Reais -
Fortim	—	Manaíra	3,17
		Paulista	9,11
		Puxinanã	9,47
		Serra Branca	10,16
		Juripiranga	7,67
Quixadá	—	Sousa	11,75
		Guarabira	13,37
		Sapé	11,54
Natal	7,23	João Pessoa	16,57
Santos	9,93		
Diadema	7,60	Campina Grande	10,51
Mauá	7,72		
Votorantim	6,79	Patos	12,35
Panambi	8,83	Solânea	5,92
		Cabedelo	11,42
		Pombal	11,72
		Monteiro	9,06

(—) Não há registro de dados

\* Recursos AB: recursos para Atenção Básica.

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

Ainda de acordo com os dados da Tabela 6.2, a comparação realizada entre os municípios de Panambi, pelo “grupo acúmulo” e Solânea, Cabedelo, Pombal e Monteiro, no momento anterior à habilitação contraria, mesmo que por pouco, a tendência identificada para os grupos, se considerados globalmente. Os municípios do “grupo comparação” têm, em conjunto, valores pagos para os procedimentos de atenção básica superiores aos dos municípios do “grupo acúmulo”. Assim, Panambi tem gastos *per capita* de R\$ 8,83, para um valor médio dos quatro municípios do outro grupo de R\$ 9,53<sup>126</sup>.

Uma outra comparação, realizada entre os municípios de Diadema [323.221 hab.], Mauá [344.684 hab.] e Campina Grande, também vem contrariar a tendência inicial, reforçada pelo caso dos municípios de Natal, Santos e João Pessoa, que revelam um nítido desequilíbrio, com este último apresentando gastos com atenção básica que representam quase o dobro do primeiro.

<sup>126</sup> A Tabela 6.4 revela que, após a habilitação, estes valores foram alterados: Solânea e Monteiro passam a ter um PAB de R\$ 10,16 e R\$14,14, Cabedelo de R\$ 11,98 e Pombal de R\$ 11,08.

Devido à ausência de registros para os municípios de Fortim e Quixadá, não foi possível realizar a comparação referente aos oito municípios que se encontravam com eles pareados.

## **6.2 ALTERAÇÕES NOS RECURSOS FEDERAIS REPASSADOS AOS MUNICÍPIOS PARA O CUSTEIO DAS AÇÕES BÁSICAS: DIFERENÇAS ENTRE O BIÊNIO 1996-1997 E A FASE APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PAB.**

Para dimensionar a mudança no comportamento dos recursos federais repassados aos municípios para o custeio do atendimento ambulatorial básico foram utilizados os valores absolutos dos recursos federais pagos mensalmente para os procedimentos do grupo 01 [AVEIANMs]; grupo 02 [Consulta médica]; grupo 03 [procedimento médico]; grupo 04 [assistência farmacêutica] e grupo 05 [atendimento odontológico]. Em seguida, foram comparados os valores dispendidos, por município e grupo de despesa nos municípios paraibanos entre 1996 e 1997, com o volume de recursos que passou a ser disponibilizado para os gestores locais de saúde, após a implantação do Piso de Atenção Básica, em 1998.

Deste modo, o objetivo dos dados apresentados na Tabela 6.6 é o de permitir a comparação entre o os gastos com ações de atenção básica no momento que antecedeu a implantação do PAB e o volume de recursos federais que passaram a ser transferidos fundo a fundo logo em seguida à sua implantação.

Observou-se que, enquanto grupo, houve uma redução no valor médio por habitante dos municípios paraibanos se comparados os dois períodos: enquanto em 1996-1997 gastava-se, em média, R\$ 13,22 por habitante, em 1998 estes recursos atingiam, neste grupo, R\$ 11,41. Conforme já assinalado, isto não significa uma redução no volume de recursos para o estado ou mesmo para os municípios em foco, se tomados individualmente. Mesmo nessa breve descrição, é possível observar que, antes do PAB, apenas Guarabira e João Pessoa encontravam-se acima dos R\$13,22 gastos em média, havendo uma diferença de R\$ 10,20 entre os gastos de João Pessoa e Manaíra, que gastava, então, R\$ 3,17. Após o PAB, embora tenha havido redução no valor médio se considerado o conjunto, sete municípios passaram a receber recursos *per capita* acima dos R\$11,41 e, dentre eles, nenhum recebe menos de R\$10,07, sendo que a amplitude entre os recursos passou a ser de, no máximo, R\$ 4,48, sugerindo que a sistemática de distribuição de recursos resultou como indutora de um maior equilíbrio na alocação de recursos federais entre os municípios deste grupo.

**Tabela 6.6:** “Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: recursos para a Atenção Básica no período anterior e após a implantação do PAB – 1998.

Município	Média 96 - 97	Transferência Atenção Básica 98	Média Per capita 96 - 97	Per capita após PAB	Diferença entre os dois momentos
Cabedelo*	410.203,23	430.393,35	11,42	11,98	0,56
Campina Grande*	3.663.119,48	3.486.700,00	10,51	10,00	-0,51
Guarabira*	712.354,02	611.067,41	13,37	11,47	-1,90
João Pessoa*	9.497.476,43	6.687.966,70	16,57	11,67	-4,90
Juripiranga***	79.231,88	104.988,00	7,67	10,17	2,49
Manaíra*	34.045,46	122.455,35	3,17	11,39	8,22
Monteiro*	237.928,02	371.545,12	9,06	14,14	5,09
Patos*	1.100.893,95	1.269.636,28	12,35	14,25	1,89
Paulista*	104.483,79	165.942,98	9,11	14,48	5,36
Pombal**	350.211,48	331.115,28	11,72	11,08	-0,64
Puxinanã*	106.653,33	145.673,51	9,47	12,94	3,47
Sapé***	530.943,74	474.072,00	11,54	10,30	-1,24
Serra Branca**	128.289,68	133.679,27	10,16	10,58	0,43
Solânea**	181.096,43	310.812,00	5,92	10,16	4,24
Sousa**	691.738,41	741.660,00	11,75	12,60	0,85
	17.828.669,30	15.387.707,25	13,22	11,41	-1,81

\* municípios que tiveram sua habilitação aprovada na CIT em janeiro de 1998.

\*\* municípios que tiveram sua habilitação aprovada na CIT em março de 1998.

\*\*\* municípios que tiveram sua habilitação aprovada na CIT após 1998.

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999

Ainda numa abordagem descritiva, vale destacar que, embora cinco municípios tenham sofrido perdas, dez deles tiveram ganhos mensais de até R\$8,22 para as despesas com atenção básica – caso do município de Manaíra –. Neste ponto, vale atentar para alguns elementos importantes do que representa esta mudança no financiamento do setor saúde. É importante ressaltar que, durante os anos de 1996 e 1997, estes municípios ainda se encontravam na condição de prestadores de serviços de saúde, não sendo considerados como gestores dos sistemas locais de saúde. Desta condição resulta que não recebiam repasses mensais automáticos e regulares, através de transferências de recursos federais realizadas fundo a fundo e conviviam com a possibilidade de enfrentar a imposição de glosas por parte da estrutura pagadora, caso realizassem procedimentos que ultrapassassem o teto financeiro previsto para as rubricas, definidas mês a mês.

O PAB, ao ser instituído provoca a ruptura com esta situação, pois ao estabelecer um valor *per capita* fixo destinado à atenção básica prestada em cada município permite que o órgão gestor de saúde saiba exatamente qual o montante que lhe será repassado, para ser gasto com esta finalidade, a cada mês. Isto permite que o gestor municipal possa programar as atividades voltadas para o cuidado com a saúde da população de acordo com as prioridades definidas no âmbito local, além de dimensionar a rede de serviços básicos para prestar a atenção necessária ao enfrentamento dos riscos e agravos identificados.

Por outro lado, sabe-se que o contingente populacional dos municípios brasileiros não se encontra sujeito à oscilações abruptas e que o perfil epidemiológico destes mesmos municípios é passível de ser bem conhecido pelos gestores locais e por suas equipes. Desse modo, cria-se, com o PAB, a possibilidade de realização, no âmbito local, de ações de caráter contínuo, que, se eleitas obedecendo aos critérios de relevância epidemiológica, irão, seguramente, impactar sobre a qualidade da atenção prestada à população.

### **6.3 RECURSOS FEDERAIS PAGOS PARA O CUSTEIO DE INTERNAÇÕES NA REDE PÚBLICA E PRIVADA CONVENIADA NOS MUNICÍPIOS PARAIBANOS – “GRUPO COMPARAÇÃO”: PERÍODO 1995-1998**

Embora o PAB represente a possibilidade de, através da introdução de um mecanismo inovador de transferência de recursos, reverter o modelo assistencial pela consolidação das ações básicas, buscou-se, neste trabalho, verificar a associação desta medida com outras que também possam contribuir com o avanço da implantação do SUS. Assim sendo, considerou-se importante verificar a composição dos gastos destinados à assistência hospitalar nos últimos quatro anos, com o objetivo de avaliar, até que ponto, há uma complementaridade da rede privada sobre a rede pública, com atenção focalizada para a comparação entre os gastos com internação nas redes pública e privada contratada, dos municípios paraibanos que constituem o “grupo comparação”, conforme os dados que se encontram expostos na tabela 6.7.

**Tabela 6.7:** “Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: alterações nos gastos efetuados com internação nas redes hospitalares públicas e privadas, período 1995 - 1998

Município	Rede Pública 1995	Rede Pública 1998	Diferença públicos 1995 - 1998	Rede Privada 1995	Rede Privada 1998	Diferença privados 1995 - 1998
Cabedelo	0,00	0,00	–	495.791,01	390.795,07	-21%
Campina Grande	2.171.144,90	3.169.322,75	46 %	20.125.797,86	19.147.264,36	-5%
Guarabira	172.586,34	486.686,67	182%	721.735,39	799.515,50	11%
João Pessoa	7.611.408,28	10.421.829,36	37%	17.474.994,18	12.328.404,45	-29%
Monteiro	170.634,77	336.881,79	97%	109.303,61	105.241,69	-4%
Patos	1.440.205,27	2.214.482,59	54%	235.997,82	200.363,10	-15%
Paulista	0,00	0,00	–	159.469,96	133.850,82	-16%
Pombal	250.267,55	347.846,26	39%	340.611,48	278.323,23	-18%
Puxinanã	0,00	0,00	–	69.303,85	75.641,00	9%
Sapé	357.058,47	534.970,55	50%	432.265,05	399.844,53	-8%
Serra Branca	0,00	0,00	–	644.985,00	285.522,44	-56%
Solânea	0,00	74.858,38	–	514.477,68	320.491,70	-38%
Sousa	568.104,23	445.798,72	-22%	2.060.178,37	1.728.149,85	-16%
	12.741.409,81	18.032.677,07	42%	43.384.911,26	36.193.407,74	-17%

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

*Gastos federais com internações realizadas na rede hospitalar pública:* há, neste grupo de municípios, durante o período 1995-1998, uma acentuada tendência à elevação dos gastos federais com as internações realizadas na rede pública, o que representa um crescimento de 42 % neste período. Os maiores acréscimos foram verificados nos municípios de Guarabira, que apresentou 182% de diferença entre os gastos com internações hospitalares na rede pública entre 1995 e 1998, Monteiro, com 97% e Patos, 54%. Destaque-se, no entanto, que o município de Sousa foi o único município da série a apresentar decréscimo para esta modalidade de internação, reduzindo-a em 22% no mesmo período.

*Gastos federais com internações realizadas na rede hospitalar privada conveniada:* registrou-se, neste grupo de municípios, durante período 1995 – 1998, uma predominante tendência ao decréscimo dos gastos federais com as internações realizadas na rede privada, representando uma redução de 17% para o conjunto dos municípios paraibanos estudados. Desse fato resulta que, enquanto em 1995, a diferença entre os gastos com internações



efetuadas na rede privada superava em R\$ 30.643.501,45 os gastos com internações realizadas na rede pública, em 1998 esta diferença reduziu-se para R\$ 18.160.730,67. Entretanto, é importante ressaltar-se que, apesar da tendência à transformação no padrão de gastos, os recursos destinados às internações realizadas na rede privada ainda representam o dobro do que é destinado à rede hospitalar pública.

Isoladamente, destacam-se Serra Branca, por ser o município que apresentou a maior redução, 56%, e Guarabira e Puxinanã, por apresentarem, ao contrário dos demais, acréscimos dos recursos gastos nessa modalidade de internação.

Como já assinalado em outros momentos deste trabalho, durante o período que precedeu a elaboração da Constituição Federal em 1988, expressivos segmentos da sociedade brasileira manifestaram sua intenção em promover o fortalecimento da rede hospitalar pública, até que a rede privada passasse a assumir um caráter de assistência complementar. Daí o valor de que fosse estabelecida esta comparação: até onde esta vontade, que foi expressa durante eventos como a VIIIª CNS e afirmada pelos constituintes de 1988, está sendo considerada como norteador de despesas pelos gestores do sistema de saúde?

Conforme demonstram os dados, é alvissareira a constatação de que, num estado que está longe de ser considerado um modelo de vanguarda na transformação dos sistemas locais de saúde, a tendência indica o crescimento com gastos das ações realizadas nas estruturas hospitalares públicas, enquanto decrescem os gastos com o setor hospitalar privado. Seguramente, não seria essa a constatação se esse mesmo estudo fosse realizado durante o período em que predominou o *modelo médico assistencial-privatista*<sup>127</sup>, no qual havia nítida superioridade dos recursos destinados ao pagamento de cuidados prestados em unidades hospitalares privadas. É uma informação importante para o entendimento do processo em curso, para avaliar se houve progressos na reversão do modelo anterior e na sua substituição por um novo modelo assistencial, no qual o setor assistencial público possa vir a ter o lugar que lhe é assegurado pela Constituição Federal.

---

<sup>127</sup> De acordo com o que se encontra exposto na primeira parte desta dissertação, na década de setenta, segundo a política de saúde hegemônica, um enorme volume de recursos foi destinado à rede privada conveniada ao tempo em que, paradoxalmente, os indicadores de saúde, qualidade e acessibilidade da assistência incluídos, assumiam proporções alarmantes.

### A organização da atenção à saúde da população

Neste capítulo serão abordados alguns indicadores relativos à organização da oferta e utilização dos serviços, a partir de dados quantitativos dos Sistemas Locais de Saúde, escolhidos por oferecerem informações sobre sua infra-estrutura e o potencial de oferta de serviços. Buscar-se-á identificar a proporcionalidade existente entre as redes assistenciais hospitalares pública e privada, a oferta de ações preventivas e curativas, e a forma como estas têm evoluído no período estudado. Com estes objetivos, serão analisadas as seguintes variáveis:

- Oferta de leitos públicos e leitos privados no município;
- Internações realizadas na rede pública e privada do município;
- atendimentos básicos realizados no município;
- AVEIANMs realizados no município;
- Procedimentos médicos realizados no município;
- Consultas médicas realizadas no município.

#### 7.1 A OFERTA DE LEITOS PÚBLICOS E PRIVADOS NO PERÍODO 1995-1998

A intenção é identificar se houve expansão ou retração do número total de leitos, em que proporcionalidade e até que ponto têm sido tomadas medidas no sentido de assegurar a integralidade da atenção e a complementaridade do setor privado em relação ao público, conforme estabelecido no texto legal. Quando a análise da oferta pública é realizada comparativamente com o quantitativo de leitos privados, permite a comparação da evolução da situação existente entre os dois grupos, num mesmo período e se há a existência de uma decisão prévia de fortalecimento do setor.

O grupo de municípios denominado de “grupo acúmulo” apresenta as seguintes tendências em relação às variáveis analisadas, conforme pode ser verificado nas Tabela 7.1 e 7.3:

- *Leitos públicos:* No total, houve um acréscimo de 35 leitos no número de leitos deste conjunto de municípios, o que equivale a uma diferença de 2% no período. Isoladamente, os municípios de Fortim, Diadema e Mauá mantiveram o mesmo quantitativo de leitos durante o período analisado. Quixadá e Natal reduziram a oferta de leitos, o primeiro em 22% e o segundo, apesar de em 1996 e 1997 ter alguns acréscimos neste quantitativo, em 1998 contava com quarenta e cinco leitos a menos, ou seja uma redução de 5,2%. Santos aumentou significativamente a sua oferta de leitos públicos, que passou de 271 para 343, numa elevação de 26%. Votorantim, que em 1995 não possuía nenhum leito público, fechou o período com vinte leitos, seguindo a tendência observada no estado de São Paulo, que no mesmo período elevou sua oferta de leitos públicos em 7%. Numa situação única entre estes municípios, encontra-se Panambi que é o único município deste grupo que não conta com nenhum leito público.
- *Leitos privados:* No total, houve um acréscimo de 179 leitos no número de leitos privados deste conjunto de municípios, o que equivale a uma diferença de 6% no período, sendo que Quixadá, Mauá e Santos mantiveram inalterados o número de leitos durante os quatro anos. Diadema e Votorantim apresentaram reduções correspondentes a 69% e 40%, respectivamente. Fortim não revelou a presença deste tipo de leito. Natal e Panambi elevaram seu quantitativo em 395% e 38%, respectivamente. Atente-se para o fato de que, sendo Panambi município gaúcho, entre 1995 e 1998, ou seja no mesmo período em que o município elevava seu quantitativo de leitos privados conveniados, este estado reduziu-os em 9%.
- *Comparação entre a oferta de leitos públicos e privados:* no geral, não foi evidenciada a existência de grandes diferenças entre os quantitativos existentes em 1995 e os de 1998, sendo predominante a manutenção da situação inicial. Preocupa o percentual de crescimento dos leitos privados ter sido de 6%, superior, portanto, aos 2% de crescimento observados na rede hospitalar pública, num contexto em que o quantitativo de leitos privados já supera o de leitos públicos em 91%. Entretanto, a comparação quando realizada entre os dois grupos chama atenção para contrastes verificados em alguns municípios: por um lado, destacam-se Santos e Votorantim, que elevaram o número de leitos públicos, enquanto reduziram a oferta na rede privada. Por outro, inversamente, destacam-se Quixadá, que reduziu

os leitos públicos em 27%, ao tempo em que conservou o quantitativo inicial de leitos privados, Panambi, que não possuindo leitos públicos, eleva no período seu quantitativo de leitos privados em 38% e Natal que elevou seu número de leitos privados em 395 % ao tempo em reduziu seu quantitativo de leitos públicos em 22%, assumindo a tendência observada no estado do Rio Grande do Norte neste mesmo período. Quanto à proporcionalidade entre a oferta pública e privada, com a esperada complementaridade desta, observou-se que, neste grupo, dos oito municípios, apenas Mauá oferece mais leitos públicos que privados – 106 a mais – e Fortim, que possui sete leitos, todos públicos. Todos os demais possuem um número de leitos privados superior ao de leitos públicos, em proporções que atingem patamares bem elevados, como, por exemplo, o município de Santos, que de um total de 1829 leitos, 1486 deles ou seja, 81%, pertencem à rede privada.

Nos municípios paraibanos, conforme pode ser visto nas Tabelas 7.2 e 7.4, a situação é a que se segue:

- *Leitos públicos*: a análise da oferta do setor público revelou a existência de uma predominância à manutenção do número de leitos desta modalidade, alterando-se apenas em cinco leitos no conjunto de municípios – de 2.170 em 1995, passou a 2.175 em 1998. Em dez dos quinze municípios enfocados, manteve-se a situação existente em 1995 nos anos subseqüentes: os municípios de Manaíra, Paulista, Puxinanã, Serra Branca e Juripiranga continuam sem oferecer leitos públicos à população. Solânea, que em 1995 encontrava-se em situação semelhante, em 1998 contava com 21 leitos nesta modalidade. Observou-se uma discreta redução, de 66 leitos em João Pessoa e aumentos, também muito discretos, verificados em Patos e Souza. Campina Grande distingue-se dos demais por ter elevado 40 leitos na sua rede pública, sendo isoladamente, o município que mais ampliou esta oferta.

**Tabela 7.1:** “Grupo acúmulo”: oferta de leitos na rede pública, 1995 - 1998.

Município	Oferta de leitos na rede pública				
	1995	1996	1997	1998	Diferença 95-98
Diadema	179	179	179	179	0
Fortim	7	7	7	7	0
Mauá	220	220	220	220	0
Natal	859	1.576	1.110	814	-45
Panambi	—	—	—	—	—
Quixadá	55	55	43	43	-12
Santos	271	333	343	343	72
Votorantim	—	—	—	20	—
Total	1.591	2.370	1.902	1.626	35

(—) Não há registro de dados

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

**Tabela 7.2:** “Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: oferta de leitos na rede pública, 1995 - 1998.

Município	Oferta de leitos na rede pública				
	1995	1996	1997	1998	Diferença 95-98
Cabedelo	20	20	20	20	0
Campina Grande	313	321	353	353	40
Guarabira	50	50	50	50	0
João Pessoa	1.288	1.455	1.365	1.222	-66
Juipiranga	—	—	—	—	—
Manaira	—	—	—	—	—
Monteiro	46	46	46	46	0
Patos	205	205	205	212	7
Paulista	—	—	—	—	—
Pombal	72	72	72	72	0
Puxinanã	—	—	—	—	—
Sapé	75	75	75	75	0
Serra Branca	—	—	—	—	—
Solânea	—	—	—	21	—
Sousa	101	101	105	104	3
Total	2.170	2.345	2.291	2.175	5

(—) Não há registro de dados

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

**Tabela 7.3:** “Grupo acúmulo”: oferta de leitos na rede privada conveniada, 1995 - 1998.

Município	Oferta de leitos na rede privada conveniada				
	1995	1996	1997	1998	Diferença 95-98
Diadema	875	875	268	268	-607
Fortim	—	—	—	—	—
Mauá	114	114	114	114	0
Natal	208	1.038	1.046	1.030	822
Panambi	50	69	69	69	19
Quixadá	60	60	60	60	0
Santos	1.486	1.486	1.486	1.486	0
Votorantim	137	137	219	82	-55
Total	2.930	3.779	3.262	3.109	179

(—) Não há registro de dados

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

**Tabela 7.4:** “Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: oferta de leitos na rede privada conveniada, 1995 - 1998.

Município	Oferta de leitos na rede privada conveniada				
	1995	1996	1997	1998	Diferença 95-98
Cabedelo	88	88	88	88	0
Campina Grande	2.488	2.488	2.493	2.493	5
Guarabira	100	100	129	129	29
João Pessoa	2.232	2.310	2.328	2.328	96
Juipiranga	—	—	—	—	—
Manaíra	—	—	—	—	—
Monteiro	20	20	20	20	0
Patos	32	32	32	32	0
Paulista	33	33	33	33	0
Pombal	73	73	73	73	0
Puxinanã	10	10	10	10	0
Sapé	60	60	60	60	0
Serra Branca	145	145	145	145	0
Solânea	20	90	90	90	70
Sousa	141	141	141	141	0
Total	5.442	5.590	5.642	5.642	200

(—) Não há registro de dados

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

- *Leitos privados*: a evolução do quantitativo de leitos privados apresenta a mesma tendência conservadora que o quantitativo de leitos públicos, tendo-se revelado, todavia, uma tendência à expansão deste tipo de oferta mais acentuada do que no setor público. Tomando-se o conjunto de municípios, houve uma elevação de 5.442 leitos em 1995 para 5.642 em 1998, o que representa 200 leitos a mais. Dos quinze municípios, quatro apresentaram acréscimos: João Pessoa, município que mais elevou o número de leitos privados, acrescentou 96 leitos à sua oferta. Campina Grande, elevou o quantitativo da rede privada em cinco leitos, Solânea em 70 leitos e Guarabira, que incorporou 29 leitos aos cem existentes em 1995.

### 7.1.1 Comparação entre as situações observadas nos dois grupos de municípios

O confronto entre os dois tipos de oferta atrai a atenção, por razões diferentes, sobre o conjunto de municípios. Observa-se com facilidade a predominância da rede privada sobre a rede hospitalar pública nos dois grupos de municípios. No “grupo acúmulo”, a oferta de leitos privados, neste grupo, ultrapassa em 1.483 a oferta de leitos públicos, sendo superior em 91%. No “grupo comparação”, existem 3.467 mais leitos privados do que leitos públicos, o que representa uma diferença de 159% entre as duas modalidades de prestação de serviços. Esta situação se reproduz em praticamente todos os municípios enfocados, representando um elemento de alerta, pois, dependendo do contexto local e das formas de relação estabelecidas entre o setor público e privado, pode significar a existência de dificuldades importantes para o exercício da capacidade gestora dos secretários municipais.

Distinguem-se, no entanto, algumas situações que podem se revelar promissoras. Patos, por exemplo, surge como o município que no estado da Paraíba mantém a melhor relação entre leitos públicos e privados. Além de ter, mesmo que discretamente, elevado seu quantitativo de leitos públicos no período, possui quase sete vezes mais leitos públicos do que leitos privados. Isto significa que, num universo de 244 leitos, 86% são públicos. Também se sobressaem os municípios de Souza – mesmo tendo 42% de leitos pertencentes à rede pública, conseguiu elevá-los, mantendo inalterado o quantitativo de leitos privados – e Monteiro, que possui uma oferta de leitos públicos que representa o dobro da oferta de leitos privados. Por motivos opostos, se destacam os municípios de Campina Grande e João Pessoa, as duas maiores cidades do estado: nelas a relação entre o setor público e o privado é o inverso do aceitável. Na primeira, existem apenas 353 leitos públicos frente a

uma oferta de 2493 privados contratados, o que resulta numa relação de sete leitos privados para cada leito público. Na capital, esta relação é de 1,9 leitos privados para cada leito público existente, menor que a precedente, embora também preocupante no que tange ao compromisso constitucional em assegurar o fortalecimento da assistência hospitalar pública, mantendo a rede privada conveniada apenas numa situação de complementaridade.

## 7.2 INTERNAÇÕES REALIZADAS NAS REDES PÚBLICA E PRIVADA, NO PERÍODO 1995 – 1998

A análise de uma série temporal, mesmo que curta, das internações efetivadas nas redes pública e privada demonstra ser particularmente interessante para a comparação que está proposta nesta análise, conforme os dados que se encontram nas Tabelas 7.5, 7.6, 7.7 e 7.8. De fato, são dados que oferecem indícios de como vem se dando a atuação do gestor local, através do padrão de gerenciamento e conseqüente ocupação dos leitos existentes nos setores público e privado.

Nos municípios do “grupo acúmulo” a situação encontrada é a que se segue:

- *Rede pública:* as internações na rede pública apresentaram tendência à elevação em quatro dos oito municípios deste grupo: Santos – 34%, Diadema – 5,3%, Natal – 6,9% e Fortim – 63%. Surpreendentemente, são municípios que mantiveram inalterados ou até viram reduzidos seu quantitativo de leitos públicos no mesmo período. Também surpreendente é a redução nas internações públicas apresentada por Quixadá, da ordem de 81%, muito elevada mesmo que considere-se a redução de leitos públicos – 22% – verificada no município. Mauá apresenta uma discreta diminuição, de 2,7%. Não há registros de internações públicas realizadas em Votorantim e Panambi neste período, apesar do primeiro haver registrado a instalação de vinte leitos públicos em 1998.
- *Rede privada:* à exceção de Quixadá e Panambi, que elevaram suas internações realizadas na rede hospitalar privada em 12,5% e 25%, respectivamente, todos os municípios deste grupo reduziram-nas. Destaque-se que a alteração mais acentuada ocorreu em Natal, onde houve redução de 66%. Também Santos reduziu em 50% as internações realizadas na rede privada, no período analisado. Em Diadema, os registros indicam um total de 9134 internações realizadas em 1995 e nenhuma nos anos de 1997 e 1998, o que sugere problemas no registro do banco de



dados deste município.

**Tabela 7.5: “Grupo acúmulo”: internações realizadas na rede pública, 1995 - 1998.**

Município	Internações na rede pública				
	1995	1996	1997	1998	Diferença 95-98
Diadema	13.444	12.109	13.508	14.152	708
Fortim	71	186	162	116	45
Mauá	8.620	7.652	10.252	8.382	-238
Natal	24.149	23.403	24.193	25.829	1.680
Panambi	—	—	—	—	—
Quixadá	1.750	1.051	804	321	-1.429
Santos	11.341	12.334	14.656	15.290	3.949
Votorantim	—	—	—	1	—
Total	59.375	56.735	63.575	64.091	4.716

(—) Não há registro de dados

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

**Tabela 7.6: “Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: internações realizadas na rede pública, 1995 - 1998.**

Município	Internações na rede pública				
	1995	1996	1997	1998	Diferença 95-98
Cabedelo	—	—	—	—	—
Campina Grande	8.225	8.759	8.416	9.147	922
Guarabira	1.239	1.136	2.055	2.674	1.435
João Pessoa	32.011	32.075	31.555	29.487	-2.524
Juipiranga	—	—	—	—	—
Manaíra	—	—	—	—	—
Monteiro	1.031	1.184	1.397	1.606	575
Patos	7.507	8.010	9.062	10.358	2.851
Paulista	—	—	—	—	—
Pombal	1.625	1.521	1.542	1.803	178
Puxinanã	—	—	—	—	—
Sapé	2.315	2.623	2.539	2.472	157
Serra Branca	—	—	—	—	—
Solânea	—	—	—	355	—
Sousa	3.232	2.702	2.284	1.879	-1.353
Total	57.185	58.010	58.850	59.781	2.596

(—) Não há registro de dados

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

**Tabela 7.7:** “Grupo acúmulo”: internações realizadas na rede privada conveniada, 1995 - 1998.

Município	Internações na rede privada conveniada				
	1995	1996	1997	1998	Diferença 95-98
Diadema	9.134	1.408	—	—	—
Fortim	—	—	—	—	—
Mauá	9.107	8.983	7.178	8.214	-893
Natal	34.753	25.721	20.379	11.837	-22.916
Panambi	2.312	2.710	2.436	2.903	591
Quixadá	3.640	3.239	3.489	4.095	455
Santos	30.569	21.821	19.848	15.116	-15.453
Votorantim	1.948	1.825	2.384	78	-1.870
<b>Total</b>	<b>91.463</b>	<b>65.707</b>	<b>55.714</b>	<b>42.243</b>	<b>-49.220</b>

(—) Não há registro de dados

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

**Tabela 7.8:** “Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: internações realizadas na rede privada conveniada, 1995 - 1998.

Município	Internações na rede privada conveniada				
	1995	1996	1997	1998	Diferença 95-98
Cabedelo	2.891	2.705	2.457	2.120	-771
Campina Grande	67.453	62.957	56.107	55.512	-11.941
Guarabira	4.400	3.918	2.764	3.583	-817
João Pessoa	54.065	42.655	30.904	30.853	-23.212
Juipiranga	—	—	—	—	—
Manaíra	—	—	—	—	—
Monteiro	600	594	518	518	-82
Patos	1.433	1.203	968	1.097	-336
Paulista	966	931	752	700	-266
Pombal	1.683	1.521	1.148	1.179	-504
Puxinanã	468	458	400	422	-46
Sapé	2.433	2.096	1.907	1.853	-580
Serra Branca	2.875	2.179	1.544	1.155	-1.720
Solânea	2.318	2.118	2.467	1.499	-819
Sousa	7.452	7.058	5.809	4.694	-2.758
<b>Total</b>	<b>149.037</b>	<b>130.393</b>	<b>107.745</b>	<b>105.185</b>	<b>-43.852</b>

(—) Não há registro de dados

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

- *Comparação entre o quantitativo de internações realizadas nas redes hospitalar pública e privada:* embora tenham havido lacunas importantes no registro destes dados, foi observada uma diferença de 4.716 internações a mais, realizadas na rede pública destes municípios, o que significa um acréscimo de 7% no período<sup>128</sup>. Neste grupo, Natal e Santos destacam-se como municípios que elevaram o quantitativo de internações no setor público, enquanto realizaram reduções no setor privado, no período analisado. Inversamente, Quixadá efetivou marcante redução nas internações do setor público, acompanhada de elevação, embora sem grande importância das internações do setor privado.
- *Comparação entre a taxa de ocupação da rede pública e privada:* a rede hospitalar pública deste grupo de municípios apresentou uma taxa de ocupação média de 33,6% no período, com Diadema registrando 79%, a maior taxa e Fortim, com 16%, a menor. Em comparação com a taxa de ocupação verificada na rede privada conveniada, tem-se que esta apresentou uma média mais elevada que a rede pública, de 38%, tendo a mais alta taxa, de 72%, sido registrada em Mauá e a mais baixa, de 10%, em Santos.

No “grupo comparação” foram identificados os elementos abaixo descritos:

- *Rede pública:* à exceção de João Pessoa e Sousa, que reduziram suas internações públicas e Manaíra, Paulista, Puxinanã, Serra Branca e Juripiranga, que não contam com leitos públicos, todos os demais municípios elevaram o seu quantitativo de internações na rede pública local, havendo no período, uma elevação total de 2.596 internações públicas. Alguns casos merecem reflexão. João Pessoa apresentou uma redução de internações públicas que destoava da evolução do seu quantitativo de leitos públicos cadastrados no SUS. Apenas para lembrar, entre 1995 e 1997, este quantitativo elevou-se de 1.288 para 1.365, tendo se reduzido para 1.222 em 1998, ao tempo em que a oferta de leitos privados era acrescida em 96 leitos. No caso de Sousa merece destaque o fato de que, no período em que suas internações caíram em 41,8%, não houve redução no seu número de leitos públicos. Ao contrário, estes foram acrescidos em 2%. Destaque-se ainda o fato de Cabedelo, que mesmo tendo vinte leitos públicos cadastrados no sistema durante os

<sup>128</sup> Os registros das internações realizadas na rede privada contratada apontam para uma redução de 49.220 internações no período, o que representa 165% de decréscimo.

quatro anos do estudo, não registrou nenhuma internação neste período. São fatos que preocupam, pois indicam problemas de gestão dos recursos destinados às internações e que merecem análise por parte das estruturas gestoras.

- *Rede privada*: observou-se, nos municípios do estado da Paraíba que fazem parte deste estudo que predominou, no período analisado, a tendência à redução das internações realizados pela rede privada conveniada, fato observado em todos os municípios que compõem o grupo e que resultou numa redução de 43.852 internações nesta rede ao final do período.
- *Diferenças entre o quantitativo de internações realizadas nas redes hospitalar pública e privada*: há neste grupo, a reprodução da situação de elevação das internações públicas, que se elevaram em 2.596 ou 4% e a expressiva redução das internações efetivadas na rede privada contratada, que diminuíram em 43.852 ou 41%. No entanto, este grupo de municípios revela um aspecto que o diferencia do anterior: excetuando-se os municípios de João Pessoa, Monteiro, Patos e Pombal, que apresentaram no decorrer do período um quantitativo de internações públicas superior aos efetivados na rede privada, a comparação entre os demais municípios revela que, apesar da tendência à redução das internações da rede privada observada no conjunto dos municípios, anteriormente descrita, persiste nítida predominância destas sobre as internações realizadas na rede pública, que pode ser ilustrado pelo fato de que a rede privada ainda superou a rede pública em 45.404 internações em 1998, enquanto que naqueles municípios em *gestão semi-plena*, esta diferença favorece a rede pública em 21.848 internações. Ou seja, mesmo que haja indícios de que estão ocorrendo alterações no sentido de reversão da situação nos municípios paraibanos, esta ainda favorece o setor privado contratado. Destaca-se ainda, a disparidade verificada no município de Campina Grande, que, apesar da elevação das internações públicas e redução das internações privadas, apresenta em 1998, 5,6 internações realizadas na rede privada para cada uma que se realiza na rede pública, sendo que em 1995, esta mesma relação encontrava-se no patamar de uma internação pública para cada 6,6 realizadas na rede privada.
- *Distinção entre a taxa de ocupação da rede pública e privada*: a rede hospitalar pública deste grupo de municípios apresentou uma taxa de ocupação média de 31% no período, com Guarabira registrando 53%, a maior ocupação e Sousa, com

18%, a menor ocupação. Em comparação com a ocupação verificada na rede privada conveniada, tem-se que esta apresentou uma média de 43%, ou seja, doze pontos percentuais mais elevada do que a ocupação observada no setor público. Observe-se ainda que a mais alta taxa, de 34%, foi registrada em Patos e a mais baixa, de 13%, em João Pessoa.

- *Comentários gerais:* vale ressaltar a tendência à redução das internações totais observada ao longo do período. De fato, se, no total dos municípios, em 1995 foram efetivadas na rede hospitalar contratada pelo SUS 357.060 internações [de todas as naturezas jurídicas], em 1998 foram realizadas 271.300, o que representou uma redução de 85.760 nas internações, mudança que merece ser melhor investigada. Por outro lado, o crescimento proporcional das internações públicas nos dois grupos de municípios verificado neste mesmo período indica que esta redução atingiu especialmente o setor privado contratado.

### 7.3 ATENDIMENTOS BÁSICOS REALIZADOS NO PERÍODO 1995-1998

São considerados atendimentos básicos aqueles realizados por profissionais de saúde, médicos ou não, em serviços assistenciais ambulatoriais e que se enquadram em um destes três tipos – *AVEIANMs, Procedimentos Médicos e Consultas Médicas*:

- *AVEIANMs:* Atos de Vigilância Epidemiológica, Imunização e outros Atos Não-Médicos. Incluem ações preventivas, como as visitas domiciliares e de inspeção sanitária, as ações de combate a vetores e hospedeiros, os procedimentos de bloqueio vacinal, e demais medidas profiláticas tomadas em relação aos agravos imunopreveníveis ou não. São computados também neste grupo os trabalhos de grupo, de cunho educativo ou de controle de patologias específicas, além de outras ações como curativos, retirada de pontos e demais pequenos procedimentos realizados na rede básica, por profissional não-médico.
- *Procedimentos e Consultas Médicas:* atos realizados em serviço ambulatorial, por profissional formado em medicina. Compreende as consultas e os procedimentos que envolvem as chamadas especialidades básicas, ou seja, clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia.

Como os municípios do “grupo acúmulo” já se encontravam recebendo os recursos para

assistência à saúde através de transferências fundo a fundo, será descrita nesta parte apenas a situação observada nos municípios paraibanos.

De fato, constatou-se a redução do registro destes procedimentos no sistema anterior, à medida em que se elevava o número de municípios que se habilitavam para receber os recursos para as ações de atenção básica fundo a fundo. Conforme pode ser observado na tabela 7.9, para o conjunto de municípios, os procedimentos básicos totais registrados em 1998 são 33% inferiores aos que foram pagos em 1995. Note-se ainda que, excetuando-se os municípios de Monteiro, Patos e Solânea, todos os demais registraram redução no pagamento por procedimento, indicando sua substituição por transferências fundo a fundo.

Verifica-se, desse modo, a concomitância entre a habilitação destes municípios em *gestão plena da atenção básica*, traduzidas na redução do pagamento por produção destes procedimentos, e a redução nas internações observadas no período, como vimos anteriormente.

**Tabela 7.9:** “Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: atendimentos básicos realizados e variação percentual no período 1995 - 1998.

Município	Atendimento Básico - Municípios				
	1995	1996	1997	1998	Diferença 95-98
Cabedelo	177.512	204.291	184.241	144.368	-19%
Campina Grande	1.410.565	1.443.965	1.338.141	1.177.493	-17%
Guarabira	334.385	301.126	308.184	291.375	-13%
João Pessoa	5.579.087	4.391.481	4.265.656	3.271.880	-41%
Juipiranga	43.158	54.863	48.722	33.382	-23%
Manaíra	39.853	38.492	24.544	23.807	-40%
Monteiro	108.813	126.025	147.667	136.433	25%
Patos	476.807	484.106	540.459	480.127	1%
Paulista	65.871	55.249	53.894	50.265	-24%
Pombal	159.101	164.927	163.552	105.454	-34%
Puxinanã	45.639	62.559	58.254	43.448	-5%
Sapé	244.490	237.245	224.995	179.684	-27%
Serra Branca	58.075	64.507	70.230	54.444	-6%
Solânea	86.373	79.089	63.922	90.050	4%
Sousa	473.924	386.387	242.908	197.221	-58%
<b>Total</b>	<b>9.303.653</b>	<b>8.094.312</b>	<b>7.735.369</b>	<b>6.279.431</b>	<b>-33%</b>

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

#### 7.4 AVEIANMS REALIZADOS NO PERÍODO 1995-1998

Os AVEIANMs, analisados isoladamente, repetiram a tendência à redução demonstrada para os atendimentos básicos, quando foram considerados em conjunto com os procedimentos e consultas médicas.

Conforme pode ser visto na Tabela 7.10, houve, de fato, uma redução de 30% no volume do AVEIANMs pagos por produção. Por outro lado, distingue-se da situação anterior pela permanência de crescimento no registro destes procedimentos nos municípios de Puxinanã, Serra Branca, Campina Grande, Solânea, Monteiro, Guarabira e Patos.

**Tabela 7.10:** “Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: AVEIANMs realizadas e variação percentual no período 1995 - 1998.

Município	AVEIANMs - Municípios				
	1995	1996	1997	1998	Diferença 95-98
Cabedelo	86.780	101.113	96.153	79.378	-9%
Campina Grande	645.141	738.551	681.937	721.722	12%
Guarabira	188.243	184.492	215.390	222.699	18%
João Pessoa	3.181.874	2.244.120	2.136.922	1.614.354	-49%
Juripiranga	36.394	46.942	44.130	29.948	-18%
Manaira	32.874	32.312	17.208	12.097	-63%
Monteiro	76.748	91.103	107.146	90.791	18%
Patos	228.620	266.311	336.464	317.202	39%
Paulista	50.638	41.313	43.476	39.029	-23%
Pombal	107.909	119.386	115.851	76.959	-29%
Puxinanã	27.855	44.162	43.476	34.522	24%
Sapé	143.006	131.275	133.814	123.018	-14%
Serra Branca	26.694	34.130	45.649	37.964	42%
Solânea	41.967	46.467	43.040	61.268	46%
Sousa	289.444	235.978	143.694	129.146	-55%
Total	5.164.187	4.357.655	4.204.350	3.590.097	-30%

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

#### 7.5 PROCEDIMENTOS MÉDICOS REALIZADOS NO PERÍODO 1995-1998

No conjunto de municípios paraibanos, verificou-se que, também para os procedimentos médicos, à medida que os municípios foram adotando a modalidade de transferência fundo

a fundo para os recursos de atenção básica, ocorreu, como decorrência, uma redução no volume de recursos federais destinados ao pagamento por procedimentos realizados [Tabela 7.11]. Dessa alteração resulta que, entre 1995 e 1998, houve uma diminuição de 122.870 na quantidade aprovada de procedimentos básicos pagos na modalidade anterior, equivalente a 44% do que se registrava no momento inicial da série, mais elevada, portanto, do que a redução constatada nos AVEIANMs e para o total destes procedimentos, que contrariamente aos precedentes, apresentaram redução em todos os municípios estudados.

**Tabela 7.11:** “Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: procedimentos médicos (atendimento básico) realizados e variação percentual no período 1995 - 1998.

Município	Atendimento Básico - Municípios				
	1995	1996	1997	1998	Diferença 95-98
Cabedelo	3.828	3.742	3.484	2.210	-42%
Campina Grande	75.542	78.793	80.607	45.002	-40%
Guarabira	19.181	16.630	14.720	8.606	-55%
João Pessoa	139.047	137.518	155.237	79.342	-43%
Juripiranga	—	—	—	—	—
Manaíra	—	—	—	—	—
Monteiro	956	1.035	1.193	759	-21%
Patos	12.598	13.184	11.756	7.588	-40%
Paulista	1.075	400	217	48	-96%
Pombal	2.430	1.659	2.084	1.061	-56%
Puxinanã	369	324	425	240	-35%
Sapé	8.767	9.788	9.286	4.910	-44%
Serra Branca	601	352	383	513	-15%
Solânea	5.254	2.864	3.072	2.196	-58%
Sousa	9.297	7.420	6.620	3.600	-61%
<b>Total</b>	<b>278.945</b>	<b>273.709</b>	<b>289.084</b>	<b>156.075</b>	<b>-44%</b>

(—) Não há registro de dados

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

## 7.6 CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS NO PERÍODO 1995-1998

O acompanhamento do perfil apresentado pelas consultas médicas realizadas nos serviços ambulatoriais, particularmente quando confrontado com o perfil das internações hospitalares, permitiu identificar que a tendência já descrita para os atendimentos básicos anteriores



repetiu-se na composição dos registros da oferta das consultas médicas básicas à população [Tabela 7.12]. Neste caso, houve uma redução nas consultas pagas por procedimento correspondente a 34% entre 1995 e 1998, e à exceção de Manaíra e Monteiro, todos os demais municípios registraram valores que indicam a implantação das transferências fundo a fundo.

**Tabela 7.12:** “Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: consultas médicas (atendimento básico) realizadas e variação percentual no período 1995 - 1998.

Município	Atendimento Básico - Municípios				
	1995	1996	1997	1998	Diferença 95-98
Cabedelo	86.904	99.436	84.604	62.780	-28%
Campina Grande	689.882	626.621	575.597	410.769	-40%
Guarabira	126.961	100.004	78.074	60.070	-53%
João Pessoa	2.258.166	2.009.843	1.973.497	1.578.184	-30%
Juripiranga	—	—	—	—	—
Manaíra	6.979	6.180	7.336	11.710	68%
Monteiro	31.109	33.887	39.328	44.883	44%
Patos	235.589	204.611	192.239	155.337	-34%
Paulista	14.158	13.536	10.201	11.188	-21%
Pombal	48.762	43.882	45.617	27.434	-44%
Puxinanã	17.415	18.073	14.855	8.686	-50%
Sapé	92.717	96.182	81.895	51.756	-44%
Serra Branca	30.780	30.025	24.198	15.967	-48%
Solânea	39.152	29.758	17.810	25.586	-35%
Sousa	175.183	142.989	92.594	64.475	-63%
<b>Total</b>	<b>3.853.757</b>	<b>3.455.027</b>	<b>3.237.845</b>	<b>2.528.825</b>	<b>-34%</b>

(—) Não há registro de dados

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET – Abril/1999.

### 7.6.1 Considerações sobre as interrelações entre a produção ambulatorial e hospitalar no período

A descrição da situação assistencial do momento no qual ocorreu a implantação do Piso de Atenção Básica, ou seja, no início de 1998, possui relevância pela possibilidade de registrar a passagem da modalidade de pagamento da produção ambulatorial por procedimento realizado para transferências fundo a fundo, calculadas sobre o número de residentes em cada município. Neste sentido, foi realizado o registro do comportamento de variáveis

importantes para estudos posteriores, que possam se dedicar a abordar aspectos relacionados ao impacto imediato da inovação representada pela implantação do PAB na organização dos sistemas locais de saúde.

Assim, decidiu-se que, além do comportamento da atenção ambulatorial básica no período, também seriam registrados alguns dados de capacidade instalada e produção hospitalar. Embora no período compreendido entre 1995 e 1998 as variações de tendência na produção hospitalar não decorram do impacto causado pela implantação do PAB, julgou-se importante verificar, no âmbito do estado da Paraíba, qual a diferença no dimensionamento da rede hospitalar pública em relação à rede hospitalar privada e qual a predominância proporcional das internações, se o setor público ou privado.

Embora tenha sido verificada a tendência à priorização das internações na rede pública, o expressivo contingente de leitos privados em relação aos públicos, resultante de políticas de saúde adotadas nas décadas de sessenta e setenta, é preocupante. Como vimos, a depender do arranjo político, pode se constituir em dificuldade adicional para o exercício das funções do gestor local. No sentido de provocar a reversão deste quadro, há a necessidade de que a mesma ênfase inovadora, que viabilizou a mudança na lógica do financiamento para o custeio das atividades ambulatoriais básicas se reproduza no âmbito dos investimentos e recursos de capital, visando a expansão e recuperação da rede hospitalar pública.

Enfim, embora a rede básica deva ganhar novo impulso com o advento do PAB, é fundamental que sejam também fortalecidos mecanismos voltados para a reestruturação da rede hospitalar pública, elemento fundamental na promoção da integralidade do sistema. Afinal, numa proposta de rede hierarquizada, como deve ser o SUS, os segmentos ambulatorial e hospitalar devem ser objeto de políticas combinadas, que garantam o acesso da população à todas as ações de saúde, através da organização do sistema como um todo.

### O processo de descentralização e a qualidade da atenção prestada

Neste capítulo serão abordados indicadores indiretos da qualidade da atenção prestada à população que, como sugerido, agrupam dados que fazem referência a características de caráter mais qualitativo da oferta da rede assistencial. Estes podem apontar, mesmo que de modo indireto, através da análise da série temporal realizada entre os municípios, se o avanço na descentralização da gestão se encontra associado, nos municípios estudados, a formas de superação do modelo assistencial atual. Com esta finalidade, serão avaliadas as situações dos sistemas locais de saúde quanto ao percentual de realização de consultas pré-natal entre as mulheres que deram à luz a recém-nascidos vivos, ao percentual de partos cirúrgicos e à cobertura vacinal em menores de 01 ano.

#### 8.1 PARTOS CIRÚRGICOS E CONSULTAS PRÉ-NATAL REALIZADOS EM RESIDENTES DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS DURANTE O PERÍODO 1995 – 1998

Estes dois indicadores fornecem elementos que se encontram mais relacionados à integração da rede da atenção, visto que, combinados, revelam informações sobre a oferta assistencial ambulatorial e hospitalar, consideradas na sua integralidade. Tanto as consultas pré-natal quanto o percentual de partos operatórios refletem a qualidade da atenção prestada ao segmento materno-infantil, grupo que constitui, *via de regra*, alvo prioritário de programas de atenção à saúde, especialmente nos países em desenvolvimento.

Ocorre que, nas últimas décadas, alguns países, nos quais se inclui o Brasil, têm elevado, por razões externas ao bem estar da mãe e do conceito, o percentual dos partos operatórios em relação aos partos normais. Tanto os motivos quanto as conseqüências deste aumento encontram-se relacionadas à má qualidade do atendimento prestado às gestantes e parturientes. No elenco de motivos, se encontram: (i) para a unidade hospitalar, a possibilidade de remuneração diferenciada do parto operatório, praticada por alguns convênios e planos de saúde; (ii) a comodidade do médico, que pode agendar o momento do parto, liberando-se de inconveniências e, (iii) ao baixo grau de informação das gestantes, que, independente de haver recebido assistência pré-natal, acreditam ser este um modo seguro de parir de forma

indolor.

Quanto às conseqüências desta situação, podem ser listadas: (i) elevação na freqüência de infecções hospitalares e puerperais, sendo, no presente, considerada a principal causa de infecção pós-parto<sup>129</sup> e (ii) elevação da incidência de infecção no recém-nascido e dos custos hospitalares, visto que a cesariana, mesmo quando não-complicada, requer períodos de internação muito superiores aos de um parto normal, quando a mulher pode ser liberada em 24 horas.

Tendo em vista os elementos acima relacionados, alguns sistemas de saúde possuem programas específicos para controle da situação e se encontram num patamar onde os partos operatórios não ultrapassam os vinte por cento do total de partos realizados, que aliás é o percentual aceito pela OMS. No Brasil, o Ministério da Saúde não efetua o pagamento das cesarianas que ultrapassem 40% do total de partos realizados em cada serviço de obstetrícia, medida que vem sendo apontada como determinante para a redução observada em 1998, quando se reduziu para 28% o percentual no país, muito embora ainda existam maternidades onde 80% dos partos são cirúrgicos<sup>130</sup>.

No âmbito local, reverter esta situação implica em decisão política do gestor do sistema, seguida de um amplo trabalho junto aos gerentes de serviços e à equipe de saúde, que inclui a revisão de normas e condutas institucionais, além da informação da população usuária sobre os benefícios da mudança.

A Tabela 8.1 traz dados referentes aos municípios paraibanos: em 1998, apenas dois municípios apresentam percentual inferior à média nacional, enquanto cinco municípios do grupo estudado no estado da Paraíba registraram percentuais de partos operatórios acima de 40%: Cabedelo, Guarabira, João Pessoa, Sapé e Souza, sendo que este último registra o maior percentual do estado, com 65% de partos operatórios. Assinale-se, no entanto, que em 1995<sup>131</sup>, Souza registrava 100% de partos operatórios, o que confere ao atual percentual, apesar de inaceitável, a característica de se constituir no resultado de esforços para transformar a situação anterior.

---

<sup>129</sup> REZENDE, 1992, p. 129.

<sup>130</sup> JUNQUEIRA, 1998, p. 113.

<sup>131</sup> Em 1995 registraram 100% de partos operatórios os municípios de Paulista, Pombal e Sousa.

**Tabela 8.1: “Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: percentual de partos cirúrgicos, 1995 - 1996.**

Município	Atendimento Básico - Municípios				
	1995	1996	1997	1998	Diferença 95-98
Cabedelo	60 %	57 %	48%	50%	-10%
Campina Grande	30 %	31 %	33%	34%	3%
Guarabira	69 %	70 %	23%	46%	-23%
João Pessoa	56 %	57 %	55%	52%	-5%
Juripiranga	45 %	43 %	28%	28%	-18%
Manaíra	28 %	33 %	19%	26%	-2%
Monteiro	50 %	41 %	21%	26%	-24%
Patos	66 %	30 %	32%	33%	-34%
Paulista	—	—	38%	32%	-68%
Pombal	—	78 %	45%	40%	-60%
Puxinanã	30 %	31 %	22%	21%	-9%
Sapé	68 %	33 %	50%	51%	-18%
Serra Branca	46 %	48 %	43%	26%	-21%
Solânea	44 %	32 %	12%	17%	-27%
Sousa	—	—	77%	66%	-34%

(—) Não há registro de dados

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

Numa leitura processual, vale destacar que, à exceção do município de Campina Grande, todos os demais reduziram seus percentuais de partos operatórios no período entre 1995 e 1998. Alguns, como os municípios de Pombal e Paulista, reduziram os partos cesarianas em 68% e 60%, respectivamente.

Conforme consta na Tabela 8.2, o percentual de mulheres que deram à luz em 1998 sem consulta pré-natal aponta para os municípios de Juripiranga e Sapé como em situação crítica, pois ambos possuem um percentual acima de 20%, sendo que Juripiranga registra 30,5% de parturientes nesta situação.

Avaliando-se a situação entre 1995 e 1998, verifica-se que houve uma tendência geral ao crescimento percentual de ausência de consultas pré-natais entre as parturientes, com os municípios de Patos e Solânea registrando elevações expressivas no período, de 13,5% e 10,8%, respectivamente. Destacam-se como exceção à esta tendência, os municípios de João Pessoa, Monteiro e Puxinanã, que apresentaram, mesmo que tímidas, reduções no

número de parturientes sem acompanhamento clínicos dos serviços de saúde durante a gestação.

**Tabela 8.2:** “Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: percentual de parturientes sem consulta pré-natal, 1995 - 1998.

Município	Atendimento Básico - Municípios				
	1995	1996	1997	1998	Diferença 95-98
Cabedelo	7,1	9,1	14,3	9,9	2,8
Campina Grande	9,4	12,9	11,7	10,8	1,4
Guarabira	0,0	3,1	5,7	1,6	1,6
João Pessoa	6,3	5,6	10,5	5,6	-0,7
Juripiranga	21,2	17,4	26,2	30,5	9,3
Manaíra	3,4	5,5	1,0	7,4	4,1
Monteiro	16,7	18,5	14,7	14,8	-1,9
Patos	0,0	11,4	13,2	13,5	13,5
Paulista	0,0	0,0	46,2	0,0	0,0
Pombal	0,0	5,3	27,3	2,0	2,0
Puxinanã	11,8	15,7	10,2	9,5	-2,3
Sapé	17,7	25,6	28,5	21,5	3,8
Serra Branca	7,7	0,0	5,4	12,8	5,1
Solânea	0,0	4,0	11,9	10,8	10,8
Sousa	0,0	0,0	2,7	1,2	1,2
	7,7	9,8	11,5	8,5	0,8

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

## 8.2 COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 01 ANO, NO PERÍODO 1995-1998

A análise da cobertura vacinal em menores de um ano [Tabela 8.3], mantida nesta análise, é considerada como um excelente indicador de eficiência e desempenho técnico dos sistemas locais de saúde, já que é tida como um tipo de ação básica essencial, pois reflete o grau de organização de serviços obtido pelos SILOS e o seu potencial em estabelecer um contato regular e ordenado com a população usuária dos serviços. Reúne, pois, elementos relativos à *estrutura, processo de trabalho e resultado*, tão caros às abordagens qualitativas de serviços de atenção primária em saúde.

Isto posto, considere-se, neste estudo, como Taxa de Cobertura Vacinal, o percentual de crianças menores de 01 ano que apresentaram registro de esquema vacinal completo para

poliomielite, sarampo, coqueluche, difteria e tétano.

**Tabela 8.3:** “Grupo comparação” – Municípios Paraibanos: cobertura vacinal básica em crianças menores de 01 ano, 1995 - 1998.

Município	Atendimento Básico - Municípios				
	1995	1996	1997	1998	Diferença 95-98
Cabedelo	61,63%	89,81%	67,49%	61,85%	0,22%
Campina Grande	52,97%	79,07%	93,83%	82,83%	29,86%
Guarabira	54,94%	80,15%	79,89%	74,87%	19,93%
João Pessoa	24,90%	73,21%	108,55%	101,06%	76,16%
Juripiranga	50,41%	53,66%	72,96%	72,70%	22,29%
Manaíra	46,63%	71,43%	78,89%	67,18%	20,55%
Monteiro	60,21%	79,69%	116,10%	100,88%	40,67%
Patos	67,46%	96,94%	96,57%	93,41%	25,95%
Paulista	32,81%	63,37%	83,33%	74,96%	42,15%
Pombal	45,36%	65,22%	105,53%	75,67%	30,31%
Puxinanã	49,34%	95,44%	104,32%	97,69%	48,35%
Sapé	24,84%	36,14%	74,74%	74,28%	49,44%
Serra Branca	53,28%	74,15%	73,71%	57,65%	4,37%
Solânea	37,82%	77,12%	71,68%	101,32%	63,50%
Sousa	63,52%	86,41%	101,04%	92,81%	29,29%

Fonte: MS/DATASUS/INTERNET - Abril/1999.

Atingiram em 1998 uma cobertura vacinal acima de 90% os seguintes municípios: João Pessoa, Monteiro, Patos, Puxinanã, Solânea e Sousa, sendo que a maior cobertura, de 101,32%, foi verificada em Solânea. Há municípios que obtiveram impressionantes mudanças no padrão de cobertura vacinal, destacando-se João Pessoa e Solânea, que elevaram em 76,16% e 63,50% seus percentuais de cobertura. Dos oito municípios que estão abaixo do patamar de 90 %, Serra Branca é o que se encontra com a menor cobertura, com apenas 57,65% dos menores de 01 ano com o esquema vacinal básico completo. Dito de outra forma, este dado significa que 42,35% de crianças menores de 01 ano neste município estão sujeitas a contraírem poliomielite, sarampo, coqueluche, difteria e tétano, moléstias de alta transmissão, estando deste modo, expostas às graves complicações que delas decorrem, especialmente quando acometem crianças desnutridas e residentes em áreas com baixo índice de desenvolvimento humano.

### 8.3 DISCUSSÃO SOBRE O COMPORTAMENTO DOS INDICADORES QUALITATIVOS PROPOSTOS

A exploração destes indicadores definiu-se muito mais como um exercício descritivo do que analítico. Como vimos, há situações preocupantes, especialmente nos percentuais de partos operatórios, que se mantêm elevados e na tendência crescente do número de parturientes sem nenhuma consulta pré-natal, como verificado no período.

A cobertura vacinal não apresenta os valores inaceitáveis dos indicadores anteriores. No entanto, há que se ressaltar que os valores assumidos pelos percentuais de cobertura vacinal são inferiores, neste grupo, aos registrados nos municípios em *gestão semi-plena*, o oposto ocorrendo em relação aos percentuais de partos operatórios. São dados que, combinados, indicam uma insuficiente qualidade da assistência básica prestada. Além disso, apontam para a necessidade de aperfeiçoamentos no âmbito da gestão e da gerência da rede, podendo ser, seguramente, influenciados pela implantação do PAB.



---

## Conclusão

Concluindo, esta terceira parte aporta ao trabalho alguns elementos de observação que podem se revelar interessantes, se retomados tendo como cenário o caráter processual de consolidação da descentralização e implantação do SUS, de acordo com o que se encontra descrito na primeira e segunda parte do texto.

No que se refere à *destinação dos recursos federais*, ressaltam-se, os seguintes pontos:

- o PAB representou a possibilidade de viabilização de transferências de recursos regulares e dimensionadas segundo o porte demográfico dos municípios. Até então, os gestores municipais recebiam o pagamento dos recursos para a prestação do atendimento ambulatorial de modo irregular e sem vinculação com as necessidades que efetivamente eram identificadas no âmbito local, o que acarretava, com frequência, a interrupção de serviços e ações oferecidos na rede básica.
- houve queda no número total de internações entre 1995 e 1998 nos dois grupos de municípios estudados. Por outro lado, registrou-se elevação proporcional dos recursos federais destinados às internações realizadas na rede hospitalar pública e redução na rede privada conveniada, fato que foi interpretado como um elemento indicador importante de reversão da situação que prevalecia no país por ocasião da hegemonia do *modelo médico-assistencial privatista*.
- os indicadores da organização da oferta e utilização dos serviços demonstram que, a partir dos dados analisados, pode-se constatar a persistência, nos dois grupos de municípios, de uma maciça presença do setor privado na distribuição do quantitativo de leitos, disparidade que persiste repercutindo fortemente no padrão de internação observado.
- Observou-se ainda uma redução dos atendimentos básicos pagos por produção, tanto considerados globalmente, quanto quando vistos isoladamente, como AVEIANMs, procedimentos e consultas médicas. A tendência identificada na

ampliação das transferências fundo a fundo, se associada ao padrão de crescimento do componente público dos serviços hospitalares, pode ser considerada como um indicativo da possibilidade de reversão do modelo atual, carecendo esta informação, no entanto, de algum tipo de seguimento posterior.

- Quanto aos indicadores indiretos da qualidade da atenção prestada à população, os valores registrados são preocupantes. O elevado percentual de partos operatórios, de parturientes sem pré-natal e a persistência de coberturas vacinais abaixo de padrões aceitáveis no país, são indicadores que requerem medidas vigorosas por parte das instâncias gestoras até que sejam alterados. São ações que dependem da estruturação e organização de serviços de atenção primária e mesmo que exijam cuidados complexos, pela constância e continuidade que implicam, podem ser efetiva e rapidamente implementados, sendo decisivos para a organização da rede assistencial numa perspectiva de assegurar os cuidados de forma integral.

---

## Considerações Finais

A trajetória percorrida na elaboração deste trabalho inicia-se a partir da reflexão sobre o papel do Estado na proteção à saúde da população, que implicou numa abordagem de aspectos conceituais relacionados aos princípios da garantia da equidade e da justiça social.

Esta reflexão, quando transposta para o caso brasileiro, procurou traçar o percurso das políticas públicas implantadas no setor saúde do país, com maior detalhamento para as intervenções que se verificaram após 1923 – quando foi implantada a primeira forma de seguro social no país, com a Lei Eloy Chaves – e na década de oitenta – momento crucial para o setor, por ter provocado um redirecionamento na condução das políticas de saúde – ocasião em que foi assegurado, constitucionalmente, o direito à uma atenção universal, integral e equânime para todos os cidadãos brasileiros.

A realidade apreendida através da pesquisa realizada sobre o avanço do processo de descentralização e as mudanças na forma de alocação de recursos pelos municípios buscou fazer uma leitura de como as recentes alterações verificadas nas regras de repasse entre esferas de gestão estariam repercutindo nas redes locais de serviços de saúde e, por extensão, no cotidiano da população usuária. Houve ainda a preocupação em verificar se havia diferenças no impacto destas regras, segundo se tratasse de municípios mais ou menos avançados no processo de descentralização.

Feitas estas considerações, chega-se, assim, ao final de um trabalho que se revelou, como anteriormente colocado, muito mais problematizador do que conclusivo. Tal caráter, provavelmente, advém da predominância, nas políticas do setor saúde, de elementos fortemente ligados à dinâmica das forças sociais, onde são múltiplas as possibilidades de cenários, os atores sociais e jogos de poder envolvidos, bem como as inter-relações possíveis entre eles.

Mesmo que resulte ser prudente, em condições tão lábeis, evitar considerações definitivas, pode-se, após o trajeto concluído, renovar a impressão de que, sem otimismo exagerados, foram identificados aspectos bastante promissores nas análises efetuadas. Embora não tendo sido evidenciada a hipótese inicial, de que haveriam elementos diferenciadores entre o

grupo de municípios mais avançados no processo de descentralização e os demais, foi possível identificar, uma nítida distinção temporal, independente do município encontrar-se ou não no tipo de gestão semi-plena, sendo o elemento diferenciador o momento em que ocorreu a implantação do PAB. Contrariamente ao que ocorreu em outras épocas, hoje, seguramente, as regras do jogo favorecem que se tenha como prioridade o fortalecimento do setor assistencial público e das ações da atenção básica. O modo como estas regras têm sido e serão interpretadas e desdobradas pelos gestores locais é algo que incita a curiosidade e que, certamente, ainda deverá inspirar muitos outros estudos.

Outra questão posta diz respeito aos indicadores mais adequados para um monitoramento efetivo das mudanças em curso, tanto no que tange à sensibilidade quanto à especificidade dos mesmos. Este estudo propôs alguns, que certamente poderão ser testados em outros momentos e outros sistemas locais de saúde.

O fundamental, uma vez que foi colocada à prova o Sistema Único de Saúde como estratégia de implantação de uma Reforma Sanitária, é que não seja esquecido seu caráter de processo social, que sejam asseguradas as condições para seu contínuo monitoramento, com indicadores continuamente aperfeiçoados, a fim de que possíveis desvios de rota possam ser identificados e trabalhados, como partes do processo histórico. E, por último, mas não menos importante, que não se perca de vista a imagem-objeto tão acalentada: que o Sistema Único de Saúde é parte integrante da construção de uma sociedade que se quer mais saudável e, portanto, mais humana.

---

## Bibliografia

- ALÉM, A. C. de; GIAMBIAGI, F., 1999. “A despesa previdenciária no Brasil: evolução, diagnóstico e perspectivas”. In: *Revista de Economia Política*, vol. 19, nº 1[73], pp. 121 – 144.
- AFONSO, J. R., 1994. “Descentralização fiscal e financiamento da saúde: algumas idéias ou provocações”. In: *O Financiamento da Saúde no Brasil*. Brasília, Organização Pan-americana de Saúde, Série Economia e Financiamento, Nº 4. pp. 26 – 48.
- BARRETO, M. L.; CARMO, E. R., 1995. “Mudança em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos”. In: MONTEIRO, C. A. [org.]. *Velhos e novos males da saúde no Brasil – A evolução do país e de suas doenças*. São Paulo, Editora Hucitec, pp. 7 – 30.
- BOSI, M. L. M., 1994. “Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços”. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 10 [4], pp. 446 – 456.
- BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C., 1998. “Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública de serviços”. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 14 [2], pp. 355 – 365.
- BRASIL, 1986. Ministério da Saúde. *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, não paginado.
- BRASIL, 1990. Lei Orgânica da Saúde – Nº 8.080, de 19/09/90. In: CARVALHO, G. I.; SANTOS, L., 1992. *Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde*. São Paulo, Editora Hucitec, pp. 278 – 292.
- BRASIL, 1990. Lei Orgânica da Saúde – Nº 8.142, de 28/12/90. In: CARVALHO, G. I.; SANTOS, L., 1992. *Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde*. São Paulo, Editora Hucitec, pp. 292 – 293.
- BRASIL, 1993. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS 01/93 – “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde. A Ousadia de Cumprir e fazer cumprir a lei”*. Diário Oficial da União. Brasília.
- BRASIL, 1996. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS 01/96 – “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”*. Diário Oficial da União, nº 216, 06/11/96. Brasília, pp. 22.932 – 22.940.
- BRASIL, 1997a. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1882/GM – Estabelece o piso de atenção básica – PAB e sua composição*. Brasília, Endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br/cns>. Não paginado.

- BRASIL, 1997b. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1883/GM – Estabelece o montante de recursos do Teto Financeiro da Assistência – TFA*. Brasília, Endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br/cns>. Não paginado.
- BRASIL, 1997c. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1884/GM – Fixa o valor per capita nacional para cálculo da parte fixa do Piso de Atenção Básica – PAB*. Brasília, Endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br/cns>. Não paginado.
- BRASIL, 1997d. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1885/GM – Estabelece o montante de recursos destinados aos Incentivos que compõem a parte variável do Piso de Atenção Básica – PAB*. Brasília, Endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br/cns>. Não paginado.
- BRASIL, 1997e. Ministério da Saúde. *Instrução Normativa nº 01/97, de 15 de maio de 1997 – Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação dos Municípios, Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela NOB SUS 01/96*. Brasília, Endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br/cns>. Não paginado.
- BRASIL, 1998. Ministério da Saúde. *Instrução Normativa nº 01/98, de 02 de janeiro de 1998 – Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação dos Municípios, Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela NOB SUS 01/96*. Brasília, Endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br/cns>. Não paginado.
- BRASIL, 1999. Ministério da Saúde. *Manual para a organização da atenção básica*. Brasília, 40 pp.
- BRESSER PEREIRA, L. C., 1995. *Reforma administrativa do Sistema de Saúde*. Brasília, Endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br/cns>. Não paginado.
- BUENO, W. S.; MERHY, E. E., 1997. “Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?” Endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br/cns>. Não paginado.
- BURLANDY, L.; BODSTEIN, R. C. A., 1998. “Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976 – 1992)”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 [3], pp. 543 – 554.
- CAMPINO, A. C. C., 1995. “Alternativas de financiamento de la atención médica en América Latina y Caribe”. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 29 [3], pp. 234 – 242.
- CAMPOS, G. W. S., 1994. *A Saúde Pública e a defesa da vida*. São Paulo, Ed. Hucitec, 2ª edição, 175 pp.
- CARVALHO, G. I.; SANTOS, L., 1992. *Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90)*. São Paulo, Editora Hucitec, 371 pp.
- CARVALHO, G., 1994. “A implantação do Sistema Único de Saúde: nós críticos a nível estadual.” *Revista Saúde em Debate*. Nº 45. São Paulo, CEBES, pp. 04 – 08.

- CASTRO, J. D., 1993. "Fórmulas para distribuição de recursos para a saúde: análise da experiência de alguns países." *Revista Saúde em Debate*. Nº 40. São Paulo, CEBES, pp. 33 – 42.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S., 1994. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo, Editora Hucitec, 334 pp.
- CECÍLIO, L. C. O., 1997. "Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada." *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13 [3], pp. 469 – 478.
- CHIORO, A.; SCAFF, A., 1998. "A implantação do Sistema Único de Saúde". Endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br/cns>. Não paginado.
- COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSCH, U. S., 1991. *A Saúde como direito e como serviço*. São Paulo, Ed. Cortez, 164 pp.
- COHN, A., 1998. "Os desafios da sociedade civil na virada do século." In: *A Projeção do Brasil face ao século XXI*. IV Simpósio Brasil-Alemanha. Anais. São Paulo, Fundação Konrad-Adenauer: Série Debates, Nº 16, pp. 101 – 118.
- COURA-FILHO, P., 1994. "Uso do paradigma de risco para a esquistossomose em áreas endêmicas no Brasil." *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 [4], pp. 464 – 472.
- DALLARI, S. G.; ADORNO, R. C. F.; FARIA, M. M.; SHUQAIR, N. S. M. S. A. Q.; TREWIKOWSKI, S., 1996. "O direito à saúde na visão de um Conselho Municipal de Saúde." *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12 [4], pp. 531 – 540.
- DE KADT, E.; TASCA, R., 1993. *Promovendo a equidade. Um novo enfoque com base no setor saúde*. São Paulo – Salvador, Ed. Hucitec, 107 pp.
- ESCOREL, S., 1988. "Saúde e Democracia, Democracia é Saúde". *Revista Saúde em Debate*. Nº 21. São Paulo, CEBES, pp. 51 – 55.
- FAVERET Fº, P.; OLIVEIRA, P. J., 1990. "A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde." *Planejamento e Políticas Públicas*, Nº 03, pp. 139 – 162.
- FIGUEIREDO, A. M. A.; TANAKA, O., 1996. "A avaliação do SUS como estratégia de reordenação da saúde". *Revista da Fundação de Desenvolvimento Administrativo – Cadernos FUNDAP*, Nº 19. São Paulo, FUNDAP, pp. 98 – 105.
- FOLHA DE SÃO PAULO [jornal], 25/04/1999. *Taxa de fecundidade diminui no Brasil*. São Paulo, Caderno 3, p. 06.
- FRANÇA, J. M.; ARAÚJO, L. M.; CARVALHO, A. L. B., 1997. "Paraíba: construindo um novo modelo de atenção à saúde." *Divulgação em Saúde para Debate*. Nº 17. Londrina, CEBES, pp. 43 – 47.

- GAWRYSZEWSKI, V., 1993. "Reorganização dos Serviços de Saúde: algumas considerações acerca da relação entre a descentralização, autonomia local e participação do cidadão." *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 [2], pp. 210 – 215.
- GERSCHMAN, S., 1995. *A Democracia Inconclusa. Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 203 pp.
- GIOVANELLA, L.; BAHIA, L., 1995. "Saúde: o poder da atenção pública." *Revista Saúde em Debate*. Nº 47. São Paulo, CEBES, pp. 08 – 13.
- GOZZI, G., 1997. "Estado contemporâneo." In: BOBBIO, N., MATTEUCI, N., PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília, Editora da UnB, 10ª edição, vol. 1, pp. 401 – 409.
- GUIA, R. G. P., 1996. "Controlando a utilização indiscriminada de tecnologias médicas e a escalada dos custos dos sistemas de saúde: a estratégia alemã." *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12 [2], pp. 159 – 170.
- HART, J. T., 1988. "A Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde Britânico: o desenvolvimento passado e a crise atual." *Revista Saúde em Debate*. Nº 22. São Paulo, CEBES, pp. 63 – 66.
- HEIMANN, L. S. (Coord.), CASTRO, I. E. N., KAYANO, J., ROCHA, J.L., RIEDEL, L. F., TERENCE, M. F.; CRUZ, O. C.; FRAISAT, R. A.; PESSOTO, U. C.; JUNQUEIRA, V., 1998. "A descentralização do Sistema de Saúde no Brasil – Uma proposta de Investigação sobre o Impacto de Políticas." Endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br/cns>. Não paginado.
- HERNÁNDEZ PEÑA, P.; ARREDONDO, A.; ORTIZ, C.; ROSENTHAL, G., 1995. "Avances y retos de la economía de la salud." *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 29 [4], pp. 326 – 332.
- JARDANOVSKI, E.; GUIMARÃES, P. C. V., 1994. "Equidade e modelos de saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro." *Revista Saúde em Debate*. Nº 42. São Paulo, CEBES, pp. 10 – 15.
- JUNQUEIRA, E., 1999. "Sem cortes. Cai o número de cesarianas desnecessárias no Brasil." *Veja*. Nº 17, 28/04/99. São Paulo, Editora Abril, p. 113.
- LAMOUNIER, B., 1998. "Assegurar a governabilidade: perspectivas do futuro político e social do Brasil." In: *A Projeção do Brasil face ao século XXI*. IV Simpósio Brasil-Alemanha. Anais. São Paulo, Fundação Konrad-Adenauer: Série Debates, Nº 16, pp. 83 – 90.
- LEFRÈVE, F., 1995. "O triste quadro da saúde: análise de um *out-door*." *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 11 [3], pp. 506 – 510.
- LUCCHESI, P. T. R., 1997. "A gestão semiplena no Sistema Único de Saúde e a NOB SUS 01/96." Endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>. Não paginado.



- MALIK, A. M., 1996. "Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado". *Revista da Fundação de Desenvolvimento Administrativo – Cadernos FUNDAP*, Nº 19. São Paulo, FUNDAP, pp. 07 – 24.
- MATTEUCI, N., 1997. "Direitos Humanos." In: BOBBIO, N., MATTEUCI, N., PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília, Editora da UnB, 10ª edição, vol. 1, pp. 353 – 355.
- MATTOS, C., 1994. "Efeitos de um aumento na taxação de bebidas alcoólicas e fumo: evidência internacional e nacional e algumas inferências para o caso Brasil." In: *O Financiamento da Saúde no Brasil*. Brasília, Organização Panamericana de Saúde: Série Economia e Financiamento, Nº 4. pp. 99 – 126.
- MATUS, C., 1997. *Metodo PES 1997 – Guia de Analisis Teorico*. Caracas, Venezuela, Fundación Altadir, mimeo, 236 pp.
- MÉDICI, A. C., 1988. "O financiamento da saúde pós-Comissão Nacional de Reforma Sanitária." *Revista Saúde em Debate*. Nº 20. São Paulo, CEBES, 1988. pp. 58 – 60.
- MÉDICI, A. C., 1993. "O financiamento da saúde nas três esferas de governo: 1980 - 1990." *Revista Saúde em Debate*. Nº 40. São Paulo, CEBES, 1993. pp. 26 – 32.
- MÉDICI, A. C., 1994. "Gastos com saúde nas três esferas de governo: 1980 – 1990." In: *O Financiamento da Saúde no Brasil*. Brasília, Organização Panamericana de Saúde, Série Economia e Financiamento, Nº 4. pp. 15 – 25.
- MÉDICI, A. C., 1997. *A Economia Política das Reformas em Saúde*. Porto Alegre, Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde – IAHCs, 168 pp.
- MÉDICI, A. C.; OLIVEIRA, F. E. B.; BELTRÃO, K. I., 1996. "Universalização com qualidade: uma proposta de reorganização do sistema de saúde no Brasil". In: *Economia Brasileira em Perspectiva*. Rio de Janeiro, IPEA, volume 1, pp. 309 – 323.
- MÉDICI, A. C.; MARQUES, R. M., 1994. "Financiamento e desempenho das políticas sociais 1980 – 1991." *Revista Saúde em Debate*. Nº 42. São Paulo, CEBES, pp. 04 – 09.
- MÉDICI, A. C.; SOARES, L. T.; MARQUES, R. M., 1994. "Saúde no contexto da seguridade: dilemas do financiamento." *Revista Saúde em Debate*. Nº 44. São Paulo, CEBES, pp. 55 – 68.
- MELAMED, C.; RIBEIRO, J. M., 1993. "Financiamento em saúde no Brasil – 1988–1992: novos problemas e proposições." *Revista Saúde em Debate*. Nº 41. São Paulo, CEBES, pp. 37 – 44.
- MENDES, E. V., 1996. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Editora Hucitec, 300 pp.
- MENDES, E. V., 1994. "Comentários sobre o financiamento e gastos em saúde no Brasil." In: *O Financiamento da Saúde no Brasil*. Brasília, Organização Panamericana de Saúde: Série Economia e Financiamento, Nº 4. pp. 127 – 134.

- MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S., 1993. "Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro." *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 [2], pp. 177 – 184.
- MERHY, E. E.; BUENO, W. S., 1998. "Organizações sociais: autonomia de quem e para que?". Endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br/cns>. Não paginado.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R., 1993. "Violência para todos." *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 [1], pp. 65 – 78.
- NEGRI, B., 1998. "Saúde: prioridade à atenção básica." Endereço eletrônico: [www.ms.gov.br](http://www.ms.gov.br) Não paginado.
- NOGUEIRA, A.; NUNES, E., 1993. *Instituições, Poder e Política na Saúde: um Marco de Referência*. Brasília, Organização Panamericana de Saúde: Série Desenvolvimento de Políticas de Saúde, Nº 2. 60 pp.
- OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F., 1986. *(Im)previdência social. 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis, Editora Vozes, 357 pp.
- OPAS, 1991. *Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud – la administración estratégica*. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud. 159 pp.
- OPPENHEIM, F. E., 1997. "Igualdade." In: BOBBIO, N., MATTEUCI, N., PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília, Editora da UnB, 10ª edição, vol. 1, pp. 597 – 605.
- PORTO, S. M., 1994. "Distribuição equitativa de recursos financeiros no setor saúde." In: *O Financiamento da Saúde no Brasil*. Brasília, Organização Panamericana de Saúde: Série Economia e Financiamento, Nº 4. pp. 49 – 71.
- PRATA, P. R., 1994. "Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde." *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 [3], pp. 387 – 391.
- QUEIROZ, L. F. N., 1998. *Distância entre intenção e ação: considerações sobre o processo de descentralização financeira no setor saúde no Brasil, à luz das NOB's 01/93 e 01/96*. Projeto. Campina Grande: Curso de Mestrado em Economia / Centro de Humanidades / Universidade Federal da Paraíba / Campus II, 07 pp.
- REGONINI, G., 1997. "Estado do Bem Estar." In: BOBBIO, N., MATTEUCI, N., PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília, Editora da UnB, 10ª edição, vol. 1, pp. 416 – 419.
- REZENDE, F., 1992. *O financiamento da saúde no marco das propostas de reforma do estado e do sistema tributário brasileiro*. Brasília, Organização Panamericana de Saúde, Série Economia e Financiamento, Nº 3. 40 pp.
- REZENDE, J., 1992. *Operação Cesariana*. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2ª edição, capítulo 6, pp. 111 – 133.
- RIBEIRO, J. M., 1993. "Arranjos neocorporativos e defesa de interesses dos médicos." *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9 [1], pp. 05 – 20.

- RIBEIRO, J. M., 1997. "Conselhos de Saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde." *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13 [1], pp. 81 – 92.
- SANTOS, N. R., 1995. "Regulação da oferta dos serviços de saúde: desafios inadiáveis." *Revista Saúde em Debate*. Nº 47. São Paulo, CEBES, pp. 19 – 22.
- SCHRAIBER, L. B., 1995. "O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional." *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 11 [1], pp. 57 – 64.
- SCOTTI, R. F.; OLIVEIRA, M. H. B., 1999. "Principais portarias do Ministério da Saúde, editadas em 1998 e relativas à organização da Assistência à Saúde do SUS." Informe técnico do CONASS nº 02/99, de 26/janeiro/99. Endereço eletrônico: [conass@saude.gov.br](mailto:conass@saude.gov.br).
- SCOTTI, R. F., 1999. "Uma resenha sobre o processo de implantação do SUS – de 1988 a 1998." Informe técnico do CONASS nº 01/99, de 26/janeiro/99. Endereço eletrônico: [conass@saude.gov.br](mailto:conass@saude.gov.br).
- SCOTTI, R. F., s.d. "Informações sobre a NOB-96: um novo modelo de gestão do SUS." Endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br/cns>. Não paginado.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C., 1997. "O conceito de saúde." *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 31 [5], pp. 538 – 542.
- SEVCENKO, N., 1984. *A Revolta da Vacina – mentes insanas em corpos rebeldes*, São Paulo, Editora Brasiliense, 93 pp.
- SILVA, E. G., 1998. *Evolução das Políticas de Saúde Pública no Brasil, concepção e implantação do SUS e modelos de assistência à saúde em Campina Grande (PB)*. Dissertação de Mestrado. Campina Grande: Curso de Mestrado em Economia / Centro de Humanidades / Universidade Federal da Paraíba / Campus II, 123 pp.
- SILVA, S. F., 1996. *A construção do SUS a partir do município. Etapas para a municipalização plena em saúde*. São Paulo, Ed. Hucitec, 116 pp.
- SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M., 1978. *Prevenir e curar. O controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, Ed. Forense Universitária, 166p.
- TEIXEIRA, S. F., 1995a. "Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina." *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 29 [3], pp. 243 – 250.
- TEIXEIRA, S. F., 1995b. "Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária". In: TEIXEIRA, S. F. [org.]. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Editora Cortez, 2ª edição, pp.17 – 46.
- TRAVASSOS, C., 1997. "Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate." *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13 [2], pp. 325 – 330.
- UGÁ, M. A. D., 1994a. "Alocação de recursos aos prestadores de serviços de saúde: uma proposta preliminar para a rede pública brasileira." *Revista Saúde em Debate*. Nº 45.

- São Paulo, CEBES, pp. 9 – 16.
- UGÁ, M. A. D., 1994b. “Sistemas de repasses financeiros a unidades de assistência à saúde: uma proposta preliminar para a rede pública brasileira.” In: *O Financiamento da Saúde no Brasil*. Brasília, Organização Panamericana de Saúde: Série Economia e Financiamento, Nº 4. pp. 72 – 98.
- UNICEF, 1993. “Imunização: a continuidade do sucesso”. In: *Situação Mundial da Infância*. Brasília, Fundo das Nações Unidas para a Infância, p. 16.
- VAITSMAN, J., 1995. “Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde.” In: *Reforma Sanitária. Em busca de uma teoria*. TEIXEIRA, S. M. F. [org.]. São Paulo, Ed. Cortez, 2ª edição, pp. 139 – 156.
- VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F.; CAMARGO, S. F.; SILVA, L. B., 1989a. *A Conta Social Revisitada*. Brasília, IPEA / IPLAN / Coordenação de Saúde e Previdência Social, 12 pp.
- VIANNA, S. M., 1989b. *Eqüidade nos Serviços de Saúde*. Brasília, IPEA / IPLAN, 38 pp. (Texto para discussão, 24).
- VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F.; GUERRA, A. J.; CAMARGO, S. F., 1990. “O Financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios.” In: *O Financiamento da Saúde no Brasil*. Brasília, Organização Panamericana de Saúde: Série Economia e Financiamento, Nº 1. 69 pp.
- VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F., 1994. “Reavaliando o gasto público em saúde.” In: *O Financiamento da Saúde no Brasil*. Brasília, Organização Panamericana de Saúde: Série Economia e Financiamento, Nº 4. pp. 7 – 14.
- YAZLLE ROCHA, J. S.; SIMÕES, B. J. G.; GUEDES, G. L. M., 1997. “Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social.” *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 31 [5], pp. 479 – 487.

## Principais portarias publicadas com o objetivo de promover alterações e/ou regulamentar a NOB/01-96

Documento	Objeto	Observações
Instrução Normativa 01/97, de 15/05/97.	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 NOB SUS 01/96	
Portaria 1882, de 18/12/97. DOU de 22/12/97	<p>Estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição.</p> <p>Altera o conceito original e a denominação de <i>Piso Assistencial Básico</i>, que passa a ser <i>Piso de Atenção Básica</i>.</p> <p>Define uma composição <i>fixa</i> – destinada à assistência básica – e outra <i>variável</i> – destinada aos incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica:</p> <p>A parte fixa do PAB passa a ser o resultado da multiplicação de um valor <i>per capita</i> nacional pela população de cada município:</p> <p>Torna sem efeito alguns itens da NOB-96: <u>12.1.1</u>: referente ao PAB; <u>12.1.2</u>: referente aos incentivos do PACS/PSF; <u>13.1.1</u>; <u>15.1.3.b</u>; <u>15.2.3 c</u>; <u>16.3.3 b</u> e <u>16.4.3 c</u>; referentes ao PBVS; <u>17.5</u>: referente ao anexo-1 da NOB; <u>17.12</u>: referente ao Fator de Ajuste; <u>17.13</u>: referente ao município que extrapola o valor do PAB.</p>	
Portaria 1883, de 18/12/97. DOU de 22/12/97	Estabelece o montante de recursos do Teto Financeiro da Assistência – TFA.	Na ocasião, os recursos destinados ao financiamento da assistência básica à saúde representam 19,3 % do TFA.
Portaria 1884, de 18/12/97. DOU de 22/12/97	Fixa o valor <i>per capita</i> nacional para o cálculo da parte fixa do Piso da Atenção Básica – PAB em R\$ 10,00 hab./ano., a ser transferido pela direção nacional do SUS ao Distrito Federal, estados e municípios habilitados, de forma regular e automática.	<p>Como não encontravam-se disponíveis as informações necessárias à definição de um teto ou um valor máximo para os municípios que porventura gastassem acima de R\$10,00 hab./ano. tomou-se como base a série histórica correspondente ao faturamento com assistência básica destes municípios durante o ano de 1996.</p> <p>Posteriormente, em reunião da CIT realizada em 27/01/98, o valor máximo da parte fixa do PAB foi estipulado em R\$ 18,00 hab./ano.</p>

Portaria 1885, de 18/12/97. DOU de 22/12/97	Estabelece o montante de recursos destinados aos incentivos que compõem a parte variável do Piso de Atenção Básica – PAB. São denominados de parte variável do PAB os incentivos correspondentes ao PSF, ao PACS, à implementação da Assistência Farmacêutica Básica, às ações do Programa de Combate às Carências Nutricionais, às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Epidemiológica.	O total de incentivos encontra-se dividido, à época, em termos percentuais, do modo que se segue: PACS e PSF: 36%; Assistência Farmacêutica Básica e Combate às carências nutricionais: 28% cada um deles e 7,5% para as Ações Básicas de Vigilância Sanitária. O valor para as Ações Básicas de Vigilância Sanitária encontra-se definido na Portaria nº 2283, do DOU de 10/03/98. O mesmo não ocorre em relação à Assistência Farmacêutica Básica e os incentivos às Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, que até o presente, não tiveram a definição de seus critérios de distribuição e repasse.
Portaria 1886, de 18/12/97 e seus anexos I e 2. DOU de 22/12/97	Aprova normas e diretrizes do PACS / PSF.	
Portaria 1887, de 18/12/97. DOU de 22/12/97	Determina a instituição de comissão técnica especial para formulação da nova tabela do SIH/SUS.	Contrariando a determinação desta Portaria, de que esta nova tabela deveria estar pronta no prazo de 120 dias a partir de sua publicação, decorridos 12 meses, ou seja até o final de 1998, esta não havia sido elaborada ou implantada.
Portaria 1888, de 18/12/97. DOU de 22/12/97	Estabelece a descentralização do processamento das AIH's, definindo para sua efetivação a data limite de 01/06/98.	
Portaria 1889, de 18/12/97 e seus 3 anexos. DOU de 22/12/97	Define nova estrutura e codificação do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS.	Embora não tenham sido estabelecidos os valores correspondentes a cada procedimento, o anexo I desta Portaria define uma nova tabela do SIA/SUS, com nova estrutura, detalhamento, codificação e atualização dos procedimentos ambulatoriais, vigorando a partir de 01/05/98. Para o período compreendido entre 01/01/98 e 30/04/98 estabeleceu-se uma <i>Tabela de Transição</i> , correspondente à que vigorou no ano anterior, com algumas alterações, conforme disposto no anexo II desta mesma Portaria. Quanto ao anexo III, este descreve os 101 procedimentos que passam a integrar o PAB.
Portaria 1890, de 18/12/97. DOU de 22/12/97	Determina a atualização do cadastro de unidades hospitalares, ambulatoriais e serviços de diagnose e terapia do SUS.	
Portaria 1891, de 18/12/97. DOU de 22/12/97	Determina à Secretaria de Vigilância Sanitária/MS que estabeleça normas complementares para expedição de licenças de funcionamento de estabelecimentos de saúde.	
Portaria 1892, de 18/12/97. DOU de 22/12/97	Incorpora a modalidade “internação domiciliar” ao SUS.	Esta Portaria amplia a oferta de hospital-dia para outros agravos, que não encontram-se previstos na atual tabela.
Portaria 1893, de 18/12/97. DOU – 22/12/97	Autoriza as SES e SMS a estabelecerem valores para os procedimentos do grupo de Assistência Básica na tabela do SIA/SUS.	

Portaria 51, de 14/01/98 e seus 27 anexos. DOU de 19/01/98	Divulga por município (e estado) o valor da parte fixa do PAB.	
Portaria 59, de 16/01/98 DOU de 21/01/98	Define os mecanismos para o repasse dos recursos que compõem as partes fixas e variáveis do Piso de Atenção Básica – PAB para municípios e estados e dá providências quanto à criação das contas bancárias destinadas a esse fim.	
Portaria 84, de 06/02/98 e seus 27 anexos. DOU de 09/02/98	Divulga por município e estado o novo valor da parte fixa do PAB, considerando o máximo de R\$18.00 por habitante/ano.	Esta portaria substitui a portaria 51, de 14/01/98, publicada no DOU de 19/01/98.
Instrução Normativa 01/98, de 02/01/98	Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação dos 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 IN substitui a IN 01/97 e trata do processo, requisitos e instrumentos de comprovação para a habilitação a uma das condições de gestão da NOB-96.  Esta substituição se fez necessária em função das alterações introduzidas pelas portarias que alteram a NOB-96: o Art.9º da Portaria GM/MS nº 1882, de 18/12/97, torna sem efeito as prerrogativas referentes ao PBVS – Piso Básico de Vigilância Sanitária, enquanto a IN mantém os respectivos requisitos para habilitação.  Houve alteração quanto às informações solicitadas no item “declaração do teto financeiro”, do anexo 6 e foram acrescentados novos formulários ao anexo 7, “comprovação da contrapartida de recursos financeiros” que solicita estas informações de forma muito mais detalhada que na versão anterior.
Portaria GM/MS nº 157, de 19/02/98	Estabelece os critérios de distribuição e requisitos para a qualificação dos municípios aos incentivos ao PACS/PSF.  Estabelece parâmetros de cobertura por equipe do PSF e por ACS.  Define um valor de incentivo para o PACS, da ordem de R\$ 1.500,00 por cada ACS/ano.  Para as equipes do PSF, o valor deste incentivo deverá variar de acordo com o valor do PAB-FIXO do município, sem que sejam considerados os ACS.	
Portaria GM/MS nº 2100, de 27/02/98	Publica os procedimentos e os respectivos valores, referentes ao PACS e PSF, constantes da tabela do SIA/SUS, mantendo valores diferenciados de pagamento para estes programas, no período de 01/02/98 a 30/04/98.	
Portaria GM/MS nº 2094, de 26/02/98	Regulamenta e dispõe sobre a emissão do CARTÃO SUS – MUNICIPAL.	
Portaria GM/MS nº 2101, de 27/02/98	Estabelece as metas físicas e financeiras dos Estados e do Distrito Federal referentes ao incentivo do PACS e PSF.	
Portaria GM/MS nº 2109, de 26/02/98	Estabelece normas para credenciamento das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e autorização para estabelecimentos e equipes especializadas promoverem retiradas, transplantes ou enxertos de tecidos e órgãos.	

Portaria SAS/MS nº 16, de 02/03/98	Aprova novas instruções para alimentação dos bancos de dados municipais e estaduais do SIA/SUS.	
Portaria GM/MS nº 2121 DOU de 10/03/98	Define os TETOS FINANCEIROS DAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO PARA 1998, ou seja "define recursos federais destinados ao ano de 1998, por Estado e Distrito Federal, à Atenção Básica, Assistência Ambulatorial de Média e Alta Complexidade e Assistência Hospitalar".	Foi definida a distribuição dos oito bilhões – sem o abono de 25% – por unidade federada. O PAB totalizou R\$ 1.722 bilhões, para sua parte fixa e R\$ 463 milhões para sua parte variável. R\$ 5.8 bilhões foram destinados à Assistência Ambulatorial de Média e Alta Complexidade e à Atenção Hospitalar.
Portaria GM/MS nº 2283, de 10/03/98	Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios ao incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária.	O valor de R\$ 0.25 hab./ano foi fixado para estas ações, devendo o mesmo complementar o custeio das ações já incluídas na parte fixa do PAB.
Portaria GM/MS nº 2284, de 10/03/98	Dispõe sobre a aplicação do Fator de Recomposição sobre os valores dos procedimentos do SIA e do SIH, excluindo de sua incidência os valores já compreendidos no PAB	Este Fator de Recomposição é comumente denominado de "o abono de 25%". Para os municípios que permanecem em Gestão Semiplena, o Fator de Recomposição será aplicado apenas sobre a média e alta complexidade ambulatorial e atenção hospitalar e não sobre todo o teto, como anteriormente ocorria.
Portaria GM/MS nº 2409, de 23/03/98 DOU de 26/03/98	Estabelece critérios e requisitos para implementação de Ações de Combate às Carências Nutricionais, nos Municípios; Define os valores dos incentivos para o Combate às Carências Nutricionais, por município.	
Portaria GM/MS nº 3122, de 02/07/98	Define um valor de incentivo para o PACS, da ordem de R\$ 2.200,00 por cada ACS/ano. Para as equipes do PSF, o valor deste incentivo é da ordem de de R\$ 28.000,00/ano para cada equipe, acrescidos de R\$ 2.200, 00 por cada ACS que integrar a equipe no mesmo período.	Ao definir estes valores, ficam invalidados os valores propostos na Portaria 157/98.
Portaria GM/MS nº 2811, de 26/05/98	Incorpora valores das tabelas do SIH e SIA/SUS à partir da competência junho/98	
Portaria GM/MS nº 2815, de 29/05/98	Inclui na Tabela do SIH/SUS, Grupo de Procedimentos e outros Procedimentos, já incorporados aos valores o fator de recomposição de 25%, para acompanhamento do trabalho de parto e cirurgia obstétrica visando a redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal.	
Portaria GM/MS nº 2816, de 29/05/98	Determina seja implantada crítica visando o pagamento do percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital no Programa de Digitação de Autorizações de Internação Hospitalar – SIH/SUS.	
Portaria GM/MS nº 2817, de 29/05/98	Inclui dígitos no campo "Motivo da Cobrança de AIH" do SIH/SUS informações mãe e recém nascido.	
Portaria GM/MS nº 2892, de 09/06/98	Dispõe sobre a gestão dos Hospitais Universitários no Sistema Único de Saúde.	
Portaria GM/MS nº 2919, de 09/06/98	Estabelece rotina de credenciamento as Unidades que realizam Tratamento Intensivo.	
Portaria GM/MS nº 2920, de 09/06/98	Estabelece condições para o credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de Alta Complexidade em Neurocirurgia.	
Portaria GM/MS nº 2922, de 09/06/98	Cria códigos de procedimentos no SIH/SUS (NEUROCIRURGIA), com valores.	



Portaria GM/MS nº 2923, de 09/06/98	Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de Urgência e Emergência.	
Portaria GM/MS nº 2925, de 09/06/98	Estabelece critérios para inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.	
Portaria GM/MS nº 2971, de 09/06/98	Redefine os tetos financeiros com recursos federais para a assistência à saúde e para a operacionalização da descentralização das Unidades Assistenciais da Fundação Nacional de Saúde e das unidades Assistenciais do Ministério da Saúde.	
Portaria GM/MS nº 3015, de 18/06/98	Cria Comissão Especial prevista no Protocolo de Atuação Conjunta nº 01/98.	
Portaria GM/MS nº 3016, de 19/06/98	Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco.	
Portaria GM/MS nº 3017, de 19/06/98	Inclui grupos de procedimentos na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/ SUS, Intercorrências Clínicas e Obstétricas na gravidez em Gestantes de Alto Risco.	Revogada pela PT/GM/MS nº 3482/98.
Portaria GM/MS nº 3018, de 19/06/98	Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto Risco.	Revogada pela PT/GM/MS nº 3477/98.
Portaria GM/MS nº 3040, de 21/06/98	Institui o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino.	
Portaria GM/MS nº 3041, de 21/06/98	Institui Comitê Executivo do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino.	
Portaria GM/MS nº 3122, de 02/07/98	Estabelece novos valores de incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família.	
Portaria GM/MS nº 3147, de 03/07/98	Determina que os Municípios habilitados na condição de Gestão Semiplena, efetuem o pagamento dos serviços ambulatoriais e hospitalares às unidades prestadoras de serviços até o quinto dia útil após a disponibilização dos arquivos do processamento das AIH pelo DATASUS.	Revogada pela PT/GM/MS nº 3478/98.
Portaria GM/MS nº 3407, de 05/08/98	Aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes	
Portaria GM/MS nº 3408, de 05/08/98	Dispõe sobre o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares	
Portaria GM/MS nº 3409, de 09/10/98	Institui a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade	
Portaria GM/MS nº 3410, de 05/08/98	Cria os Grupos de Procedimentos e Procedimentos no SIH/SUS – Doação de Órgãos	
Portaria GM/MS nº 3411, de 05/08/98	Determina ao Grupo técnico de Assessoramento de que trata a Portaria GM/MS nº 3407/98, a realização de estudos visando o aperfeiçoamento da Lei. 9434, de 1997	
Portaria GM/MS nº 3432, de 12/08/98	Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI	Revoga a PT/GM/MS nº 2918/98.
Portaria GM/MS nº 3459, de 14/08/98	Estabelece a remuneração dos procedimentos do SIH/SUS de emergência, combinada com o FIDEPS e o IVH-E.	
Portaria GM/MS nº 3477, de 20/08/98	Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco.	Revoga a PT/GM/MS nº 3018/98.

Portaria GM/MS nº 3478, de 20/08/98	Determina que os estados habilitados às condições de gestão avançada e plena do sistema e os municípios habilitados à condição de gestão plena do sistema, conforme NOB SUS 01/96, efetuem o pagamento dos serviços ambulatoriais e hospitalares prestados de acordo com as programações pactuadas e integradas.	Revoga PT/GM/MS/Nº 3147/98.
Portaria GM/MS nº 3480, de 20/08/98	Institui Comissão Técnica com o objetivo de orientar a execução do Programa de Modernização Gerencial e Reequipamento da Rede Assistencial Privada Integrada ao SUS.	
Portaria GM/MS nº 3482, de 20/08/98	Inclui na Tabela do SIH/SUS, grupos de procedimentos, exclusivos para cobrança por hospitais habilitados nos Sistemas de Referência Hospitalar no Atendimento Terciário à Gestante de Alto Risco.	Revoga PT/GM/MS nº 3.017/98.
Portaria GM/MS nº 3535, de 02/09/98	Estabelece critérios para cadastramento de Centros de Atendimento em Oncologia.	
Portaria GM/MS nº 3536, de 02/09/98	Implanta formulários/instrumentos e regulamenta utilização na sistemática de autorização e cobrança dos procedimentos ambulatoriais na área do câncer – FCA/ ONCO.	
Portaria GM/MS nº 3588, de 10/09/98	Refere-se à data limite para a descentralização do processamento das AIH em todo território nacional	Revoga o art. 2º da PT/GM/MS nº 1888
Portaria GM/MS nº 3642, de 18/09/98	Determina que entre os médicos ortopedistas que compõem as equipes profissionais, participantes do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, exista especialista em cirurgia de mão.	
Portaria GM/MS nº 3739, de 16/10/98	Institui Cadastro de Unidade de Atendimento Ambulatorial de Controle de Tuberculose do SIA/SUS.	
Portaria GM/MS nº 3761, de 20/10/98	Estabelece no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, a Assessoria Técnica para transplante de medula óssea.	
Portaria GM/MS nº 3825, de 04/11/98	Estabelece o limite de 25% da frequência total de procedimentos do grupo de cirurgia cardíaca.	
Portaria GM/MS nº 3842, de 09/11/98	Define repasse financeiro da FUNASA	
Portaria GM/MS nº 3844, de 05/11/98	Determina a inclusão de todas as unidades hospitalares públicas participantes do SUS no Banco de Preços na Área Hospitalar – BPPH.	
Portarias GM/MS nº 3845 e 3926, de 09/11/98	Extingue as Gerências Estaduais do MS.	
Portaria GM/MS nº 3901, de 10/11/98	Estabelece novas metas físicas e financeiras do PACS e PSF, para os Estados e o Distrito Federal.	Alterada pela PT/GM/MS 4029 de 14/12/98.
Portaria GM/MS nº 3902, de 10/11/98	Inclui a especialidade de Psiquiatria na PT/MS/ GM nº 2995	
Portaria GM/MS nº 3906, de 10/11/98	Altera os valores anuais da parte fixa do PAB	
Portaria GM/MS nº 3907, de 30/11/98	Dá continuidade aos trabalhos da Comissão Nacional de Mortalidade Materna, de caráter técnico	
Portaria GM/MS nº 3908, de 10/11/98	Estabelece procedimentos para orientar e instrumentaliza ações e serviços de Saúde do Trabalhador no SUS	
Portaria GM/MS nº 3916, de 10/11/98	Aprova a Política Nacional de Medicamentos	
Portaria GM/MS nº 3925, de 13/11/98	Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.	

Portaria GM/MS nº 3946, de 26/11/98	Inclui procedimentos no SIH/SUS	
Portaria GM/MS nº 3947, de 26/11/98	RIPSA – aprova atributos comuns a serem adotados obrigatoriamente por todos os sistemas e base de dados do MS	
Portaria GM/MS nº 3982, de 02/12/98	Redefine as diretrizes e os critérios para pagamento da Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos de Alta Complexidade – CNCPHAC	
Portaria GM/MS nº 3998, de 09/12/98	Implementa no SIA/SUS a identificação das Unidades que prestam atendimento de Terapia Renal Substitutiva – TRS a pacientes submetidos a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua – DPAC e Diálise Peritoneal Automática – DPA	
Portaria GM/MS nº 4011, de 14/12/98	Cria grupos de procedimentos e procedimentos na Tabela de Pagamento do SIH/SUS – Deficiente Auditivo	Altera o artigo 2º da PT/GM/MS nº 3762/98
Portaria GM/MS nº 4029, de 14/12/98	Estabelece metas físicas e financeiras para os Estados e o Distrito Federal, referentes aos incentivos financeiros do PSF e PACS, a partir de 1º de outubro de 1998.	Altera a PT/GM/MS nº 3901 de 10/11/98.