

Os Critérios de Alocação de Recursos Financeiros no
Sistema Único de Saúde: uma visão a partir das
Normas Operacionais, 1991 a 2002

Luiz Renato Lima da Costa

Os Critérios de Alocação de Recursos Financeiros no
Sistema Único de Saúde: uma visão a partir das
Normas Operacionais, 1991 a 2002

Banca examinadora

Profa. Orientadora Ana Maria Malik

Prof. Barjas Negri

Prof. Djair Picchiai

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

LUIZ RENATO LIMA DA COSTA

Os Critérios de Alocação de Recursos Financeiros no
Sistema Único de Saúde: uma visão a partir das
Normas Operacionais, 1991 a 2002

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-
Graduação da FGV/EAESP

Área de Concentração: Administração
Hospitalar e Sistemas de Saúde, como
requisito para obtenção de título de mestre
em Administração.

Orientador: Profa. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2003

COSTA, Luiz Renato Lima. Os Critérios de Alocação de Recursos Financeiros do Ministério da Saúde Destinados à Assistência à Saúde, aos Governos Estaduais e Municipais: evolução da NOB 01/1991 à NOAS 01/2002. São Paulo: EAESP/FGV, 2003. 118 p. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV, Área de Concentração: Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde).

Resumo: Trata dos critérios utilizados na alocação dos recursos orçamentários do Ministério da Saúde aos governos estaduais e municipais. Apresenta os principais documentos utilizados na regulamentação do relacionamento entre governo federal e demais níveis de governo no âmbito do Sistema Único de Saúde. Identifica os principais critérios de alocação de recursos financeiros no período 1991 a 2002 e as tendências identificadas.

Palavras-Chave: Alocação, Descentralização, Financiamento, Normas Operacionais, Sistema de Saúde.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1. INTRODUÇÃO

1.1. Introdução	08
1.2. Justificativa	10
1.3. Metodologia	12

2. ALGUMAS IDÉIAS A CONSIDERAR

2.1. Justiça e Equidade	17
2.1.1. Justiça	18
2.1.2. Equidade e Saúde	24

3. ALOCAÇÃO DE RECURSOS E AS NORMAS OPERACIONAIS

3.1. Alocação de Recursos	32
3.1.1. Critérios de Alocação	33
3.1.2. A Experiência Internacional	40
3.2. Os Critérios de Alocação de Recursos Financeiros Federais no SUS ..	46
3.2.1. A NOB 01/91	53
3.2.2. A NOB 01/92	57
3.2.3. A NOB 01/93	60
3.2.4. A NOB 01/96 e sua implantação	70
3.2.5. A NOAS 01/01 e a NOAS 01/02	87

4. DISCUSSÃO

95

5. CONCLUSÃO

109

6. REFERÊNCIAS

112

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E TERMOS CHAVE

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AIS – Ações Integradas de Saúde

APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo

CHST – Canada Health and Social Transfer

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CPMF – Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira

FAE – Fração Assistencial Especializada

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FAM – Fator de Apoio ao Município

FAT – Fundo de Amparo do Trabalhador

FEGE – Fundo de Estímulo à Gestão Estadual

FEM – Fator de Estímulo à Municipalização

FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa
Universitário em Saúde

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GAP – Guia de Autorização do Pagamento

GEDE – Grupo Especial de Descentralização

GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICCN – Incentivo de Combate às Carências Nutricionais

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IVH – Índice de Valorização Hospitalar

IVH-E – Índice de Valorização Hospitalar de Emergência

IVQ – Índice de Valorização da Qualidade

IVSA – Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária

NHS – National Health Service

M1 – Atividades Ambulatoriais de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBVS – Piso Básico de Vigilância Sanitária
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PIB – Produto Interno Bruto
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PSF – Programa de Saúde da Família
RAWP – Resource Allocation Working Party
RCA – Recursos para Cobertura Ambulatorial
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SIH – Sistema de Internação Hospitalar
SIOP - Sistema de Órtese, Prótese e Materiais Especiais
SMR – Standardized Mortality Ratio
SNAS – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TFA – Teto Financeiro da Assistência
TFD – Tratamento Fora do Domicílio
TFECD – Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFF – Territorial Formula Financing
TFG – Teto Financeiro Global
TFGE – Teto Financeiro Global do Estado
TFGM – Teto Financeiro do Município
TFVS – Teto Financeiro de Vigilância Sanitária
UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial
UCR – Unidade de Capacitação de Rede
UF – Unidade da Federação
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Os termos adotados no desenvolvimento do texto e considerados mais importantes para sua compreensão são relacionados a seguir:

Alocação – Destinar (fundo orçamentário, verba, etc.) a um fim específico ou a uma entidade (Ferreira, n.d.). Processo pelo qual recursos existentes são distribuídos (Couttolenc e Zucchi, 1998).

Assistência à Saúde – Atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar (MS, 1996). Neste estudo corresponde ao objeto de normatização pelas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde, exceto os recursos financeiros relativos a despesas de capital.

Comissões Intergestores – Foros de negociação e pactuação entre os gestores de diferentes níveis de governo visando elaborar propostas e acompanhar o processo de implantação das normas operacionais e descentralização do SUS. São integradas paritariamente por representantes dos gestores envolvidos: federal, estaduais e municipais na Tripartite; e estadual e municipais na Bipartite.

Conselho de Saúde – Órgão colegiado permanente e deliberativo, integrado por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, e organizado na União, estados, Distrito Federal e municípios, sendo instrumento de exercício do controle social sobre a gestão do SUS (Lucchesse, 1996).

Critério – Aquilo que serve de base para comparação, julgamento ou apreciação (Ferreira, n.d.). Interpretado neste estudo como regras, parâmetros ou orientações, independente do grau de detalhamento.

Critério Explicitado – Critérios constantes da documentação oficial analisada.

Demanda – Em saúde está ligado ao processo de escolha do consumidor segundo sua própria estrutura de preferências (lunes, 1995).

Descentralização – Transmissão do comando, execução ou financiamento do nível de maior hierarquia para um de menor hierarquia. Pode ser dependente, quando a passagem de responsabilidade é financiada com recursos do nível central, ou autônoma, quando financiada com recursos do nível mais local. A descentralização dependente pode ser de dois tipos: tutelada, quando o financiamento é feito por transferências negociadas; ou vinculada, quando está baseada em transferências automáticas estabelecidas legalmente (Medici, 1994).

Desigualdade – Diferenças produzidas no processo social.

Eqüidade – Distribuição considerada justa. Pode ser interpretada de várias formas, segundo o conjunto de valores que a informam.

Fundo de Saúde – Conta especial, em cada esfera de atuação, em que são depositados e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde, os recursos financeiros do SUS, (Brasil, 1990a).

Igualdade – O mesmo tratamento para todos, independentemente de sua condição. Implícita na noção de igualdade está a idéia de que os indivíduos tem os mesmos direitos e devem receber os mesmos recursos (Medeiros, 1999). O SUS tem por princípio a “igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.” (Brasil, 1990a).

Integralidade – A Constituição Federal de 1988 prevê a integralidade de assistência, “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” (Brasil, 1990a).

Necessidade – Em saúde é uma determinação de pessoa com conhecimento técnico para tanto, o que na opinião médica deva ser consumido de serviços de saúde para que o indivíduo permaneça saudável (lunes, 1995).

PDR – Plano Diretor de Regionalização, é o instrumento ordenador do processo de regionalização da assistência nos estados e Distrito Federal, visando garantir o acesso às ações e serviços de saúde diretamente pelo município ou mediante referências intermunicipais acordadas entre os gestores. É elaborado pelas Secretarias de Saúde dos estados e Distrito Federal, submetido à Comissão Intergestores Bipartite e Conselho Estadual de Saúde e enviado ao Ministério da Saúde (MS, 2001d).

PPI – Programação Pactuada e Integrada, que deve traduzir as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Sua elaboração deve ser dada num processo ascendente de base municipal, respeitando a autonomia de cada gestor. Deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde, negociada na Comissão Intergestores Bipartite e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde (MS, 1996).

Recursos do Ministério da Saúde – Recursos constantes do orçamento do Ministério da Saúde.

Sistema Único de Saúde – O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (Brasil, 1990a).

Universalidade – A Constituição Federal de 1988 prevê a universalidade de acesso, o direito ao acesso a todos independente de poder aquisitivo, raça, credo ou qualquer outra forma de discriminação.

Transferências – Repasses de recursos financeiros a outro órgão ou nível de gestão. Transferências automáticas e transferências negociadas estão relacionadas aos modelos de descentralização dependente vinculada e tutelada (Medici, 1994).

1. INTRODUÇÃO

1.1. Introdução

O Sistema Único de Saúde – SUS, criado em 1988, nasce de uma intensa mobilização social, paralelamente ao processo de redemocratização do Brasil. A referência para o estabelecimento de seus princípios e características foi o Movimento da Reforma Sanitária e a VIII Conferência Nacional de Saúde um marco em sua criação (Mendes, 1999).

Dessa mobilização social surge a visão de um sistema público, universal, integral e gratuito, organizado de modo descentralizado com um único comando em cada nível de governo. Esse novo sistema de saúde nasce determinado a mudar o modelo de assistência estabelecido, considerado centralizado e voltado para as atividades curativas, relegando a segundo plano as de natureza preventiva, coletiva e de promoção da saúde.

A concretização da nova proposta, no entanto, não se dá por determinação constitucional. Mais que isso, ocorre num momento de reforma dos sistemas de saúde de vários países e num cenário econômico adverso (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

O princípio de equidade estabelecido na Constituição precisa ser interpretado. De modo geral esse princípio é entendido como de igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde para iguais necessidades (Travassos, 2000). A operacionalização desse conceito exige a definição de políticas públicas e sistemas de financiamento compatíveis.

A organização descentralizada, também prevista constitucionalmente, teve início antes mesmo da criação do SUS, por meio das Ações Integradas de Saúde – AIS e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. Nos anos 1980, a noção de democracia está estreitamente ligada à de

descentralização (Viana, Lima e Oliveira, 2002). Os limites dessa descentralização, no entanto, irão ser construídos ao longo do tempo. Pode-se dizer que os anos 1990 assistem um aprofundamento do movimento de descentralização.

Uma característica desse processo é a municipalização. Desde as primeiras iniciativas de regulamentação do SUS, em 1990, a destinação de recursos financeiros para municípios e em menor grau para estados é estabelecida. Essa tendência é mantida nas normas seguintes e cada vez mais municípios assumem, gradualmente e em número crescente, responsabilidades pela execução de ações e políticas de saúde.

A descentralização, ainda que alicerçada sobre os municípios, exige a definição dos papéis de estados e da União. Esta última tem sido origem da maior parte dos recursos destinados às ações e serviços de saúde. Entre 1994 e 1996, a União foi responsável em média por 59% do gasto público em saúde, os estados por 20% e os municípios por 21% (Biasoto Júnior e Piola, 2001).

O desenvolvimento do SUS enfrentou importantes dificuldades de financiamento. A formulação prevista em sua criação, o Orçamento da Seguridade Social, dividia os recursos entre três áreas: Previdência Social, Saúde e Assistência Social. O aumento dos gastos previdenciários leva em 1993 a uma crise de financiamento na saúde, decorrente da retirada dos recursos da Contribuição sobre a Folha de Salários. Alternativas a essa situação foram buscadas, emergenciais como empréstimos do Fundo de Amparo do Trabalhador – FAT e outras de prazo mais longo. Uma dessas alternativas foi a criação da Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira – CPMF, em 1996. A CPMF, no entanto, não proporcionou uma elevação dos recursos na dimensão esperada pela retração de outras fontes de financiamento (Reis, Ribeiro e Piola, 2001).

Nova tentativa de estabilização e ampliação do financiamento do setor saúde ocorre pela aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000. Essa

emenda estabelece um fórmula de reajuste dos recursos da União destinados às ações e serviços de saúde pela variação do PIB e a vinculação de parte dos orçamentos dos demais níveis de governo para essa finalidade. Essa vinculação tem percentuais definidos para estados e municípios e uma regra de transição para os valores a serem alcançados em 2004.

A relação entre equidade, descentralização e financiamento toma a forma de regras para acesso e alocação de recursos, sempre escassos, entre os diversos participantes e finalidades. Isso não significa que os critérios adotados necessariamente reflitam um conceito de equidade ou plenamente a descentralização. A aplicação prática dos critérios pode, ainda, se revelar de difícil operacionalização ou resultar numa alocação que, mediada por outros fatores, difere da imaginada. Pode haver enfim, o que Porto (1995) relata, o princípio limitado a uma definição formal de um direito sem que esteja assegurado seu exercício efetivo.

Esses critérios de distribuição de recursos entre União, estados e municípios, tomando como ponto de partida os recursos federais consignados no orçamento do Ministério da Saúde, é o que se pretende levantar neste estudo.

1.2. Justificativa

O sistema único de saúde brasileiro, o SUS, institucionalizado pela Constituição Federal de 1988, é resultado de um intenso processo de mobilização social. Participaram de sua construção uma série de agentes comprometidos com a causa da saúde pública, constituindo o chamado movimento da Reforma Sanitária. Um marco na construção de nosso sistema público de saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, que influenciou os trabalhos de elaboração da Constituição e políticas descentralizadoras no Poder Executivo (Mendes, 1999).

As principais características da assistência à saúde determinada ao SUS são comumente resumidas em três palavras: universal, integral e gratuita. Esses preceitos estão previstos constitucionalmente, porém sua plena concretização é um objetivo ainda a ser alcançado. A qualidade, quantidade e distribuição da assistência prestada continuam a ser questionados (Elias, Marques e Mendes, 2001).

Mendes (1999) caracteriza o sistema de saúde brasileiro como composto por três subsistemas: o subsistema público, correspondendo ao SUS; o subsistema privado de atenção médica supletiva; e o subsistema de desembolso direto, correspondendo aos indivíduos e famílias que pagam diretamente o serviço de saúde. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS, participando da iniciativa privada de modo complementar. É um sistema hierarquizado e descentralizado, com ênfase na descentralização para os municípios (Brasil, 1990a). Isto é, a assistência deve ser prestada e gerenciada, preferencialmente, pelo nível local.

O financiamento do sistema público conta com recursos dos três níveis de governo, mas apenas recentemente, por meio da Emenda Constitucional nº 29, de 2000, foi estabelecida uma sistemática para definição do volume de contribuição de cada um dos diferentes níveis. O governo federal tem sido responsável pela arrecadação e distribuição da maior parte dos recursos do sistema público de saúde (Biasoto Jr. e Piola, 2001).

Nascido com a missão de prover uma assistência à saúde universal e gratuita, num país de desigualdades sociais profundas como é o caso do Brasil, o SUS é marcado pelos ideais de igualdade, equidade e justiça social. Sua organização e a destinação dos recursos disponíveis, portanto, deveriam estar orientados para a concretização de seus princípios. Essa relação entre a alocação de recursos e a missão constitucional prevista para o SUS será objeto desse trabalho.

1.3. Metodologia

1.3.1. O Tipo de Estudo

Esta é, segundo os tipos relatados por Minayo (1993, p. 26), uma pesquisa orientada para um problema específico. Está voltada para o entendimento de um problema prático e operacional no campo das políticas públicas em saúde, a alocação de recursos financeiros.

A metodologia utilizada neste estudo é de natureza qualitativa do tipo documental (Godoy, 1995).

1.3.2. Fase Exploratória

O problema a ser estudado são os critérios para alocação dos recursos financeiros do nível federal no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Estes critérios são elementos que servem de base para comparação, julgamento ou apreciação, como regras, parâmetros ou orientações, independente do grau de detalhamento.

Os critérios de alocação abrangidos são os relatados de modo explícito. Os recursos do nível federal do SUS são os consignados no orçamento do Ministério da Saúde. Do conjunto de recursos constantes do orçamento, serão examinados os passíveis de transferência aos gestores estaduais, do Distrito Federal e municipais, destinados à assistência à saúde.

Por assistência à saúde entende-se a assistência ambulatorial e hospitalar, objeto de normatização pelas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde. Desta forma ficam excluídos deste estudo, os recursos materiais e humanos e as transferências financeiras envolvendo recursos de capital, destinadas à investimentos, ou outras ações não abrangidas pelas referidas normas.

Algumas limitações são assumidas nesse estudo:

Estão fora do escopo deste estudo documentos que, por exemplo, definam a alocação de recursos por unidade da federação de determinado programa, sem mencionar os critérios que presidiram essa alocação.

Critérios de alocação, ainda, diferem dos critérios estabelecidos para acesso aos recursos financeiros, isto é, normas e requisitos de qualquer natureza, estabelecidos como condição prévia para a habilitar o gestor ao recebimento de recursos financeiros.

É importante lembrar que pode existir uma diferença entre critérios explicitados para alocação e a alocação de recursos financeiros efetivamente ocorrida. Esta última pode sofrer influências diversas que terminem por proporcionar uma alocação diversa da estabelecida. Apesar da relevância de um estudo dessa natureza, não será abrangido por este trabalho.

Pretende-se com isso responder à seguinte pergunta: "Houve alteração nos critérios de alocação de recursos para assistência à saúde, destinados à estados e municípios, adotados pelo governo Ministério da Saúde ao longo da história do SUS?".

A premissa inicial é que os critérios de alocação de recursos financeiros para assistência sofreram alterações ao longo do período analisado, buscando alcançar uma maior equidade na alocação de recursos.

Como pano de fundo deste estudo está o conceito de equidade, expresso constitucionalmente, que será discutido adiante. O tema alocação de recursos é focado a partir de três linhas de análise: quanto ao relacionamento entre o financiador e o prestador dos serviços quanto à remuneração; quanto à distribuição geográfica; e quanto à autonomia dos gestores envolvidos.

1.3.3. Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho é identificar os critérios explicitados para alocação dos recursos financeiros para assistência à saúde, do Ministério da Saúde aos governos estaduais e municipais, no Sistema Único de Saúde – SUS.

1.3.3.1. Objetivos Específicos

Os objetivos específicos são:

- a) Identificar as características dos critérios explicitados para alocação;
- b) Analisar o comportamento desses critérios ao longo do período enfocado.

1.3.4. Coleta de dados

Na identificação dos documentos analisados, foram procurados como fonte primária os diplomas legais produzidos na esfera federal e de abrangência nacional e no âmbito do setor saúde. Isso compreende a Constituição Federal, Leis, Decretos, Medidas Provisórias e Portarias. Essas Portarias referem-se explicitamente às Normas Operacionais Básicas e outros documentos dessa natureza que derivem diretamente dessas normas.

A opção pelas Normas Operacionais Básicas como documento estruturante da pesquisa documental advém de sua função regulatória do processo de descentralização, do relacionamento entre gestores, do financiamento e alocação de recursos (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, Viana, Lima e Oliveira, 2002).

Esses diplomas legais foram complementados por outros documentos oficiais, como relatórios e publicações produzidos na esfera federal, e bibliografia afeta

ao tema. A bibliografia procurada está voltada para os conceitos necessários ao desenvolvimento do texto, justiça, equidade e alocação de recursos, e para a análise do processo de regulamentação do SUS.

No levantamento documental e pesquisa bibliográfica foram utilizadas como palavras-chave de pesquisa os termos: alocação de recursos, desigualdades, equidade, financiamento, normas operacionais, política de saúde, transferências, sistema de saúde. Material adicional foi identificado no processo de análise pela observação das referências utilizadas tanto nos diplomas legais como nos textos complementares.

A organização do material obtido se deu em ordem cronológica, demarcada pela produção de documentos relevantes ao tema, a Constituição Federal de 1988, as Leis Infra-constitucionais que se seguiram e as Normas Operacionais Básicas do SUS – NOB's de 1991, 1992, 1993, 1996 e 2002.

1.3.5. Análise de conteúdo

Por análise de conteúdo se entende a descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por finalidade interpretá-los.

A análise temática (Minayo, 1993, p. 208) do material documental obtido tomou por base a definição de critério apresentada, procurando identificar sua pertinência quanto aos temas: a) critérios alocativos; e b) equidade como objetivo do sistema de saúde.

Uma primeira fase consistiu num contato inicial com os documentos legais e textos coletados. Identificados os documentos e textos relevantes, foi iniciada a fase de exploração desse material, com o objetivo de organizar e classificar as informações de interesse do estudo.

Ao longo dessa fase foi produzido o material descritivo sobre o conteúdo dos documentos, seu processo de elaboração e desenvolvimento. Com isso se

procurou identificar não apenas os critérios alocativos, mas também proporcionar um entendimento do processo de evolução do sistema de saúde que então se regulamentava.

Por fim, essas informações de interesse foram interpretadas quanto aos padrões apresentados.

1.3.6. O período estudado

O período de análise é de 1991 a 2002, delimitado pela edição da Norma Operacional Básica – NOB 01/91 (INAMPS, 1991) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2002 (MS, 2002a).

2. ALGUMAS IDÉIAS A CONSIDERAR

2.1. Justiça e Equidade

Na alocação de recursos num sistema público de saúde, dois princípios podem ser considerados: a equidade e a eficiência. O conceito de eficiência está relacionado à idéia de maximização de resultados a partir de recursos determinados. O conceito de equidade, por outro lado, dá margem a diversas interpretações (Giraldes 1995).

Porto (1995) relaciona sete diferentes conceitos de equidade trabalhados por Artells e Mooney, relação que ainda se amplia com as contribuições de Le Grand. Apesar dessas diferentes interpretações, equidade, como princípio de alocação de recursos, é um objetivo assumido por países com sistemas de saúde diversos como o Reino Unido, Suécia, Portugal ou Canadá (Giraldes, 1995).

Universalidade e equidade, são os princípios norteadores de sistemas de saúde a respeito dos quais há maior consenso. Apesar disso, podem estar definidos apenas como um direito formal, sem uma implementação real (Porto, 1995, MS, 2002b).

O Brasil se insere no conjunto de países nos quais a universalidade e equidade são assumidas como objetivo do sistema público de saúde. A Constituição de 1988 estabelece a saúde como “um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Brasil, 1988, Art. 196). Seu objetivo de universalização do atendimento manifesta o desejo de um tratamento mais equitativo aos cidadãos ou de se alcançar uma situação de maior equidade (Jardanovski e Guimarães, 1993 e 1994). O preceito constitucional pode ainda ser interpretado, em termos de equidade, como de

igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde para iguais necessidades (Travassos et al., 2000, MS, 2002b).

Para analisar as características do processo brasileiro de alocação de recursos, e sua relação com esses objetivos de universalização e equidade, é necessário, antes, examinar o que se entende por equidade e antes ainda a visão de justiça social que ampara esse entendimento.

2.1.1. Justiça

Diferentes concepções de justiça social sustentam diferentes concepções de ação pública. A visão de equidade, portanto, está embasada por uma determinada concepção de justiça social. Para que se estabeleça uma ação que se pretende equitativa, ou visando a equidade, essa concepção de justiça precisa ser esclarecida. A clareza em relação às diretrizes que orientam as políticas públicas “depende da explicitação dos paradigmas de justiça subjacentes à formulação das políticas” (Medeiros, 1999).

Uma aproximação das diferentes teorias de justiça social, ainda que de modo pouco profundo, é necessária para um melhor entendimento da questão da equidade. A obra de John Rawls, particularmente sua teoria de justiça como equidade, é freqüentemente citada (Porto, Giraldes, Viana, Medeiros, Le Grand, Sen) como uma das principais referências para formulação de ações visando a equidade.

O ponto de partida para essa aproximação é o entendimento de que uma sociedade é um empreendimento cooperativo marcado por conflitos e identidades de interesses. Identidades porque a cooperação possibilita melhorias a todos e conflitos porque as pessoas não são indiferentes ao modo como os benefícios dessa cooperação são repartidos. Um conjunto de princípios deve então ser escolhido, dentre os vários possíveis, para estabelecer a divisão das vantagens e encargos da cooperação social. Uma sociedade seria bem-ordenada, segundo Rawls (2000), quando além de

promover o bem estar dos seus membros, é regulada por uma concepção pública de justiça. Por concepção pública de justiça entende-se que: todos os membros aceitam, e sabem que os demais aceitam, os mesmos princípios de justiça; e que as instituições sociais satisfazem em grande parte esses princípios.

Na realidade os homens costumam discordar quanto aos princípios de justiça que deveriam definir sua associação. Cada um tende a ter sua própria concepção de justiça. Ainda assim, todos defendem a existência de um conjunto de princípios. A absoluta falta de consenso sobre o que é justo tornaria imensamente difícil a coordenação de esforços e a manutenção de acordos para benefício mútuo. Desta forma, o objeto da justiça é definido por Rawls como sendo:

“... o objeto primário da justiça é a estrutura básica da sociedade, ou mais exatamente, a maneira pela qual as instituições sociais mais importantes distribuem direitos e deveres fundamentais e determinam a divisão de vantagens provenientes da cooperação social. Por instituições sociais mais importantes quero dizer a constituição política e os principais acordos econômicos e sociais.” (Rawls, 2002, p. 8).

Esse conjunto das instituições sociais mais importantes, estabelecendo direitos e deveres, influenciam as possibilidades de vida dos homens e de seu bem-estar econômico. A maneira, porém, como uma determinada concepção de justiça determina os deveres e direitos básicos afeta a eficiência, coordenação e estabilidade.

No pensamento liberal podem ser identificadas três abordagens distintas quanto à justiça social, segundo Porto (1995). Uma relacionada ao pensamento de Rousseau em seu “Discurso sobre a Origem das Desigualdades entre os Homens”; uma segunda corrente denominada utilitarismo e a terceira, a concepção de justiça como equidade desenvolvida por Rawls. Rawls (2002)

também analisa três correntes teóricas sobre justiça, o intuicionismo, o utilitarismo e a sua própria.

A seguir serão apresentadas, as abordagens citadas, de modo a permitir a percepção de suas diferenças. A teoria da Rawls será mais desenvolvida, uma vez que está relacionada fortemente ao conceito de equidade que se quer discutir.

A primeira das abordagens apontadas por Porto (1995), desenvolvida por Rousseau, vê dois tipos de desigualdades. Uma desigualdade é estabelecida pela natureza e uma outra, moral ou política, desenvolvida pelos homens com seu consentimento. A primeira, desigualdade natural, refere-se às diferenças de idade, força física, saúde ou qualidades do espírito. A segunda desigualdade consiste na existência de homens mais ricos, respeitados ou mais obedecidos que outros. Essa situação se desenvolve a partir de uma espécie de entendimento entre os homens, tendo no direito à propriedade sua causa principal. Segundo relata a autora, a preocupação de Rousseau com as desigualdades introduzidas no processo de socialização caracterizam um avanço em relação as concepções da época e tem como consequência que:

“... seu conceito de justiça social é permeado pela idéia de igualdade, destacando com critério distributivo ‘a cada um segundo seu próprio trabalho’, superador dos adotados por grande parte dos pensadores da época, como ‘a cada um segundo seu status’ ou ‘a cada um segundo seu mérito’, mas que não leva em conta a existência de diferentes necessidades.” (Porto, 1995).

Outra corrente de pensamento, o intuicionismo, é caracterizado por Rawls (2002), como as teorias com uma pluralidade de princípios básicos potencialmente contraditórios em algumas situações e que não apresentam regras para a comparação desses princípios. Estes diversos princípios básicos que são equilibrados de algum modo considerado justo. Não existem critérios que ordenem a aplicação desses princípios. Segundo o autor, “o intuicionismo

nega que exista uma solução explícita e útil para o problema da prioridade.”, prioridade sendo entendida como atribuição de pesos a princípios conflitantes de justiça. Essa visão opõe-se ao utilitarismo, no qual a questão da prioridade é enfrentada pela utilização do princípio da utilidade.

A visão utilitarista considera que uma sociedade é justa quando obtém a maior soma de satisfação possível, independente da distribuição dessa satisfação entre os integrantes da sociedade. Por satisfação entende-se por utilidade ou prazer e, nas formas mais modernas, como “satisfação de um desejo ou algum tipo de representação do comportamento de escolha de uma pessoa.” (Sen, 2000).

Rawls (2002) aponta como uma característica “surpreendente” da visão utilitarista, o fato desta não se importar com a distribuição da satisfação. Isto é, ser indiferente ao modo como esse somatório de satisfação é distribuído entre os indivíduos ou como um homem a distribui ao longo do tempo, exceto de modo indireto. Seria justo sob essa ótica, portanto, a penalização de indivíduos para obtenção de um maior total de satisfação, mesmo que esse ganho fosse apropriado por apenas parte dos indivíduos, não necessariamente os menos favorecidos.

Na teoria da justiça como eqüidade, a questão da prioridade é tratada a partir de uma situação contratual original, seguida de um tratamento serial a esses princípios. Retoma, portanto, um modelo contratualista, isto é, parte de uma situação hipotética inicial que estabelece regras para o funcionamento da sociedade.

A idéia norteadora da teoria de Rawls é a do consenso original. A partir de uma situação eqüitativa original os princípios de justiça são definidos. Essa situação original ocorre sob o que ele chama de um “véu de ignorância”. Todos os indivíduos, nesse momento inicial, ignoram seu lugar na sociedade, posição de sua classe, status social, sua sorte na distribuição de dotes e habilidades naturais – inteligência, força – concepção do bem ou propensões psicológicas.

Esse “véu de ignorância” garante que ninguém será favorecido ou desfavorecido na escolha dos princípios pelo resultado do acaso natural ou pelas contingências de circunstâncias sociais. Dessa forma, a partir de uma situação igualitária, os princípios definidos são resultado de um consenso ou ajuste eqüitativo. É pressuposto dessa teoria que os indivíduos são racionais e mutuamente desinteressados. Desinteressados, no sentido de que são pessoas que não são afetadas pelo interesse das outras, e racionais no sentido corrente de adotar os meios mais eficientes para determinados fins.

Os princípios surgidos desse consenso original seriam necessariamente diversos dos princípios utilitaristas. Nenhum homem racional aceitaria uma estrutura que ao maximizar a soma algébrica de vantagens tivesse iniciativas incompatíveis com a concepção de cooperação social entre iguais para vantagem mútua. Do consenso original surgiriam, então, dois princípios:

- “a) Cada pessoa deve ter um direito igual ao mais abrangente sistema total de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema semelhante de liberdades para todos, e;
- b) As desigualdades econômicas e sociais devem ser ordenadas de modo a serem ao mesmo tempo: para o maior benefício esperado dos menos favorecidos, e sejam vinculadas a cargos e posições abertos a todos em condições de igualdade eqüitativa de oportunidades.” (Rawls, 2002, ps. 275 e 88).

É importante lembrar que, para Rawls, os princípios devem ser considerados na ordem apresentada. Isto é, as liberdades básicas só podem ser limitadas em função do fortalecimento da liberdade coletiva e o segundo princípio se sobrepõe à eficiência e à maximização da soma de vantagens.

Dois pontos devem ser destacados: a prioridade dada à liberdade e a aceitação como justo do tratamento desigual para os menos favorecidos.

A justiça do tratamento desigual, quando voltado para o mais carente, sustenta o conceito de equidade. Esse critério, conhecido como princípio da diferença, ou como axioma de *Maximin*, opõe-se à noção utilitarista de justiça. Enquanto na visão utilitarista a alocação justa é a que resulta na maior soma de utilidades para os indivíduos envolvidos, no *Maximin* a justiça está na destinação que tem a maior capacidade de aumentar a utilidade para o indivíduo mais desfavorecido (Medeiros, 1999). Como comentário adicional, embora *Maximin* e princípio da diferença sejam utilizados como sinônimos por alguns autores, Rawls (2002) evitava o primeiro termo por julgá-lo mais adequado a escolhas em situações de grande incerteza. Já o termo princípio da diferença seria mais adequado a um princípio de justiça.

A teoria desenvolvida por Rawls, apesar de ser uma referência para os trabalhos na área de equidade, não está livre de questionamentos. Porto (1995), cita Lacoste e Nozick como autores que vêm certa “influência utilitarista” no pensamento de Rawls, já que seria possível tomar por justos ganhos superiores à média desde que isso levasse a vantagens para os menos favorecidos e a preocupação com os resultados finais obtidos superaria a preocupação com os direitos que apoiam a distribuição. Essa preocupação com os direitos individuais, que não poderiam ser suplantados em importância por seus resultados, corresponde à corrente libertária representada por Nozick (Sen, 2000, Le Grand, 2002).

Sen (2000), acrescenta ao conceito de justiça apresentado, a questão da liberdade do indivíduo. Esta liberdade é entendida como “a capacidade individual para fazer coisas que uma pessoa com razão valoriza.”. Para ele, o foco da justiça não deve estar nas utilidades ou nos bens primários, mas “nas liberdades substantivas – as capacidades – do indivíduo de escolher uma vida que tem razão para valorizar.”. Essa visão pode ser ilustrada pela situação em que uma pessoa com deficiência física que possua uma cesta de bens primários superior à de uma pessoa sem essa deficiência, e mesmo assim tenha menos chance de levar uma vida normal. Desta forma Sen, complementa a visão de Rawls sobre as condições diferenciadas, chamando a atenção para

a consideração das diferentes necessidades nas decisões alocativas (Medeiros, 1999).

2.1.2. Eqüidade e Saúde

As concepções de justiça apresentadas, sustentam diferentes formas de organização da sociedade e, naturalmente, diferentes políticas públicas. A teoria de justiça desenvolvida por Rawls ampara uma ação que trate desigualmente os indivíduos considerados desiguais ou menos favorecidos. Desta forma, procura-se obter uma sociedade mais justa, ou maior eqüidade entre os indivíduos. Isso, no entanto, não é suficiente para a organização da sociedade ou das políticas públicas. É preciso aprimorar o conceito de eqüidade para que essa concepção de justiça possa ser alcançada.

Quando se fala de eqüidade, uma primeira distinção a ser feita é entre eqüidade e igualdade. Igualdade não implica necessariamente em eqüidade e vice-versa. Igualdade pode ser defendida com argumentos diversos da eqüidade e distribuições eqüitativas podem ser acentuadamente desiguais (Le Grand, 2002). Pelo princípio da igualdade, todos os indivíduos devem receber o mesmo tratamento e recursos, estando embasado na idéia de que todos os indivíduos são iguais e portadores dos mesmos direitos. O princípio da eqüidade assume que os indivíduos são diferentes e que devem receber tratamento diferenciado de modo a reduzir essas diferenças (Medeiros, 1999).

Outra relação discutida é entre eqüidade e eficiência. É comum que essa relação seja entendida como um *trade-off*, isto é, o crescimento ou maior presença de um leva à redução do outro. Le Grand (2002) questiona a existência desse trade-off. Uma primeira observação está relacionada à dimensão dos dois conceitos. Eqüidade está ligada à valores e à noção de justiça social, o que não é o caso do conceito de eficiência. Concordando com essa afirmação, não há porque se pensar em trocas entre eles. A perspectiva teórica de conciliar eqüidade e eficiência surge em praticamente todos os

processos de reforma do setor saúde surgidos a partir dos anos 1980 (Almeida, 2002). Por outro lado, em situações concretas, em que a produção de um indivíduo possa depender de recompensas pode haver um trade-off entre eqüidade e eficiência (Le Grand, Propper e Robinson, 1992).

Le Grand (2002), relaciona o que seriam os principais “conceitos econômicos” relacionados à eqüidade, uma vez que são geralmente aplicados na distribuição de recursos, como renda ou saúde. Identifica nesse trabalho cinco conceitos, concluindo que nenhum deles apresenta uma interpretação definitiva de eqüidade. Dois desses conceitos, o utilitarismo e o *maximin*, já tiveram seus aspectos principais apresentados anteriormente. Os demais “conceitos-econômicos” apresentados a seguir são: a) igualdade de resultados; b) distribuições do tipo *envy-free*; e c) eqüidade horizontal e vertical.

A idéia de igualdade de resultados, como conceito de eqüidade, pode ser de duas naturezas: igualdade de renda e de utilidade. A igualdade de renda entre indivíduos diferentes, por si só, não nos permite afirmar que esta é uma situação de eqüidade. É necessário que se disponha de informações adicionais sobre a situação dos indivíduos considerados para que se possa chegar a essa conclusão, mesmo de um ponto de vista intuitivo. A igualdade de utilidade ou satisfação entre diferentes indivíduos é um modo mais completo de tratar essa questão. No entanto, tem grandes dificuldades de operação, como ,por exemplo, quanto à quantidade de informação necessária, à observação, à mensuração e à comparação entre indivíduos. O ponto destacado por Le Grand, é que, em geral, não é possível julgar a desigualdade de determinada distribuição de renda ou utilidade baseado apenas nessa distribuição. É preciso dispor de informação mais completa sobre a forma segundo a qual essa distribuição ocorre.

Outra interpretação de eqüidade, são as distribuições do tipo *envy-free*, isto é, uma distribuição seria eqüitativa se um indivíduo não preferisse nenhuma outra situação, no lugar da sua própria. Pode ser ilustrada pelo método de repartir um bolo entre duas pessoas em que um corta e o outro escolhe o pedaço. É

uma situação que pode ser aceita pelas duas partes e portanto é eqüitativa. A principal dificuldade dessa definição é que a ausência de preferência por outra situação não é uma condição necessária ou suficiente para definir uma alocação com eqüitativa, sendo necessária mais informação sobre a distribuição que esta, não caracterizando, portanto, adequadamente eqüidade (Le Grand, 2002).

O conceito de eqüidade horizontal e vertical pode ser descrito como o tratamento igual para iguais e desigual para desiguais, respectivamente. Esses conceitos, formulados por West, remetem ao princípio da igualdade, no caso da eqüidade horizontal, enquanto o outro pressupõe uma discriminação positiva (Porto, 1995). Duas dificuldades dessa abordagem: a definição de igualdade e desigualdade utilizada; e a noção de que não existem duas pessoas ou situações iguais. Uma forma utilizada para trabalhar com o conceito de eqüidade horizontal parte de um ordenamento entre indivíduos na distribuição renda ou utilidade. Uma alteração é considerada horizontalmente eqüitativa se esse ordenamento na distribuição é mantido após essa alteração. Um questionamento feito à essa abordagem é que deve ser considerado não apenas o ordenamento existente, mas também o grau de distanciamento entre os indivíduos nesse ordenamento. A ocorrência de modificações nesse distanciamento não seria considerada horizontalmente equitativa.

Uma contribuição de Le Grand ao conceito de eqüidade refere-se ao papel da possibilidade de escolha individual. Segundo essa visão, só poderiam ser consideradas como não eqüitativas as desigualdades originadas por fatores além do controle do indivíduo. O julgamento sobre o grau de iniquidade de determinada situação dependeria do quanto se entende que esta distribuição é resultado de escolhas do indivíduo. Os fatores além do controle do indivíduo limitam suas possibilidades de escolha, ou suas opções. As possibilidades de escolha, determinadas por esses fatores, compõe seu conjunto de escolhas possíveis. Uma distribuição é considerada eqüitativa se é o resultado de escolhas de indivíduos informados, realizadas sobre o mesmo conjunto de escolhas possíveis (Le Grand, 2002, p.87).

Esse conceito também apresenta dificuldades de operação. As limitações de escolha dos indivíduos são determinadas por barreiras sociais e econômicas, mas também por fatores como habilidades naturais, educação básica, situação familiar, herança por exemplo. Mesmo que essas questões pudessem ser tratadas no sentido da igualdade, as escolhas ainda seriam afetadas pelas preferências individuais, isto é, valores, crenças e outros critérios subjetivos, que poderiam, segundo a corrente de pensamento adotada, estar além do controle do indivíduo.

Outra classificação de equidade pode ser encontrada em Duarte (2000). A autora aborda o conceito de equidade a partir do trabalho de Turner, classificando-a em quatro tipos: ontológica, de oportunidade, de condições e de resultados.

Equidade ontológica refere-se à igualdade fundamental entre pessoas, mais ligada à sistemas morais e religiosos. Equidade de oportunidade refere-se à mesma possibilidade de realização de objetivos. O conceito de equidade de condições diz respeito à uma situação inicial de igualdade, em que “apenas pessoas submetidas às mesmas condições de vida podem vir a ser consideradas em igualdade para competir com base em habilidades e méritos individuais.”. Equidade de resultados, ou dos efeitos, refere-se à objetivos de igualdade que são alcançados mediante discriminação positiva.

Alguns autores discutem a inclusão do conceito de equidade como objetivo das organizações econômicas. Le Grand (2002, p. 14) relata o ponto de vista de alguns economistas e filósofos, principalmente de inspiração libertária, que argumentam que o conceito de equidade não deve ser incluído nos objetivos das organizações econômicas por quatro razões: ser impraticável, impróprio, imoral e ilusório.

Seria impraticável uma vez que a diversidade de entendimento dos indivíduos sobre o tema impede o surgimento de um consenso que permita sua utilização.

Seria impróprio por envolver juízo de valor, o que prejudica sua utilização, ao contrário do conceito de eficiência, por exemplo. Seria imoral pela preocupação com equidade estar baseado em emoções, particularmente o ciúme ou a cobiça. Finalmente, seria ilusório por ser um conceito sem significado que apenas aparenta ter conteúdo.

Em contraponto a essa visão, Le Grand argumenta que o conceito de equidade não difere de outros como justiça, liberdade ou mesmo eficiência quanto à dificuldade de obtenção um consenso a respeito, numa sociedade culturalmente diversa. Sobre o argumento de que está baseado em valores, o que tornaria sua aplicação imprópria, lembra que o conceito de eficiência também está baseado em um determinado conjunto de valores. Uma vez definido o conceito de equidade, e nisso reside talvez a maior dificuldade, é possível determinar se dada situação é mais ou menos equitativa. O rótulo de imoral é discutido em duas linhas: a) a inveja não é a única razão de cunho pessoal para que se deseje equidade, o medo da injustiça, uma genuína postura altruísta ou uma visão de que uma sociedade mais justa é um melhor lugar para se viver também podem originar esse entendimento; b) mesmo que a inveja ainda seja a única motivação para o desejo de equidade, isso não significa que deve ser ignorado do ponto de vista econômico ou de ação pública se essa motivação existe e é considerável.

O argumento de que o conceito de equidade é ilusório, segundo Le Grand (1991, p.16), é defendido por Hayek no livro *The Mirage of Social Justice*. Segundo este, a justiça social não se aplica às conseqüências de processos espontâneos, como o livre mercado. Nenhum indivíduo é particularmente responsável pelos resultados de processos que resultam da interação de milhares de pessoas, sendo impossível descrever o resultado como justo ou injusto. Le Grand não vê nisso um argumento contra a aplicação do conceito de equidade. A intervenção governamental na alocação de recursos mostra que esse não é um processo espontâneo e a existência de livres mercados também é objeto de uma decisão humana.

Após a caracterização da discussão teórica que se dá em torno do conceito de eqüidade, é necessário que examiná-lo quanto à sua aplicação em ações e políticas públicas. Olhando para o conceito de eqüidade do ponto de vista da distribuição da despesa pública, Le Grand identifica cinco possibilidades (Porto, 1995, Giraldes, 1988):

- a) igualdade da despesa pública *per capita*;
- b) igualdade do rendimento fiscal, buscando compensar o rendimento das famílias de menor renda pela despesa pública com políticas sociais;
- c) igualdade de utilização, em que a despesa pública procura favorecer a igualdade de consumo de diferentes serviços;
- d) igualdade de gasto, em que todos os indivíduos tenham igual gasto por unidade de serviço utilizada;
- e) igualdade nos níveis de saúde pela distribuição da despesa pública orientada para obtenção de iguais resultados.

Abordando especificamente eqüidade em saúde, Jardanovsky e Guimarães, (1993), Porto (1995) e Giraldes (1995) relacionam sete diferentes conceitos utilizados a partir dos trabalhos de Artells e Mooney:

- a) igualdade na despesa *per capita*;
- b) igualdade de recursos *per capita*, que incorpora eventuais diferenças de preços de recursos humanos, medicamentos e outros recursos observadas em diferentes localidade ao gasto per capita;
- c) igualdade de recursos para necessidades iguais, no qual são consideradas diferenças de necessidades sanitárias utilizando-se dados demográficos e epidemiológicos, abrangendo não apenas a quantidade de recursos, mas também a noção de qualidade;
- d) igualdade na oportunidade de acesso para necessidades iguais, que incorpora ao conceito anterior desigualdades ligadas ao custo social do acesso;
- e) igualdade de utilização para iguais necessidades, que incorpora ao conceito anterior outros fatores que possam influenciar a demanda,

adotando uma discriminação positiva em favor dos grupos com menor predisposição para utilização dos serviços;

- f) igualdade de satisfação de necessidades marginais, no qual a equidade seria alcançada caso um incremento ou redução de recursos atingisse da mesma forma a cobertura das necessidades nos diversos locais;
- g) igualdade nas condições de saúde, que objetiva uma igualdade nos indicadores, enfocando prioritariamente os resultados, no lugar da distribuição dos recursos.

Necessidade e demanda são conceitos muito utilizados nas aplicações para o setor saúde. Cabe lembrar, portanto, as diferenças entre eles.

O conceito de necessidade é “uma fixação exógena feita por um *expert*”, isto é, o que na opinião médica deva ser consumido de serviços de saúde para que o indivíduo permaneça saudável. O conceito de demanda, por sua vez, “está centrado sobre a liberdade e autonomia de escolha do consumidor segundo sua própria estrutura de preferências.” (lunes, 1995). Por essa razão, nem todas as demandas representam necessidades ou as necessidades percebidas institucionalmente convertem-se em demandas.

A demanda é afetada por fatores como o nível educacional ou aspectos culturais e religiosos. Diferentes grupos sociais apresentam demandas diferenciadas aos serviços de saúde quanto ao volume e tipo de problema (Travassos, 1997). Pessoas melhor informadas usam mais e de forma mais adequada os serviços de saúde. A demanda pode ainda ser influenciada pela qualidade percebida dos serviços de saúde, contribuindo para aumentar a procura ou desestimulá-la (Jardanovsky e Guimarães, 1993). Por outro lado, por indução de oferta, pode haver o uso de serviços não relacionados com necessidades (Travassos et al., 2000).

Retornando ao tema da equidade como objetivo da política de saúde, a contribuição dada por Rawls e sua Teoria da Justiça é a que mais fortemente sustenta uma ação objetivando a equidade. Ao propor a maximização do

benefício aos mais desfavorecidos e uma discriminação positiva é, do ponto de vista da saúde, mais adequada como suporte da eqüidade como objetivo (Giraldes, 1995). No entanto, como se procurou ilustrar, não se consegue um conceito de eqüidade que não seja questionável quanto à sua adequação ou operacionalidade.

As dificuldades para operacionalização do conceito de eqüidade são várias. Como lembra Travassos (1997), “não existe uma teoria de eqüidade consensualmente aceita da qual se possam retirar critérios operacionais. Estes serão sempre reflexo dos valores predominantes em cada sociedade e em cada momento histórico.”. A definição de eqüidade e a forma de medi-la refletem valores de determinada sociedade em determinado momento (Almeida, 2002). A eqüidade em saúde, em particular, apesar de ter sido objeto de intenso debate, enfrenta dificuldades de conceituação decorrentes também do insuficiente desenvolvimento teórico que lhe dá sustentação (Travassos et al. 2000).

Apesar das dificuldades conceituais e operacionais, a eqüidade é assumida como um princípio norteador de vários sistemas de saúde, dentre os quais pode ser incluído o brasileiro. Uma das formas de aplicação desse princípio é a alocação de recursos que se passa a examinar.

3. ALOCAÇÃO DE RECURSOS E AS NORMAS OPERACIONAIS

3.1. Alocação de Recursos

A construção de equidade, qualquer que seja o conceito de equidade utilizado, exige uma alocação de recursos compatível com essa orientação. A palavra recursos aqui deve ser entendida de modo amplo, isto é, abrangendo recursos financeiros, humanos e materiais. O objeto desse trabalho não é tão abrangente. Restringe-se à alocação dos recursos financeiros destinados para a assistência à saúde. Assistência à saúde compreende as atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, prestadas no âmbito ambulatorial e hospitalar (MS, 1996). Neste estudo corresponde ao objeto de normatização pelas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde.

Os métodos alocativos apresentados a seguir podem ser agrupados em três categorias não excludentes.

Um primeiro, baseado principalmente no trabalho de Ugá (1994), que descreve a alocação de recursos do ponto de vista do relacionamento do financiador com o prestador de serviços.

Um segundo conjunto preocupado com critérios de distribuição de recursos entre prestadores e regiões geográficas.

Um terceiro tipo de alocação, relevante para um sistema como o brasileiro, está relacionado ao grau de centralização existente no processo de alocação, isto é, à autonomia permitida aos gestores dos diferentes níveis de governo na aplicação dos recursos transferidos.

3.1.1. Critérios de Alocação

A alocação de recursos pode ser enfocada do ponto de vista do relacionamento entre o financiador e o prestador dos serviços quanto à remuneração dos serviços prestados. Esses métodos de alocação de recursos são considerados um “potente instrumento de incentivo de determinados comportamentos por parte das unidades médico assistenciais.”. Os métodos de alocação podem ser caracterizados por dois fatores: forma de cálculo do valor e momento em que se efetuam os repasses (Ugá, 1994).

Quanto ao momento em que os repasses são efetuados, eles podem se dar previamente à prestação dos serviços ou como pagamento por serviços previamente prestados. O pagamento prévio à prestação de serviços pode se dar mediante: a) alocação de recursos por orçamento global; b) por capitação.

Na alocação por orçamento global os recursos são repassados periodicamente para financiamento da prestação de determinado volume de serviços por uma unidade de saúde em um período determinado, geralmente anual. Esse método teria o mérito de facilitar a realocação de recursos entre unidades segundo critérios pré-definidos, além de ter um potencial de indução de controle de custos na medida em que a unidade conhece os recursos disponíveis. Não existem, no entanto, nesse método, incentivos ao aumento da qualidade e eficiência, o que torna necessário um sistema de supervisão e controle eficaz (Ugá, 1994).

O segundo método de pagamento prévio à prestação de serviços, alocação de recursos por capitação, pressupõe a existência de uma população adscrita às unidades de saúde. Os recursos de cada unidade são definidos proporcionalmente a essa população referenciada, correspondendo à atenção a ser prestada para cada indivíduo.

Na medida em que o prestador de serviço recebe um volume de recursos determinado independentemente do volume de serviços prestados, existe nesse método um incentivo à sub-prestação de serviços, por outro lado, está presente um estímulo a que sejam evitados o super-faturamento e as super-prestações de serviço (Dupont e Porto, 1995). Esse método de alocação também possibilita a redistribuição de recursos entre unidades de saúde, por meio da organização de diferentes critérios de definição dos valores *per capita* (Ugá, 1994).

Os repasses realizados como pagamento de serviços prestados, os sistemas de alocação *ex-post*, caracterizam uma relação de compra e venda de serviços entre financiadores e prestadores. Podem se dar, segundo Ugá (1994), segundo três métodos: a) o pagamento por diária hospitalar; b) pagamento por ato médico; c) pagamento por procedimento.

O primeiro método mencionado, pagamento por diária hospitalar, está voltado ao pagamento de internações hospitalares. O valor a ser repassado corresponde à soma dos valores das várias diárias ocorridas em determinado período, isto é, o número de diárias multiplicado pelo seu valor unitário. Esse valor unitário é definido a partir de seu custo médio, incluindo ou não os honorários médicos. Esse custo médio pode ser único ou diferenciado segundo a complexidade da clínica (cirúrgica, UTI, gineco-obstetrícia).

Uma vez que a remuneração não se dá pelo custo realmente ocorrido no tratamento de um determinado paciente, mas sim pelo custo médio observado, pode haver um incentivo ao prolongamento desnecessário do tempo de permanência dos pacientes. Sendo o custo marginal das diárias decrescente, uma vez que boa parte dos exames diagnósticos e atos cirúrgicos são realizados na primeira fase de internação, esse incentivo não pode ser desprezado. Como forma de correção dessa possibilidade existem propostas de implantação de um sistema de valores decrescentes de diárias segundo o tempo de permanência. Isso, no entanto, incorre em grande complexidade na determinação desses novos valores, entre outras razões pelas características

dos diversos tipos de tratamento. Por outro lado, a adoção de um sistema de valores homogêneos pode desestimular a prestação de serviços de maior custo (Ugá, 1994).

O segundo método de pagamento citado, pagamento por ato médico ou pagamento itemizado, consiste no pagamento de cada serviço intermediário – exames, ato cirúrgico, hotelaria – que compõe o serviço final. Esse método, por sua vez, pode incentivar a prestação de serviços desnecessários, notadamente os mais lucrativos. Outro inconveniente do método é a imprevisibilidade dos gastos incorridos para o financiador, uma vez que podem variar segundo o tipo de tratamento e práticas do prestador de serviço (Ugá, 1994).

No pagamento por procedimento, o prestador de serviços recebe recursos equivalentes ao valor total dos serviços realizados, calculados a partir de um valor determinado para cada tipo de serviço final prestado, chamado de procedimento. Esses procedimentos – médico-assistencial, cirúrgico ou clínico – tem seu valor determinado previamente, independentemente do custo efetivamente ocorrido na realização de cada um desses procedimentos.

Em sua operação, dada a complexidade de operação de um sistema que considerasse valores diferenciados para cada tipo de procedimento e paciente, é necessária a existência de alguma forma de classificação do produto médico-assistencial que agrupe procedimentos considerados homogêneos em relação ao custo médio e ao diagnóstico (Ugá, 1994).

O custo dos procedimentos pode apresentar variações entre diferentes regiões ou mesmo entre diferentes prestadores de serviço. Fatores como a renda da população e seu perfil epidemiológico podem tornar os custo médios dos procedimentos mais altos, pela ocorrência de patologias associadas e complicações. Mesmo entre unidades de diferente nível tecnológico podem ocorrer variações no custo de um mesmo procedimento, devido à custos fixos mais altos associados a equipamentos mais complexos e profissionais mais capacitados (Ugá, 1994).

Esse método alocativo pode gerar incentivos à diminuição dos custos médios mediante a alteração de sua forma de produção, uma vez que a diferença entre custo do procedimento e valor pago pelo financiador é apropriada pelo prestador de serviço. Essa tendência à redução do custo dos serviços intermediários prestados, que compõe o custo final do procedimento, pode levar a um aumento da eficiência, mas por outro lado, pode levar a uma piora da qualidade. A diminuição da média de dias de permanência pode tornar-se uma consequência desse modelo de pagamento, ligada a maior eficiência desde que não se dê em prejuízo da qualidade. Outra consequência possível é a mudança do perfil epidemiológico atendido, a ocorrência de não atendimento ou encaminhamento para outros locais dos casos pouco interessantes em termos de preço/custo (Dupont e Porto, 1995).

Uma outra abordagem para a alocação de recursos é do ponto de vista de sua distribuição entre os vários prestadores de serviços ou entre diferentes regiões, isto é, a quantidade de recursos que cabe a cada um dos participantes do sistema de saúde. Aqui a relação entre alocação e equidade pode ser mais intuitivamente percebida.

Essa alocação pode se dar numa base incrementalista (Giraldes, 1995). Isso significa que a alocação existente é corrigida, reproduzindo a distribuição anterior com valores atualizados monetariamente ou com uma repartição proporcional de recursos adicionais. Como os gastos incorridos são reproduzidos, não há redistribuição. Tradicionalmente a alocação públicos na saúde se deu com base em critérios não explícitos baseado no padrão histórico de gastos. Dois critérios subjacentes ao padrão histórico de gastos são a rede instalada e o quadro de pessoal (Couttolenc e Zucchi, 1998).

Quando se relaciona alocação de recursos como a distribuição dos recursos entre os diversos prestadores, e equidade, as formas que essa distribuição pode assumir está relacionada ao conceito de equidade assumido. Os

diferentes conceitos de equidade utilizados se traduzem em diferentes sistemáticas de alocação de recursos.

Esses sistemas podem estar baseados em valores *per capita* ou em indicadores de necessidade, acesso, demanda, utilização ou condições de saúde, segundo a relação elaborada a partir dos trabalhos de Artells e Mooney (Jardanovsky e Guimarães, 1993, Porto, 1995 e Giraldes, 1995). Esses conceitos poderiam ser resumidos em três, segundo Le Grand (2002): tratamento igual para necessidades iguais, igualdade de acesso e igualdade de saúde. Outra contribuição de Le Grand, com repercussões para a área da saúde, refere-se ao papel das escolhas individuais. Isso pode ser exemplificado pelo indivíduo informado dos malefícios do tabagismo e que, mesmo assim, opta por fumar. Em decorrência dessa sua escolha passa a sofrer de alguns problemas de saúde. Admitindo-se que fumar é um ato que está sob seu controle, ao menos parte de seus problemas de saúde não poderiam ser considerados uma questão para o campo da equidade.

A discussão se dá não apenas em torno do conceito de equidade mais adequado, como também na forma de operacionalizar o conceito escolhido, isto é, na definição do indicador ou conjunto de indicadores que melhor retrate o que se pretende medir e sua influência na distribuição de recursos.

Sobre necessidade em saúde, não existe uma definição ou metodologia de medição única, mas o perfil epidemiológico é uma alternativa a ser considerada. Qualquer forma de aferição escolhida sempre irá refletir visões parciais, limitadas por problemas metodológicos ou por valores e percepções, seja do indivíduo seja do avaliador (Travassos et al., 2000).

Os fatores mais comumente considerados quando se procura trabalhar com necessidades são os perfis demográfico, sócio-econômico e epidemiológico. O primeiro usualmente expresso em termos de sexo e grupos etários, uma vez que esses grupos populacionais apresentam necessidades distintas. No entanto, o poder explicativo destas variáveis atem-se a diferenças biológicas

naturais, não abrangendo outros tipos de variação internamente a esses grupos (Porto, 1995).

Entre os indicadores sócio-econômicos freqüentemente utilizados estão as taxas de alfabetização, taxa de desemprego, cobertura de saneamento básico e o nível de renda. Educação e estado de saúde de uma população, notadamente entre educação dos pais e estado de saúde dos filhos guardam grande correlação. A existência de saneamento básico é considerado um bom indicador das condições de saúde, dispondo da vantagem adicional de ser rotineiramente levantado. As taxas de desemprego podem apresentar deficiências metodológicas relativas, por exemplo, a registro de subemprego, duração do desemprego ou desistência de procurar emprego. Quanto ao nível de renda, é preciso que se tenha o cuidado de observar a distribuição da renda na população de modo a considerar o grau de concentração (Porto, 1995).

A alocação de recursos voltada para a equidade teve, talvez, na Inglaterra sua aplicação mais importante. Entre 1976 a 1994, com algumas alterações, foi utilizado o método *Resource Allocation Working Party* (RAWP), partindo de critérios populacionais e estrutura demográfica ajustados às necessidades da população. O critério epidemiológico é importante na expressão das necessidades. Esse critério deveria ser medido pela taxa de morbidade, porém sua operacionalização mais complexa tem levado ao uso da taxa de mortalidade como uma aproximação. Essa opção, no entanto, sofre críticas como: a inexistência de correlação entre mortalidade padronizada e doenças agudas; maior correlação apenas quando as doenças infecciosas têm peso significativo; não refletir as doenças que o indivíduo apresenta ao longo da vida; ou pode servir como prêmio para ineficiência das políticas de saúde (Mendes, 1999).

Demanda, por sua vez, é influenciada por fatores como o nível educacional, que incorre em um tipo de mensuração. É, ainda, influenciada pela necessidade subjetivamente sentida, isto é, pela consciência do indivíduo de seu estado de saúde, pelo crédito dado ao sistema de saúde e pela esperança

de melhorar seu estado pela utilização do sistema de saúde, que são influenciados por aspectos culturais e religiosos. Mas podem ser citados fatores adicionais que influenciam a demanda de serviços de saúde. A existência de mecanismos que reduzam o custo do serviço, como um esquema de seguridade social, age sobre a demanda, assim como a condição de acesso, o perfil demográfico da população e o perfil epidemiológico (Zucchi, Nero e Malik, 1998, Jardimovsky e Guimarães, 1993).

Podem ser percebidas, portanto, as dificuldades de implantação de um método de alocação de recursos que tenha por objetivo proporcionar uma maior equidade, quer pela dificuldade inerente ao conceito de equidade, quer pelos questionamentos que surgem na estruturação dos instrumentos de aferição. O exame de algumas experiências internacionais, apresentadas mais adiante, ajuda a ilustrar as diferentes possibilidades e dificuldades.

Um terceiro tipo de alocação pode ser identificado quando se observa o grau de centralização ou de autonomia de que o gestor da saúde dispõe para aplicação de seus recursos. O processo de descentralização brasileiro na área da saúde, iniciado antes mesmo da criação do SUS, envolve a transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos do nível federal para os níveis estaduais e municipais. “A década de 1990 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da saúde.” (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

Se por um lado avança o processo de descentralização, é apontado, principalmente a partir da implantação da NOB 96 (MS, 1996), um aumento das modalidades de alocação de recursos praticadas pelo Ministério da Saúde. Essa prática ocasionou uma perda da capacidade de definir políticas dos gestores estaduais e municipais (MS, 2002b). Ponto de vista semelhante é encontrado em Marques e Mendes (2002), que entendem que a NOB 96 (MS, 1996) “...pode estar se constituindo num obstáculo no avanço da construção de uma política de saúde fundada nas necessidades do nível local.”. Essa norma,

ao afastar-se da lógica de repasses globais abriu caminho para políticas de incentivos financeiros. Essa forma de alocação com maior direcionamento dos recursos e conseqüente incentivo a determinadas despesas, poderia impedir a livre definição da política de saúde por parte dos gestores, introduzindo “o paradoxo da existência da pobreza em um quadro de recursos abundantes e garantidos pelos incentivos.” (Marques e Mendes, 2002). Cabe lembrar, como uma dificuldade adicional do mundo real, que a coexistência de critérios diversos pode minorar ou anular os efeitos distributivos pretendidos (MS, 2002b).

3.1.2. A Experiência Internacional

Para uma melhor percepção das diversas possibilidades metodológicas de alocação de recursos é útil observar algumas experiências internacionais. Aqui serão enfocados os sistemas de saúde da Inglaterra e do Canadá, ambos sistemas universais, eminentemente públicos e gratuitos. Dessas duas experiências a mais ilustrativa no trato da questão da equidade talvez seja a do *National Health Service – NHS*, inglês (Jardanovsky e Guimarães, 1994, Mendes, 1999).

No pós-guerra, o sistema público de saúde inglês apresentava uma desigual distribuição de hospitais e leitos pelo país. A alocação de recursos estava orientada para o financiamento destas instalações, segundo um orçamento eminentemente incremental. Esse sistema, naturalmente, perpetuava a desigualdade existente em recursos, leitos e pessoal. Os recursos para os médicos generalistas passam a ser alocados, a partir de meados dos anos 1960, predominantemente por capitação. No início dos anos 70, foi introduzido um novo critério de alocação, conhecido por “*Crossman Formula*”, objetivando diminuir as desigualdades na assistência hospitalar num período de dez anos. Este critério levava em conta a população, ponderada por sexo e idade; os leitos nas diferentes especialidades e seu custo; e o número de internações. Apesar de ser o primeiro critério transparente, explícito e objetivo, esse sistema

foi criticado por ser arbitrário e por refletir pouco as necessidades (Inglaterra. NHS, 2001).

A partir de 1976 é implantada uma nova metodologia de alocação, o *Resource Allocation Working Party – RAWP*, que seria utilizada, com modificações, até o meados dos anos 90. Essa metodologia, partindo do princípio de igual oportunidade de acesso para iguais necessidades, pretendia refletir a necessidade de assistência e não o padrão anterior de oferta e demanda por serviços de saúde. Sua metodologia considera a população ponderada pela necessidade de assistência e diferenças de custo. A medida da necessidade, a princípio, deveria estar ligada à morbidade, porém a complexidade operacional dessa proposta levou a adoção da *Standardised Mortality Ratio – SMR*, mortalidade padronizada por sexo e idade, como a melhor aproximação (Inglaterra. NHS, 2001).

Alguns questionamentos são feitos a esse método. A relação adotada entre recursos e necessidades, estimada pelo SMR, foi considerada arbitrária e sem base empírica. A utilização da SMR como aproximação para a morbidade é questionada, utilizando estudos que mostram maior associação de medidas de morbidade com fatores sócio-econômicos que com mortalidade. Outra crítica ao SMR está ligada à grande influência da em idades mais avançadas, 75 anos ou mais, que não refletiriam a morbidade da população em geral (Car-Hill et al., 1994).

Em 1985 esse método de alocação é revisto, terminando por alterar a relação entre a SMR e a alocação de recursos. Em 1993, é solicitada uma nova revisão do RAWP. Essa revisão baseou-se em métodos estatísticos mais robustos e em áreas menores, o equivalente a setores censitários. A mudança mais significativa proposta foi a substituição da SMR como indicador único de necessidade, e o estabelecimento de indicadores de necessidade diferenciados para internações psiquiátricas. Essa proposta de alocação procura determinar a demanda por assistência, admitindo sua relação com oferta e necessidade. Essas relações podem ser resumidas da seguinte forma: Oferta é influenciada

pela Utilização, pelas Necessidades e por Características Socio-econômicas, não relacionadas diretamente com as Necessidades. A Utilização, por sua vez, é influenciada pela Oferta e pelas Necessidades. As Necessidades são medidas considerando perfil demográficos, sexo e idade; condição de saúde, mortalidade, incapacidade, doença crônica; e condições sócio-econômicas (Inglaterra, 2001, MS, 2002).

A experiência inglesa, ilustra as dificuldades existentes na determinação das necessidades em saúde e na relação destas com a alocação de recursos. Em uma realidade como a brasileira, em que as diferenças são várias e acentuadas, essa complexidade é ampliada. Dois aspectos podem ser destacados: a perspectiva de implantação gradativa do primeiro modelo de alocação e o processo de aperfeiçoamento constante do método. Quer pela dimensão dos investimentos, quer pela descontinuidade dos serviços, as correções dificilmente podem ser feitas em prazo curto. A idéia de processo descreve com mais exatidão o esforço de redução das desigualdades.

O sistema de saúde canadense começa a adquirir seu formato atual, público, universal e descentralizado, a partir de 1961 quando todas as províncias aderem à proposta do governo central de estabelecimento de seguros para atenção hospitalar cujos custos seriam compartilhados pelo governo central. No final da década de 1960 e início dos anos 1970, todas as províncias concordam com a universalização e provisão pública de assistência médica e hospitalar para o que contariam com financiamento federal.

Em 1984 é aprovado o Canada Health Act (Canadá, 1984), estabelecendo, ou reafirmando, os princípios do sistema de saúde canadense: a administração pública, a abrangência, a universalidade, a portabilidade e as condições de acesso. O objetivo da política de saúde do Canadá é declarado como o de proteger, promover e restaurar o bem-estar físico e mental dos residentes no Canadá e facilitar o acesso aos serviços de saúde sem barreiras financeiras ou de outra natureza (Canadá, 1984). As províncias são constitucionalmente responsáveis pela administração e prestação dos serviços de saúde,

recebendo para isso recursos financeiros aportados pelo governo central condicionados a padrões nacionais de oferta de serviços. São cobertos pelo sistema de saúde serviços hospitalares, médicos e serviços prestados por dentista em hospital, além de alguns tratamentos residenciais de longa duração. Serviços adicionais, como serviços odontológicos ou acomodações especiais, podem ser prestados pelas províncias em amplitude e condições definidas autonomamente. Cabem ao governo central programas de promoção e proteção à saúde, controle de doenças e atenção direta a grupos específicos como veteranos, militares, população carcerária e habitantes de reservas indígenas

O financiamento do sistema de saúde canadense é eminentemente público, representando 72,7% do gasto total em saúde, mediante imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas. Algumas províncias utilizam outras fontes de receita vinculadas à saúde, como taxas sobre vendas, tributação sobre folha de pagamento ou receitas de loterias. No período de 1977 a 1996, a participação federal para a saúde e ensino superior era transferida em bloco segundo iguais valores *per capita*, corrigida anualmente pela variação do PIB, e calculada independentemente das diferenças de custo existentes nas províncias.

A partir de 1996 a participação federal foi consolidada numa nova modalidade de transferência, a *Canada Health and Social Transfer* – CHST, que permite aos governos regionais liberdade de alocação para saúde, ensino superior, assistência social e serviços sociais. Essa transferência se dá pelo repasse de recursos financeiros e por meio da arrecadação de percentual do imposto de renda, anteriormente a cargo do governo central, diretamente pelos governos locais. Para fortalecimento do sistema de saúde, recursos adicionais foram vinculados a essa aplicação no período de 1999 a 2004. Além do CHST existem duas outras modalidades de transferências para os governos regionais, a Equalização e o *Territorial Formula Financing* – TFF. A Equalização transfere recursos de livre destinação para as províncias com menor capacidade fiscal. O TFF também transfere recursos de livre destinação para os territórios de modo a permitir uma oferta de serviços públicos

comparável aos das demais regiões. Especificamente destinado para a melhoria da atenção primária à saúde foi criado, no final de 2000 com previsão para se encerrar em 2002, o Primary Health Care Transition Fund (Canadá, 2002a, Canadá, 2002b, MS, 2000a).

A ocorrência de sistemas de distribuição de recursos eminentemente incrementalistas pode ser verificada em países como Portugal, Itália e Espanha. Deve ser dito, também, que são tomadas iniciativas para revisão desses sistemas, no sentido de um método de alocação baseado em critérios populacionais ou epidemiológicos.

Na Espanha, por exemplo, o sistema de saúde é universal, embora algumas categorias de servidores civis disponham de estruturas próprias, eminentemente público em seu financiamento e prestação de serviços. Esse sistema tem sido descentralizado e 7 dos 17 governos regionais, abrangendo cerca de 62% da população, dispõe de considerável autonomia. Nas demais regiões o governo federal continua responsável pela prestação de serviços. Os governos locais têm um papel menor no sistema (OMS, 2000, 2002).

Até 1994, a alocação de recursos para as regiões da Espanha baseava-se critérios históricos, sujeitos a negociações com o governo central e avaliações políticas. Entre 1994 e 1997 foram acordadas, entre governo central e governos regionais, medidas para estabilização do financiamento e homogeneização do sistema de alocação de recursos. O incremento no financiamento passou a estar vinculado ao crescimento do PIB e a participação das regiões nos recursos é proporcional à população coberta por cada serviço regional, isto é, a população total exceto a população participante de sistemas especiais. Em 1998, quando da negociação de um novo acordo entre governo central e governos regionais, foi introduzida pelo Ministério da Saúde uma proposta de alocação que seguia o modelo RAWP que, no entanto, não foi aprovada. Esse novo acordo passou a considerar fluxos inter-regionais e recursos para ensino e pesquisa além de incorporar compensações para regiões com decréscimo de população (OMS, 2000, 2002).

No caso de Portugal, o sistema de saúde passa por grande mudança após a revolução de 1974 com a estatização de hospitais e unidades de saúde. Apesar disso, apenas em 1979 com a criação do Serviço Nacional de Saúde – SNS, o sistema de saúde começa a implantar os princípios constitucionais de universalidade, abrangência e gratuidade. O orçamento do SNS baseia-se no gasto histórico e planos de expansão bem como a alocação para as administrações regionais. Os hospitais públicos trabalham com orçamentos globais definidos pelo nível central em bases históricas. Esse sistema é tido com ineficiente em parte pela prática comum de suplementações orçamentárias. Alterações no sistema de alocação são no sentido de um modelo de relações contratuais entre financiador e prestadores, sem abandono do financiamento público; de pagamentos mais dependentes das atividades desenvolvidas e menos da estrutura existente; introdução de um sistema de orçamento prospectivo; e financiamento regional baseado em capitação em função das necessidades da população (OMS, 1999, Portugal, 1999).

Na Itália, os sistemas de alocação de recursos para as regiões utilizados pelo governo central sofreram alterações diversas nos últimos vinte anos. O gasto histórico teve grande peso nos anos 1982 a 1984 e a população entre 1992 e 1996 (OMS, 2001). A partir de 1997 é introduzido sistema de alocação que considera estimativas de necessidade, utilização dos serviços e população. Do ponto de vista da autonomia do gestor local, o governo central estabelece percentuais de alocação para três categorias, a maior das quais é assistência hospitalar com 48,5%. Internamente a essas categorias as regiões tem liberdade de distribuição para diferentes programas ou alterar o percentual das diferentes categorias de acordo com seus planos e metas. Além disso as regiões definem a alocação para as unidades de saúde (OMS, 2001).

3.2. Os Critérios de Alocação de Recursos Financeiros Federais no SUS

Para organização temporal do exame da alocação de recursos financeiros federais no SUS, se utilizou como marcos a edição das Normas Operacionais Básicas – NOB's. O termo “norma operacional básica”, segundo Carvalho (2001), vem do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, lugar de origem da primeira das NOB's. Essas NOB's são os instrumentos de regulação das relações entre os gestores do SUS, tratando das responsabilidades, relacionamento entre gestores, processo de descentralização, financiamento e critérios de transferência de recursos federais (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

Apesar do termo norma ser utilizado no singular, isso não significa que se trate de um único documento, referindo-se por vezes, como se verá a seguir, a um conjunto de portarias. As diferentes NOB's costumam ser denominadas pelo ano de sua publicação, com variações na forma da notação segundo o autor¹, que, no entanto, não acarretam maiores dificuldades de entendimento. Neste texto se optou pelo formato exemplificado por NOB 01/93, para a Norma Operacional Básica do SUS 01, de janeiro de 1993, para as várias normas operacionais.

Antes, porém, de se examinar o conteúdo dessas normas do ponto de vista da alocação de recursos, é necessário verificar a legislação superior e anterior a esses documentos: a Constituição Federal e as Leis Infra-constitucionais que disciplinam e regulamentam as disposições constitucionais, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e a Lei nº 8.142/90.

A Constituição Federal não traz, explicitamente para o SUS, qualquer determinação sobre alocação de recursos entre União, Estados e Municípios. Por outro lado, estabelece alguns princípios de justiça social e igualdade que

¹ Assim, para a NOB publicada em 1993, pode ser encontrado NOB 93 (Carvalho, 2001), NOB SUS 01/93 (Andrade, 2001), NOB/SUS/93 (Barros, Piola e Vianna, 1996) ou NOB 01/93 (Mendes, 1999).

determinariam ou deveriam determinar certo tipo de alocação (Travassos, 1997).

“Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II - garantir o desenvolvimento nacional;

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.” (Brasil, 1988, art. 3º).

E mais adiante já tratando da saúde:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Brasil, 1988, art. 196).

A inspiração igualitária presente na Constituição, apesar de não utilizar explicitamente a palavra equidade, como lembra Carvalho (2001), permite a interpretação de equidade como igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde para necessidades iguais (Travassos, 2000). Do ponto de vista da alocação de recursos da saúde, apenas mais tarde, quando da aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000, fica estabelecido que: “Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.” (Brasil, 1988, Disposições Constitucionais Transitórias, art. 77).

Promulgada a Constituição, era necessário proceder sua regulamentação, o que só pode ser feito em 1990, tendo em vista as diferenças entre Movimento

Sanitário e governo (Andrade, 2001). Essa regulamentação se deu por meio de duas leis: a Lei nº 8.080 (Brasil, 1990a), que trata da organização, competências e funcionamento do sistema de saúde; e a Lei nº 8.142 (Brasil, 1990b), que trata da participação comunitária e as transferências de recursos.

A Lei nº 8.080, reafirma o acesso universal e igualitário à atenção à saúde e sua integralidade, e preocupa-se com a forma de distribuição dos recursos para estados e municípios, enfatizando o papel do município como objeto do processo de descentralização. O acesso igualitário ao sistema de saúde, já definido constitucionalmente, é reafirmado no artigo 2º:

“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” (Brasil, 1990 a, Art. 2º).

Quando trata dos princípios e diretrizes do SUS, a Lei nº 8.080 reafirma o caráter igualitário do SUS e enfatiza a descentralização voltada para os municípios. Além disso, define a utilização da epidemiologia como instrumento para estabelecimento de prioridades e alocação de recursos:

“As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.” (Brasil, 1990 a, Art. 7º).

Essa lei estabeleceu que: “Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.” (Brasil, 1990a, Art. 33). Com isso poderiam ser constituídos os fundos de saúde estaduais e municipais e possibilitado o controle social na gestão de recursos.

Esses fundos terão papel importante no processo de descentralização, sendo amplamente utilizados principalmente após a implantação da NOB 01/96. É importante que se lembre que houveram vetos do Executivo a esse artigo. A proposta original incluía uma referência ao automatismo das transferências financeiras a estados e municípios, sob justificativa de serem minúcias impróprias à Lei (Barros, Piola e Vianna, 1996).

A questão da alocação de recursos para estados, Distrito Federal e municípios é detalhada no artigo 35 da Lei no 8.080:

“Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

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

§ 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.” (Brasil, 1990 a, Art. 35).

Nesse artigo são estabelecidos dois critérios de distribuição de recursos. Metade dos recursos destinados a estados e municípios obedecerá a um

critério populacional, sem qualquer ponderação, em sua distribuição. Isto é, esses recursos devem ser alocados segundo valor *per capita* nacional. A outra metade dos recursos destinados a estados e municípios deve obedecer uma sistemática mais complexa, considerando: perfil demográfico; perfil epidemiológico; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde; desempenho técnico, econômico e financeiro; participação do setor saúde nos orçamentos; o plano de investimentos para a rede de saúde e, finalmente, o ressarcimento de atendimentos prestados a outras esferas de governo. Os recursos objetos desse conjunto de critérios ainda estão sujeitos a uma análise técnica dos programas e projetos.

As disposições do art. 35 da Lei no 8.080 não foram aplicadas de imediato, dada a necessidade de regulamentação (Médici, 1994). A Lei nº 8.142, sancionada alguns meses depois da Lei nº 8.080 no mesmo ano de 1990 (Brasil, 1990b), retoma o tema dos repasses regulares e automáticos e da alocação de recursos às demais esferas de governo. Seus artigos 2º e 3º estabelecem que:

“Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.” (Brasil, 1990b).

É interessante notar a menção à falta de regulamentação do artigo 35 da Lei nº 8.080. Na falta dessa regulamentação, aplica-se para a cobertura das ações e serviços implementados por estados, Distrito Federal e municípios o critério estabelecido no § 1º do artigo 35, isto é, o critério populacional. No entendimento de Carvalho (2001), isso significa que até que fosse regulamentado o art. 35, todos os recursos federais deveriam ser repassados baseados exclusivamente no critério populacional. Medici (1994) tem uma interpretação um pouco diferente da aplicação dos artigos 3º e 4º da Lei nº 8.142, afirmando que fica definido que 50% de recursos destinados aos estados, Distrito Federal e Municípios pelo critério populacional deverão ser repassados de forma automática, desde que estes gestores cumpram as condições previstas no artigo 4º como: criação de um fundo de saúde, criação de um conselho de saúde, desenvolvimento de plano de saúde, entre outros.

Chama a atenção ainda, o disposto no parágrafo segundo do artigo 3º da Lei nº 8.142, que determina que setenta por cento dos recursos para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal sejam transferidos aos primeiros. Segundo Barros, Piola e

Vianna (1996), esse percentual foi definido sem maior fundamento técnico e não chegou a ser concretizado.

As duas leis infra-constitucionais mencionadas acima não esgotaram a necessidade de regulamentação do SUS. A complexidade e dinamismo da descentralização da saúde, num país em que os entes federados dispõem de autonomia e não têm vinculação hierárquica, levaram à adoção das NOB's como mecanismos de regulação. Sob a forma de portarias ministeriais, têm um caráter transitório, permitindo mais facilmente sua alteração ou substituição, o que permite a atualização segundo o desenvolvimento do sistema de saúde necessita (Levcovitz, Lima e Machado, 2001). Essas normas proporcionam espaços de negociação e pactuação de interesses. Sua implantação leva a novas dificuldades ou contradições que se tenta resolver na norma seguinte, formando desse modo um conjunto contínuo (Viana, Lima e Oliveira, 2002).

3.2.1. A NOB 01/91

A chamada NOB 01/91, abrange a Norma Operacional Básica nº 01/91 propriamente dita, aprovada pela Resolução nº 258 (INAMPS, 1991) do extinto INAMPS, já subordinado na ocasião ao Ministério da Saúde e um conjunto de seis portarias, de nºs 15 a 20, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde – SNAS/MS que a complementam (Quadro 1). Tanto as portarias como a Resolução do INAMPS foram publicadas em janeiro de 1991(Andrade, 2001).

A norma operacional aprovada pela resolução nº 258 do INAMPS estabeleceu, dentre outras disposições, a utilização do convênio como forma de transferência de recursos do INAMPS para estados, Distrito Federal e Municípios. O montante dos recursos repassados a essas esferas de governo levaria em consideração: o critério populacional, o empenho global e o valor da Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA. Os valores da UCA, definidos na Portaria SNAS/MS nº 20, deveriam considerar a classificação dos estados

segundo os critérios de: população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços e casos atípicos.

Os valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios para cobertura ambulatorial obedeceriam o seguinte sistema (INAMPS, 1991):

- a) a cobertura ambulatorial anual será obtida pela multiplicação do valor da UCA pela população de cada unidade da federação;
- b) o produto dessa operação será dividido em duodécimos;
- c) o valor mensal a ser transferido será obtido pela subtração dos valores da Guia de Autorização do Pagamento – GAP/Prestador dos duodécimos;
- d) aos estados será transferido 10% do total obtido no item anterior;
- e) aos municípios caberá o valor igual a sua população multiplicada pelo saldo resultante do item anterior, dividido pela população de cada estado.

Para a assistência ambulatorial, ao contrário do definido para a assistência hospitalar, em que foi fixado um número de internações sem definição de valores, foi fixado um teto correspondente a valores *per capita* para grupos de estados. A composição e o número desse agrupamentos foram posteriormente revistos, em relação à distribuição inicial da Portaria SNAS/MS nº 20, com uma redução no número de grupos e uma redução na amplitude dos valores pagos, que passou de 2,7 para 1,8 (Medici, 1994).

Com relação às internações hospitalares, foi definido que a quantidade de seria proporcional à população, cabendo aos gestores estaduais a distribuição entre municípios e prestadores de serviço (INAMPS, 1991). Na distribuição de AIH's foi utilizado o parâmetro de 10% da população/ano. Esse critério se baseava em portaria anterior do INAMPS, que fixava como ótimo um teto de internações de 0,1 por habitante/ano (Medici, 1994 e Andrade, 2001). A distribuição das AIH's por unidade da federação dada pela Portaria SNAS/MS nº 19, no entanto, não obedecia o critério de 10% da população/ano, acarretando uma

série de questionamentos que levaram à sua revisão e substituição, em março de 1991, pela Portaria SNAS/MS nº 32 (Medici, 1994).

Quadro 1

Conteúdo das Portarias da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde - SNAS/MS integrantes da NOB 01/1991.

Portaria SNAS/MS	Conteúdo
Nº 15	Extingue os Índices de Valorização Hospitalar - IVH dos Hospitais do SIH/SUS e os Índices Adicionais de Valorização Hospitalar dos Hospitais Universitários; Cria para os Hospitais Universitários o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa Universitário em Saúde – FIDEPS, como um adicional sobre a receita de internações de 25% ou 50%.
Nº 16	Extingue as Tabelas e modalidades de remuneração para pagamento hospitalar vigentes até 31/12/1990; Implanta, como parte do Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS, tabela única de remuneração pela assistência hospitalar com estrutura e valores idênticos para todos os prestadores, independente da natureza jurídica e tipo de vínculo com o SUS.
Nº 17	Extingue as Tabelas e modalidades de remuneração para pagamento ambulatorial vigentes até 31/12/1990; Implanta, como parte do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, tabela única de remuneração pela assistência ambulatorial com estrutura e valores idênticos para todos os prestadores, independente da natureza jurídica e tipo de vínculo com o SUS.
Nº 18	Implanta, como parte do Sistema de Órtese, Prótese e Materiais Especiais do SUS – Siop/SUS, tabela única de produtos e preços para utilização desses materiais em clientela do SUS a nível hospitalar, independente da natureza jurídica e tipo de vínculo com o SUS.
Nº 19	Define a quantidade de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, a ser distribuída mensalmente a cada estado e Distrito Federal.
Nº 20	Estabelece, para o período janeiro a março de 1991, valores da Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA por grupos de estados e Distrito Federal observando: a) população; b) capacidade instalada; c) desempenho assistencial em termos de qualidade e resolutividade; d) casos atípicos e e) série histórica de custeio.

Fonte: Elaboração própria a partir de Andrade (2001)

Uma reedição da NOB 01/91, em julho de 1991, criou a Unidade de Capacitação de Rede – UCR, destinada ao financiamento do investimento na rede em equipamentos e ampliação de unidades já existentes. Os repasses desses recursos aos estados se dariam de forma inversamente proporcional à capacidade instalada existente, variando de 1% a 5% do valor mensal calculado para a UCA. Aos estados do grupo com maior valor de UCA caberia o percentual de 1% e ao grupo com menor valor o percentual de 5% (Medici, 1994).

A NOB 01/91 trouxe mudanças no sistema de pagamento e transferências para as demais esferas de governo. Segundo Medici (1994), as mudanças mais significativas são:

- a) a uniformização gradativa da tabela de pagamentos aos hospitais públicos e privados, inclusive universitários e filantrópicos, visando estabelecer uma remuneração indiferenciada para todos os estabelecimentos do SUS;
- b) a implantação de sistemas de informação centralizados que possibilitassem acompanhar o desempenho dos estabelecimentos ao nível local e auxiliar o estabelecimento de mecanismos de controle e avaliação também ao nível local; e
- c) definição de critérios para descentralização dos recursos de custeio e investimento.

Diversas críticas foram feitas com relação às disposições da NOB 01/91, principalmente quanto às características centralizadoras. A utilização de convênios em lugar das transferências automáticas e de repasses condicionados à produção é vista como uma volta do centralismo superado pela Constituição e leis que a regulamentaram. As atividades de assistência médica são privilegiadas em relação às de saúde coletiva, para as quais não há previsão de financiamento. O predomínio da capacidade instalada na fixação dos tetos financeiros, favorece locais em melhores condições econômicas. A ausência dos gestores estaduais no processo de

municipalização induziu a formação de sistemas municipais isolados (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

3.2.2. A NOB 01/92

A NOB 01/92 foi aprovada pela Portaria nº 234 de 7 de fevereiro de 1992 da SNAS/MS. Essa NOB traz poucas alterações em relação à anterior, porém com um tom mais próximo dos preceitos sanitários e municipalistas do movimento da reforma sanitária (Andrade, 2001).

O texto toca na autonomia do município na gestão do sistema de saúde e assume um compromisso com a implantação das transferências automáticas e regulares, tratadas nas leis de 1990:

“A municipalização na saúde não deve ser entendida apenas pelo cumprimento dos critérios estabelecidos na Lei 8.142/90, para repasse, de forma regular e automática, dos recursos financeiros federais para cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios. Ela deve ser entendida principalmente pela nova responsabilidade do município de administrar as ações e serviços de saúde em sua área de abrangência, planejando, decidindo e gerindo os recursos humanos, materiais e financeiros. É o estabelecimento do comando único do SUS na esfera municipal.”.

Mais adiante menciona a mudança do modelo de assistência à saúde, tema que estará presente nas normas que a sucederiam:

“O conceito abrangente de saúde definido na Constituição deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção da saúde

e de prevenção da doença, ao lado daquelas de recuperação.” (MS, 1992).

Quanto ao financiamento e distribuição de recursos, ficou definida a alocação dos recursos do INAMPS no Fundo Nacional de Saúde, “permanecendo o INAMPS, ainda, mas tão somente, neste ano de 1992, atuando como via de repasse aos estados, Distrito Federal e municípios.”(MS, 1992). Do total de AIH's de cada estado, o município que atendesse os critérios para recebimento das transferências regulares e automáticas seria considerado “município municipalizado”, passando a receber o equivalente a 8% de sua população e 2% mantidas sob gestão da secretaria estadual para compor fundo de compensação de demanda hierarquizada.

Para o financiamento da assistência ambulatorial foi previsto que o valor da UCA seria multiplicado pela população dos estados e Distrito Federal compondo um valor anual chamado de Recursos para Cobertura Ambulatorial – RCA. O valor mensal a ser repassado corresponderia a um duodécimo da RCA, do qual seria subtraído o pagamento dos serviços ambulatoriais executados em caráter complementar. Desse valor mensal 30% seriam destinados às secretarias estaduais e o restante repassado numa base *per capita* para os municípios “municipalizados”. Caso o município não estivesse nessa condição seus recursos seriam transferidos à respectiva secretaria estadual.

Consta da NOB 01/92, ainda, o Índice de Valorização da Qualidade – IVQ, que correspondia a um acréscimo de 20% sobre o total faturado pelo hospital a título de serviços hospitalares, repassado aos hospitais públicos e privados contratados ou conveniados, integrantes da rede SUS. Os critérios para concessão desse adicional, no entanto, não estão especificados na norma, ficando essa definição remetida para documento específico a ser elaborado pela SNAS/INAMPS em comum acordo com as entidades representativas dos outros gestores do SUS.

Os “municípios municipalizados” teriam direito ao Fator de Estímulo à Municipalização – FEM, que correspondia a 5% do valor da UCA, multiplicado pelo número de habitantes e transferido em duodécimos mensalmente. Para os estados foi criado o Fundo de Estímulo à Gestão Estadual – FEGE, uma transformação da UCR estabelecida pela NOB 01/91, voltado para a reposição e modernização tecnológica dos equipamentos da rede pública. Aqui também os repasses seriam automáticos e regulares correspondendo a percentuais dos valores calculados para cobertura das atividades ambulatoriais. Esses percentuais eram de 1% para os estados com maior valor de UCA, 3% para o grupo intermediário e 5% para os estados de menor valor de UCA.

Entretanto, o FEM e FEGE, “não saíram do papel”, segundo Andrade (2001). Levcovitz, Lima e Machado (2001) também manifestam a mesma opinião quando dizem que “os únicos recursos federais repassados tiveram o caráter de remuneração dos prestadores públicos e privados, municipais e estaduais tendo em vista o custeio dos serviços prestados na área assistencial, não entrando em vigor aqueles recursos cuja transferência era prevista diretamente aos gestores estaduais com um certo “automatismo”...”.

Nas disposições gerais da norma, o tema da regulamentação do artigo 35 da Lei nº 8.080 é tratado, ficando estabelecido que enquanto esse artigo não for regulamentado, o montante a ser transferido a estados, Distrito Federal e municípios será definido nos convênios considerando o critério populacional e o empenho global. Até o final de 1993, haviam assinado os convênios 1.074 municípios (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

Em outubro de 1992 renunciava o presidente Fernando Collor. É nesse momento politicamente particular, de renovação no poder executivo, e após a realização da IX Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Municipalização é o Caminho”, que o processo de descentralização do SUS dá um novo passo, com a edição no ano seguinte da NOB 01/93.

3.2.3. A NOB 01/93

A elaboração da NOB 01/93 (MS, 1993a), publicada em maio de 1993, não pode ser dissociada do documento “Descentralização das Ações de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” (MS, 1993b). Esse documento, elaborado pelo Grupo Especial de Descentralização – GED, integrado pelo Ministério da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, refletia as recomendações da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano anterior (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

O documento elaborado pelo GED explicitava alguns pressupostos para orientar as ações de descentralização, que se refletem posteriormente nas disposições da NOB 01/93. A descentralização é entendida como um processo de transformação que envolve redistribuição de poder e de recursos e redefinição de papéis das três esferas de governo. Esse processo pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores, constituindo a base de legitimação das decisões. Esta legitimação das decisões dar-se-ia mediante a implantação imediata dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos e pela ação integrada e articulada entre gestores dos três níveis de governo por meio da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, no âmbito federal, e das Comissões Intergestores Bipartite – CIB, no âmbito estadual. O processo de transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas, exigindo flexibilidade e gradualidade (MS, 1993b).

A NOB 01/93, reafirma os pressupostos do documento “Descentralização das Ações de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”, acrescentando uma visão de alteração do modelo assistencial que merece destaque, em que:

“O objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar

individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, descolando o eixo deste modelo para a assistência integral, universalizada, equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema.” (MS, 1993a).

O desejado processo de diálogo, negociação e pactuação, visto como pressuposto para a evolução da descentralização, é contemplado pelo funcionamento de um conjunto de órgãos colegiados. No âmbito nacional a CIT, integrada por representantes do Ministério da Saúde e dos gestores municipais e estaduais, e o Conselho Nacional de Saúde. No âmbito estadual a CIB, integrada por representantes do gestores estadual e municipais, e o Conselho Estadual de Saúde e no âmbito municipal, o Conselho Municipal de Saúde. As CIB's são previstas como instância privilegiada de decisão dos aspectos operacionais do SUS, cabendo aos Conselhos de Saúde a formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde (Brasil, 1993a).

São atribuições das Comissões Intergestores: a) a elaboração de propostas para implantação e operacionalização da descentralização; b) o acompanhamento da implantação das normas operacionais; c) o acompanhamento e avaliação da implantação da gestão descentralizada; d) a definição de critérios para alocação dos recursos federais para cobertura assistencial; e e) desenvolvimento de estudos para solução de problemas ligados à operacionalização das políticas (Lucchese, 1996).

Para a operacionalização do processo de descentralização de modo gradual e flexível, foram previstas, pela NOB 01/93, diferentes condições de adesão voluntária de estados e municípios, com graus crescentes de devolução, responsabilidade, requisitos e autonomia.

Para os municípios foram previstas três possibilidades de integração ao processo de descentralização, as condições de gestão incipiente, parcial e

semiplena, cujas diferenças são sintetizadas no Quadro 2. Os municípios chamados de “municipalizados”, os que atendessem às normas para recebimento de transferências financeiras segundo a NOB 01/92, poderiam ser incluídos automaticamente na gestão parcial, desde que oficializando seu interesse.

Quadro 2

Responsabilidades e forma de financiamento dos Municípios segundo as Condições de Gestão previstas na NOB 01/93.

Áreas de atuação do Município e Transferências	Condição de Gestão		
	Incipiente	Parcial	Semiplena
Prestadores de serviço	Contrata e autoriza cadastramento	Contrata e autoriza cadastramento	Planeja, cadastra, contrata, controla e paga
Utilização de AIH e dos procedimentos ambulatoriais.	Programa e autoriza utilização	Programa e autoriza utilização	Programa e autoriza utilização
Serviços ambulatoriais e hospitalares. públicos e privados.	Controla e avalia	Controla e avalia	Controla e avalia
Gerenciamento da rede pública existente no município.	Demonstra interesse e condição	Gerencia a rede ambulatorial pública	Gerenciamento de toda rede pública, exceto unidades hospitalares sob gestão estadual.
Ações de vigilância e assistência relativas à saúde do trabalhador.	Incorpora à rede	Formula, executa e controla	Formula, executa e controla
Ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária.	Não previsto	Incorpora à rede	Executa e controla
Transferências recebidas	Não previsto	Recebe a diferença entre o teto financeiro e o pagamento efetuado pelo nível federal às unidades públicas e privadas	Recebe o total dos recursos dos tetos financeiros para custeio da assistência ambulatorial e hospitalar

Fonte: MS, 1993a.

Destas modalidades de gestão, a semiplena, significando maior autonomia do município, rompeu com a exigência do convênio para transferência de recursos e implementou pela primeira vez as transferências “fundo a fundo”, isto é, do Fundo de Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde, como preconizado na Lei Orgânica da Saúde (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

Para os estados foram previstas na NOB 01/93 duas condições de gestão, também representando níveis crescentes de responsabilidade e autonomia: a gestão parcial e semiplena.

Na gestão parcial as secretarias de saúde, respeitando as prerrogativas e responsabilidades dos municípios integrados às condições de gestão da NOB 01/93, assumem a responsabilidade pela coordenação das ações e serviços do SUS em seu âmbito; programam investimentos com recursos próprios e federais em articulação com municípios; assumem o cadastramento, programação e distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares; assumem o controle e avaliação da rede de serviços públicos e privados; coordenam a rede de referência estadual; gerem os sistemas de alta complexidade; formulam e coordenam as políticas sobre o tratamento fora de domicílio, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais; coordenam as ações de vigilância epidemiológica, hemocentros e rede de laboratórios de saúde pública; e assumem a formulação, execução e controle das ações de vigilância e assistências relacionadas com a saúde do trabalhador. Recebem para isso recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado para o conjunto das unidades hospitalares e ambulatoriais próprias, contratadas e dos municípios não enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena (Brasil, 1993a).

Na condição semiplena as secretarias estaduais, respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios incluídos nas condições de gestão da NOB 01/93, assumem toda a responsabilidade sobre a gestão e prestação de serviços em seu âmbito, isto é, as atribuições da gestão parcial

acrescidas do planejamento, cadastramento, controle e pagamento de prestadores de serviço ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados (Lucchese, 1996).

Para o financiamento das ações e serviços ambulatoriais públicos e privados do SUS, a NOB 01/93 prevê seu custeio operacionalizado pelo Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e pelo formulário de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo – APAC. A Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA é mantida, assim como a sistemática de valores diferenciados segundo uma classificação dos estados e Distrito Federal considerando população; capacidade instalada; complexidade da rede; desempenho financeiro e desempenho da auditoria estadual no ano anterior, ouvidos o Conselho Nacional de Saúde e CIT. Os Recursos para Cobertura Ambulatorial – RCA anuais correspondem ao valor da UCA de determinado estado multiplicado por sua população.

Para estados e municípios foi fixado um teto financeiro para custeio das atividades ambulatoriais. Para a definição do teto financeiro dos municípios deveria ser considerada a média de seu gasto histórico de janeiro a dezembro de 1992, corrigida pela sua capacidade potencial de produção considerando equipamentos e recursos humanos; população adscrita e complexidade da rede. Os municípios com rede mas sem registro anterior de produção, teriam seus tetos definidos levando em conta a capacidade potencial de produção, considerando equipamentos e recursos humanos; população adscrita e complexidade da rede. Os tetos financeiros para assistência ambulatorial dos estados seriam resultado da dedução de seu RCA dos tetos financeiros dos municípios integrados às condições de gestão incipiente, parcial ou semiplena (MS, 1993a).

Para o financiamento das atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos e privados do SUS, a NOB 01/93 prevê seu custeio operacionalizado pelo Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS e o formulário Autorização de Internação Hospitalar – AIH. A

quantidade de AIH's por estado fica limitada a 10% de sua população. Para os municípios o número de AIH's estaria limitado a 8% da população, podendo ser alterado por proposição da CIB e aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde. A quantidade de AIH's destinadas à Secretaria Estadual de Saúde é igual a 2% da população acrescido da quantidade devida aos municípios não integrados às condições de gestão previstas.

O teto financeiro para custeio das atividades hospitalares de cada estado é calculado pela multiplicação do número de AIH's pelo valor médio histórico, de janeiro a dezembro de 1992, da AIH no estado, corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares. A definição do teto financeiro para custeio da assistência hospitalar municipal segue a mesma sistemática do estadual, considerando sua quantidade de AIH's e o valor médio histórico da AIH no município. A NOB 01/93 ainda prevê a alocação de certa quantidade de AIH's, definida pela CIB, para composição de uma Câmara de Compensação, sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde, destinada a viabilizar a circulação de internações entre municípios (Brasil, 1993a).

Os recursos para custeio das atividades ambulatoriais do Ministério da Saúde seriam destinados ao pagamento direto aos prestadores de serviço e às transferências a estados e municípios, conforme sua situação de gestão. Os municípios em gestão parcial receberiam a diferença entre seu teto financeiro e o gasto realizado, e os municípios em gestão semiplena o teto financeiro total. Os estados em gestão parcial receberiam a diferença entre seu teto financeiro, resultado da dedução dos tetos financeiros dos municípios integrados às condições de gestão da NOB 01/93 do RCA do estado, e o gasto realizado. Os estados em gestão semiplena receberiam a totalidade de seu teto financeiro. Os recursos para custeio das atividades hospitalares segue o mesmo raciocínio do custeio das atividades ambulatoriais quanto à sua transferência para estados e municípios nas diferentes condições de gestão (Lucchese, 1996).

Além desses recursos para custeio das atividades ambulatoriais e hospitalares, a NOB 01/93 prevê recursos adicionais de custeio para estados e municípios incluídos em alguma das condições de gestão previstas. O Fator de Apoio ao Município – FAM substitui o FEM previsto na NOB 01/92, sendo destinado aos municípios em gestão incipiente, parcial e semiplena. Seu valor anual equivalente a 5% do valor da UCA para o estado multiplicado pela população do município. O Fator de Apoio ao Estado substitui o FEGE previsto na NOB 01/92, sendo destinado aos estados em gestão parcial e semiplena e destinado ao financiamento de tratamento fora de domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais em programação aprovada pela CIB. Seu valor anual corresponde a 5% do valor da UCA do estado, multiplicado pela respectiva população (Brasil, 1993a).

As disposições da NOB 01/93 não foram colocadas totalmente em prática. Os pagamentos relativos aos fatores de Apoio ao Município e de Apoio ao Estado não puderam ser regularizados nem os pagamentos aos estados em gestão parcial e semiplena. Apenas a gestão semiplena de municípios conseguiu ser implantada e mesmo assim, as transferências a esses municípios só pode ser iniciada em novembro de 1994 após a regulamentação das transferências automáticas (Levcovitz, Lima e Machado, 2001). No momento em que a NOB 01/93 era elaborada, o Ministério da Saúde passava por uma crise financeira ocasionada pela interrupção dos repasses arrecadados pelo Ministério da Previdência Social (Reis, Ribeiro e Piola, 2001).

O decreto que regulamenta essas transferências regulares e automáticas volta a tratar do artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde:

“§ 1º Enquanto não forem estabelecidas, com base nas características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais previstas no art. 35 da Lei nº 8.080, de 1990, as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, a distribuição dos recursos será feita exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número

de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE, obedecidas as exigências deste decreto.

§ 2º Fica estabelecido o prazo de 180 dias, a partir da data de publicação deste decreto, par que o Ministério da Saúde defina as características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais referidas no parágrafo anterior.” (Brasil, 1994, art. 1º)

Em decorrência da regulamentação das transferências automáticas o Ministério da Saúde determina que:

“Art. 1º A Secretaria de Assistência à Saúde defina os tetos financeiros de cada estado relativos ao custeio das atividades de Assistência Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH/SUS) e elabore as normas complementares para a aplicação dessa Portaria.

Art. 2º Caberá às Comissões Intergestores Bipartites, em cada estado, definir os tetos financeiros da Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria de Saúde ou órgão equivalente de cada município.

[...]

Art. 3º Os recursos financeiros referentes aos tetos de estados e municípios na condição de gestão semiplena serão transferidos, mensalmente, para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, de forma direta, até o dia 10 do mês de competência da execução dos serviços, nos termos do Decreto no 1.232/94.

Art. 4º Os recursos referentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o valor efetivamente pago aos estados e municípios na condição de gestão parcial serão transferidos, mensalmente, para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, de forma direta, nos termos do Decreto no 1.232/94.

Art 5º Os tetos financeiros serão corrigidos ao mesmo tempo e na mesma proporção das tabelas básicas de remuneração de procedimentos hospitalares e ambulatoriais (SIH e SIA/SUS).” (MS, 1994a).

Também são rescindidos os convênios de municipalização celebrados com base nas NOB's anteriores (MS, 1994b).

A regulamentação levou à realização de estudos técnicos sobre a fixação de tetos e a aplicação dos critérios de distribuição de recursos. Esses estudos demonstraram que considerando a situação dos bancos de dados epidemiológicos na ocasião; as informações inconsistentes sobre a capacidade instalada da rede de serviços; a inexistência de registro, acompanhamento e avaliação sistemáticos sobre o desempenho técnico e financeiro dos municípios; e que os recursos a serem transferidos eram de custeio, a solução factível para a definição dos tetos financeiros era a análise do gasto histórico com atividades ambulatoriais e hospitalares. (Lucchese, 1996 e Oliveira Júnior, n.d.).

O critério utilizado para a definição dos tetos financeiros foi a distribuição dos recursos disponíveis pela participação percentual do gasto de cada estado no gasto total do Brasil, calculada a partir da média mensal do gasto realizado por cada estado, no período de janeiro a julho de 1994. A CIT aprova em outubro proposta do Ministério da Saúde que consiste em um valor *per capita* nacional de R\$ 45,81, ponderado pela série histórica de gastos, com um *per capita* estadual mínimo de R\$ 25,00 (CIT, 1994). Ao final de 1994 a RCA e a UCA são extintas, passando a vigorar um teto global para assistência ambulatorial e hospitalar. (Lucchese, 1996 e Oliveira Júnior, n.d.). Esses tetos foram publicados em 31 de outubro de 1994 por meio das Portarias do Ministro da Saúde nºs 172 a 198, com competência financeira, isto é, efeitos financeiros a partir de novembro de 1994.

As dificuldades e limitações enfrentadas na definição desses tetos financeiros ocasionou um processo de revisão da metodologia e valores, associado à Comissão Intergestores Tripartite (MS, 1995a). A partir dos valores necessários à continuidade do atendimento existente, obtido pela análise do gasto ambulatorial e hospitalar incorrido no segundo semestre de 1994, congelou-se o valor correspondente ao gasto ambulatorial histórico e foi redefinido o correspondente ao gasto hospitalar. O limite anual de internações passou de 10% para 9% da população (MS, 1995a), quantitativo que multiplicado pelo valor médio da internação do estado compôs o valor disponível para assistência hospitalar.

Os tetos ambulatorial e hospitalar assim definidos compunham o teto global para assistência à saúde que passou por um novo ajuste. O valor anual *per capita* não poderia ser inferior a R\$ 25,00 e esses novos valores não poderiam apresentar redução superior a 4% em relação aos tetos estabelecidos em novembro de 1994 ou redução superior a 8% em relação ao gasto verificado no segundo semestre de 1994 (Lucchese, 1996). A revisão de tetos também ocorria com relação aos municípios em gestão semiplena com certa frequência, levando o Ministério da Saúde a determinar um período mínimo para sua vigência (MS, 1995b).

Apesar da insuficiência de recursos para efetivação da descentralização, os municípios e os estados, estes em menor grau, adequaram-se às exigências previstas na NOB 01/93. Em 1997, 63% dos municípios estavam em alguma condição de gestão: 2.367 em gestão incipiente (48%), 616 em gestão parcial (12%) e 144 em gestão semiplena (3%) (Andrade, 2001). A partir desse quadro foi elaborada a NOB 01/96, publicada ao final de 1996.

3.2.4. A NOB 01/96 e sua Implantação

A NOB 01/96 (MS, 1996), publicada em novembro de 1996, foi efetivamente implantada a partir de 1998, quando começam as primeiras transferências de recursos financeiros, após uma série de alterações em seu conteúdo original.

Essa norma tinha alguns objetivos. A promoção e consolidação do município como gestor da saúde, para o que seria necessário a redefinição das responsabilidades dos três níveis de governo. A caracterização da responsabilidade dos gestores na prestação de serviços e na garantia da referência. Buscava também a reorganização do modelo assistencial, entregando aos municípios a execução direta da atenção básica à saúde. As transferências automáticas e regulares a municípios deveriam ser ampliadas, abrangendo um percentual maior dos recursos. Esse tipo de transferência deveria ser iniciada também para os estados, reduzindo assim a remuneração direta de serviços produzidos. O fortalecimento da gestão do SUS, por meio das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, definidas como espaço permanente de negociação e pactuação. Visava dar visibilidade à autoridade responsável pela assistência à saúde, promovendo a adscrição e o cadastramento da clientela, de modo a estabelecer um vínculo entre o cidadão e o SUS.

Para concretização desses objetivos, Levcovitz, Lima e Machado (2001) destacam as seguintes medidas:

- a) A elaboração de uma proposta abrangente de planejamento, a Programação Pactuada e Integrada – PPI, entre as instâncias de governo que traduza as responsabilidades, objetivos, metas, referências intermunicipais, recursos e tetos financeiros, voltado para a garantia do acesso universal aos serviços de saúde;

- b) O aprimoramento dos sistemas de controle, avaliação e auditoria, por meio da integração das ações dos três níveis de governo e atualização permanente dos bancos de dados nacionais;
- c) A criação de novos mecanismos e incentivos financeiros baseados em critérios de capacitação e organização da assistência à saúde nos estados e municípios; e
- d) A reorganização do modelo de assistência à saúde, privilegiando a estratégia de aumento da cobertura do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Entre 1997 e 1998, o Ministério da Saúde publicou uma série de portarias que alteraram significativamente os mecanismos de financiamento e alocação de recursos inicialmente previstos. O grau de alteração chega, para alguns autores (Levcovitz, Lima e Machado, 2001 e Carvalho, 2002) a caracterizar uma nova norma operacional, uma vez que a NOB 01/96 não teria nunca sido implantada segundo seu modelo inicial.

Segundo a redação original da NOB 01/96 (Brasil, 1996), os recursos para custeio originários do nível federal configuram o Teto Financeiro Global – TFG, cujo valor para cada estado deveria ser definido com base na Programação Pactuada e Integrada – PPI.

Os recursos para custeio de cada estado compõem o Teto Financeiro Global do Estado – TFGE, que contém os tetos financeiros de todos os seus municípios, e é constituído pela soma dos Tetos Financeiros da Assistência – TFA, da Vigilância Sanitária – TFVS e da Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD. O Teto Financeiro do Estado – TFGE é definido com base na PPI e submetido ao Ministério da Saúde após negociação na CIB e aprovação do Conselho Estadual de Saúde, devendo ser formalizado em ato do Ministério após negociação na CIT para enquadrá-lo às reais possibilidades financeiras.

O Teto Financeiro do Município – TFGM obedece processo semelhante, sendo definido com base na PPI e submetido à Secretaria Estadual de Saúde após

aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, sendo formalizado por ato do Secretário Estadual de Saúde após negociação na CIB. O Teto Financeiro da Assistência – TFA consiste nos recursos destinados à assistência hospitalar e ambulatorial e pode ser executado segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática; e Remuneração de Serviços Produzidos. A Transferência Regular e Automática, também chamada de “fundo a fundo”, consiste na transferência de valores do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congênere. A Remuneração por Serviços Produzidos consiste no pagamento direto aos prestadores públicos ou privados contratados e conveniados, contra a apresentação de faturas.

Podem ser transferidos na modalidade “fundo a fundo” o Piso Assistencial Básico, o Incentivo aos Programas de Saúde da Família - PSF e Agentes Comunitários de Saúde – PACS e a Fração Assistencial Especializada – FAE.

O Piso Assistencial Básico consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica de responsabilidade tipicamente municipal e seu valor é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município. O Incentivo ao PACS e PSF é um acréscimo percentual ao valor do Piso Assistencial Básico, variável segundo o percentual da população do município coberta pelo PSF e pelo PACS, sendo limitados a 80% e 30% do valor do Piso Assistencial Básico respectivamente. A FAE é um montante destinado ao financiamento de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio – TFD, transferido ao fundo estadual de saúde. O estado pode receber ainda um adicional de até 2% de seu TFA, correspondente ao Índice de Valorização de Resultados – IVR, segundo critérios a serem definidos a título de incentivo à obtenção de resultados de impacto sobre as condições de saúde da população.

A Remuneração de Serviços Produzidos é utilizada em situações não atendidas pela modalidade de transferência “fundo a fundo” para: a remuneração de internações hospitalares; remuneração de procedimentos ambulatoriais de alto custo/complexidade; remuneração transitória por serviços produzidos e fatores de incentivo e índices de valorização.

A remuneração de internações hospitalares consiste no pagamento dos valores apurados pelo SIH/SUS, com base na AIH. A remuneração de procedimentos ambulatoriais de alto custo/complexidade consiste no pagamento dos valores apurados pelo SIA/SUS com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo – APAC. A remuneração transitória por serviços produzidos consiste no pagamento pelo Ministério da Saúde de procedimentos relacionados ao Piso Assistencial Básico e à FAE a municípios não enquadrados nas condições de gestão da NOB 01/96. Os fatores de Incentivo e Índices de Valorização que incidam sobre a remuneração por produção de serviços, como o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde – FIDEPS e o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência – IVH-E, também são pagos diretamente pelo nível central e estão condicionados aos critérios definidos pelo governo federal e avaliação da CIB.

O Teto Financeiro de Vigilância Sanitária – TFVS é integrado pelos recursos financeiros destinados ao custeio de ações e procedimentos de vigilância sanitária e também poderia ser executado segundo as modalidades de Transferência Regular e Automática e Remuneração de Serviços Produzidos.

São transferidos na modalidade “fundo a fundo” os recursos financeiros do Piso Básico de Vigilância Sanitária – PBVS e do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária – IVISA. O PBVS consiste nos recursos destinados ao custeio de procedimentos e ações básicas de vigilância sanitária de responsabilidade tipicamente municipal. Seu valor é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município. O IVISA corresponde no acréscimo de até 2% no TFVS do estado, transferidos ao fundo

estadual de saúde, a título de incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre as condições de vida da população.

A remuneração transitória por serviços produzidos é utilizada para pagamento direto às secretarias municipais e estaduais de saúde por: serviços executados de competência exclusiva do Ministério da Saúde; execução de ações de média e alta complexidade de competência estadual e municipal, contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizados ao Ministério da Saúde.

O Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD é integrado pelos recursos financeiros destinados ao custeio de ações e procedimentos de epidemiologia e controle de doenças não contidas nos procedimentos do SIA/SUS e SIH/SUS. As ações e procedimentos cobertos pelo TFECD devem ser formalizadas em ato do órgão competente do Ministério da Saúde, após negociação na CIT e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, podendo os valores envolvidos ser executados mediante a modalidade “fundo a fundo”, remuneração por serviços produzidos ou convenial.

A NOB 01/96 prevê duas condições de gestão para estados e municípios, representando, como na NOB anterior, graus crescentes de responsabilização e autonomia. O município poderia habilitar-se na condição de Gestão Plena da Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal. O estado poderia habilitar-se na Gestão Avançada do Sistema Estadual ou Gestão Plena do Sistema Estadual.

Para os municípios as responsabilidades previstas para a Gestão Plena da Atenção Básica pela NOB 01/96 (Brasil, 1996) podem ser assim resumidas:

- a) Elaboração de programação municipal dos serviços básicos e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar com incorporação negociada à programação estadual;
- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias;

- c) Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo outra definição da CIB ou CIT;
- d) Reorganização das unidades sob gestão pública introduzindo o cadastramento nacional dos usuários do SUS;
- e) Prestação dos serviços relacionados ao Piso Assistencial Básico e acompanhamento dos demais serviços prestados no caso de referência interna ou externa;
- f) Contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores dos serviços cobertos pelo Piso Assistencial Básico;
- g) Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo Piso Assistencial Básico e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional;
- h) Autorização das internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados pagos por produção de serviços, salvo outra definição da CIB;
- i) Manutenção de cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão;
- j) Avaliação permanente do impacto das ações sobre as condições de saúde e meio ambiente;
- k) Execução das ações básicas de vigilância sanitária incluídas no PBVS;
- l) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e ocorrências mórbidas, incluídas no TFECD; e
- m) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

A condição de Gestão Plena do Sistema Municipal amplia essas responsabilidades, incorporando:

- a) Gerência de unidades próprias ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência;
- b) Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os de referência aos não residentes, no caso de referência interna ou externa;

- c) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência a seus municípios e à referência intermunicipal;
- d) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares cobertos pelo TFGM;
- e) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade;
- f) Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS; e
- g) Execução das ações de maior complexidade em vigilância sanitária.

Habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica o município recebe, diretamente em seu fundo de saúde, regular e automaticamente, os recursos financeiros correspondentes ao Piso Assistencial Básico, PBVS e às ações de epidemiologia e controle de doenças. Habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal o município recebe, diretamente em seu fundo de saúde, regular e automaticamente, os recursos financeiros correspondentes ao seu TFA, PBVS além de remuneração por ações de epidemiologia e controle de doenças e por serviços de vigilância sanitária de maior complexidade.

Para os estados as responsabilidades previstas pela NOB 01/96 (Brasil, 1996) partem de um elenco mínimo que se pressupõe já estejam incorporadas às secretarias estaduais de saúde. Esse elenco mínimo de responsabilidades corresponderia a uma situação de gestão convencional, isto é, ao estado não habilitado nos termos da NOB 01/96, sendo composto, de modo abreviado, por:

- a) Elaboração da PPI estadual;
- b) Elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos;
- c) Gerência de unidades estatais da hemorrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica;
- d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia;

- e) Organização de sistemas de referência, normalização e operação da Câmara de Compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo ou alta complexidade;
- f) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica;
- g) Manutenção de cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão;
- h) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde;
- i) Coordenação e execução complementar das atividades de vigilância epidemiológica e controle de doenças, e de vigilância sanitária;
- j) Execução de ações complexas de controle de doenças;
- k) Execução das ações básicas e de média complexidade de vigilância sanitária quando não executadas por municípios segundo os termos da NOB 01/96; e
- l) Apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas.

Para os estados habilitados na condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual, essas responsabilidades são acrescidas de:

- a) Contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto de serviços contidos na FAE;
- b) Contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviço incluídos no Piso Assistencial Básico dos municípios não habilitados nas condições de gestão da NOB 01/96;
- c) Ordenação do pagamento dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais sob gestão estadual; e
- d) Operação do SIA/SUS e alimentação de bancos de dados de interesse nacional.

Para os estados habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual, são acrescentadas novas responsabilidades além das previstas para o condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual, a saber:

- a) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB; e
- b) Operação do SIH/SUS.

Habilitado na Gestão Avançada do Sistema Estadual o estado recebe, diretamente em seu fundo de saúde, regular e automaticamente, os recursos correspondentes à FAE; ao Piso Assistencial Básico dos municípios não habilitados; ao PBVS dos municípios não habilitados; e ao IVISA, além de remuneração por ações de epidemiologia e controle de doenças e por serviços de vigilância sanitária de maior complexidade. Habilitado na Gestão Plena do Sistema Estadual, o estado recebe, diretamente em seu fundo de saúde, regular e automaticamente, os recursos correspondentes ao TFA, deduzidas as transferências aos municípios habilitados; ao IVR; PBVS referente aos municípios não habilitados; ao IVISA, além de remuneração por ações de epidemiologia e controle de doenças e por serviços de vigilância sanitária de maior complexidade.

A NOB determinou que o valor *per capita* nacional do Piso Assistencial Básico seria aplicado a todos os municípios, habilitados ou não. Previu, ainda, o estabelecimento pelas CIB's de um mecanismo de ajuste para os municípios que apresentassem gastos *per capita* em ações de atenção básica superiores ao *per capita* nacional de cálculo do Piso Assistencial Básico. No caso de município habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica não dispor de condições de garantir o acesso a todos os procedimentos cobertos pelo Piso Assistencial Básico, a compra dos serviços não disponíveis poderia ser negociada diretamente com outro gestor municipal.

A estrutura da NOB 01/96 sofreu alterações até a elaboração da norma operacional seguinte. As principais alterações introduzidas, segundo Levcovitz,

Lima e Machado (2001), estariam relacionadas à modificação do conceito original do Piso Assistencial Básico (MS, 1996), incorporação de outras ações e programas no mecanismo de repasses “fundo a fundo”, criação de mecanismos de financiamento específicos para vigilância sanitária e epidemiologia e criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC. É importante, para compreensão da evolução da normatização do SUS, o exame com um pouco mais de detalhe dos documentos que consubstanciam essas alterações.

A primeira regulamentação da NOB 01/96 foi dada pela Instrução Normativa nº 1 (MS, 1997a), de maio de 1997, sem significativas alterações em suas disposições. Posteriormente, em janeiro de 1998, é publicada nova Instrução Normativa (1998a) regulamentando os procedimentos administrativos para habilitação dos municípios e estados, já considerando as alterações introduzidas no final de 1997 (MS, 1997b).

Em dezembro desse ano, é introduzida uma alteração importante nas disposições da NOB 01/96. O **Piso Assistencial Básico** é reconceituado, sendo substituído pelo **Piso de Atenção Básica – PAB**, que consiste no montante de recursos financeiros destinado exclusivamente ao custeio de procedimentos e ações de atenção básica à saúde. Esse conceito será novamente alterado mais adiante, passando a se definir o PAB como consistindo no “montante de recursos financeiros destinados exclusivamente ao financiamento da atenção básica à saúde.” (MS, 1998b). Atenção Básica, segundo o Ministério da Saúde, é constituída pelo “conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos o tratamento e a reabilitação.” (MS, 1999a). Esse novo PAB é composto de duas partes: uma parte fixa destinada à assistência básica; e uma parte variável relativa a incentivos para desenvolvimento de ações no campo da atenção básica (MS, 1997b).

A Parte Fixa do PAB teve suas ações e mecanismo de financiamento definidos. Seu valor é obtido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município. Em dezembro de 1997, o valor da *per capita* da Parte Fixa do PAB é definido em R\$ 10,00 anuais (MS, 1997c). A população adotada para cálculo do repasse é a estimativa para 1997 da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (Resolução nº 30/97). Para os municípios cujo faturamento em 1996 tivesse sido maior que os recursos alocados por esse critério, ficava garantido o repasse desse valor até que o valor *per capita* máximo do PAB fosse definido. Esse valor máximo foi fixado, em fevereiro de 1998, em R\$ 18,00 e divulgado seu valor por município (MS, 1998c). Os valores máximo e mínimo *per capita* do PAB não são alterados durante a vigência da NOB 01/96, porém o valor para cada município é recalculado periodicamente, considerando as novas estimativas populacionais, o que ocorreu pela primeira vez em 1999 (MS, 1999b).

A Parte Variável do PAB destina-se a incentivar, por meio de repasses financeiros, e obedecendo critérios técnicos específicos para cada programa, o desenvolvimento de:

- a) Ações Básicas de Vigilância Sanitária;
- b) Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;
- c) Assistência Farmacêutica Básica;
- d) Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- e) Programa de Saúde da Família; e
- f) Combate às Carências Nutricionais.

Alguns aspectos dos programas integrantes da Parte Variável do PAB e seus critérios de financiamento foram alterados ao longo do tempo, por meio de instrumentos específicos. Seu conteúdo, no entanto é basicamente o estabelecido na Portaria nº 1.882 (Brasil, 1997b), podendo ser resumido da seguinte forma:

- a) O incentivo para Ações Básicas de Vigilância Sanitária consiste nos recursos financeiros destinados às ações básicas de fiscalização e controle sanitário em produtos, serviços e ambientes sujeitos a esse tipo de ação, bem como as atividades de educação em vigilância sanitária. O valor do incentivo é fixado em R\$ 0,25 anuais *per capita* (MS, 1998d) e sua transferência passa a ser automática quando da habilitação do município às condições de gestão da NOB 01/96 (MS, 1998e);
- b) O incentivo para Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental consiste nos recursos financeiros destinados às ações básicas de investigação epidemiológica e ambiental, de diagnóstico de situações epidemiológicas e ambientais de risco e de ações de controle, combate, eliminação e erradicação de agentes de agravos e danos à saúde individual e coletiva. Esse incentivo foi alterado em 1999 (MS, 1999c) quando passa a ser efetivamente implantado mediante repasses “fundo a fundo”. Passa então a constituir o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD e seus recursos são dimensionados considerando: valor *per capita* multiplicado pela população; valor por quilômetro quadrado multiplicado pela área de cada unidade da federação; contrapartidas em percentuais variáveis segundo classificação dos estados aplicadas sobre os recursos definidos anteriormente. Para os municípios além dos valores definidos pela CIB é destinado um adicional equivalente a um valor *per capita* multiplicado pela população (MS, 2000b);
- c) A Assistência Farmacêutica Básica consiste nos recursos financeiros destinados exclusivamente à aquisição de medicamentos básicos. Os recursos financeiros para cada município são equivalentes a R\$ 1,00 por habitante ao ano, repassados em duodécimos, exigindo-se contrapartida de estados e municípios no mesmo montante do repasse federal (MS, 2000a);
- d) O incentivo aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Saúde da Família – PSF consiste nos recursos financeiros destinados a estimular a implantação de equipes de saúde da família e agentes comunitários no âmbito municipal. No PACS, os recursos repassados

aos municípios são calculados a partir de um valor definido por agente em atividade, reajustado periodicamente (MS, 2000c). A forma de definição dos recursos repassados aos municípios pelo PSF foi alterada algumas vezes, mas de modo geral com valores definidos por equipe implantada, valores que mais adiante passam a variar segundo a população coberta pelo programa (Costa, 2002).

- e) O incentivo ao Programa de Combate às Carências Nutricionais – ICCN, consiste no montante de recursos financeiros destinados ao desenvolvimento de ações de nutrição e alimentação a grupos populacionais determinados mediante: orientação alimentar e nutricional; aquisição de alimentos e complementos vitamínicos e minerais; e monitoramento das condições nutricionais. Os recursos para cada município são dimensionados a partir do número de beneficiários estimado multiplicado pelo valor *per capita* definido para recuperação nutricional, acrescido de 50%. Esse número de beneficiários é determinado multiplicando-se o efetivo populacional de crianças entre 6 e 23 meses pelo percentual de prevalência de risco nutricional estimado pelo Ministério da Saúde para cada município do País, com base em modelos estatísticos de predição do estado nutricional (MS, 2000d). Mais recentemente o programa é gradualmente substituído pelo Programa de Bolsa Alimentação (MS, 2001a), que amplia o número de beneficiários destina recursos financeiros diretamente às famílias.

Não apenas as determinações relativas ao PAB foram alteradas após a publicação da NOB 01/96. Em dezembro de 1997, é fixado o valor global para o TFA para o ano seguinte (MS, 1997d). Em março de 1998 o Ministério da Saúde estabelece novos valores para o Teto Financeiro Global - TFG dos estados e Distrito Federal (MS, 1998f), abrangendo a Parte Fixa do PAB, a Parte Variável do PAB e o conjunto dos procedimentos da assistência ambulatorial de média e alta complexidade e da assistência hospitalar. Essa última parte do TFG correspondia aos valores pagos e registrados no SIA/SUS e SIH/SUS no ano de 1996. Essa portaria também revoga os tetos financeiros estabelecidos em 1994, quando da implantação da NOB 01/93.

Em junho de 1998, nova portaria (MS, 1998g) menciona a necessidade de haver uma maior equidade na distribuição de recursos, estabelecendo novos valores para o TFA. Os novos valores correspondem à Parte Fixa e Variável do PAB e ao conjunto dos procedimentos da assistência ambulatorial de média e alta complexidade e da assistência hospitalar. Essa portaria trata, ainda, da recomposição, com base na produção de 1997, dos tetos de modo a repor o impacto causado pela portaria nº 2815 (MS, 1998h) que trata do aprimoramento da assistência ao parto; e da recomposição dos tetos decorrente da descentralização de unidades da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. O TFA fica, portanto, dividido nos seguintes itens: a) Atenção Básica, integrada pela Parte Fixa do PAB e pelos incentivos da Parte Variável (PACS, PSF, Vigilância Sanitária, Carências Nutricionais e Farmácia Básica) e b) Assistência Ambulatorial e Hospitalar.

Em abril de 1999, nova portaria do Ministério da Saúde aponta para a necessidade de distribuir com maior equidade os recursos financeiros entre as regiões, tendo inclusive recebido recursos para essa finalidade por meio de Emenda Parlamentar ao seu orçamento. Esse documento (MS, 1999d) define os recursos que compõem o Teto Financeiro de Assistência à Saúde dos estados e Distrito Federal, organizando esse teto em duas áreas: a) Atenção Básica compreendendo a Parte Fixa do PAB, a Parte Variável do PAB e os recursos para descentralização das unidades da FUNASA; e b) Assistência Ambulatorial de Média e Alta Complexidade e Hospitalar, dividida em:

- I – recursos destinados ao custeio da Assistência Ambulatorial e Hospitalar, em seus aspectos gerais;
- II – recursos destinados à constituição de Câmaras Estaduais de Compensação;
- III – recursos destinados ao custeio da Assistência Ambulatorial em Oncologia; IV – recursos destinados ao custeio da Terapia Renal Substitutiva;

- V – recursos destinados ao custeio da Assistência Farmacêutica / Medicamentos Excepcionais;
- VI – recursos destinados ao custeio do FIDEPS;
- VII – recursos destinados ao custeio do incremento das despesas decorrentes da implementação das Portarias GM/MS nº 2920/98; 3432/98, 3477/98 e 479/99 (relativas às ações de Gestante de Alto Risco, Urgência e Emergência, Neurocirurgia, UTI); e
- VIII – recursos destinados ao custeio das despesas decorrentes da ampliação da oferta de serviços ou da melhoria de sua qualidade.

Os limites estabelecidos tanto para Atenção Básica, como para Assistência Ambulatorial de Média e Alta Complexidade e Hospitalar poderiam ser alterados mediante iniciativa dos estados ou Ministério da Saúde, por meio de portaria. Posteriormente, a área de Hemoterapia é acrescida a essa relação (MS, 1999e).

Nessa mesma oportunidade é criado o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, com a finalidade de financiar os procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação e os decorrentes de ações consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde, caracterizadas como políticas definidas em função das necessidades de grupos prioritários ou ampliação do acesso a determinados serviços (MS, 2002c).

O conjunto de procedimentos financiados pelo FAEC foi alterado algumas vezes ao longo do tempo. e posteriormente dividido em duas áreas sob a justificativa de acompanhamento mais eficaz das ações (MS, 2001b). Ao final de 2001, as ações contempladas pelo FAEC abrangiam: Campanha de Cirurgias Eletivas; Transplantes; Cirurgias para Correção de Deformidades Craniofaciais; Medicamentos Excepcionais; Carga Viral e Reagentes para diagnóstico da AIDS; Gastroplastia; Diagnóstico do Câncer de Colo do Uterino; Incentivo para Alta do Paciente de Tuberculose; Terapia Renal Substitutiva; Incentivos financeiros para Descentralização de Unidades da FUNASA;

Assistência à Populações Indígenas; Projeto Integrasus; alguns procedimentos novos para posterior inclusão no teto financeiro dos estados; e a Central de Regulação da Alta Complexidade (MS, 2002c).

Para composição do FAEC foi previsto, além de recursos do Ministério da Saúde, um sistema de incorporação mensal de metade dos recursos destinados à Assistência Ambulatorial de Média e Alta Complexidade e Hospitalar não utilizados.

Regulamentação posterior da portaria nº 531 esclarece os critérios utilizados na distribuição dos recursos (MS, 1999c).

“§ 2º Os recursos alocados para a área de Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar foram estabelecidos, em termos gerais, tomando-se o valor destinado à média e alta complexidade em 1998, descontando-se os recursos ora destinados à Câmara Estadual de Compensação, Assistência Oncológica Ambulatorial, Terapia Renal Substitutiva, Medicamentos Excepcionais, FIDEPS e transplantes; e acrescentando-se 50% (cinquenta por cento) do saldo verificado na destinação dos recursos adicionados ao Orçamento por Emenda Parlamentar.

§ 3º Os recursos alocados para a Câmara Estadual de Compensação foram estabelecidos, via de regra, tomando-se 5% (cinco por cento) dos valores destinados à média e alta complexidade em 1998.

§ 4º Os recursos alocados para a Assistência Oncológica Ambulatorial, Terapia Renal Substitutiva e Assistência Farmacêutica/Medicamentos Excepcionais foram estabelecidos tomando-se os valores dispendidos em cada uma destas áreas em 1998, acrescentando-se valores variáveis para estados em diferentes patamares de cobertura, buscando-se a redução de desigualdades verificadas e, para aqueles estados com maior despesa verificada nestas áreas, acrescentando-se 5% (cinco por cento) aos valores executados em 1998.

§ 5º Os recursos alocados ao custeio do FIDEPS foram estabelecidos tomando-se os valores gastos com esta área em 1998.

§ 6º Os recursos alocados ao custeio do incremento de despesas decorrentes da implementação das Portarias relacionadas no item g do artigo 1º foram estabelecidos por meio de estimativa de aumento de gastos, tomando-se por base os custos da produção dos procedimentos realizados nas áreas previstas no segundo semestre de 1998.

§ 7º Os recursos alocados para o incremento da oferta de serviços e/ou sua qualificação foram estabelecidos, via de regra, tomando-se 50% (cinquenta por cento) do saldo verificado na destinação dos recursos adicionados ao Orçamento por Emenda Parlamentar.” (MS, 1999b, art. 2º).

Essa segmentação do teto financeiro foi revertida algum tempo depois. Em setembro de 1999 (MS, 1999f), o custeio da Assistência Ambulatorial de Média e Alta Complexidade e Hospitalar é reorganizado em duas áreas: Teto Livre e Alta Complexidade. Teto Livre agrupa os valores anteriormente definidos para: Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar; Câmara Estadual de Compensação; FIDEPS; Impacto das portarias de Gestante de Alto Risco, Urgência e Emergência, Neurocirurgia, UTI; e para o cofinanciamento das unidades próprias dos estados, estabelecido posteriormente (MS, 1999g), que passam a receber um valor global do Ministério da Saúde definido a partir da produção verificada.

Em agosto de 2001 a estrutura do limite financeiro destinado à Assistência Ambulatorial e Hospitalar de média e alta complexidade já é outra (MS, 2001c), passando a ser dividido em três áreas: a) Recursos para a assistência de média complexidade; b) Recursos para a assistência de alta complexidade; e c) Recursos para ações estratégicas. Nessa ocasião já havia sido publicada uma nova norma, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001.

A adesão de municípios à NOB 01/96 foi expressiva e rápida. Já em 1998, 5.136 municípios estavam habilitados em alguma das condições de gestão, o que representa 93% do total (MS, 2000e). Em dezembro de 2000, pouco antes da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/01 ser publicada, já eram 5.450, 99%, dos quais 4.927 na Gestão Plena da Atenção Básica e 523 na Gestão Plena do Sistema Municipal (Andrade, 2001).

3.2.5. A NOAS 01/01 e a NOAS 01/02

A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/01 (MS, 2001d) parte do pressuposto de que o desenvolvimento do SUS e o avanço da descentralização dependem de uma maior ênfase na regionalização e no aumento da equidade. Essa norma coloca o desafio de superar as restrições de acesso de modo a garantir a universalidade e integralidade do SUS, “evitando a desintegração organizacional e a competição entre os órgãos gestores e a conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais, iníquos e não resolutivos.”(MS, 2001d, Introdução). A NOAS 01/01 propõe três linhas gerais para consolidação do SUS: enfatizar, no processo de descentralização, a garantia de acesso a ações e serviços de saúde; assegurar ao gestor municipal a gestão das ações e serviços de saúde em seu território quando este estiver capacitado; e reorientar o papel do gestor estadual da execução direta para a formulação de políticas, planejamento e coordenação dos municípios (Souza, 2001).

A NOAS 01/01 define o Plano Diretor de Regionalização – PDR, como instrumento de ordenamento do processo de regionalização, que deve ser elaborado pelas secretarias estaduais de saúde e aprovado pelas CIB's e Conselho Estadual de Saúde. Esse plano deve procurar garantir o acesso ao cidadão, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto mínimo de ações e serviços e o acesso aos serviços necessários, em qualquer nível de atenção diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre

gestores para atendimento de referências intermunicipais. O conjunto mínimo de ações e serviço referido anteriormente é composto de:

- a) Assistência pré-natal, parto e puerpério;
- b) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- c) Cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
- d) Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- e) Tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- f) Atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- g) Acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- h) Tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- i) Tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes;
- j) Controle das doenças bucais mais comuns; e
- k) Suprimento / dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

Para elaboração dos PDR's, são definidos os seguintes conceitos:

- a) "Região de saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.
- b) Módulo assistencial – módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, constituído por um ou

mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características: conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade, compreendendo atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar em clínica médica, pediátrica e obstetrícia (parto normal), definidos nessa Norma, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou município em GPSM, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços do conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

- c) Município-sede do módulo assistencial – município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços do conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.
- d) Município-pólo – município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.
- e) Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde – representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde, que deve ser a menor base territorial de planejamento regionalizado de cada Unidade da Federação acima do módulo assistencial, seja uma microrregião de saúde ou uma região de saúde (nas UF em que o modelo de regionalização adotado não admitir microrregiões de saúde).” (MS, 2001d, cap. 1, item 1.1).

A NOAS 01/01 define três áreas de assistência à saúde, Atenção Básica, Atenção de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e Atenção de Alta Complexidade/Custo, estabelecendo diferentes mecanismos para seu financiamento.

A Atenção Básica é integrada pelos procedimentos cobertos pelo PAB, acrescidos de outros nas áreas de: controle da tuberculose; eliminação da hanseníase; controle da hipertensão arterial; controle da diabetes mellitus; saúde da criança; saúde da mulher; e saúde bucal. Esse novo conjunto de procedimentos deve ser assumido por todos os municípios, de acordo com seu perfil epidemiológico. Para seu financiamento é criado o PAB Ampliado, valor *per capita* nacional estabelecido em R\$ 10,50 por ano (MS, 2001e).

A Atenção de Média Complexidade, como definido pela NOAS 01/01, compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país. Internamente a esse grupo, é definido um Conjunto Mínimo de Procedimentos de Média Complexidade, integrado por atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar. Esse Conjunto Mínimo de Procedimentos de Média Complexidade são financiadas por um valor *per capita* nacional, para as ações ambulatoriais, fixado em R\$ 6,00 por ano (MS, 2001f) e as internações hospitalares será feito de acordo com o definido no PPI, respeitado o Teto Financeiro de Assistência – TFA. Os procedimentos integrantes desse Conjunto Mínimo devem ter sua oferta garantida no âmbito microrregional, por um ou mais módulos assistenciais. As demais ações de Atenção de Média Complexidade, isto é, as não integrantes do Conjunto Mínimo, podem ser ofertadas no âmbito microrregional, regional ou estadual.

A Atenção de Alta Complexidade/Custo é composta por um conjunto de procedimentos definidos pelo Ministério da Saúde (MS, 2001g). Seu

financiamento se dá em parte com recursos do Teto Financeiro da Assistência das unidades da federação e parte com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, gerenciado pelo Ministério da Saúde.

A NOAS 01/01 institui duas condições de gestão para municípios e duas para estados. Para os municípios são previstas a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA, e a Gestão Plena do Sistema Municipal. – GPSM.

A condição de GPABA prevê, basicamente, as mesmas responsabilidades da Gestão Plena da Atenção Básica da NOB 01/96, acrescidas da garantia de oferta do conjunto de procedimentos descritos como de Atenção Básica, isto é, os cobertos pelo PAB Fixo e os novos estabelecidos pela NOAS 01/01. Para financiamento dessa expansão de procedimentos, foi definido um novo valor *per capita*, chamado de PAB Ampliado. Foi definido que os municípios que recebessem o PAB Fixo em valor superior ao PAB Ampliado não teriam acréscimo em seu valor *per capita*. O município nessa condição de gestão recebe transferências regulares e automáticas dos recursos financeiros do PAB Ampliado e do incentivo de vigilância sanitária, além das transferências dos recursos do PAB Variável, segundo as normas vigentes.

A condição de GPSM prevê, basicamente, a mesma autonomia e responsabilidades da Gestão Plena do Sistema Municipal da NOB 01/96. Além disso, prevê as responsabilidades da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, uma vez que todos os municípios nessa condição de gestão estão automaticamente habilitados na GPABA. É enfatizada a garantia de atendimento para sua população e população referenciada, conforme definido pela PPI. São, ainda, incluídas como responsabilidades: a elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado; a gestão de todo o sistema municipal, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o mando único, ressalvado as unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública; e a integração

dos serviços existentes no município às centrais de regulação ambulatoriais e hospitalares.

Nessa condição de gestão o município recebe transferências regulares e automáticas previstas para a GPABA além dos valores *per capita* para financiamento do Conjunto Mínimo de Procedimentos de Média Complexidade, após qualificação da microrregião na qual se insere, para sua própria população e população dos municípios referenciados, caso seja sede de módulo assistencial. Recebe ainda diretamente em seu fundo de saúde o total dos recursos federais correspondentes ao seu limite financeiro para atendimento da população própria e referenciada.

Para os estados são previstas as condições de gestão Avançada do Sistema Estadual e Plena do Sistema Estadual. Aqui também são basicamente mantidas, com algumas alterações, as disposições da NOB 01/96 para as condições de gestão com o mesmo nome. São acrescentadas às responsabilidades comuns às duas condições de gestão: a elaboração do Plano Estadual de Saúde e do Plano Diretor de Regionalização; a coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, bem como a normalização e operação de câmara de compensação para internações, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade; gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados; estruturação e operação do Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria. A sistemática de financiamento permanece a mesma da NOB 01/96.

A NOAS 01/01 não experimentou a adesão de municípios na mesma velocidade da NOB 01/96. Foram identificadas dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviço do SUS e assegurar a totalidade da gestão nas sedes dos módulos assistenciais. As contribuições recebidas para seu aperfeiçoamento levaram à elaboração de uma nova Norma Operacional de Assistência à Saúde, a NOAS 01/02 (MS, 2002a).

A NOAS 01/02 traz algumas alterações em relação à NOAS 01/01, mantendo na maior parte as disposições e estrutura da norma anterior. Uma das alterações é a possibilidade do módulo assistencial ter um município habilitado na condição de GPABA e não apenas na GPSM. Outra é a previsão da destinação de recursos adicionais pelo Ministério da Saúde aos estados, de modo a permitir o financiamento dos procedimentos ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico do Conjunto Mínimo de Procedimentos de Média Complexidade, agora denominados de M1, agregados aos limites financeiros estaduais na medida em que forem sendo definidas as regiões e microrregiões assistenciais. O elenco de procedimentos ambulatoriais também foi alterado em relação ao anterior.

Quando trata da política de Atenção de Alta Complexidade/Custo, a menção anterior à definição do conjunto de procedimentos e o financiamento por meio do FAEC e do TFA foi suprimida. No entanto, persiste a responsabilidade do Ministério da Saúde na definição do elenco de procedimentos de alta complexidade e o financiamento das ações.

As responsabilidades dos municípios, nas duas condições de gestão, permanecem as mesmas, acrescidas da determinação de se firmar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o estado. Para os estados, nas duas condições de gestão, por sua vez, foi incluída a responsabilidade pela coordenação do processo de pactuação de indicadores da Atenção Básica com os municípios, a informação das metas ao Ministério da Saúde e acompanhamento da evolução desses indicadores.

Quanto às transferências de recursos para os estados, na Gestão Avançada do Sistema Estadual são transferidos regular e automaticamente os recursos do PAB relativos aos municípios não habilitados nos termos da NOB 01/96 e os recursos correspondentes ao financiamento *per capita* do M1, em regiões qualificadas nas quais o município sede estiver habilitado em GPABA. Para o estado em Gestão Plena do Sistema Estadual, além das transferências previstas para a condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual, serão

transferidos regular e automaticamente os recursos correspondentes ao Limite Financeiro da Assistência, deduzidas as transferências realizadas aos fundos de saúde dos municípios.

A NOAS 01/02 tem sido regulamentada após sua publicação. Essas normas posteriores, no entanto, ultrapassam o período definido para esse estudo. Apesar disso, cabe apresentar um dado sobre sua implantação. Em dezembro de 2002, 132 municípios estavam habilitados na GPABA e 84 na GPSM (MS, 2002d), correspondendo a cerca de 4% do total. Uma adesão significativamente mais lenta que a verificada quando da implantação da NOB 01/96.

4. DISCUSSÃO

O texto constitucional determina o acesso universal, integral e gratuito ao sistema de saúde. Essa determinação é interpretada igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde para iguais necessidades (Travassos et al., 2000, MS, 2002b). Dessa interpretação decorre a implantação de uma política de alocação de recursos diferenciada, que trate reduza as desigualdades de acesso existentes nas diferentes regiões e grupos sociais.

O tratamento desigual para os menos favorecidos, tendo como objetivo alcançar uma posição mais equitativa, é amparado pelo trabalho de John Rawls e sua teoria da justiça como eqüidade (Porto, 1995, Giraldes, 1995). A preocupação com a igualdade e eqüidade não é unicamente brasileira. É uma questão retomada a partir dos anos 1980 pelas iniciativas de reformas dos sistemas de saúde que, ao mesmo tempo que questionam a intervenção estatal, buscam uma atuação mais eficiente e efetiva, com melhores resultados em termos de eqüidade (Almeida, 2002).

A alocação de recursos no âmbito do SUS deveria ser compatível com essa orientação constitucional. A Constituição não tratava especificamente do tema da alocação quando da criação do SUS. Posteriormente, quando da aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000, é incluído um dispositivo que determina a destinação de um percentual dos recursos da União aos municípios, segundo critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde. A descrição e critério de alocação definido se enquadram no funcionamento do PAB, criado pela NOB 01/96.

Essa determinação, quanto à participação de municípios ou estados nos recursos arrecadados, da maneira como é colocada, não objetiva maior eqüidade ou igualdade. Está relacionada a outra característica do sistema de saúde brasileiro, traduzida constitucionalmente, sua organização descentralizada, com comando único em cada esfera de governo (Brasil, 1988,

art. 198). A proposta de descentralização e os embates em torno de sua implantação permeiam a história do SUS. A década de 1990 comporta a passagem de um sistema centralizado política, administrativa e financeiramente, para outro que incorpora milhares de atores no campo da saúde (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

A primeira abordagem mais explícita dos critérios alocativos se dá na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990a), que regulamenta as disposições constitucionais. Nessa lei, em seu artigo 35, os critérios de alocação são detalhados. Ali fica determinado que na definição dos valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios serão utilizados: o perfil demográfico; perfil epidemiológico; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde; desempenho técnico, econômico e financeiro; participação do setor saúde nos orçamentos dos níveis sub-nacionais; previsão do plano de investimentos; e ressarcimento por serviços prestados. Foi previsto, ainda, que metade dos recursos seria aplicada segundo critério populacional, independente de qualquer procedimento prévio.

A aplicação desses critérios, no entanto, não consegue ser implantada de imediato. É preciso regulamentá-los, traduzindo-os em métodos aplicáveis, e é necessário regulamentar os repasses automáticos aos fundos de saúde. A questão dos repasses automáticos regulares é retomada pela Lei 8.142 (Brasil, 1990b), que reitera os critérios de alocação estabelecidos no artigo 35 da Lei 8.080. Prevê ainda que enquanto esses critérios não forem regulamentados, os repasses se darão utilizando o critério populacional. Sem maior embasamento técnico (Barros, Piola e Vianna, 1986) fica determinado que, pelo menos, 70% dos recursos serão destinados aos municípios.

Após essa regulamentação infra-constitucional, as normas operacionais, na forma de portarias do INAMPS, inicialmente, e do Ministério da Saúde, encarregaram-se da normatização do relacionamento entre os gestores do SUS.

Em 1991, ano de publicação da NOB 01/91, os repasses automáticos e regulares aos fundos de saúde, chamados de “fundo a fundo” ainda não estavam sendo utilizados. A forma de viabilizar os repasses financeiros era o convênio. Na definição dos valores foi previsto que seriam considerados: população, empenho global e valores da Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA. A UCA assumia valores diferentes segundo uma classificação dos estados, que considerava: população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços e casos atípicos. Para a cobertura ambulatorial, portanto, o critério era populacional, ponderado pelos estabelecidos para a UCA. Aos estados cabia 10% dos recursos ambulatoriais e aos municípios os demais, proporcionalmente à sua população.

Para as internações hospitalares foi definida uma quantidade de Autorizações de Internação Hospitalar – AIH para cada unidade executora, correspondendo ao número de internações autorizadas. O número de AIH's foi limitado em 10% da população, sem haver simultaneamente um limite financeiro. Isso permite valores médios de AIH diferentes em cada estado, em função da capacidade de oferta.

Outra inovação da NOB 01/01 foi a extensão aos hospitais públicos da sistemática de pagamento por produção adotada pelo INAMPS para remunerar a rede privada contratada e conveniada além dos hospitais universitários (Dupont e Porto, 1995).

A NOB 01/91 não aplicou plenamente o estabelecido nas leis aprovadas em 1990. O financiamento ambulatorial utiliza um critério per capita ponderado por critérios históricos. O financiamento hospitalar baseia-se numa limitação física baseada em critério populacional desvinculada de valores, o que dá um peso significativo ao gasto histórico.

O período seguinte, sob o amparo da NOB 01/92, tem um discurso mais próximos dos ideais de descentralização, porém ainda não assiste a regulamentação do processo quanto aos repasses “fundo a fundo”. É criada

pelo INAMPS a figura do “município municipalizado”. Os municípios considerados nessa condição, pelo cumprimento de uma série de requisitos, receberiam um quota de AIH’s proporcional à sua população. Esses municípios receberiam ainda recursos para assistência ambulatorial, baseados no valor definido para a UCA no estado e em sua população. Os municípios municipalizados receberiam também, um percentual do valor da UCA multiplicado pela população a título de estímulo à municipalização.

Em que pese o teor mais municipalista, no que toca aos critérios alocativos, a NOB 01/92 não supera as limitações da norma anterior. A novidade é a definição do número de AIH’s por município baseada na população, porém ainda sem limites financeiros associados a esse quantitativo. O critério populacional aparece, porém timidamente.

Na NOB 01/93 o conteúdo descentralizador já se expressa mais claramente. Entendendo que a descentralização é um processo que deve se dar sem rupturas, estabelece diferentes níveis de descentralização com graus crescentes de autonomia e responsabilidades para estados e municípios. Nesse período é regulamentado o processo de transferências “fundo a fundo”, que teria seu uso consideravelmente ampliado ao longo do tempo.

As transferências regulares e automáticas, “fundo a fundo”, são importantes no relacionamento entre os gestores do SUS. A alternativa a esse tipo de transferências é o convênio, por natureza voluntário e de trâmite burocrático muito mais complexo (Carvalho, 2001). Além disso, a despesa do fundo de saúde pode incluir gastos diretos e indiretos, salários, gratificações, encargos, pagamento de contratos e convênios, material de consumo, desenvolvimento de recursos humanos e amortização de dívidas (Couttolenc e Zucchi, 1998). É, portanto, um instrumento adequado para a gestão dos recursos da saúde.

Para o financiamento ambulatorial, a sistemática da UCA é mantida, adotando para definição da classificação dos estados os critérios de: população; capacidade instalada; complexidade da rede; desempenho financeiro e

desempenho da auditoria. A partir dos valores da UCA é estabelecido um teto financeiro para custeio das atividades ambulatoriais por estado. O teto dos municípios deveria considerar o gasto histórico, corrigido pela população adscrita, capacidade de prestação de serviços e complexidade da rede.

Na assistência hospitalar a NOB 01/93 estabelece um teto financeiro, mantendo a limitação do número de AIH's. A determinação dos recursos desse teto por estado baseia-se no gasto histórico. Para o teto financeiro da assistência hospitalar do município, a mesma sistemática, baseada no gasto histórico, é seguida.

O estímulo à municipalização, previsto na norma anterior, é substituído por outro de funcionamento semelhante. Ao município caberia um percentual da UCA do estado multiplicado pela sua população.

A lei que regulamenta os repasses “fundo a fundo” (Brasil, 1994) torna a se preocupar com o artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde. Estabelece um prazo para essa regulamentação pelo Ministério da Saúde, estabelecendo o critério populacional como único critério até que essa regulamentação fosse concluída.

As dificuldades sentidas no processo de regulamentação dos critérios do artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde levou a que o gasto histórico verificado fosse adotado como parâmetro da definição da alocação de recursos. O percentual de internações foi alterado para 9% da população. Como instrumento para redução das desigualdades, foi estabelecido um valor mínimo *per capita* para os tetos estaduais. A RCA e a UCA são extintas e os tetos financeiros são globais, isto é, abrangendo a assistência ambulatorial e hospitalar.

Apesar da regulamentação dos repasses “fundo a fundo”, apenas os pagamentos destinados aos municípios na condição de Gestão Semiplena, nos termos da NOB 01/96, chegou a ser concretizado.

A NOB 01/93 foi substituída pela NOB 01/96, ao final de 1996. No entanto, essa nova norma foi regulamentada e alterada em vários aspectos ao longo de 1997 e início de 1998. Sua implantação efetiva começa no início de 1998, com os primeiros repasses financeiros a municípios enquadrados nas novas condições de gestão propostas.

A autonomia dos municípios e estados é ampliada na NOB 01/96, sendo implementado amplamente o processo de transferências “fundo a fundo”. O pagamento por remuneração de serviços, diretamente pelo governo federal, persiste nas situações não cobertas pelas transferências automáticas.

É criado o Piso de Atenção Básica – PAB, voltado para o financiamento de procedimentos e programas na área da atenção básica. Sua Parte Fixa, destinada à cobertura de um conjunto de procedimentos ambulatoriais considerados básicos, destina recursos definidos a partir do gasto histórico por habitante dos municípios, estabelecendo um valor *per capita* máximo e um mínimo, de abrangência nacional.

Na sua Parte Variável, os incentivos são regulamentados segundo critérios técnicos. Aqui ocorrem critérios diferentes segundo o incentivo. Os incentivos de Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária adotam o critério populacional, utilizando valores *per capita*; os incentivos do PACS e PSF, valores ligados à implantação dos programas; o incentivo de Combate às Carências Nutricionais, o critério epidemiológico de prevalência da desnutrição. A descentralização dos recursos para Epidemiologia e Controle de Doenças são tratados um pouco mais adiante, em 1999. Nesse caso há uma combinação de critérios populacionais e geográficos, a área dos estados.

Para financiamento da assistência não coberta pelo PAB, a assistência ambulatorial de média e alta complexidade e hospitalar, é estabelecido um teto financeiro por estado, baseado nos valores históricos observados. Esse teto financeiro para assistência ambulatorial de média e alta complexidade e hospitalar é posteriormente dividido em uma série de itens: assistência

ambulatorial de média e alta complexidade e hospitalar geral; Câmaras Estaduais de Compensação; Oncologia; Terapia Renal Substitutiva; Medicamentos Excepcionais; FIDEPS, Impacto de Portarias específicas e Ampliação da oferta de serviços. Isso reduziu a autonomia de alocação dos gestores estaduais e municipais, mesmo estando prevista a possibilidade de remanejamento entre os itens. Para a definição do montante de recursos envolvidos nessa segmentação foi utilizado principalmente o valor histórico observado. É de se ressaltar que houve a preocupação de oficializar os critérios utilizados.

Nessa ocasião é criado o FAEC, sob administração do gestor federal que passa a financiar uma série de ações consideradas estratégicas, cujo elenco se alterou ao longo do tempo. Do ponto de vista do Ministério da Saúde, o FAEC resgata sua capacidade de indução de políticas pelo nível federal, uma vez que os tetos financeiros de estados e municípios absorviam a totalidade dos recursos disponíveis (MS, 2002c).

Essa segmentação é revertida algum tempo depois, passando os tetos financeiros a serem divididos em duas grandes áreas denominadas Teto Livre e Alta Complexidade. Esse novo arranjo não traz novidades quanto aos critérios utilizados, limitando-se a agrupar os itens definidos anteriormente.

A norma seguinte, NOAS 01/01, mantém as disposições da NOB 01/96 em sua maior parte. Manifesta, no entanto, uma maior preocupação com a equidade. O aumento da equidade e a regionalização são vistos como condições necessárias para o desenvolvimento do SUS. O conceito de equidade a que se refere o texto legal, no entanto, não é explicitado.

A NOAS 01/01 estabelece o PDR como instrumento organizador do processo de descentralização, que tem nos gestores estaduais um papel destacado. Novos procedimentos são incorporados ao PAB, que mantém o financiamento de base populacional calculado a partir de um novo valor *per capita*, o PABA. O uso do critério populacional também é ampliado. É estabelecido um valor *per*

capita nacional para um conjunto de procedimentos de média complexidade cuja oferta não precisa, necessariamente, se dar em todos os municípios. A alocação dos recursos para assistência ambulatorial de média e alta complexidade e hospitalares para os municípios é definido pela secretaria de saúde, em função da organização de suas regiões e microrregiões de saúde.

Ao longo do período estudado alguns fatos devem ser destacados.

O SUS teve um percentual crescente de seus recursos alocados com critérios diversos da capacidade de produção de serviços, que vigorava antes de sua criação, ou o gasto histórico. Isso começa a ocorrer com a NOB 01/92, com a criação da UCA, e se amplia gradualmente com a NOB 01/96 e NOAS 01/01.

A NOB 01/96 introduz o critério *per capita* de modo mais direto e evidente, por meio do PAB e alguns de seus incentivos. A NOAS 01/01 amplia essa utilização para um conjunto de procedimentos de média complexidade ambulatorial.

Persiste ao longo do período um critério de alocação diferenciado para os hospitais universitários, por meio do FIDEPS. Os diversos fatores de estímulo à descentralização para os municípios criados, FEM (NOB 01/92), FAM (NOB 01/93) nunca chegaram a ser implementados (Levcovitz, Lima e Machado, 2001). Também não foram implantados o Índice de Valorização de Resultados – IVR e o Índice de Valorização de Impacto em Vigilância Sanitária – IVISA, previstos na NOB 01/96 (MS, 2002b). É interessante notar que a NOB 01/96, após as alterações introduzidas, consegue ser plenamente implantada ao longo do tempo. Parte desse sucesso deve ser atribuído à situação financeira mais estável do Ministério da Saúde, em relação à crise de financiamento de 1993.

Por outro lado, não se consegue implantar em escala considerável outro critério que não seja a definição de gasto *per capita* e o gasto histórico. Fogem dessa regra duas ações. O incentivo de Combate às Carências Nutricionais utiliza modelos estatísticos para determinação da prevalência da desnutrição por

município e aplica sobre essa estimativa um valor nacional por beneficiário. As ações cobertas pelo Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças, que incorpora ao valor por habitante uma ponderação baseada na área das unidades da federação. O PACS e o PSF repassam recursos baseados no número de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família em atividade. No caso do PSF, o valor destinado a cada equipe aumenta com o crescimento da população coberta pelo programa.

A regulamentação e aplicação do artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde, portanto, continua incompleta.

Isso não significa que não tenha ocorrido uma diminuição das desigualdades na alocação de recursos entre as unidades da federação. O PAB proporia uma distribuição mais igualitária de recursos e o PSF tem sido apontado como um fator a melhorar a distribuição geográfica. No entanto, quanto a esse último programa, seus efeitos redistributivos cessam a partir do momento em que seu desenvolvimento ocorrer de modo homogêneo em todo o país. Dados do MS indicam uma distribuição de recursos mais igualitária que a proporcionada a quase dez anos atrás, quando da implantação da NOB 01/96 ou no período anterior à criação do SUS (MS, 2002c).

No entanto, a tentativa de diminuição de desigualdades sem estar acompanhada de um critério definido e transparente já ocorreu anteriormente e foi revertida. Medici (1994), analisando os repasses globais do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, verifica que apesar das tentativas de transferir mais recursos para as regiões mais pobres, ocorrida entre 1986 e 1987, as regiões mais ricas recuperam o peso de suas participações no volume de repasses. Outro momento de busca da redução das desigualdades regionais ocorre na definição da UCA, em 1991, quando os grupos de estados são reduzidos e a amplitude das diferenças diminui. Os critérios que presidiram essa revisão, no entanto, não foram explicitados.

Do ponto de vista da alocação de recursos como conceituada por Ugá (1994), ocorre uma redução do pós-pagamento por procedimentos, e uma ampliação do sistema de pré-pagamento, quando examinado pela ótica do nível federal. Essa alteração é proporcionada pela disseminação da sistemática de pagamentos “fundo a fundo”, implantada pela NOB 01/93 e ampliada fortemente pela NOB 01/96. A utilização das transferências regulares e automáticas foi regulamentada em 1994, apesar de prevista já na Lei Orgânica da Saúde. Seu uso proporciona um trâmite burocrático sensivelmente mais simples em relação ao exigido para os convênios. Estes também implicam num acordo de vontades entre as partes, não adequado para competências e responsabilidades constitucionalmente estabelecidas para os três níveis de governo (Carvalho, 2001).

A evolução da ocorrência do pré-pagamento pode ser verificada pelo percentual crescente de recursos financeiros transferidos “fundo a fundo”. Isso se deve ao maior número de municípios recebendo esse tipo de transferência e à maior abrangência de seu uso. Os recursos para pagamento direto aos prestadores de serviço para atendimento ambulatorial e internações hospitalares caíram sensivelmente entre 1997 e 2000 (Marques e Mendes, 2002). Dados do Ministério da Saúde (2002c) mostram que o percentual dos recursos assistenciais transferidos “fundo a fundo” passa de 24,1%, em 1997, para 66,9%, em 2001. Esse aumento nos recursos transferidos aos fundos estaduais e municipais atesta a redução dos pagamentos diretos a prestadores da parte do Ministério da Saúde e o avanço do sistema de pré-pagamento.

O papel da NOB 01/96 na ampliação dos recursos descentralizados para estados e municípios é reconhecido, sendo verificado expressivo aumento após o início de sua implantação (Reis, Ribeiro e Piola, 2001). Nesse tipo de transferência, os valores são enviados para estados e municípios para que estes efetuem os pagamentos a seus prestadores de serviço. Do ponto de vista do nível federal, é um pagamento antecipado não vinculado a uma prestação de serviços determinada. Nos estados e municípios a relação com os prestadores pode se dar de forma diferente.

A alocação de recursos pelo sistema “fundo a fundo”, no entanto, não se dissocia completamente da lógica do pós-pagamento. A definição de tetos financeiros vinculada ao gasto histórico e a necessidade do gestor em respeitar os valores da produção informada, vigente na NOB 01/93, mantém uma relação com esse sistema. O PAB altera esse quadro. Apesar de fixado a partir de uma série histórica de gastos, não está sujeito a uma revisão periódica segundo a produção, caracterizando mais plenamente um sistema de pré-pagamento (Levcocitz, Lima e Machado, 2001).. A NOAS 01/01 amplia essa dissociação ao aumentar os procedimentos cobertos pelo PABA em relação ao PAB e com a implantação da mesma sistemática para um conjunto de procedimentos ambulatoriais de média complexidade.

A característica municipalista do processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro se reflete nas determinações sobre destinação de recursos. A Constituição e as leis que a regulamentam estabelecem percentuais mínimos de recursos a serem destinados aos municípios. O papel de executor das ações e serviços de saúde desse nível de gestão tem se ampliado gradualmente ao longo de todo o período examinado. As NOAS's 01/01 e 01/02 preocupam-se com o papel do gestor estadual, mas propondo uma função de coordenação, formulação e avaliação de políticas.

Do ponto de vista da alocação geográfica, os critérios mais utilizados são o populacional e o gasto histórico. A exceção a isso estão em alguns dos incentivos que compõe a Parte Variável do PAB, estabelecida pela NOB 01/91. O Quadro 3 apresenta uma visão geral dos critérios presentes nas diversas normas operacionais e principais diplomas legais enfocados nesse estudo.

Quadro 3

Resumo da Presença de Critérios Alocativos, por Tipo de Critério, Segundo os Documentos Legais Estudados.

Critério Previsto	Constituição Federal	Lei nº 8080/90	Lei nº 8142/90	NOB 91	NOB 92	NOB 93	Decreto nº 1232/94	NOB 96 *	NOAS 2001	NOAS 2002
Perfil Demográfico		Indicação	Indicação					Para incentivo	Para incentivo	Para incentivo
Perfil Epidemiológico		Indicação	Indicação					Para incentivo	Para incentivo	Para incentivo
Características da Rede (Qualitativas e Quantitativas)		Indicação	Indicação	Assistência Ambulatorial	Assistência Ambulatorial	Assistência Ambulatorial				
Desempenho Técnico, Econômico e Financeiro		Indicação	Indicação	Assistência Ambulatorial	Assistência Ambulatorial	Assistência Ambulatorial				
Orçamento Próprio para Saúde de Estados e Municípios	Estabelece vinculação	Indicação	Indicação					Contrapartida em incentivos	Contrapartida em incentivos	Contrapartida em incentivos
Plano de Investimentos		Indicação	Indicação							
Gasto Histórico		Indicação	Indicação			Assistência Ambulatorial e Hospitalar		Assistência Ambulatorial e Hospitalar	Assistência Ambulatorial e Hospitalar	Assistência Ambulatorial e Hospitalar
População	Para Atenção Básica em Est. e Munic.	Para 50% dos Recursos Federais	Até regulamentar Lei 8080	Assistência Ambulatorial e Hospitalar	Assistência Ambulatorial e Hospitalar	Assistência Ambulatorial e Hospitalar	Até regulamentar Lei 8080	Atenção Básica e Incentivo	Atenção Básica, Incentivo, Média Complex..	Atenção Básica, Incentivo, Média Complex..
Outros	Ações Básicas de Saúde e Municípios	50% para Est. e Munic.	70% para Munic.				Fixa prazo para regulamentar Lei 8080	para PACS e PSF: perc. do Piso Assistencial Básico	Geográfico para incentivo	Geográfico para incentivo

Indicação – Depende de regulamentação posterior.* Inclui Portaria nº 2.203/96 (MS, 1996) e portarias que a regulamentaram.

Cabe uma observação sobre o incentivo do PSF, que experimentou notável expansão. O número de equipes em atividade passou de 1.623, em 1997, para mais de 16.600 em outubro de 2002 (MS, 2000f e MS, 2002e). Pelo critério de alocação previsto, um município com 70% ou mais de sua população coberta pelo PSF receberia R\$ 54.000,00 anuais por equipe implantada, considerando nesse cálculo uma cobertura média de 3.450 pessoas por equipe. Isso significa que, para municípios com até 4.900 habitantes, um equipe implantada equivale a um valor *per capita* superior ao valor mínimo do PAB.

A autonomia do gestor dos níveis subnacionais na aplicação dos recursos transferidos é colocada pela NOB 01/93 de modo amplo. Os recursos financeiros constituíam um teto global a ser aplicado segundo as prioridades dos gestores. A NOB 01/96 amplia significativamente os recursos financeiros repassados na modalidade “fundo a fundo”, porém estabelece uma série de condições para sua aplicação. Isso ocorre tanto pelo estabelecimento do PAB Fixo, com do PAB Variável e na segmentação introduzida em 1999 nos tetos financeiros para Assistência Ambulatorial de Média Complexidade e Hospitalar, depois revertida. É importante lembrar que essa conformação da NOB 01/96 foi construída após sua edição, por meio de portarias que a regulamentaram e modificaram. As NOAS's mantêm essa estrutura segmentada.

Marques e Mendes (2002), vêem no rompimento da lógica do repasse global da NOB 01/96 uma política tutelada de descentralização que impede que os municípios definam suas políticas de saúde, obstaculizando a incorporação de necessidades locais. O FAEC, mantendo sob gestão federal recursos para incentivo de ações consideradas estratégicas, também pode ser visto como mais um instrumento no processo de recentralização.

Finalmente, cabe retornar ao princípio, quando a determinação constitucional sobre o sistema de saúde foi interpretada como sendo de igualdade de oportunidade de acesso para iguais necessidades. A operacionalização desse conceito de equidade exige, além de uma política de alocação desigual,

considerando que a sociedade é desigual, a operacionalização do conceito de necessidade. Para tanto, o instrumental utilizado deve considerar uma série de indicadores de difícil operação, mas que estão, grosso modo, previstos na Lei Orgânica da Saúde.

5. CONCLUSÃO

Os critérios de alocação de recursos financeiros para Assistência à Saúde, transferidos do nível federal para estados, Distrito Federal e municípios sofreram alterações desde a criação do SUS, em 1988 até a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/02, no início de 2002. Essas alterações ocorreram tanto na forma de pagamento aos prestadores de serviço, como nos critérios utilizados na distribuição geográfica de recursos e ainda quanto à autonomia propiciada aos gestores dos demais níveis de governo.

Observa-se no período a substituição da modalidade de pós-pagamento por procedimentos pela de pré-pagamento. Essa tendência começa com a edição da NOB 01/93 e se mantém ao longo do período, envolvendo recursos, responsabilidades e atores em número crescente. Isso demonstra a ampliação das responsabilidades dos demais níveis de gestão na prestação dos serviços de saúde.

Alocação geográfica de recursos financeiros, isto é, sua distribuição entre estados, Distrito Federal e municípios se dá basicamente por meio de critérios populacionais e gasto histórico. A utilização do critério populacional tem se ampliado, combinado ou não com o gasto histórico. Essa ampliação se dá principalmente a partir da NOB 01/96. Com a edição da NOAS 01/01 e 01/02, essa tendência persiste e se amplia.

A assistência ambulatorial foi objeto de sistemas de distribuição de recursos mais distantes da aplicação do gasto verificado. Com o tempo ocorre uma segmentação da assistência ambulatorial, porém essa tendência de uma regulamentação diferenciada permanece até as NOAS's, quando é previsto um valor *per capita* para um conjunto de procedimentos de média complexidade e ampliado o conjunto de procedimentos básicos financiado pelo PAB Fixo.

A definição do critério populacional não é nova, estando prevista desde a primeira regulamentação da Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde. No entanto, foi em vários momentos sobrepujada pelo gasto histórico como fator de definição da alocação de recursos financeiros. A crescente utilização de critérios populacionais, em que pese não poder ser considerada *a priori* uma distribuição mais eqüitativa, caminha para esse sentido. Sob esse aspecto pode ser considerado um avanço no sentido da igualdade e da transparência, sendo superior à repetição de desigualdades eventualmente existentes, propiciada pelo sistema de gasto histórico. Critérios diversos desses ocorrem, mas em programas localizados.

Quanto à autonomia dos gestores subnacionais no emprego dos recursos transferidos, ocorreram alterações ao longo do período estudado. O processo de descentralização ampliou-se significativamente, tanto quanto ao número de municípios e estados envolvidos, como quanto ao volume de recursos transferidos para esses níveis de governo. A liberdade de utilização desses recursos, no entanto diminui em relação ao previsto na NOB 01/93. Os tetos globais presentes desta norma foram substituídos por tetos e incentivos com objetivos mais definidos e parte dos recursos foi destinada à composição de um fundo controlado pelo nível federal.

Por outro lado, o papel do município como executor se amplia ao longo do tempo. Essa característica do processo de descentralização se traduz em dispositivos legais que lhes reservam percentuais dos recursos financeiros da saúde.

Essa segmentação dos tetos financeiros teve seu auge em 1999, sendo posteriormente reduzida. No entanto, esse processo de centralização em relação ao previsto na NOB 01/93 tornou mais transparentes os critérios de alocação. A partição dos tetos financeiros estimula, a princípio, que sejam discutidos critérios mais abrangentes de distribuição de recursos.

No geral, a ampliação da utilização de critérios populacionais deve propiciar uma distribuição menos desigual dos recursos da saúde, mas não uma distribuição eqüitativa. Essa depende da incorporação de fatores bem mais complexos, em linhas gerais previstos na Lei Orgânica da Saúde. A incorporação de outros elementos na alocação de recursos deverá ocorrer em algum momento no futuro. A experiência internacional examinada mostra situações semelhantes e algumas alternativas. Essa questão será enfrentada não por exigência legal, mas pelo próprio desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, com se pode adivinhar examinando o período estudado.

Finalmente, é sempre bom um reflexão sobre o significado dessas ações para o cidadão comum. Uma distribuição de recursos mais equitativa significa, a princípio, uma atenção à saúde melhor e mais próxima do cidadão, notadamente o mais carente. Quando o poder público caminha nessa direção, como se pensa ter sido demonstrado nesse estudo, a perspectiva é de um sistema de saúde paulatinamente mais adequado às necessidades do cidadão. A velocidade da construção desse sistema já é assunto bem mais complexo.

6. REFERÊNCIAS

- Almeida, C. (2002). Equidade e Reforma Setorial na América Latina: Um Debate Necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (suplemento), 23 – 36.
- Andrade, L. O. M. (2001). *SUS Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento*. São Paulo: HUCITEC.
- Barros, M. E., Piola, S. F. e Vianna, S. M. (1996). Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas. *Texto para Discussão nº 401*. Brasília, DF: IPEA.
- Biasoto Jr., G. e Piola, S. F. (2001). Financiamento do SUS nos Anos 90. In: Negri, B. e Giovanni, G. (Orgs.) *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas, SP: UNICAMP.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Acesso em 20 dez. 2002, na WWW: <http://senado.gov.br/legislação>.
- Brasil. (1990a). Lei Ordinária nº 8.080. *Diário Oficial*, 20 set.
- Brasil. (1990b). Lei Ordinária nº 8.142. *Diário Oficial*, 31 dez.
- Brasil. (1994). Decreto nº 1.232. *Diário Oficial*, 31 ago.
- Car-Hill, R. A., Hardman, G., Martin, S., Peacock, S., Sheldon, T. A. e Smith, P. (1994). *A Formula for Distributing NHS Revenues Based on Small Area Use of Hospital Beds*. Inglaterra: Londres: University of York.
- Canadá. (1984). *Canada Health Act*. Acesso em 11 fev. 2003, na WWW: <http://laws.justice.gc.ca/en/C-6/text.html>.
- Canadá. (2002a). *Federal Transfers to Provinces and Territories*. Acesso em 10 dez. 2002, na WWW: <http://www.fin.gc.ca/activity/fedprov-e.html>.
- Canadá. (2002b). *Health Care System*. Acesso em 11 fev. 2003, na WWW: <http://www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/hcssystem-e.htm>.
- Carvalho, G. C. M. (2001). A Inconstitucional Administração Pós-constitucional do SUS Através de Normas Operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2), 435 – 444.

Carvalho, G. C. M. (2002). *O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde: 1988-2001*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

CIT – Comissão Intergestores Tripartite. Ministério da Saúde. (1994). *Ata de Reunião – 10 de outubro de 1994*. Brasília: CIT.

Costa, L. R. L. (2002). Saúde da Família: Apoio Financeiro com Esforço In: Negri, B. e Viana, A. L. D. (Orgs.). *O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio*. São Paulo: Sobravime.

Couttolenc, B. F. e Zucchi, P. (1998). *Série Saúde & Cidadania - Gestão de Recursos Financeiros*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Duarte, C. M. R. (2000). Equidade na Legislação: um Princípio do Sistema de Saúde Brasileiro? *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (2), 443 – 463.

Dupont, J. P. e Porto, S. (1995). O Financiamento In: Castelar, R. M. Mordelet, P. e Grabois, V. (Orgs.). *Gestão Hospitalar: Um Desafio para o Hospital Brasileiro*. França: Rennes: Ecole National de la Sante Publique.

Elias, P. E., Marques, R. M. e Mendes, A. (2001). O Financiamento e a Política de Saúde. *Revista USP*, 51, 16 – 27.

Ferreira, A. B. H. (n.d.). *Aurélio Século XXI – Dicionário Eletrônico*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.

Giraldes, M. R. (1988). Equidade e Despesa em Saúde. *Estudos de Economia*, 8 (4), 365 – 388.

Giraldes, M. R. (1995). Distribuição de Recursos num Sistema Público de Saúde. In: Piola, S. F. e Vianna, S. M. (Orgs.). *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília, DF: IPEA.

Godoy, A. S. (1995). Pesquisa Qualitativa: Tipos Fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35 (3), 20 – 29.

Inglaterra. National Health Service – NHS. (2001). *A Brief History of Resource Allocation in the NHS 1948-98*. Acesso a 28 dez. 2001, na WWW: <http://www.doh.gov.uk/allocations/review/pubs.htm>.

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. (1991). Resolução nº 258. *Diário Oficial*, 10 jan.

- lunes, R. F. (1995). Demanda e Demanda em Saúde. In: Piola, S. F. e Vianna, S. M. (Orgs.). *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília, DF: IPEA.
- Jardanovski, E. e Guimarães, P.C.V. (1993). O Desafio da Equidade no Setor Saúde. *Revista de Administração de Empresas*, 33 (3), 38 – 51.
- Jardanovski, E. e Guimarães, P.C.V. (1994). Eqüidade e Modelos de Saúde: Subsídios para Discussão do Caso Brasileiro. *Saúde em Debate*, 42, 10 – 15.
- Le Grand, J. (2002). *Equity and Choice: An Essay in Economics and Applied Philosophy* (2ª ed.). Londres: Routledge.
- Le Grand, J., Propper, C. e Robinson, R. (1992). *The Economics of Social Problems* (3ª ed.). Nova York: Palgrave.
- Levcovitz, E., Lima, L. D. e Machado, C. V. (2001). Política de Saúde nos Anos 90: Relações Intergovernamentais e o Papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2), 269 – 291.
- Lucchese, P. T. (1996). Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: A Implementação do Sistema Único de Saúde – Retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas/IPEA*, 14, 75 – 156.
- Marques, R. M. e Mendes, A. (2002). A Política de Incentivos do Ministério da Saúde para a Atenção Básica: Uma Ameaça à Autonomia dos Gestores Municipais e ao Princípio da Integralidade? *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (suplemento), 163 – 171.
- Medeiros, M. (1999). Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde. *Texto para Discussão nº 687*. Brasília, DF: IPEA.
- Medici, A. C. (1994). *Economia e Financiamento do Setor Saúde no Brasil: Balanços e Perspectivas do Processo de Descentralização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública / USP.
- Mendes, E. V. (1999). *Uma Agenda para a Saúde* (2ª ed.). São Paulo: HUCITEC.
- Minayo, M. C. S. (1993). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde* (2ª ed.). São Paulo: HUCITEC – ABRASCO.
- MS – Ministério da Saúde. (2002a). Portaria nº 373. *Diário Oficial*, 28 fev.

- MS – Ministério da Saúde. (2002b). *Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos – Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde. (mimeo).
- MS – Ministério da Saúde. (2002c). *Reduzindo as Desigualdades e Ampliando o Acesso à Assistência à Saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- MS – Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. (2002d). *Situação de Municípios Brasileiros por Condição de Gestão e Unidade Federativa, Segundo a NOB – SUS 01/96 e pela NOAS – SUS 01/2002, Situação em Dezembro de 2002*. Acesso a 18 fev. 2003, na WWW: http://www.saude.gov.br/spa/situa_pend_gpab.htm.
- MS – Ministério da Saúde. (2002e). *Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em Atuação – Competência Outubro de 2002*. Acesso a 20 fev. 2003, na WWW: <http://www.saude.gov.br/equipes/quantosequipes1.htm>.
- MS – Ministério da Saúde. (2001a). Portaria nº 1.770. *Diário Oficial*, 24 set.
- MS – Ministério da Saúde. (2001b). Portaria nº 627. *Diário Oficial*, 25 maio.
- MS – Ministério da Saúde. (2001c). Portaria nº 1.419. *Diário Oficial*, 31 ago.
- MS – Ministério da Saúde. (2001d). Portaria nº 95. *Diário Oficial*, 26 jan.
- MS – Ministério da Saúde. (2001e). Portaria nº 2.034. *Diário Oficial*, 09 nov.
- MS – Ministério da Saúde. (2001f). Portaria nº 975. *Diário Oficial*, 05 jul.
- MS – Ministério da Saúde. (2001g). Portaria SAS nº 96. *Diário Oficial*, 01 jun.
- MS – Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2000a). *Assistência Farmacêutica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- MS – Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2000b). *Controle de Endemias*. Brasília: Ministério da Saúde.
- MS – Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2000c). *Agentes Comunitários de Saúde - PACS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- MS – Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2000d). *Combate às Carências Nutricionais - PCCN*. Brasília: Ministério da Saúde.
- MS – Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2000e). *Atenção Básica – PAB – Parte Fixa*. Brasília: Ministério da Saúde.

MS – Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (2000f). *Saúde da Família - PSF*. Brasília: Ministério da Saúde.

MS – Ministério da Saúde. (1999a). *Manual para Organização da Atenção Básica*. (4ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.

MS – Ministério da Saúde. (1999b). Portaria Conjunta SE/SAS nº 4. *Diário Oficial*, 25 maio.

MS – Ministério da Saúde. (1999c). Portaria nº 1.399. *Diário Oficial*, 15 dez.

MS – Ministério da Saúde. (1999d). Portaria nº 531. *Diário Oficial*, 03 maio.

MS – Ministério da Saúde. (1999e). Portaria nº 831. *Diário Oficial*, 25 jun.

MS – Ministério da Saúde. (1999f). Portaria Conjunta SE/SAS nº 42. *Diário Oficial*, 30 set.

MS – Ministério da Saúde. (1999g). Portaria nº 1.125. *Diário Oficial*, 31 ago.

MS – Ministério da Saúde. (1998a). Instrução Normativa nº 1/98. *Diário Oficial*, 06 jan.

MS – Ministério da Saúde. (1998b). Portaria nº 2.091. *Diário Oficial*, 03 mar.

MS – Ministério da Saúde. (1998c). Portaria nº 84. *Diário Oficial*, 09 fev.

MS – Ministério da Saúde. (1998d). Portaria nº 2.283. *Diário Oficial*, 11 mar.

MS – Ministério da Saúde. (1998e). Portaria nº 2.565. *Diário Oficial*, 05 maio.

MS – Ministério da Saúde. (1998f). Portaria nº 2.121. *Diário Oficial*, 10 mar.

MS – Ministério da Saúde. (1998g). Portaria nº 2.971. *Diário Oficial*, 16 jun.

MS – Ministério da Saúde. (1998h). Portaria nº 2.815. *Diário Oficial*, 29 maio.

MS – Ministério da Saúde. (1997a). Instrução Normativa nº 1/97. *Diário Oficial*, 23 maio.

MS – Ministério da Saúde. (1997b). Portaria nº 1.882. *Diário Oficial*, 22 dez.

MS – Ministério da Saúde. (1997c). Portaria nº 1.884. *Diário Oficial*, 22 dez.

MS – Ministério da Saúde. (1997d). Portaria nº 1.883. *Diário Oficial*, 22 dez.

MS – Ministério da Saúde. (1996). Portaria nº 2.203. *Diário Oficial*, 06 nov.

MS – Ministério da Saúde. (1995a). Portaria MS/SAS nº 15. *Diário Oficial*, 03 mar.

MS – Ministério da Saúde. (1995b). Portaria MS/SAS nº 15. *Diário Oficial*, 25 jul.

MS – Ministério da Saúde. (1994a). Portaria nº 1.827. *Diário Oficial*, 01 nov.

MS – Ministério da Saúde. (1994b). Portaria nº 1.834. *Diário Oficial*, 01 nov.

MS – Ministério da Saúde. (1993a). Portaria nº 545. *Diário Oficial*, 24 maio.

MS – Ministério da Saúde. (1993b). *Descentralização das Ações de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*. Brasília: Ministério da Saúde.

MS – Ministério da Saúde. (1992). Portaria SNAS/MS nº 234. *Diário Oficial*, 10 fev.

Mooney, G. H. (1983). Equity in Health Care: confronting the confusion. *Effective Health Care*, 4, (1).

Oliveira Júnior, M. (n.d.). *Critérios para Repasse dos Recursos Federais: Papel Redistributivo do Governo Federal (MS) e Estadual no Financiamento da Saúde*. Acesso a 10 fev. 2003, na WWW: <http://conselho.saude.gov.br/11conferencia/temas/Texto4Criterios.htm>.

OMS – Organização Mundial de Saúde. (1999). *Health Care Systems in Transition – Portugal 1999*. Acesso a 08 fev. 2003, na WWW: <http://www.euro.who.int/document/e68284.pdf>.

OMS – Organização Mundial de Saúde. (2000). *Health Care Systems in Transition – Spain 2000*. Acesso a 06 dez. 2002, na WWW: <http://www.euro.who.int/document/e70504.pdf>.

OMS – Organização Mundial de Saúde. (2001). *Health Care Systems in Transition – Italy 2001*. Acesso a 06 dez. 2002, na WWW: <http://www.euro.who.int/document/e73096.pdf>.

OMS – Organização Mundial de Saúde. (2002). *HiT Summary – Spain*. Acesso a 06 fev. 2003, na WWW: <http://www.euro.who.int/document/obs/SPASum112002.pdf>.

- Porto, S. M. (1995). Justiça Social, Equidade e Necessidade em Saúde. In: Piola, S. F. e Vianna, S. M. (Orgs.). *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília, DF: IPEA.
- Portugal. (1999). *Saúde em Portugal: Uma Estratégia para Virar o Século*. Acesso a 10 fev. 2003, na WWW: <http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/estrat.html>.
- Rawls, J. (2002). *Uma Teoria da Justiça* (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Reis, C. O. O., Ribeiro, J. C. R. e Piola, S. F. (2001). Financiamento das Políticas Sociais nos Anos 1990: O Caso do Ministério da Saúde. *Texto para Discussão nº 802*. Brasília, DF: IPEA.
- Sen, A. K. (2000). *Desenvolvimento como Liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Souza, R. R. (2001). A Regionalização no Contexto Atual das Políticas de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2), 451 – 455.
- Travassos, C. (1997). Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma Contribuição para Debate. *Cadernos de Saúde Pública*, 13, (2).
- Travassos, C., Viacava, F., Fernandes, C., e Almeida, C.M. (2000). Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 133 – 149.
- Ugá, M. A. D. (1994), Alocação de Recursos aos Prestadores de Serviços de Saúde: uma Proposta Preliminar para a Rede Pública Brasileira. *Saúde em Debate*, 45, 9 – 16.
- Viana, A. L. D., Lima, L. D., Oliveira, R. G. (2002). Descentralização e Federalismo: A Política de Saúde em Novo Contexto – Lições do Caso Brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (3), 493 – 507.
- Zucchi, P., Nero, C. e Malik, A. M. (1998). Gastos em Saúde: os Fatores que Agem na Demanda e na Oferta dos Serviços de Saúde. *Revista de Administração Pública*, 32 (5), 125 – 147.