

O ARCABOUÇO JURÍDICO-NORMATIVO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: PERCURSO DE SUA CONSOLIDAÇÃO

The normative legal framework of the process of decentralization and regionalization of health: consolidation path

Ivan Charles Fonseca Chebli¹, Marcélia Guimarães Paiva², Auta Iselina Stephan-Souza³

RESUMO

Este artigo discute o arcabouço jurídico normativo da regionalização em saúde como diretriz do Sistema Único de Saúde e é parte da pesquisa Estudo da Organização e Regionalização da Assistência de Média e Alta Complexidade na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. O Estudo, iniciado em 2006, aborda os marcos originários da descentralização, concebida desde a 3ª Conferência de Saúde, de 1963, concretizada a partir da Constituição de 1988, e analisa o desdobramento do processo de regionalização, a contribuição das agências internacionais, dos programas nacionais e destaca a importância da 8ª Conferência de Saúde para a criação do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de Saúde. Regionalização. Descentralização.

INTRODUÇÃO

Este texto inicia-se com a discussão sobre a descentralização das ações e serviços de saúde como estratégia de política pública. Essa descentralização é discutida desde 1963 e foi consagrada no texto da Constituição Brasileira de 1988.

Em 1963, foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde que apontava, no seu relatório final, para a “[...] descentralização progressiva da execução das tarefas assistenciais, com o reforço do serviço dos estados e municípios que são convenientemente assistidos, financeira e tecnicamente [...]”. Ao Ministério da Saúde caberia a tarefa de racionalizar meios e recursos para o alcance de melhores resultados sanitários frente à “[...] inelasticidade dos meios [...]” e a sua “[...] correta utilização [...]”, conforme aparece no discurso do Ministro da Saúde, Deputado Wilson Fadul.^{1,3} Mas a ruptura democrática promovida pelo golpe militar de 1964 abortou as reformas que o então Presidente João Goulart pretendia implementar, inclusive as do setor saúde.

ABSTRACT

This article discusses the normative legal framework of health regionalization as a guideline of the Unified Health System (SUS), and is part of the study Regionalization and Organization of Medium and High-Complexity Care in the Southeast Macro-region of Minas Gerais. The study, started in 2006, comprises the original decentralization milestones, conceived by the Third National Health Conference, in 1963, and included in the 1988 Brazilian Constitution, analyzes the development of the regionalization process, with the contribution of international agencies and national programs, and highlights the importance of the Eighth National Health Conference for the creation of the SUS.

KEYWORDS: Health Systems. Regional Health Planning. Decentralization.

Somente a partir da 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, o discurso reformista acerca do Sistema Nacional de Saúde ganha força, impulsionado pela crise econômica e política do Estado brasileiro pós-milagre econômico que repercutiu fortemente sobre o sistema previdenciário e de saúde.²

¹ Ivan Charles Fonseca Chebli, Odontólogo e técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora

² Marcélia Guimarães Paiva, Analista de Sistemas da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Especialista em Pesquisa e Planejamento em Saúde Coletiva. E-mail: marcelia.guimaraes@ufjf.edu.br

³ Auta Iselina Stephan-Souza, Professora dos Mestrados em Saúde Coletiva e Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Edital n. 004/2004. Projeto EDT 96/05

O quadro antigo de insatisfação com o sistema de saúde brasileiro agravou-se tanto pela entrada de contingentes cada vez maiores de trabalhadores no processo produtivo nos anos 70, com pesado ônus para um sistema da saúde anacrônico, como também pelas distorções produzidas pela predominância de interesses de grupos ligados ao chamado complexo médico-industrial, e mesmo pela indefinição das políticas públicas no enfrentamento da dicotomia entre ações de saúde de alcance coletivo ou individual. O resultado foi uma crise de larga proporção que exigiu do Estado, pelo menos, a ampliação da oferta de serviços. Para Souza (1980) *apud* Mendes³, a lei que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, em 1975, permitiu o: “[...] surgimento de programas experimentais que buscam modelos alternativos de organização de serviços, com o programa de extensão de cobertura de serviços de saúde adquirindo, neste contexto, um espaço para o seu desenvolvimento.”^{3:45}

Mas as crises dos setores de saúde, naquele momento, eram de escala global, o que levou os organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a recomendarem mudanças nas políticas de atendimento, visando à inclusão dos marginalizados, via extensão de cobertura, já que o acesso à saúde era “[...] inalcançável pela maioria das populações”^{3:55}. Das mudanças sugeridas resultou um novo paradigma, a Medicina Comunitária, também conhecida como Medicina Simplificada, Programas de Extensão de Cobertura, Atenção Primária à Saúde, entre outras denominações, que pode ser definido como:

[...] cuidados essenciais baseados em métodos práticos cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter, em cada fase do desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação.^{4:14}

Esse novo paradigma teve forte indução de Agências Internacionais, inclusive com financiamento para sua difusão e implantação através de recursos do Banco Mundial. A partir das experiências então em curso, desenvolveu-se:

*[...] um corpo doutrinário e conceitual baseado na regionalização, hierarquização e integração dos serviços, na ênfase em ações de cuidados primários desenvolvidos por pessoal auxiliar e na participação comunitária que visa orientar a implantação de programas de extensão de cobertura.*²

No Brasil, sua implantação se deu com a publicação do Decreto n. 78.307 de 24 de agosto de 1976⁵, que criou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), que tinha como uma das diretrizes básicas “[...] a disseminação de unidades de saúde, tipo minipostos, integradas ao sistema de saúde de uma região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos [...]” e a “[...] integração no nível dos diversos organismos públicos integrantes do sistema Nacional de Saúde”⁵.

As experiências de extensão de cobertura do PIASS subsidiaram uma proposta mais ambiciosa de um grande programa nacional de Medicina Comunitária, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAUDE), que tinha como objetivo ser o programa axial e nuclear das ações de saúde do Governo, de caráter interministerial e que atingiria, prioritariamente, áreas rurais, pequenos centros urbanos e áreas de maior densidade de pobreza das cidades de médio e grande porte. Mas, apesar do apoio oficial dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social a esta proposta, o PREVSAUDE não foi executado.

Na década de 1980, é realizada a 8ª Conferência de Saúde⁶, considerada um dos resultados do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Esta Conferência, segundo Nascimento⁷, apontou para:

*[...] a existência de consenso entre os participantes, sem deixar de destacar os aspectos polêmicos como a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde, se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. Mas, de fato, o consenso almejado era de aspecto doutrinário, onde se buscaram os princípios que deveriam nortear as reformas políticas desejadas, sem, contudo, enfrentar a diversidade de propostas quanto às formas de implementação.*⁷

É inquestionável a importância da 8ª Conferência para a Reforma Sanitária Brasileira, movimento social e político que mobilizou setores populares, profissionais de saúde e agentes políticos da oposição ao Regime em defesa da reforma do sistema de saúde brasileiro que, então, era excludente e calcado nos elementos estruturais da Medicina Flexneriana. O Presidente da República, na época, José Sarney, no discurso de abertura, disse que “[...] o governo, que fez da opção social sua meta prioritária, tem a obrigação de fazer a saúde dos cidadãos um bem tutelado pelo Estado e pela sociedade. [...] Aqui se definem os rumos de uma nova organização do sistema de saúde no Brasil [...]”⁷ e finalizava definindo a Conferência como a pré-constituente da saúde no Brasil.

O Relatório Final da 8ª Conferência¹ adota o conceito ampliado de saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde, remetendo ao Estado a responsabilidade de garantir a saúde como direito através da melhoria das condições de vida e do acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis.

Quanto ao Sistema Nacional de Saúde, a Conferência propõe sua reestruturação e a criação de um Sistema Único que represente a construção de um novo arcabouço institucional, separando a Saúde da Previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária. O novo Sistema Nacional de Saúde deveria reger-se pelos seguintes princípios e diretrizes: 1- descentralização na gestão dos serviços; 2- integralização das ações; 3- unidade na condução das políticas setoriais; 4- regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; 5- participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde; 6- fortalecimento do papel do Município; 7- introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida; 8- universalização em relação à cobertura populacional; 9- equidade em relação ao acesso.¹

O Relatório aponta ainda as diretrizes de financiamento do novo Sistema Único de Saúde (SUS) que deveria ser constituído de um orçamento social composto de distintos fundos sociais, cabendo à saúde uma parcela desses recursos, devendo, ainda, serem constituídos Fundos de Saúde da União, estados e municípios que seriam geridos de maneira colegiada por órgãos públicos e sociedade organizada.

Outra diretriz estratégica para o financiamento seria a “[...] prefixação de percentual mínimo sobre as receitas públicas [...]”¹ para o financiamento do setor saúde, que só seria efetivado a partir da aprovação, pelo Congresso Nacional, da Emenda Constitucional 29 de 14 de setembro de 2008, que vinculou compulsoriamente recursos orçamentários das três esferas de governo para o financiamento do SUS.

Mas ainda vigoravam as medidas emergenciais do início da década de 80 quando a crise econômica repercutiu sobre a Previdência Social. Como resultado, o governo criou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde (CONASAP), sobreposto ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e, em agosto de 1983, propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social.²

A Assembleia Nacional Constituinte convocada em 1987, mobilizou não só os partidos políticos e seus constituintes eleitos, mas também amplos setores da sociedade civil e de grupos de interesse. Para defender a Reforma Sanitária brasileira foi constituída, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que procurou influenciar os constituintes na redação da Carta Magna. Os reformistas de então retomam as bandeiras históricas do movimento e:

[...] de um discurso preventivista, voltado para a prática e educação médica, o movimento passou a apresentar um discurso médico-social, preocupado com os sistemas e políticas de saúde. Suas palavras de ordem eram politização, socialização, participação, universalização, regionalização, hierarquização e descentralização. As estratégias baseavam-se na intervenção no sistema nacional de saúde e sua unificação, a ocupação de espaços institucionais, a abordagem dos núcleos de poder e a prática política.⁹

Apesar do movimento das forças conservadoras e de centro que se uniram através de um bloco denominado “Centrão” para impedir que a difusão do discurso progressista das mudanças se transformasse em consenso entre os parlamentares, a pressão do movimento social, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, contribuiu para a vitória do discurso reformista. Pela primeira vez, uma constituição brasileira incorporou em seu texto uma seção sobre saúde no capítulo da Seguridade Social com a intenção de garantir o bem-estar e a justiça social e estabeleceu ainda a concepção de Seguridade Social como um conjunto de políticas e ações dirigidas à proteção social da população com um financiamento comum. No bojo dessas reformas, consolida-se a ideia do SUS.

CONSTITUIÇÃO DE 1988: A DESCENTRALIZAÇÃO COMO DIRETRIZ NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS

O direito à saúde como direito social e corolário do direito à vida só vem a ser reconhecido como tal, no Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que o consagrou como um direito subjetivo fundamental e um direito social inalienável.¹⁰

A Constituição¹⁰ ainda define o que são direitos e deveres individuais e coletivos e, no Art. 5º, estabelece a inviolabilidade do direito à vida, o direito à igualdade e à segurança, abrangendo esta o direito à integridade física e moral e à saúde. Também no Capítulo II, que trata dos

Direitos Sociais, o Art. 6º estabelece que, dentre outros, a saúde é um direito social.

Somente após dois anos da promulgação da Constituição Federal de 1988, ocorreu a regulamentação pelo Congresso Nacional das Leis Orgânicas da Saúde - as Leis Federais 8.080/90¹¹ e 8.142/90¹².

A Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, a primeira Lei Orgânica da Saúde, “[...] dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”¹¹. Esta Lei regulou, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde tanto públicos, como privados, também regulados pela normatividade estatal.

A primeira Lei Orgânica previu, ainda, que o financiamento do SUS dar-se-ia através das receitas da Seguridade Social e outras fontes, sem, contudo, estabelecer mecanismos eficientes de vinculação de mínimos orçamentários das três esferas de governo ao financiamento do SUS e, ainda, de transferência equânime de recursos da União, para estados e municípios.

Os vetos do então Presidente da República Fernando Collor de Melo a diversos dispositivos normativos da primeira Lei Orgânica, que tratavam das transferências de recursos fundo a fundo e da participação da comunidade no SUS, levaram a oposição parlamentar a se organizar e bloquear a pauta de interesse do governo federal no Congresso Nacional, forçando o governo a renegociar os vetos, resultando daí, três meses após a publicação da Lei 8.080/90, a segunda Lei Orgânica da Saúde.

A segunda Lei Orgânica da Saúde, a Lei Federal n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990¹², dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos intergovernamentais.

A Lei 8.142/90¹² estabeleceu a participação da população organizada através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde deveriam ser organizadas de quatro em quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde no nível de governo correspondente. As Conferências devem ser convocadas pelo Poder Executivo e/ou pelo Conselho de Saúde.

Outra instância colegiada de gestão do SUS instituída, em cada esfera de governo, pela Lei 8.142/90¹², foram os Conselhos de Saúde, órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço e trabalhadores do setor saúde. Esses órgãos são permanentes e deliberativos e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde na instância

correspondente, inclusive sob os aspectos econômicos e financeiros. As suas decisões, observadas suas competências e atribuições e sem prejuízo das competências legais do Poder Legislativo, serão homologadas pelo gestor.

A segunda Lei Orgânica¹² ainda estabeleceu requisitos para a transferência dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os estados federados e municípios, nos quais deveriam estar implantados os seguintes dispositivos: 1- Fundo de Saúde; 2- Conselho de Saúde; 3- Plano de Saúde; 4- Relatório de Gestão Anual; 5- Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; 6- Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários.

A DESCENTRALIZAÇÃO: AS MARGENS NO CENTRO DAS ATENÇÕES

As Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs) orientaram o processo de descentralização da saúde no Brasil, a partir dos anos 90, após a publicação das Leis Orgânicas da Saúde.

As NOBs são portarias do Ministério da Saúde que reforçam o poder regulamentador da direção nacional do SUS, representam instrumentos de regulação do processo de descentralização e tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Para Levcovitz, Lima e Machado¹³:

[...] os critérios e mecanismos de repasse/transferência dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo são peças essenciais da política de saúde, pois atuam como definidores de repartição de atribuições e competências e do grau de autonomia gestora de cada esfera de governo no sistema de saúde. Isto se deve ao fato de o financiamento federal do SUS representar um percentual significativo do gasto público setorial, em comparação ao gasto efetuado a partir de receitas fiscais próprias dos estados e municípios.^{13:273}

Para Carvalho^{14:444}, entretanto, as Normas Operacionais “[...] devem se revestir do caráter operacional, o que deve fazê-las extremamente dinâmicas. Não são para serem doutrinárias (doutrinas e princípios estão nas leis e só comportam textos explicativos e não normativos)”. Entretanto, além destes aspectos, as NOBs - todas elas, umas mais e outras menos - incorreram na ousadia de descumprir a Constituição Federal¹⁰ e as Leis 8.080¹¹ e 8.142/90¹².

A primeira editada foi a NOB 01/91, que, inicialmente, foi publicada como Portarias do INAMPS de números 15, 16, 17, 18, 19 e 20, e a Resolução 258, de 7 de janeiro

de 1991, que tinha como anexo a NOB 01/91. Posteriormente, em face de questionamentos sobre a legalidade de o INAMPS normatizar para o SUS, pois a Lei Federal 8.142/90, em seu Art. 5º, estabelece que “É o Ministério da Saúde, mediante Portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta Lei [...]”¹², o Ministério da Saúde reedita, então, a NOB 01/91, cumprindo a determinação legal.

Segundo Médiçi (1994) *apud* Levcovitz, Lima e Machado¹³, as mudanças mais significativas com a publicação da NOB 01/91 foram:

- 1 - *Uniformização da tabela de procedimentos e pagamento dos hospitais públicos e privados, com ou sem fins lucrativos;*
- 2 - *Criação de sistemas de informações informatizados que permitiram um acompanhamento mais fidedigno da produção dos serviços estaduais e municipais, bem como na implantação de mecanismos de controle e avaliação, reduzindo fraudes;*
- 3 - *A definição de critérios exigíveis para a descentralização dos recursos de custeio e de investimento.*^{13:274}

Os críticos da NOB 01/91 entendem que a imposição, por parte da União/Ministério da Saúde, de mecanismos de convênio para a realização de transferências de recursos para estados e municípios seria ilegal, pois a Legislação Infraconstitucional (Leis Orgânicas da Saúde) já havia estabelecido critérios e requisitos para a transferência regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais, segundo bases populacionais e outros, conforme disciplinou o Art. 35 da Lei 8.080.¹¹

Levcovitz, Lima e Machado¹³ entendem que houve uma ruptura com a antiga forma de programação da assistência à saúde conduzida e pactuada pelas Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS):

[...] com ausência de negociação e integração das instâncias de governo na montagem de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, o que dificultou a absorção das novas funções gestoras requeridas pelo SUS, em nível municipal e, principalmente, no plano estadual.^{13:274}

Os mesmos autores entendem, ainda, que:

A lógica do repasse financeiro para o custeio das ações de saúde favorecia a relação direta entre o nível federal e os municípios, com pouco poder de intervenção do nível estadual na definição dos critérios utilizados.^{13:275}

Desta forma, os estados federados perderam a capacidade de articulação, coordenação e negociação, mas, mesmo assim, entre 1991 e 1993, 1.074 municípios estabeleceram o convênio de descentralização administrativa com o extinto INAMPS. A NOB 01/91 vigorou até maio de 1993, quando foi substituída pela NOB 01/93, por meio da publicação da Portaria MS/GM nº 545 de 20 de maio de 1993¹⁵.

A instabilidade política e econômica dos primeiros anos da década de 90, que culminou com o primeiro “impeachment” de um presidente eleito no Brasil, teve forte impacto nas discussões da IX Conferência Nacional de Saúde em 1992.

O tema central da IX Conferência - “SUS: a municipalização é o caminho”¹⁶ - já estabelecia o eixo central que as discussões deveriam seguir, frente às principais dificuldades que o processo de descentralização e gestão da política de saúde enfrentava naquele período.

Após a Conferência, foi instituído um grupo tripartite - Grupo Especial de Descentralização - constituído por representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que produziu um documento intitulado “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, que estabelece as bases conceituais e operacionais da NOB 01/93¹⁵.

As novas estratégias adotadas pela NOB 01/93 para acelerar o processo de descentralização foram:

- respeito às diversidades locais regionais brasileiras, tanto sob seus aspectos econômicos e sociais, como sob os aspectos relacionados às diferentes capacidades e vontades de assunção das novas responsabilidades gerenciais e políticas pelas respectivas instâncias de governo;

- implementação, de forma progressiva, de modo a evitar rupturas bruscas que pudessem desestruturar políticas já existentes;

*- reconhecimento da importância das relações de parceria entre os gestores como base para a estruturação dos sistemas de saúde.*¹⁵

A NOB 01/93 criou três condições de gestão para os municípios: gestão incipiente, a gestão parcial e a gestão semiplena “[...] como níveis transicionais crescentes e coexistentes de gestão municipal e estadual, com competências e capacidades financeiras distintas”¹⁵. As condições de gestão para os estados foram definidas como Gestão Parcial e Gestão Semi-plena.

A NOB 01/93 institucionaliza o pacto federativo¹⁷ ao legitimar a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), constituída por representantes do Ministério da Saúde, Secretários de Estado da Saúde, organizados através do CONASS, Secretários Municipais de Saúde, indicados pelo CONASEMS, e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) em cada estado com representação dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde. Carvalho¹⁷ afirma que:

A CIT e CIBs foram a afirmação positiva de que entre um processo descentralizatório irresponsável seguido de furores recentralizadores aconteceu também um movimento de descentralização compartilhada e corresponsável. A persistência desse movimento, previsto na instituição do SUS, talvez seja uma demonstração do acerto.^{17:440}

A NOB 01/93 representou um avanço significativo ao implementar as transferências de recursos fundo a fundo previstas nas Leis Orgânicas da Saúde para os municípios habilitados na denominada Gestão Semiplena, observados os pré-requisitos para habilitação dos mesmos a esta condição de gestão. Tal fato se deu, porém, somente a partir da publicação do Decreto n. 1.232 de 30 de agosto de 1994¹⁸, da Presidência da República, que regulamentou as transferências de recursos federais fundo a fundo. A NOB 01/93, desta forma:

Radicalizou a relação direta entre o nível federal e o municipal com o modelo de gestão semiplena, pois não só rompeu com a exigência do instrumento convenial para a transferência de recursos, como preconizado pela NOB 91, como também honrou a transferência automática de recursos federais aos fundos municipais.^{13:277}

Aos estados, coube a assunção gradativa de atribuições regulatórias como a gestão do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar, a elaboração e acompanhamento da programação físico-financeira dos serviços ambulatoriais e, ainda, a consolidação e crítica do faturamento ambulatorial e hospitalar a ser apresentado ao Ministério da Saúde para pagamento.

As críticas à NOB 01/93 derivam de sua incapacidade de “[...] apontar soluções com relação à configuração de novas funções para as instâncias estaduais no sistema de saúde, nem definiu e garantiu recursos e instrumentos necessários à sua implementação”^{13:278}.

Além disso, sua concepção municipalista criou “[...] uma falsa e radical oposição entre a redistribuição de

funções entre as esferas de governo, de natureza político-administrativa, e a estruturação funcional do sistema de serviço de saúde de caráter operacional”. Outro problema foi a falta de consenso entre os gestores sobre a estratégia de regionalização quanto à “[...] sua configuração político-institucional e mesmo jurídica [...]”^{13:278}.

A partir das críticas à NOB 01/93 e da necessidade de se aprofundar o processo de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, surge a NOB 01/96, publicada como anexo da Portaria MS/GM n. 2.203 de 5 de novembro de 1996¹⁹, após longo processo de discussão envolvendo CONASS, CONASEMS, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

Os objetivos da NOB 01/96 podem ser assim sistematizados: 1- promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União; 2- caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, seja na prestação de ações e serviços de saúde ou na garantia da referência, explicitando um novo pacto federativo; 3- reorganizar o modelo assistencial, passando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde; 4- aumentar a participação percentual da transferência regular e automática dos recursos federais aos municípios e implementar esta modalidade de transferência aos estados, reduzindo a transferência por serviços produzidos; 5- fortalecer a gestão do SUS, compartilhada entre os governos municipais, estaduais e federal, através da Comissão Intergestores Tripartite e Comissões Intergestores Bipartites Estaduais, como espaços permanentes de negociação e pactuação; 6- estabelecer o vínculo entre o cidadão e o SUS, conferindo visibilidade quanto à autoridade responsável pela sua saúde, promovendo o cadastramento e a adscrição dos usuários ao território municipal.

Para o alcance destes objetivos, várias estratégias foram concebidas, como: 1- a elaboração do Planejamento e Programação Pactuada e Integrada da assistência entre os gestores (PPI Assistencial) que traduzisse as responsabilidades, metas, grade de referência intermunicipal, recursos e tetos financeiros, em todos os níveis de gestão, garantindo o acesso universal às ações e serviços de saúde, diretamente, ou através da referência intermunicipal; 2- o aprimoramento da organização e operação dos sistemas de regulação, controle, avaliação e auditoria, através da integração das ações dos municípios como os dos estados e Ministério da Saúde; 3- o aumento da transferência regular e automática dos recursos federais, com a criação de novos mecanismos e incentivos

financeiros a serem distribuídos segundo critérios de capacitação e organização da assistência à saúde nos estados e municípios; 4- a promoção e reorganização do modelo de atenção à saúde, adotando-se como estratégia principal a ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), através da criação de um incentivo financeiro de acordo com a população efetivamente coberta pelos programas.

A NOB 01/96 altera as condições de gestão previstas na NOB 01/93 e estabelece as modalidades Gestão Avançada e Plena do Sistema Estadual e Gestão Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema de Saúde para os municípios. Criou vários subtetos a serem transferidos para os municípios e estados de acordo com a habilitação e a implantação de programas específicos. Os principais foram: 1- Piso da Atenção Básica (PAB), que seria o primeiro recurso per capita para o financiamento da atenção básica em todos os municípios; 2- Fração Assistencial Especializada (FAE) para o financiamento das ações ambulatoriais de média e alta complexidade; 3- Teto Financeiro de Vigilância Sanitária para o custeio das ações de vigilância sanitária; 4- Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças para o custeio das ações de epidemiologia.

Entretanto, a implementação efetiva da NOB 01/96 deu-se somente a partir de 1998, sendo que, no intervalo entre sua publicação e a entrada em vigor, o Ministério da Saúde publicou uma série de portarias que:

[...] acabaram por alterar significativamente o conteúdo original da NOB, particularmente no que se refere às formas e aos instrumentos de financiamento específicos nela previstos. Pode-se dizer que a NOB SUS 01/96 nunca foi integralmente implementada em seu modelo inicial.^{13:279}

As mudanças na gestão do Ministério da Saúde provocaram uma paralisia no processo de habilitação de estados e municípios e, para Carvalho^{17:442}, a “[...] junção de dois itens: impossibilidade de continuar habilitando na NOB antiga e impossibilidade de habilitar na nova (cerca de trinta indefinições) causou a natimortalidade da NOB 96”.

Apesar das críticas, a NOB 01/96 inovou ao criar o PAB, que rompe com a modalidade de pós-pagamento vinculada à produção de serviços, embora os valores definidos (de R\$ 12,00 a R\$ 18,00 habitante/ano) fossem claramente insuficientes para a construção de um novo modelo assistencial em saúde sem os elementos estruturais da Medicina Flexneriana, pois:

[...] o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer e estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes.¹⁹

A partir de 1998, houve um intenso processo de habilitação de municípios às condições de gestão previstas na NOB 01/96 com aumento significativo de transferências de recursos diretamente do Fundo Nacional para os Fundos municipais de saúde, em substituição à anterior lógica de remuneração por serviços produzidos pagos diretamente aos prestadores, ampliando, assim, a capacidade de gestão e negociação dos gestores municipais. Conforme pode ser visto na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - Indicadores de evolução da descentralização no SUS, segundo as NOBs 93 (vigência 94/97) e 96 (vigência 98/00) - posição final de cada exercício

Indicador/ano	Dez/94	Dez/95	Dez/96	Dez/97	Dez/98	Dez/99	Dez/00
Número de municípios recebendo recursos “fundo a fundo”	24	56	137	144	5.049	5.350	5.450
Número de estados recebendo recursos “fundo a fundo”	—	—	—	—	2	7	8
Percentual da população residente nos municípios/estados que recebem “fundo a fundo”	4,4%	9,34%	15,9%	17,3%	89,9%	99,3%	99,7%
Percentual do total de recursos assistenciais transferidos “fundo a fundo”	6,2%	12,5%	22,9%	24,1%	52,5%	58,1%	60,7%

Fonte: Brasil²⁰

Apesar do significativo número de estados e municípios habilitados nas condições de gestão previstas pela NOB 01/96, vários problemas e obstáculos foram identificados durante sua implementação: 1- o processo de habilitação extremamente cartorial, compreendendo apenas o cumprimento de requisitos formais que pouco informam sobre o funcionamento real do SUS na esfera de governo correspondente; 2- financiamento do sistema fortemente vinculado à lógica da oferta de serviços, atrelado à série histórica de gastos e produção, à capacidade instalada e à pressão dos prestadores de serviços de saúde, dentre outras dificuldades de implementação eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta discussão, que situou o arcabouço jurídico-normativo do processo de descentralização e regionalização da saúde, buscando analisar o percurso de sua consolidação, contribui para ampliar a compreensão sobre os componentes históricos que cercaram a implementação da descentralização do SUS.

A abordagem histórica complementada por aportes jurídicos enriquece as discussões presentes que almejam um SUS cada vez mais resolutivo a superar os limites de ordem burocrático-financeiros e os originários da formação do corpo técnico que operacionaliza no cotidiano as ações de saúde.

Relembrar a história e o começo de todo um processo de regionalização que tem se mostrado profícuo, apesar da conjuntura econômica e política mundial adversa, que preconiza a minimalização dos recursos aplicados na esfera social, tem encontrado, no Brasil, um terreno propício e possível para a continuidade de políticas que assegurem a ampliação do acesso aos bens sanitários, num processo ascendente em direção à ampliação do direito social.

Este artigo introduz os resultados da investigação que trata das dificuldades físicas, econômicas, culturais e sociais que têm suscitado a apreciação sistemática dos gestores públicos na busca de soluções seguras que possam viabilizar os importantes ganhos políticos da Constituição Federal de 1988. Até o presente, tem sido mantida a chama para garantir o pensamento da Reforma Sanitária e fazer frente aos desdobramentos econômicos do projeto político neoliberal, em curso na esfera mundial, com fortes incursões na política de saúde brasileira.

REFERÊNCIAS

1. 3ª Conferência Nacional de Saúde; 1963; Brasília, BR. Niterói: Fundação Municipal de Saúde; 1992. [Citado em: 10 jan. 2008]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_CNS_anais.pdf.
2. Macedo CG. Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos. In: 7ª Conferência Nacional de Saúde, 1980, Brasília. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 1980. [Citado em: 10 jan. 2008]. Disponível em: www.saude.gov.br.
3. Mendes EV. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e nas tecnologias médicas. Belo Horizonte: PUC/MG/Finep; 1984.
4. Organização Mundial de Saúde. Os Cuidados primários de saúde. In: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS; set. 1978. Brasília: UNICEF; 1979.
5. Brasil. Decreto nº 78.307 de 24 de agosto de 1976. [Citado em: 10 out. 2006]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=207297&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>.
6. 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986; Brasília, BR. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. [Citado em: 10 jan. 2008]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.
7. Nascimento A. História da 8ª Conferência Nacional de Saúde: contexto histórico. [Citado em: 20 fev. 2008]. Disponível em: <http://www.universidadesaudavel.com.br/%20index.php?>.
8. Brasil. Emenda Constitucional nº 29 de 14 de setembro de 2000. [Citado em: 20 fev. 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm.
9. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998.
10. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. 292p.
11. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a. [Citado em: 10 out. 2006]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.

12. Brasil, Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990b. [Citado em: 10 out. 2006]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm.
13. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. saúde coletiva* 2001;6(2):269-318.
14. Carvalho GI. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciênc. saúde coletiva* 2001;6(2):435-444.
15. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria GM/MS nº 545 de 20 de maio de 1993. [Citado em: 10 out. 2006]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_09.pdf.
16. 9ª Conferência Nacional de Saúde; 1992; Brasília, BR. Brasília: Ministério da Saúde; 1993. [Citado em: 10 jan. 2008]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf.
17. Carvalho GI, Santos L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90). 3ª ed. Campinas: UNICAMP; 2001.
18. Brasil. Decreto de Lei nº 1.232 de 30 de agosto de 1994. [Citado em: 10 jan. 2008]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/16_Decreto_1232.pdf.
19. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria GM/MS nº 2.203 de 5 de novembro de 1996. [Citado em: 23 set. 2001]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html.
20. Ministério da Saúde. (Brasil). Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Organização e programação da assistência: subsídios para a programação da assistência ambulatorial e hospitalar. Versão preliminar. Brasília: Ministério da saúde; 2001. [Citado em: 26 set. 2006]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala2180.pdf>.

Submissão: outubro de 2009

Aprovação: agosto de 2010
