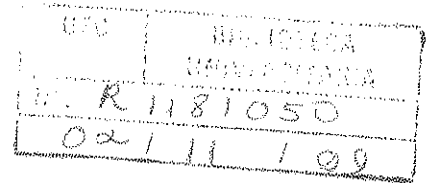


2010-11  
R 1181050  
02/11/97

LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE



## GESTÃO E FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE À LUZ DAS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Comunitária, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Epidemiologia.

Orientador: Prof. RICARDO JOSÉ SOARES PONTES

*Handwritten notes:*  
11/11/97  
11/11/97  
11/11/97

FORTALEZA - CEARÁ

Dezembro, 1997

FC-00007752-1



Andrade, Luiz Odorico Monteiro de  
Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde à  
Luz das Normas Operacionais Básicas, Luiz Odorico  
Monteiro de Andrade Fortaleza, 1997 130p.

Dissertação (Mestrado - Epidemiologia) Universidade  
Federal do Ceará - Departamento de Saúde  
Comunitária

1.Gestão. 2.Financiamento. 3. Sistema Único de Saúde.

Volto armado de amor  
para trabalhar cantando  
na construção da manhã  
reparto a minha esperança  
e canto a clara certeza  
do dia novo que vem

Thiago de Mello

## DEDICATÓRIA

---

Para Maria Valda e Francisco Elias (in memorian), com carinho pelo apoio incondicional.

Para Ivana, com amor, pelo seu companheirismo em todos os momentos

Para Daniel, que realizou em mim a alegria de ser pai

Para a população e as equipes das administrações municipais de Icapuí, Quixadá e Sobral, com quem nos últimos anos tenho compartilhado sonhos e realizações na construção de Sistema Único de Saúde no Brasil.

Para as populações dos milhares de municípios brasileiros na esperança de que sejam superadas as profundas iniquidades sociais existentes neste país.

## AGRADECIMENTOS

---

Ao Professor Ricardo José Soares Pontes pela sua paciência com relação à minha inquietude e a necessidade de conciliar a elaboração deste estudo com a tarefa de gestor municipal.

Ao Professor José Jackson Coelho Sampaio pelo apoio e estímulo na elaboração deste trabalho.

Aos companheiros Tomaz Martins Junior, Neusa Goya e Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto pela inestimável colaboração e produtiva troca de idéias nas nossas discussões sobre a temática aqui abordada.

Aos companheiros Alcides Miranda e Gabriela Godoy pelos instigantes debates acerca da saúde pública e a melhoria dos sistemas de informação em saúde.

À Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, que apoiou este estudo desde o início na pessoa de sua atual superintendente, Dra. Sílvia Mamede Studart, meus agradecimentos.

Aos Prefeitos e amigos, José Airton Cirilo Félix, Francisco José Teixeira, Ilário Gonçalves Marques e Cid Ferreira Gomes, pelas oportunidades de concretizar na prática, grande parte de nossos sonhos de construir um melhor Sistema de Saúde para nossos irmãos Cearenses.

Aos companheiros secretários municipais de saúde do Ceará e do Brasil representados pelo CONESEM-CE e CONASEM-BR, entidades que muito contribuíram para o meu crescimento profissional, e hoje, são âncoras na defesa do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Aos companheiros Helly Pinheiro Ellery e Ana Ecilda Ellery pela fraternidade vivida ao longo de nossa amizade.

À Raimundo Nonato Costa, amigo e guia de nosso transporte por muitos quilômetros rodados entre Quixadá e Fortaleza para o comparecimento as aulas do mestrado.

## RESUMO

No presente estudo pretendeu-se analisar o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e o processo de sua regulamentação com a publicação da Lei Orgânica da Saúde que é composta das Leis 8.080/90 e 8.142/90 e de sua operacionalização com as Normas Operacionais Básicas (NOB), instrumentos de regulamentação da situação transicional do sistema de saúde herdado pelo SUS do período anterior. Até o presente estudo foram publicadas quatro NOB. A NOB 01/91 oficializou o SIA/SUS e SIH/SUS como mecanismos de transferência de recursos, através de convênio, para os Estados e Municípios. Utilizou como parâmetros a Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA e internamento de 10% da população/ano. Os Estados e Municípios eram considerados para o Ministério da Saúde como Prestadores de Serviços. A NOB-SUS 01/93 que manteve os SIA/SUS e SIH/SUS, porém criou três alternativas de enquadramento de gestão para Estados e Municípios: Incipiente e parcial (prestadores), e semi-plena (gestores). A NOB-SUS 01/96 que criou a gestão Plena da Atenção Básica e a Plena do Sistema Municipal. Esta NOB previu a municipalização das ações de Epidemiologia e Vigilância Sanitária, criou o Piso Nacional de Ação Básica garantindo um valor *per capita* nacional único para as ações básicas de saúde. Chama-se a atenção para o pouco cumprimento nestas NOB dos critérios definidos pelo artigo 35 da Lei 8.080/90 para o financiamento das ações e serviços de saúde.

## ABSTRACT

The study analyzes the creation of the public health insurance system (Sistema Único de Saúde - SUS) and its regulation by the statutes 8.080/90 and 8.142/90. The implementation using the Basic Operational Norms (BON), which are tools created to operationalize and regulate transitional situations from the previous SUS to the present. The first one to be analyzed was the BON-SUS 01/91. It was found that the Outpatient Information System (OIS)/SUS and Hospital Information System (HIS)/SUS functioned as a mechanism to transfer grants, through an agreement between the federal, state and local Governments. The parameters used to transfer grants, were the unit of outpatient coverage and the hospitalization of 10% of the population per year. The states and municipalities were considered, by the Ministry of Health, as providers of health services. The second BON that was analyzed was the BON-SUS 01/93 which maintained the OIS-SUS and the HIS-SUS. However, alternatives of classification of management were established for states and municipalities: Initial, partial (for providers of health services) and semi-total (managers). A third BON was the BON-SUS 01/96 which created full management of basic health services and full management of the local health system. This BON meant to decentralize the health information system local level and created the national limit of funds for primary health. It should be noted that the BON were not fully implemented according to the criteria defined by the article 35 of the statute 8080/90 on financing the health services activities.



## SUMÁRIO

1. Introdução	19
2. Evolução das Políticas de Saúde no Brasil	22
2.1 Do Nascimento da Saúde Pública ao Movimento Pré-SUS	22
2.2 O Nascimento do SUS	31
3. A Regulamentação do Sistema Único de Saúde	35
4. A Situação do Financiamento à Luz das Normas Operacionais Básicas	38
4.1 Gestão e Financiamento à Luz da NOB-SUS 01/91	38
4.1.1 Financiamento das internações hospitalares	39
4.1.2 Financiamento das atividades ambulatoriais	41
4.2 A NOB-SUS 01/92 e o Movimento Pré NOB-SUS 01/93	49
4.3 Gestão e Financiamento à Luz da NOB-SUS 01/93	52
4.3.1 A NOB-SUS 01/93: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei.	52
4.3.2 Gestão e Financiamento à luz da NOB-SUS 01/93	63
4.3.2.1 O Financiamento com Recursos Arrecadados pela União	64
4.3.2.1.1 O Financiamento das Atividades Ambulatoriais	64
4.3.2.1.2 O Financiamento das Atividades Hospitalares.	66
4.3.3 Das Condições de Gestão	67
4.4 Gestão e Financiamento à Luz da NOB-SUS 01/96	76
4.4.1 Sistema de Saúde Municipal	78
4.4.2 Relação entre os Sistemas Municipais	80
4.4.3 Papel do Gestor Estadual	81
4.4.4 Papel do Gestor Federal	82
4.4.5 As Bases para um Novo Modelo de Atenção à Saúde	83

4.4.6 O Financiamento das Ações e Serviços de Saúde	84
4.4.6.1 Tetos Financeiros dos Recursos Federais	85
4.4.6.2 Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	88
4.4.7 Programação, Controle, Avaliação e Auditoria	90
4.4.7.1 Programação Pactuada e Integrada - PPI	90
4.4.7.2 Controle, Avaliação e Auditoria	90
4.4.8 Condições de Gestão do Município	91
4.4.9 Condições de Gestão do Estado	96
5. Análise Comparativa das NOB	100
6. Considerações Finais	114
7. Bibliografia	117
8. Anexos	130
8.1 Anexo 01	
NOB - SUS 01/91: Portarias de Número 15 a 20 de 08 de Janeiro de 1991.	
Resolução Número 258 de 07 de Janeiro de 1991	
8.2 Anexo 02	
NOB-SUS 01/92	
8.3 Anexo 03	
NOB-SUS 01/93	
8.4 Anexo 04	
NOB-SUS 01/96	

## SIGLAS

AIH - Autorização de Internamento Hospitalar

CES - Conselho Estadual de Saúde

C.F. - Constituição Federal

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Asúde Previdenciária

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

DF - Distrito Federal

FAE - Fator de Apoio ao Estado

FAM- Fator de Apoio ao Município

FEM - Fator de Estímulo à Municipalização

FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa  
Universitária em Saúde

FNS - Fundo Nacional de Saúde

IEC - Informação, Educação e Comunicação

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

IVR - Índice de Valorização de Resultado

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

PAB - Piso Assistencial Básico

PASC - Programa Agente de Saúde Comunitário

PBVS - Piso Básico da Vigilância Sanitária

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PSF - Programa Saúde da Família.

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIH - Sistema de Informação de Autorização de Internamento Hospitalar

SUDS - Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TFA - Teto Financeiro da Assistência

TFECD - Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças

TFG - Teto Financeiro Global

TFGM - Teto Financeiro Global do Município

TFHE - Teto Global do Estado

TFVS - Teto Financeiro da Vigilância Sanitária

UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial

UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial

US - Unidade de Serviço

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO I</b>	27
Principais competências das esferas de governo segundo a Lei nº 6229/75.	
<b>QUADRO II</b>	28
Marcos administrativos nas políticas de saúde pública no Brasil 1920 à 1975	
<b>QUADRO III</b>	37
Normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde	
<b>QUADRO IV</b>	39
Portarias 15, 16, 17, 18, 19 e 20 de 08 de janeiro de 1991, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e principais resoluções	
<b>QUADRO V</b>	45
Exigências da NOB-INAMPS 01/91 para repasses de recursos para Estados e Municípios	
<b>QUADRO VI</b>	46
Instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação da execução das ações e serviços de saúde - NOB-SUS 01/91	
<b>QUADRO VII</b>	54
Pressupostos da proposta de descentralização das ações e serviços de saúde contidas no "Documento da Ousadia" que foi base para elaboração da NOB-SUS 01/93	

<b>QUADRO VIII</b>	55
Proposta de modelo assistencial do "Documento da Ousadia" a ser construído com a implantação da NOB-SUS 01/93	
<b>QUADRO IX</b>	58
Desafios a serem enfrentados na questão do financiamento da saúde - propostas do "Documento Ousadia" que fundamentou a NOB-SUS 01/93	
<b>QUADRO X</b>	61
Propostas do "Documento da Ousadia" de redefinição das competências das três esferas de governo - NOB-SUS 01/93	
<b>QUADRO XI</b>	62
Processo das situações transicionais para estados e municípios proposto pelo "Documento da Ousadia" para a NOB-SUS 01/93	
<b>QUADRO XII</b>	64
Órgãos colegiados componentes do fluxo decisório definidos pela NOB-SUS 01/93	
<b>QUADRO XIII</b>	68
Responsabilidades/prerrogativas dos municípios nas diferentes condições de gestão	
<b>QUADRO XIV</b>	69
Requisitos para as diferentes condições de gestão dos municípios	
<b>QUADRO XV</b>	70
Operacionalização nas diferentes condições de gestão dos municípios	

<b>QUADRO XVI</b>	71
Responsabilidades/prerrogativas dos estados nas condições de gestão parcial e semi-plena e incipiente	
<b>QUADRO XVII</b>	72
Requisitos para os estados nas condições de gestão parcial, semi-plena e incipiente	
<b>QUADRO XVIII</b>	86
Operacionalização das condições de gestão parcial, semi-plena e incipiente para os estados	
<b>QUADRO XIX</b>	81
Papéis básicos e apoio logístico do estado no processo de construção do SUS - NOB-SUS 01/96	
<b>QUADRO XX</b>	82
Papéis básicos e apoio logístico do gestor federal no processo de construção do SUS NOB-SUS 01/96	
<b>QUADRO XXI</b>	86
Tetos financeiros estabelecidos pela NOB-SUS 01/96	
<b>QUADRO XXII</b>	87
Frações, pisos e índices estabelecidos pela NOB-SUS 01/96	
<b>QUADRO XXIII</b>	93
NOB SUS 01/96: responsabilidades dos municípios nas diferentes condições da gestão	



<b>QUADRO XXIV</b>	94
NOB SUS 01/96: requisitos aos municípios nas diferentes condições da gestão	
<b>QUADRO XXV</b>	95
NOB SUS 01/96 - prerrogativas dos municípios nas diferentes condições de gestão	
<b>QUADRO XXVI</b>	97
NOB SUS 01/96 - prerrogativas dos estados nas diferentes condições de gestão	
<b>QUADRO XXVII</b>	98
NOB SUS 01/96 requisitos aos estados nas diferentes condições da gestão	
<b>QUADRO XXVIII</b>	99
NOB SUS 01/96: responsabilidades dos estados nas diferentes condições da gestão	
<b>QUADRO XXIX</b>	102
Análise comparativa entre as NOB 01/91, 01/93 e 01/96 no contexto do financiamento para o setor saúde	
<b>QUADRO XXX</b>	109
Critérios para a transferência de recursos do SUS definidos no Artigo 35 da Lei 8.080 e a utilização destes critérios pelas normas operacionais básicas editadas pelo Ministério da Saúde no período 1991/1996	

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA I</b>	40
Distribuição de autorização de internações hospitalares por estados definidas pela Portaria número 19 de 08/01/91, Ministério da Saúde, Brasil	
<b>TABELA II</b>	42
Valor <i>per capita</i> da unidade de cobertura ambulatorial(UCA) para financiamento das ações ambulatoriais diferenciado por seis grupos de estados . Valores janeiro de 1991	
<b>TABELA III</b>	43
Valor <i>per capita</i> da UCA para financiamento das ações ambulatoriais diferenciado por cinco grupos de estados . Valores de julho de 1991	
<b>TABELA IV</b>	51
Número de municípios brasileiros municipalizados pela NOB-SUS 01/91 no período 1991/1993	
<b>TABELA V</b>	75
Situação de Habilitação de Municípios de Acordo com a NOB/SUS 01/93, por Estado e Região do Brasil	
<b>TABELA VI</b>	105
População das Unidades Federativas com os tetos atuais e valores <i>per capita</i> /96 e a proposta da Secretaria de Assistência à Saúde para construção do novo <i>per capita</i> com a aplicação do PAB de R\$12,00/ano, conforme proposto pela NOB/96.	

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA I</b>	36
Mecanismo de repasse segundo Artigo 35 da Lei nº 8.080/90	
<b>FIGURA II</b>	48
Mecanismo de repasse para assistência previsto na NOB SUS 01/91	
<b>FIGURA III</b>	60
Fluxo decisório entre estruturas colegiadas e Comissões Intergestores no processo de municipalização proposto pela NOB-SUS 01/93	
<b>FIGURA IV</b>	74
Mecanismo de repasse para assistência previsto na NOB 93	
<b>FIGURA V</b>	89
Mecanismo de repasse para assistência previsto na NOB 96	

## 1. INTRODUÇÃO

---

A Constituição brasileira de 1988 criou o conceito de Seguridade Social, composto por um tripé: Saúde, Previdência e Assistência Social. Na saúde foi instituído o Sistema Único de Saúde. Criaram-se as bases legais para garantir saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Com a seguridade Social está garantida a universalidade dos cidadãos às ações e serviços de saúde. Do ponto de vista do desenvolvimento do arcabouço jurídico-institucional, este foi um dos maiores avanços em termos de política social no Brasil na sua história recente.

Diferenças significativas demarcam o SUS do sistema anterior. Uma delas é a garantia da existência de um sistema articulado em todas as esferas de Governo: União, Estados e Municípios. Outra é a construção de suas bases em princípios norteadores únicos, pois, anteriormente, cada esfera de governo tinha a sua política e muitas vezes dentro de um mesmo nível, instituições desenvolviam políticas de saúde desarticuladas.

Outra mudança significativa foi a introdução de princípios doutrinários, onde destaca-se o princípio da universalidade, rompendo radicalmente com o sistema anterior, excludente, que dava acesso ao atendimento só aos contribuintes do sistema previdenciário.

O princípio da integralidade foge da lógica de ter todos os serviços funcionando com base na assistência médica individual-curativa, uma prática introduzida pelo antigo INAMPS. A própria Lei do Sistema Nacional de Saúde de

1975 definia como atribuições do Ministério da Saúde a assistência coletiva, e do Ministério da Previdência Social as ações de caráter individual. Vale ressaltar que era justamente no Ministério da Previdência onde estava alocada a maior parte dos recursos investidos em saúde.

Com o surgimento do SUS, todas as atividades tidas de saúde coletiva e individual são unificadas no Ministério da Saúde, ficando no Ministério da Previdência Social as atividades de Previdência e Assistência Social.

De 1988 até hoje, vários processos foram estabelecidos no sentido de operacionalizar a adequação da máquina pública da União, Estados e Municípios para a implantação do Sistema Único de Saúde. Nesta perspectiva, destaca-se a Lei Orgânica da Saúde que é composta das Leis 8.080/90 e 8.142/90.

Em relação ao financiamento do setor, o artigo 35 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 estabelece critérios claros para definição de uma política alocativa.

Após a edição da Lei Orgânica, e na tentativa de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080, o Ministério da Saúde passou a editar as Normas Operacionais Básicas. Estas vêm sendo utilizadas como mecanismo regulador do processo de estadualização e municipalização das ações e serviços de saúde.

Este estudo objetivou fazer uma análise da gestão e financiamento do SUS no período posterior à Constituição de 1988 e à Lei Orgânica da Saúde, de 1990.

Neste período foram editadas quatro Normas Operacionais pelo Ministério da Saúde. Estas Portarias fizeram-se acompanhadas de forte conteúdo doutrinário, buscando reforçar a necessidade de fortalecer o Sistema Único de Saúde.

Utilizou-se como fonte de informações as próprias Normas Operacionais do Sistema Único de Saúde do período de 1990 à 1996, complementadas por informações extraídas da literatura especializada. Procurou-se realizar um estudo descritivo-analítico das NOB, elaborando-se quadros para uma melhor compreensão das mesmas.

O presente trabalho compõe-se de quatro capítulos. O primeiro, fruto de uma revisão de literatura especializada em políticas de saúde, analisou a evolução das políticas de saúde neste século no Brasil.

O segundo, também a partir de fontes da literatura, faz uma análise de todo o processo percorrido para a regulamentação do Sistema Único de Saúde.

Em seguida, no terceiro capítulo, foi feito um estudo de como vem evoluindo a política de gestão e financiamento dentro de uma análise documental das Normas Operacionais Básicas, que regulamentaram e regulamentam o processo de descentralização e financiamento dos serviços e ações de Saúde.

Finalmente, no capítulo quarto, à título de considerações finais, procurou-se discutir, dentro da evolução das Normas Operacionais Básica editadas, as correlações existentes entre elas, bem como suas relações com o Artigo 35 da Lei 8.080/90.

## 2. EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

---

### 2.1 DO NASCIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA AO MOVIMENTO PRÉ-SUS

Durante todo o período colonial, e mais precisamente até meados do século XIX, no Brasil, os problemas de saúde e higiene ficavam sob responsabilidade das localidades. Elas tomavam medidas contra a imundície das ruas e quintais. A assistência à população pobre e indigente ficava sob responsabilidade da iniciativa filantrópica de figuras de importância econômica e social, e de instituições beneficentes, ligadas à Igreja Católica, como as Santas Casas de Misericórdia. A parcela restante da população buscava socorro dos médicos existentes, ou então de cirurgiões, barbeiros, sangradores, empíricos, curandeiros, parteiros e curiosos (COSTA,1985).

Uma característica desta época foi o predomínio das chamadas doenças pestilenciais, principalmente varíola, febre amarela, malária e tuberculose. Predominava uma precária organização dos serviços de saúde, pois a sociedade colonial não se armou com medidas capazes de enfrentar o perigo da morbidade e da mortalidade (MACHADO,1978).

É neste período, entre o fim da monarquia e início da República Velha, que a sociedade brasileira iniciou a constituição do seu estado moderno, marcado pelo predomínio dos grupos sociais vinculados à agroexportação cafeeira. Foi aí que se

deu o nascimento da saúde pública no Brasil, o que caracterizou-se por um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias. Este fato representou uma profunda mudança nas práticas dominantes até então. Em relação ao saber médico-sanitário destacou-se a adoção dos saberes fundamentados pela bacteriologia e microbiologia e o questionamento dos saberes tradicionais baseados na teoria dos miasmas (MERHY, 1992) .

GARCIA (1989), ressalta que este fenômeno foi comum não só ao Brasil mas à toda América Latina, e que nele predominaram: "a) hegemonia do modelo etiológico baseado no controle dos insetos e animais vetores; b) concentração da investigação em instituições estatais; c) influência do modelo organizativo, do Instituto Pasteur, da França, para as instituições científicas."

Este processo foi marcante em dois estados brasileiros, Rio de Janeiro e São Paulo, por possuírem as oligarquias estaduais hegemônicas na época. Neste período dois personagens tiveram papel estratégico no desenvolvimento destas políticas, Osvaldo Cruz no Rio, e Emílio Ribas em São Paulo. Ambos, formados na "Escola Pasteuriana", tinham como meta superar uma perspectiva que consideravam como não científica - aquela que via na teoria miasmática a base para pensar o processo saúde /doença, substituindo-a pela teoria bacteriológica, considerada como científica e mais adequada para organizar a intervenção no campo da saúde (MERHY, 1992)

Neste período podemos destacar algumas realizações importantes que marcaram profundamente a sociedade brasileira daquela época: a) Reforma urbana do Rio de Janeiro ;b) Reforma urbana da cidade portuária de Santos em São Paulo.; c) Criação do Instituto Osvaldo Cruz no Rio de Janeiro ; d) Criação do Instituto Vital



Brasil ;e) Leis e códigos que davam vida à política de saúde (OLIVEIRA & TEIXEIRA,1989).

LUZ (1979) enfatiza que nesta época tem início uma estruturação do Sistema de Saúde Pública, que pode ser denominado sanitarismo campanhista, e que predominou do início do século até meados dos anos 60. O modelo agroexportador vigente na economia brasileira, naquele período, exigia basicamente uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e o controle de doenças que prejudicassem a exportação. Neste sentido o sanitarismo brasileiro, do início do século, guarda uma relação muito próxima com a idéia de polícia médica desenvolvida na Alemanha e com a medicina urbana desenvolvida na França.

BRAGA & PAULA(1981) mostram que na década de 20, especificamente no ano de 1923, com a "Lei Eloy Chaves", surge a previdência Social no Brasil com a Criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões - CAP. A partir de 1926 a assistência médica é incorporada como uma atribuição das CAP.

OLIVEIRA & TEIXEIRA(1989) ressaltam que no início da década de 30, na previdência social brasileira, sob a doutrina do seguro e com orientação economizadora de gastos, ocorre a organização dos Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAP, estruturados por categorias profissionais .

Enfatizam ainda que, a preocupação da Previdência Social era com vistas a uma acumulação, tendo para isso de conter despesas. Desta forma, a assistência médica colocou-se como função provisória e secundária. Ela era prestada principalmente nos centros urbanos por médicos em prática privada, estando a

assistência hospitalar concentrada nas misericórdias, pertencentes a instituições religiosas ou filantrópicas.

O processo de industrialização acelerada que o Brasil viveu, a partir da década de 50, determinou um deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou uma massa operária que deveria ser atendida, pelos serviços de saúde. A partir deste período passa a configurar-se o denominado modelo médico-assistencial privatista, que vigorará hegemônico de meados dos anos 60 até meados dos anos 80 (LUZ, 1979).

Institucionalmente, os IAP são substituídos, em 1966, por um único e poderoso Instituto Nacional da Previdência Social -INPS, o que significou a uniformização dos benefícios numa Previdência Social concentrada e um crescimento da demanda por serviços médicos em proporções muito superiores à capacidade de atendimento então disponível nos hospitais e ambulatórios dos antigos Institutos da Previdência.

Para OLIVEIRA & TEIXEIRA (1989), as principais características desse modelo são as seguintes:

- a) Uma pretendida extensão da cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural;
- b) O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- c) A criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
- d) O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento da produção privada desses serviços."

Este modelo médico-assistencial assenta-se na garantia de que o Estado é o seu grande financiador através da previdência social, o setor privado nacional

assistencial-curativo o seu grande prestador e o setor internacional o seu grande produtor de insumos equipamentos biomédicos e medicamentos (ALMEIDA, 1995).

Por volta de 1974, com o fim do período de expansão econômica e iniciada a abertura política lenta e gradual, novos atores surgem na cena política (movimento sindical, profissionais e intelectuais da saúde etc.), questionando a política social e as demais políticas governamentais. Neste ano duas medidas destacam-se no campo da saúde: 1) a implantação do chamado Plano de Pronta Ação (PPA), com diversas medidas e instrumentos que ampliaram ainda mais a contratação do setor privado para a execução dos serviços de assistência médica sob responsabilidade da Previdência Social; e 2) a instituição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), destinado a financiar subsidiariamente o investimento fixo de setores sociais (BRAGA & PAULA, 1981).

A ação combinada do PPA e do FAS representou, na verdade, um poderoso mecanismo de alavancagem do setor privado na área da saúde, o primeiro abrindo mercado cativo e, o outro, garantindo uma expansão física adicional, com recursos subsidiados, especialmente na área hospitalar. Com isto houve um substancial crescimento do número de consultas, internações etc, no período 1971 à 1977, principalmente no setor contratado pela Previdência Social. As internações crescem 322%, as consultas médicas 638% e o serviço de apoio diagnóstico 434% (LIMA & PUCÚ, 1981).

Em 1975, a Lei 6229 organiza o Sistema Nacional de Saúde e estabelece as principais competências às distintas esferas de governo, o que pode ser visto no QUADRO I.

## QUADRO I

## PRINCIPAIS COMPETÊNCIAS DAS ESFERAS DE GOVERNO SEGUNDO A LEI Nº 6229/75.

ESFERA FEDERAL	Ministério da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração de uma política nacional; elaboração de planos de proteção à saúde e combate a doenças transmissíveis e orientação da sua execução;</li> <li>• elaboração de normas capazes de assegurar a proteção, recuperação e promoção da saúde coletiva;</li> <li>• elaboração de um programa Nacional de Alimentação e Nutrição;</li> <li>• coordenação da vigilância epidemiológica; normatização da instalação de equipamentos de saúde;</li> <li>• avaliação do quadro sanitário do país; fiscalização das condições de trabalho dos profissionais ligados à saúde, entre outras.</li> </ul>
	Ministério da Previdência e Assistência Social (criado em 1974)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulação de planos de assistência médica individual;</li> <li>• credenciamento de entidades não lucrativas, integrando-as ao sistema público;</li> <li>• atendimento médico da clientela, por meio de serviços próprios ou contratados, fiscalizando estes últimos;</li> <li>• fixação, juntamente com o Ministério da Saúde, das normas e padrões de prestação desses serviços; distribuição, gratuita ou subvencionada de medicamentos à população.</li> </ul>
	Ministério da Educação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação e habilitação dos profissionais do setor saúde;</li> <li>• manutenção de hospitais universitários entre outras.</li> </ul>
	Ministério do Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividades vinculadas à higiene e segurança no trabalho.</li> </ul>
	Ministério do Interior	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saneamento ambiental, desenvolvimento de programas de saneamento básico, de acordo com as prioridades definidas pelos planos de saúde</li> </ul>
ESTADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejamento das suas ações de saúde, em articulação com a política nacional e a criação e operação dos serviços de saúde em apoio às atividades municipais.</li> </ul>	
MUNICÍPIOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manutenção dos serviços de pronto-socorro e de vigilância epidemiológica.</li> </ul>	

No QUADRO II, apresenta-se uma síntese dos principais marcos administrativos nas políticas de saúde pública no Brasil de 1920 à 1975, onde é possível evidenciar a duplicidade assistência/previdência neste período.

**QUADRO II**  
**MARCOS ADMINISTRATIVOS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**  
**1920 À 1975**

	MARCOS NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA	MARCOS NO CAMPO DA ASSISTÊNCIA
1920	Criado o Departamento Nacional de Saúde	
1923/1926	Regulamento Sanitário Federal (referenciou um processo de institucionalização da Saúde Pública na República)	1923 -Lei Eloy Chaves - Caixas de Aposentadoria e Pensões - CAP 1926 - Início da Assistência Médica em nível das CAP
1930/1945	Criação do Ministério da Educação e Saúde Pública - Departamento Nacional de Saúde e do Departamento Nacional da Criança. 1942 - Criação da SESP	1934 - Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAP
1953	Criado o Ministério da Saúde. - Destaque para o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)	1950/1960 - Fortalecimento dos IAP
1954	Aprovadas normas gerais sobre a Defesa e Proteção da Saúde.	
1956	Criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais.	
1960/1975	Instituída a Fundação das Pioneiras Sociais "com o objetivo de prestar assistência médica social, moral e educacional à população pobre. Criada a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, por transformação do antigo SESP, destinada a operar serviços de saúde pública e assistência médico-hospitalar, saneamento básico e educação sanitária, basicamente no interior do país	1967 - Unificação dos Institutos -IAP. Criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS  1975 - Lei 6.229 de 17 de julho. Oficializa a dicotomia do setor: ao Ministério da Saúde as ações Coletivas e ao Ministério da Previdência e Assistência Social as ações de caráter Individual

Fonte: (BRASIL, 1975; BRAGA & PAULA, 1981; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989; MERHY, 1992; ALMEIDA, 1995)

Em 1977, através da Lei nº 6.439, conforme pode ser visualizado no QUADRO II, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social - SINPAS - que, conjuntamente com a Constituição de 1967-69 e a Lei 6.229, formaram a base jurídico-legal do sistema de saúde vigente nos anos setenta. Estas bases jurídicas viabilizaram o nascimento e o desenvolvimento do subsistema que viria a tornar-se hegemônico na década de 80, o da atenção médica privatista (MENDES, 1994).

Com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, a área de atenção médica fica sob a responsabilidade e competência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. Este fato aprofunda mais a dicotomia - coletivo x individual quando reforça a atuação da Previdência na atenção médica, por meio de seus serviços próprios e dos contratados/conveniados.

MENDES(1994) acrescenta que, do ponto de vista estrutural, o modelo médico-assistencial privatista constitui-se de quatro subsistemas: a) o subsistema estatal, representado pela rede de serviços assistenciais do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, onde se exercia a medicina simplificada destinada a cobertura de populações não integradas economicamente; b) Subsistema contratado e conveniado com a Previdência Social, para cobrir os benefícios daquela instituição e setores não atingidos pelas políticas de universalização excludente; c) o subsistema de atenção médica supletiva, que buscava atrair mão-de-obra qualificada das grandes empresas; d) o subsistema de alta tecnologia, organizado em torno dos hospitais universitários e alguns hospitais públicos de maior densidade tecnológica.

Desde o seu nascedouro, e durante toda a década de 70-80, este modelo receberia críticas de setores acadêmicos, localizados nas Universidades, Departamentos de Medicina Preventiva e Social e Escolas de Saúde Pública, além de setores da sociedade civil bem como de setores de dentro do aparelho de Estado e do poder político. Algumas bem sucedidas experiências municipalistas de prefeituras de oposição, colocavam a alternativa de um sistema de saúde público e descentralizado, de base municipal, como proposta viável para o país(MÜLLER, 1991).

MENDES (1994) enfatizou que a caracterização fundamental das políticas de saúde no período 1980-90, é o seu desenvolvimento no contexto de uma profunda crise econômica e sua coincidência com o processo de redemocratização do País. Esta década produziu e presenciou transformações profundas no sistema de saúde brasileiro, intrinsecamente determinadas pela evolução político-institucional do país.

Em 1981, ante o agravamento da crise previdenciária, constituiu-se o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária/ CONASP, composto por notáveis da medicina, representantes de vários ministérios, de trabalhadores, do setor patronal e dos prestadores privados de serviços, com o objetivo de reorganizar a assistência médica no país, reduzindo seus custos e controlando seus gastos (ALMEIDA, 1995).

O CONASP passou a propor medidas racionalizadoras, especialmente na área hospitalar. Propôs um plano de reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, cujas diretrizes políticas foram aprovadas pela Portaria 3.062, de 23 de agosto de 1982, do Ministério da Previdência e Assistência Social.

É no período de 1985 a 1987, com a proposta político-institucional da Nova República, que parte considerável de atores políticos do Movimento da Reforma Sanitária têm acesso ao aparelho de Estado (Ministérios da Saúde e da Previdência Social ). Foi neste momento que o MPAS/INAMPS passou a ser um grande alavancador da política de descentralização e desconcentração das ações de saúde. Há um aprofundamento da estratégia das AIS e, depois, em 1987, após a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) a sua transformação em Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS (FLEURY,1991).

## 2.2. O NASCIMENTO DO SUS

A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, Brasília, promovida pelo Ministério da Saúde, contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade. É considerada um marco histórico para as reformas que foram e estão sendo processadas no setor nas duas últimas décadas (AROUCA,1988; FLEURY,1988).

Os principais temas debatidos nesta conferência foram: saúde como direito de cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do Setor. Esta diferiu das demais pela participação de setores organizados da sociedade, com destaque para a participação de usuários, bem como pela quantidade de pré-conferências estaduais e municipais realizadas.

Naquele momento havia um consenso, entre os participantes, que para o setor saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e



financeira mas sim uma mudança em todo arcabouço jurídico institucional vigente, que contemplasse a "ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária " (PUGIN,1996).

O Relatório gerado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, BRASIL (1986), foi referência para os constituintes dedicados à elaboração da Carta de 1988 bem como para os militantes do "movimento sanitário brasileiro" (AROUCA,1991).

Entre a Oitava Conferência de 1986 e a Constituição de 1988 dois fatos marcantes ocorreram: a criação, em dez de julho de 1987, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e a criação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde - SUDS, com o decreto presidencial de vinte de julho de 1987.

O SUDS representou naquele momento um rearranjo institucional objetivando prioritariamente a universalização do atendimento com a redefinição dos princípios de integração , integralidade, hierarquização, regionalização do sistema de saúde , e controle social. A sua implantação se deu através de convênios firmados entre o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social e as Secretarias Estaduais de Saúde e foi importante na reforma administrativa do setor, introduzindo elementos racionalizadores e tendo também conseqüências políticas, como o desmonte da máquina previdenciária e a alteração da correlação de forças até então vigente (MÜLLER NETO,1991).

Com a criação do CONASEMS entrou em cena um novo ator social na luta pela criação do Sistema Único de Saúde bem como pela descentralização das ações e serviços de saúde. Segundo, GOULART ( 1996):

"O CONASEMS integra, então, a recém - criada Plenária das Entidades de Saúde, junto a representações sindicais, de trabalhadores de saúde , de usuários, portadores de deficiências e outros grupos. Tal articulação passa a ser uma das características marcantes do movimento, qual seja sua interação com outros segmentos sociais."

Estes movimentos culminaram por garantir na Constituição de 1988 a saúde como um direito social universal a ser garantido pelo Estado. É criado então o Sistema Único de Saúde, que representou um importante ponto de inflexão na evolução institucional do Brasil e determinou praticamente uma total "reengenharia institucional", ao introduzir um novo arcabouço jurídico institucional no campo das políticas públicas em saúde.

A Constituição de 1988, ao incorporar a proposta da Movimento Sanitário, cria a Seguridade Social, objetivando a universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade na forma de participação no custeio, diversidade da base de financiamento, caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Neste sentido, ao estabelecer a saúde como "direito de todos e dever do Estado", o princípio central da Reforma Sanitária passa a ser garantido pela Constituição Federal (1988).

Outro fato importante ressaltado pela constituição é que as ações e serviços de saúde são considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle, nos termos da lei, a serem executados diretamente ou através de terceiros, inclusive pessoa física ou jurídica de direito

privado. É então, instituído o Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal(1988), quando define que:

"As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade."

Como atribuição Federal predomina a normatização e o planejamento, ficando a execução dos serviços como atribuição dos Estados e sobretudo dos Municípios.

É garantido o exercício e participação da iniciativa privada na saúde que, além de serem regulamentadas por disposições e princípios gerais de atenção à saúde, podem participar de forma complementar ao SUS, segundo suas diretrizes.

É neste momento histórico que os atores do Movimento Sanitário passam a ter um outro desafio, que é a regulamentação da Constituição e a árdua tarefa de "fazer cumprir a Lei".

### 3. A REGULAMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

---

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, o então chamado Movimento Sanitário passou a estabelecer como prioridade a regulamentação do Sistema Único de Saúde, em nível da União (RODRIGUES NETO,1991) o que aconteceu após grandes embates entre este movimento e o governo através da criação das Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8142 de 28 de dezembro de 1990, que passaram a constituir a Lei Orgânica da Saúde - LOS. São consideradas Leis infraconstitucionais, que disciplinam legalmente o cumprimento do mandamento constitucional da proteção e da defesa da saúde.

A Lei 8.080/90 disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. A Lei 8.142/90 é fruto de uma grande negociação ocorrida na época entre os vários atores envolvidos no processo de construção do SUS no Brasil. Ela repara os vetos feitos pelo Chefe do executivo à Lei 8.080/90 e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A Lei 8.080/90 explicitou, no seu artigo 33 a garantia que "os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde"- Fundos de Saúde. Este artigo foi complementado pelo artigo

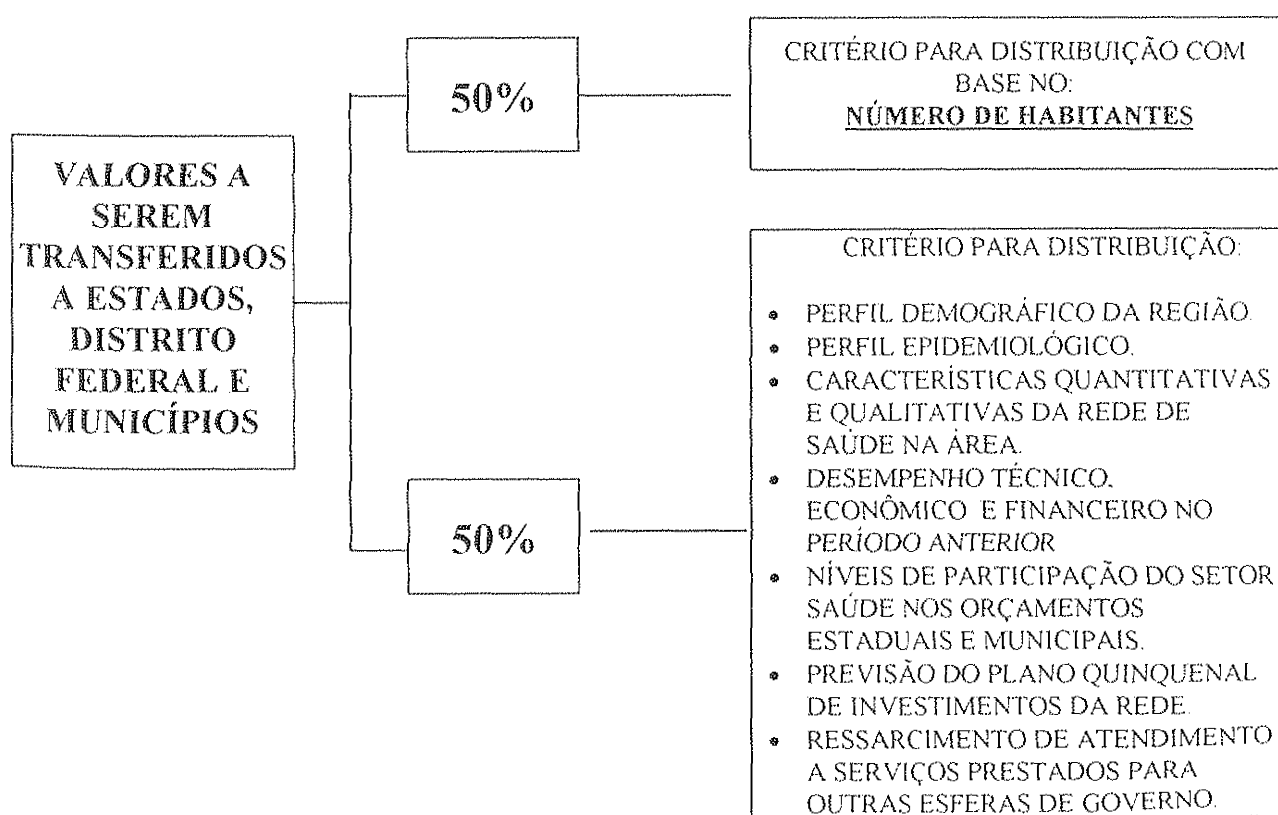
3º da Lei 8.142 que garante o repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para Municípios, Estados e Distrito Federal, que ganha aplicabilidade com o Decreto n.º 1.232 de 30/08/94 (CARVALHO, 1995).

A criação dos Fundos de Saúde tem favorecido uma maior visibilidade no acompanhamento dos gastos governamentais no setor bem como propiciado maior transparência contábil pelo acompanhamentos dos Fundos pelos Conselhos (REIS, 1991).

Ao garantir, na legislação, os critérios estabelecidos no artigo 35 da Lei 8080/90 esta lei propicia um dos mais recentes avanços jurídico-institucionais na criação de mecanismos para distribuição dos recursos financeiros da esfera federal para as instâncias estaduais e municipais (PORTO, 1994) FIGURA I.

FIGURA I

MECANISMO DE REPASSE SEGUNDO ARTIGO 35 DA LEI Nº 8.080/90



A partir da Lei 8080/90, o Ministério da Saúde vem adotando um conjunto de medidas para implementação da sistemática para os repasses financeiros da esfera federal para os níveis estaduais e municipais, que entretanto não guardam relação com as disposições do artigo 35.

A trajetória de financiamento das ações e serviços de saúde, como foi visto no capítulo anterior, vem em uma evolução do pagamento por procedimentos aos prestadores de serviços, característica da década de setenta. Já no início da década de 80, evoluiu para as Ações Integradas de Saúde - AIS e em 1987 para o Sistema Único e Descentralizado de Saúde - SUDS. Após a Lei 8080/90, o Ministério da Saúde, considerando que os Municípios, os Estados e os próprios órgãos deste Ministério encontravam-se em estágios diferentes em relação a descentralização do Sistema, adotou como mecanismo regulador do processo de estadualização e municipalização das ações e serviços de saúde a edição de Normas Operacionais Básicas. Estas NOB são fruto de um processo político de pactuação intergestores que vem após a edição da Lei Orgânica da Saúde, criando condições privilegiadas de negociação política no processo de descentralização e de construção do Sistema Único de Saúde.

Assim, até o momento da elaboração do presente trabalho foram editadas quatro Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (QUADRO III).

### QUADRO III

#### NORMAS OPERACIONAIS EDITADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Janeiro de 1991	NOB-SUS 01/91 (Anexo 1)
Fevereiro de 1992	NOB-SUS 01/92 (Anexo 2)
Maio de 1993	NOB-SUS 01/93 (Anexo 3)
Agosto de 1996	NOB-SUS 01/96 (Anexo 4)

Fonte: Comissão Intergestores Tripartite - Secretaria de Políticas Públicas - Ministério da Saúde

## 4. A SITUAÇÃO DO FINANCIAMENTO À LUZ DAS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS

---

### 4.1. GESTÃO E FINANCIAMENTO À LUZ DA NOB-INAMPS 01/91

A NOB - SUS 01/91 constituiu-se de um conjunto de Portarias (15,16, 17, 18, 19 e 20) da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SNAS/MS), de oito de janeiro de 1991, e da Resolução n.º 258, que aprovou a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde n.º 01/91, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), publicadas pelo Diário Oficial da União de 10 de janeiro de 1991(ANEXO 1).

Para efeito deste estudo, analisa-se inicialmente as supra-referidas portarias, cujas principais resoluções são apresentadas no QUADRO IV, para posteriormente dedicar-se à NOB 01/91 propriamente dita. A partir da análise deste quadro, é possível perceber a importância destas Portarias editadas pelo Ministério da Saúde, para o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, no que diz respeito ao seu financiamento. Destacam-se a criação do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS e do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, como forma de normatizar o pagamento à prestadores de serviços hospitalares e ambulatoriais respectivamente. Ainda nas Portarias apresentadas, definiram-se as quantidades de AIH e UCA à serem distribuídas mensalmente a cada Estado.

**QUADRO IV**

**PORTARIAS 15, 16, 17, 18, 19 E 20 DE 08 DE JANEIRO DE 1991, DA SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E PRINCIPAIS RESOLUÇÕES**

PORTARIA	RESOLUÇÃO
Portaria número 15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extinção do Índice de Valorização Hospitalar - IVH;</li> <li>• Criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde - FIDESP</li> </ul>
Portaria número 16	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normatização do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS. com tabela única de remuneração pela assistência à saúde em nível hospitalar para todos os prestadores.</li> </ul>
Portaria número 17	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normatização do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, também com tabela única de remuneração para todos os prestadores de assistência ambulatorial.</li> </ul>
Portaria número 18	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normatização de tabela única para o Sistema de Informação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais.</li> </ul>
Portaria número 19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição da quantidade de Autorização para Internação Hospitalar - AIH a ser distribuída mensalmente para cada Estado</li> </ul>
Portaria número 20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição de critérios para aplicação da Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA, nas transferências de recursos do SUS aos Estados, Distrito Federal e Municípios</li> </ul>

#### 4.1.1 FINANCIAMENTO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Os critérios de distribuição de AIH anteriores a NOB-SUS 01/91 eram totalmente vinculados a produção de serviços. Assim, os Estados e Municípios que mais produziam internações recebiam um maior número de AIH. Esta NOB adotou como critério que as internações hospitalares seriam dimensionadas pelo parâmetro de 10% da população/ano. A distribuição de AIH por estados da federação, de acordo com a NOB 01/91 é mostrada na TABELA I.

As AIH foram alocadas por estado pelo critério populacional e repassadas aos municípios que atenderam a pré-requisitos estabelecidos, a cada mês, na



proporção de 80% do duodécimo-mês, ficando os 20% restantes para compensação estadual. Os valores dos recursos que foram repassados a Estados e Municípios referentes às AIH foram diferentes em consequência da maior ou menor complexidade dos serviços oferecidos.

**TABELA I**  
**DISTRIBUIÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR**  
**ESTADOS DEFINIDAS PELA PORTARIA NÚMERO 19 DE 08/01/91,**  
**MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL**

ESTADO	QUANTIDADE	ESTADO	QUANTIDADE
Acre	2.898	Paraíba	28.503
Alagoas	18.916	Pernambuco	57.024
Amazonas	14.759	Piauí	20.999
Amapá	1.783	Paraná	77.846
Bahia	81.166	Rondônia	7.500
Ceará	49.999	Rio de Janeiro	117.181
Distrito Federal	12.023	Roraima	906
Espírito Santo	19.764	Rio Grande do Norte	16.340
Goiás	35.737	Rio Grande do Sul	78.749
Maranhão	39.561	Sergipe	11.370
Minas Gerais	140.456	Santa Catarina	38.346
Mato Grosso	17.656	São Paulo	279.301
Mato Grosso do Sul	15.677	Tocantins	9.843
Pará	35.945		

Apesar de ser considerado o critério populacional melhor que o anterior, porém, na época, este ponto trouxe bastante polêmica, principalmente, para os dirigentes dos Estados que historicamente produziam maior quantidade de serviços. Na realidade estes questionamentos são conseqüência de uma lógica de compra e venda de serviços entre governos. Da lógica de ter um governo que compra ( a União ) e governo que vende serviços (Estados e Municípios). Apesar de estarem dadas as condições jurídicas para a mudança desta relação entre os diferentes níveis de governo no que diz respeito ao financiamento das ações e serviços de saúde, através da Lei Orgânica da Saúde, mais precisamente no Artigo 35 da Lei 8080/90. Este dilema relacionado ao financiamento das atividades hospitalares, inicia-se com a NOB 01/91 e permanecerá presente nas Normas Operacionais subseqüentes, como se verá no decorrer deste estudo.

#### **4.1.2 FINANCIAMENTO DAS ATIVIDADES AMBULATORIAIS**

Para o cálculo do financiamento das atividades ambulatoriais, que até então se dava através de instrumento convenial estabelecendo-se os tetos, criou-se a Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA, que correspondia a um valor que multiplicado pela população produzia o valor máximo (teto) de cada Estado para implementação das ações ambulatoriais. Para o estabelecimento do valor adotado como Unidade de Cobertura Ambulatorial, efetuou-se uma divisão em grupos dos Estados e Distrito Federal de acordo com critérios como população, capacidade e desempenho da rede de serviços e série histórica de custeio. Os valores *per capita*

estipulados para os meses de janeiro, fevereiro e março de 1991 são apresentados na TABELA II.

**TABELA II**  
**VALOR PER CAPITA DA UNIDADE DE COBERTURA**  
**AMBULATORIAL(UCA) PARA FINANCIAMENTO DAS AÇÕES AMBULATORIAIS**  
**DIFERENCIADO POR SEIS GRUPOS DE ESTADOS . VALORES JANEIRO DE**  
**1991**

ESTADOS	VALOR EM Cr\$
Acre, Amapá, Rondônia, Roraima, Tocantins, Piauí, Sergipe,	
Mato Grosso, Pará, Amazonas, Mato Grosso do Sul, Maranhão	1.200,00
Pernambuco, Paraíba, Santa Catarina, Minas Gerais	1.600,00
Bahia, Espírito Santo, Alagoas, Rio Grande do Norte, Distrito	
Federal	2.000,00
Ceará , Rio de Janeiro, Paraná e Goiás	2.400,00
Rio Grande do Sul	2.800,00
São Paulo	3.200,00

Fonte: NOB-SUS 01/91

A partir daí, a agenda dos Estados pautou-se na busca de melhoria em relação ao grupo na "tabela da UCA". Assim é que em julho de 1991 já se tem uma nova tabela com valores ajustados e uma nova recomposição dos Estados em cinco grupos, diferindo da Tabela anterior que possuía seis (TABELA III).

TABELA III  
 VALOR *PER CAPITA* DA UCA PARA FINANCIAMENTO DAS AÇÕES  
 AMBULATORIAIS DIFERENCIADO POR CINCO GRUPOS DE ESTADOS .  
 VALORES DE JULHO DE 1991

ESTADOS	VALOR EM Cr\$
Acre, Amapá, Rondônia, Roraima, Tocantins	4.490,00
Amazonas, Maranhão , Mato Grosso, Pará, Piauí	5.620,00
Alagoas, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Rio Grande do Norte, Sergipe	6.730,00
Bahia, Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais e Paraná	7.490,00
São Paulo e Rio de Janeiro	8.230,00

Fonte: CARVALHO (1991)

O Ministério da Saúde, dando continuidade ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde aprovou pela Resolução 258, de 07 de janeiro de 1991, a NOB 01/91, resgatando-se a importância da observância às diretrizes do Sistema Único de Saúde. Nesta, ressaltou-se a baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, em especial os mais pobres e aqueles das regiões mais carentes, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros. Para tanto, lembrou da necessidade de uma redistribuição das responsabilidades quanto à ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, com um reforço do poder municipal.

Neste aspecto, propunha a "concessão de um crédito de confiança aos Estados e municípios, sem prejuízo do acompanhamento a ser exercido pelos mecanismos de controle e avaliação que estavam sendo desenvolvidos"(QUADRO

V), o que gerou uma grande polêmica entre os atores do Movimento Sanitário, acrescido do fato do orçamento do Ministério da Saúde ter sido alocado dentro do orçamento do INAMPS. Neste aspecto SANTOS (1991) foi taxativa:

*"O INAMPS revigora a política do centralismo federal, ou seja, considera como "sua" a competência para prestar serviços de assistência médico-hospitalar (ainda que a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde tenham disposto de forma diferente) e dá "um crédito de confiança aos Municípios e Estados" para executarem serviços seus. Esta flagrante ilegalidade do INAMPS, que não tem mais competência para prestar serviços médicos, precisa ser urgentemente combatida. O Sistema Único de Saúde de repente passou a ser controlado pelo INAMPS, que num "credito de confiança", resolveu delegar competência "suas"(?) aos Estados e Municípios, o que é um absurdo jurídico! ... Não podemos esquecer que o INAMPS não pode mais ser tido como o organismo nacional de assistência médica. Deve ser definido (pois ele não foi extinto)...É de se mencionar, também que não há mais como alocar recursos para serviços de assistência à saúde no orçamento do INAMPS, uma vez que não lhe cabe mais prestar serviços."*

Sistematizando o financiamento para a atividade ambulatorial, determinou que a transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios se daria sob a forma de convênio. Em relação à esta determinação, SANTOS (1991b) emite o seguinte parecer:

*"Sistema Único de Saúde é o conjunto integrado de ações e serviços de saúde, informado pelos seguintes princípios: a) descentralização política com direção única nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios; b) Integralidade da assistência (preventiva e curativa) nos aspectos físico, mental e social; c) participação da comunidade no controle e fiscalização das atividades.*

*A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios têm a sua competência determinada pela Constituição da República. Portanto, estão em pé de igualdade entre si, porque nenhuma dessas esferas de governo recebe sua competência da outra, mas da Constituição. Conseqüência disso: a) a descentralização estabelecida pela Constituição da República é essencialmente política, ou político-administrativa ; b) sendo política, deve-se concretizar sem nenhum entrave,*

requisito ou pressuposto administrativo; c) o convênio é instrumento de descentralização administrativa; d) logo, a efetivação da descentralização política não pode depender de convênio, que é instrumento administrativo de atuação; e) não se operando a descentralização por convênio, uma vez que a descentralização é política nascida da Constituição da República; f) a Lei Orgânica da Saúde é o instrumento nacional garantidor da unicidade conceitual e operativa do sistema."

Foi previsto a implantação do Sistema de Cobertura Ambulatorial em quatro etapas: a primeira previu a criação dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde; a segunda estabeleceu os requisitos básicos conforme QUADRO V, para transferências de recursos diretamente aos estados e municípios; a terceira estabeleceu a formalização de consórcios com o objetivo de desenvolver em conjunto as ações e serviços de saúde, e, a quarta, definiu o pagamento dos prestadores diretamente pelo INAMPS/DG, através de sistema próprio de informatização do SIA/SUS.

#### QUADRO V

#### EXIGÊNCIAS DA NOB-INAMPS 01/91 PARA REPASSES DE RECURSOS PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS

1. Formação de Conselhos de Saúde
2. Fundo de Saúde
3. Plano de Saúde aprovado nos Conselhos e por autoridade do Executivo
4. Programação e Orçamentação Integrada
5. Relatório de Gestão
6. Criação de uma comissão para elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários, a ser implementado em até dois anos

Fonte: NOB-INAMPS 01/91

A NOB-SUS 01/91 referiu-se também aos Instrumentos de Acompanhamento, Controle e Avaliação da Execução das ações e serviços de saúde. Neste sentido, apresenta sete instrumentos que estão visualizados no QUADRO VI.

**QUADRO VI**  
**INSTRUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DA**  
**EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE - NOB-SUS 01/91**

INSTRUMENTOS	DEFINIÇÃO/PAPEL
1) Conselhos de Saúde	Conselhos em caráter permanente e deliberativos com representação tripartite. Caberia aos Conselhos aprovação dos planos de saúde e o acompanhamentos dos fundos de saúde.
2) Fundos de Saúde	Fundos de natureza contábil financeira, vinculados aos objetivos do SUS, deveriam ser previamente autorizados pelo legislativo.
3) Consórcios Administrativos Intermunicipais	Em conformidade com o art. 18, inciso VII da Lei 8.080/90, os municípios poderiam formar consórcios administrativos intermunicipais, visando à articulação e integração da assistência à saúde.
4) Relatório de Gestão	O relatório de gestão seria um requisito básico para a transferência automática de recursos aos Municípios. Deveria abordar os seguintes aspectos: a) finalidades essenciais; b) plano de trabalho elaborado; c) plano de trabalho executado; d) resultados alcançados.
5) Programação e Orçamentação da Saúde - PROS	A PROS constituiria a base das atividades e ações de cada nível de direção do SUS, devendo demonstrar as diretrizes, objetivos e metas a serem atingidos, o diagnóstico das necessidades da população, bem como as estratégias que levariam à obtenção dos objetivos propostos.
6) Planos de Aplicação	Os planos de Aplicação dos Fundos de Saúde deveriam obrigatoriamente acompanhar a Lei do Orçamento, como se depreenderia do Art. 2º, Parágrafo 2º, da Lei 4.320 de 17/03/64.
7) Prestação de Contas dos Fundos de Saúde	As prestações de contas relativas aos fundos de saúde integrariam a prestação de contas correspondente aos recursos gerais da respectiva entidade ou unidade gestora.

Entretanto, definiu que a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo Território Nacional, seria a efetuada pelo Ministério da Saúde e INAMPS, em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e Municípios. Caberia ao

Ministério da Saúde acompanhar, através de seu sistema de auditoria, a conformidade com a programação aprovada, a aplicação de recursos repassados a Estados, Distrito Federal e Municípios, cabendo-lhe aplicar as medidas previstas em lei quando constatadas a malversação, desvio ou emprego inadequado dos recursos.

Este foi outro ponto polêmico da NOB SUS 01/91, ganhando até um apelido da corrente municipalista do Movimento Sanitário, que foi o da "síndrome da controlosse federal". Na realidade, o problema da definição de qual o novo papel de cada esfera de governo em relação ao Controle e Avaliação do SUS só foi resolvido com o decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que regulamentou o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde, definindo que este seria composto das esferas Federal, Estadual e Municipal. A competência de cada nível seria coerente com o nível de complexidade atribuído-lhe pelo SUS.

Nas suas disposições transitórias, a NOB afirmou que até que se editasse normas específicas sobre o Sistema Único de Saúde - SUS, dadas as características próprias de que se reveste o programa, deveriam ser observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes. Afirmou, ainda, que até que o Conselho Nacional de Saúde aprovasse as normas de aplicação dos critérios de alocação de recursos referidos no Art. 35 da Lei Federal 8.080/90 seria usado, exclusivamente, o critério populacional. Os governos Estaduais e municipais deveriam alocar um mínimo de 10% ( dez por cento) do seu orçamento em 1991 no setor saúde.

Como pode-se observar, esta Norma Operacional, embora na época tenha representado um avanço por redefinir novos mecanismos para repasses de

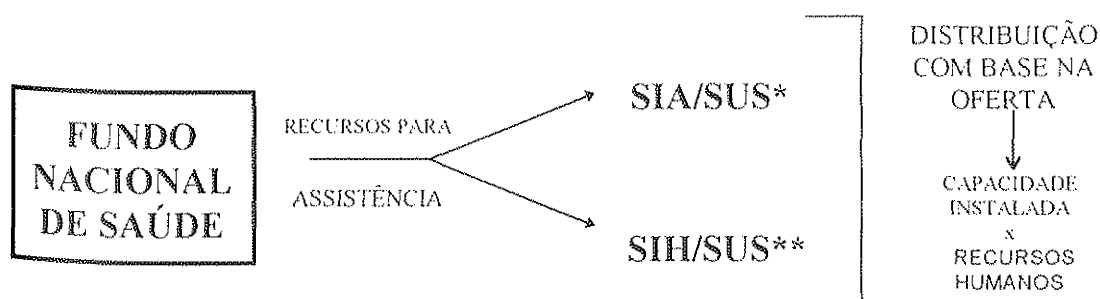


recursos para prestadores públicos, privados e filantrópicos, fazia referência tímida aos critérios listados no Artigo 35 da Lei 8.080/90 (FIGURA II).

CARVALHO, CORDONI JR & BERTONE, CORDEIRO, MÉDICI, 1991; SANTOS, 1991, analisaram esta NOB de forma bastante crítica, destacando-se entre as críticas: a) a não aplicabilidade do Artigo 35 da Lei 8.080; b) a competência do INAMPS para executar ações e serviços de Saúde; c) a utilização de convênio para a transferência de recursos da União para Estados e Municípios; d) a persistência de uma concepção fragmentada do orçamento de saúde (e da Seguridade Social), com a manutenção de mecanismos centralizados de decisão, principalmente, os relativos a investimentos e remanejamentos de recursos; e) persistência de sistemas de informação e gerenciamento baseados em princípios centralizadores da administração federal; f) mudanças de critérios de remuneração, principalmente, no atendimento ambulatorial que podem comprometer a equidade e acessibilidade aos serviços em função do impacto orçamentário e financeiro; g) baseado no critério de produção de serviços; h) desconhecimento das ações e serviços de vigilância epidemiológica e sanitária.

FIGURA II

MECANISMO DE REPASSE PARA ASSISTÊNCIA PREVISTO NA NOB SUS 01/91



\*ESTABELECIDO PELA LCA - UNIDADE DE COBERTURA AMBULATORIAL.

\*\* ESTABELECIDO PELO LIMITE DE FINANCIAMENTO DETERMINADO EM 10% DA POPULAÇÃO POR ANO. CORRESPONDENDO A 0,83% AO MÊS.

REPASSE PARA PRESTADORES:

- ESTADOS
- MUNICÍPIOS
- PRESTADORES PRIVADOS CONTRATADOS

#### 4.2. A NOB-SUS 01/92 E O MOVIMENTO PRÉ NOB-SUS 01/93

A NOB SUS 01/92 pode ser considerada um avanço em relação a NOB SUS 01/91 pois nela já aparece o reflexo do movimento municipalista. Pode ser tida como precursora do documento da "Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei" que foi publicado pelo Ministério da Saúde e será analisado posteriormente neste estudo. Diferentemente da NOB SUS 01/91 que foi composta de um conjunto de portarias e que em última análise procurava assegurar o poder do INAMPS dentro do Ministério da Saúde no processo de Reforma Sanitária ( SANTOS , 1991) já esboça no seu conteúdo uma carga ideológica de cunho sanitário-municipalista como pode-se observar no seguinte texto:

" Há que ser compreendido que o SUS não é sucessor do SUDS ou do INAMPS, nem é um novo rótulo para um produto velho. Ele é um sistema inteiramente novo e diferentemente de tudo que se dispôs até hoje no Brasil. Ele não é um programa que foi lançado tal dia, nem uma edificação que será inaugurada em tal data.

A construção do SUS é um processo continuado, que demanda vários movimentos complexos aos quais os diferentes Estados e Municípios dão respostas diferentes. Por isso mesmo, o SUS encontra-se em diferentes estágios de implementação nas diversas regiões do país."

Do ponto de vista da gestão e do planejamento a NOB SUS 01/92 avançou procurando definir o conceito de integralidade quando tenta explicitar as definições de promoção, proteção e recuperação da saúde. Em relação ao financiamento um dos pontos fortes da NOB SUS 01/92 foi a alocação dos então recursos do então

INAMPS para constituírem o Fundo Nacional de Saúde. O fato do INAMPS centralizar os recursos da saúde na edição da NOB 01/91 foi bastante criticado por SANTOS ( 1991), MÉDICI (1991) e CORDEIRO ( 1991).

Quanto ao financiamento das ações hospitalares e ambulatoriais pouca coisa é acrescentada a NOB anterior. São mantidas as cotas de 10% de AIH para os Estados. Propõe que 8% seja destinado aos municípios e que 2% seja para uma câmara de compensação Estadual. O SIA/SUS é reafirmado como o mecanismo de repasse de verbas para as ações de natureza ambulatoriais e o seu processamento é transferido para as companhias estaduais de informática.

Ela propôs dois mecanismo de estímulo a municipalização e a estadualização: criou o FEM ( Fator de Estímulo a Municipalização) e o FEGE (Fator de Estímulo a Gestão Estadual) que não saíram do papel.

Foi criado também um programa que não saiu do papel que foi o Pró-Saúde que objetivava a reorganização dos serviços de saúde com a participação das três esferas de governo, para polo de referência macrorregional.

A NOB reconhece a seu caráter transitório e reafirma que enquanto não for definidos os critérios do artigo 35 da Lei 8.080/90 estes terão como parâmetros a base populacional. Como os critérios para o reconhecimento para a municipalização das ações e serviços de saúde permaneceram os mesmo da NOB SUS 01/91 e conforme pode-se verificar na TABELA IV, 1.074 municípios foram enquadrados na condição de municipalizados, gerenciando os seus serviços de saúde, por preencherem as exigências das NOB 91/92 para os repasses de recursos do SUS.

TABELA IV  
 NÚMERO DE MUNICÍPIOS BRASILEIROS MUNICIPALIZADOS PELA NOB-  
 SUS 01/91 NO PERÍODO 1991/1993

ANO	MUNICÍPIOS MUNICIPALIZADOS
1991	321
1992	565
1993	188
TOTAL	1.074

Fonte: Secretaria de Assistência a Saúde /Ministério da Saúde

De 09 a 14 de agosto de 1992, foi realizada em Brasília a Nona Conferência Nacional de Saúde que teve como tema central **“Saúde: Municipalização é o Caminho”**. A Conferência constituiu-se como mais uma vitória do Movimento Sanitário, reforçado pela “corrente municipalista” (GOULART, 1996). Este, naquela época, já apresentava um bom nível de organização, e capacidade de mobilização, em função da incorporação de novos atores sociais, resultante da descentralização e ampliação dos serviços, estruturação e atuação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (MÜLLER NETO, 1991).

No final de 1992, com a destituição do governo federal, cria-se a expectativa de um novo momento de avanço democrático, reformulação do aparelho estatal e desenvolvimento social, com sua especificação na área da saúde. Assume a gestão

da saúde um grupo técnico/político do Movimento Sanitário, vinculado à vertente de descentralização/municipalização (movimento municipalista). É neste momento que é publicada a NORMA OPERACIONAL BÁSICA SUS 01/93 que se expressa no Documento "A OUSADIA DE CUMPRIR E FAZER CUMPRIR A LEI", de 24 de Maio de 1993.

#### **4.3 GESTÃO E FINANCIAMENTO À LUZ DA NOB - SUS 01/93**

##### **4.3.1 A NOB-SUS 01/93: A OUSADIA DE CUMPRIR E FAZER CUMPRIR A LEI**

O Relatório da Nona Conferência Nacional de Saúde avaliou como incipiente o processo de descentralização e municipalização existente na época. Enfatizou ainda que "este fato não deve ser atribuído à Lei que cria o SUS, mas sim à postura contrária do Governo Federal, e de muitos governos estaduais e municipais, que desrespeitam a Constituição e as leis específicas, e não criam os mecanismos operacionais indispensáveis à implementação do SUS"(Brasil, 1992).

Com o objetivo de assegurar a descentralização e principalmente a municipalização, a Nona Conferência Nacional de Saúde, propõe através de seu relatório uma agilização do processo de municipalização, respeitando-se para a descentralização as diversidades regionais e assegurando a viabilidade operacional e financeira do gestor único, especialmente em nível municipal, bem como a imediata aplicação do Artigo 35 da Lei 8080/90.

Diante destas propostas criou-se no início de 1993 no Ministério da Saúde o "GRUPO ESPECIAL PARA A DESCENTRALIZAÇÃO - GED", que contou com a

participação do CONASS, do CONASEMS e outras entidades representativas da sociedade civil organizada. Como fruto dos trabalhos deste grupo surgiu o importante "Documento da Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei".

Este documento fez um profundo diagnóstico da situação em que se encontrava o modelo assistencial brasileiro na época. Teve uma preocupação de elaborar uma caracterização comparada do processo em que se encontrava a situação de saúde nos níveis federal, estadual e municipal e, ainda, apresentar a situação desejada, após a aplicação das suas propostas.

Reconheceu como raiz do precário quadro sanitário do Brasil o modelo econômico brasileiro, marcado por:

"a) profunda centralização de recursos e de poder na esfera federal, determinada pela necessidade de assegurar a sustentação da acumulação capitalista nas sucessivas fases da industrialização; b) pela concentração espacial das atividades produtivas mais dinâmicas, provocando enormes desigualdades regionais; c) extrema desigualdade na distribuição de renda; d) ausência de prioridade às ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades básicas da população; e) perda, pelos governos estaduais e municipais, de receita e autonomia de gestão, em consequência da forte dependência das transferências federais."

Nesta perspectiva, apresenta alguns pressupostos básicos para a proposta de descentralização das ações e serviços de saúde, apresentadas no QUADRO VII.

## QUADRO VII

**PRESSUPOSTOS DA PROPOSTA DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE CONTIDAS NO "DOCUMENTO DA OUSADIA" QUE FOI BASE PARA ELABORAÇÃO DA NOB-SUS 01/93**

a) a descentralização tem que ser compreendida como um processo de transformação que envolve redistribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis das três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo e controle social,

b) como em todo processo que envolve dimensões políticas, sociais e culturais, a sua realização pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores, que vão construir a base de legitimação das decisões, mediante: 1) imediata implantação dos Conselhos de Saúde paritários e deliberativos, mecanismos privilegiados de participação e controle social; 2) ação integrada entre os gestores do sistema nos três níveis de governo, com a articulação permanente entre o MS, CONASS e CONASEMS, através de Comissão Tripartite e de Comissões Bipartites Intergestores, compostas por representantes das secretarias estaduais e por membros das entidades de representação dos secretários municipais de saúde.

c) a flexibilidade e a gradualidade do processo de transformação do sistema de saúde, que não comportam rupturas bruscas, que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem as novas. Assim, um período de transição será imprescindível, ao longo do qual coexistirão estruturas e instrumentos que, em prazo definido, se reorganizarão, de modo a que as novas substituam as antigas para que se observe solução de continuidade na atenção à saúde da população.

Outra questão importante que o "Documento da Ousadia" abordou e é apresentado no QUADRO VIII, foi a necessidade de construção de um novo modelo assistencial, conforme preconizado pela Constituição Federal e pelas Leis 8080 e 8142/90.

## QUADRO VIII

PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL DO "DOCUMENTO DA OUSADIA"  
A SER CONSTRUÍDO COM A IMPLANTAÇÃO DA NOB-SUS 01/93

- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades;
- Controle social através dos Conselhos de Saúde, com poder deliberativo sobre a política e recursos da área de saúde;
- Acesso às informações e dados em saúde;
- Acesso gratuito a todos os níveis de complexidade do sistema;
- Implantação de um sistema de referência e contra-referência municipal, estadual e nacional;
- Hierarquização e regionalização da rede de serviços de saúde em nível municipal, estadual e nacional;
- Controle sobre a produção, distribuição e consumo de serviços que envolvam riscos à saúde;
- Participação complementar dos serviços privados;
- Controle e avaliação efetivos sobre a qualidade e quantidade dos serviços prestados pela rede;
- Ações individuais e coletivas, visando a promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde;
- Ampliação das ações de caráter preventivo e melhoria qualitativa do atendimento ambulatorial, visando a redução das internações;
- Incorporação das atividades de vigilância em saúde como parte da rotina dos serviços, incluindo ações voltadas ao ambiente e à saúde do trabalhador.

Tratando-se da questão relacionada ao controle social, o documento reafirmou a necessidade do cumprimento das determinações da Lei 8.142/90, que em seu Artigo 1º garante que o SUS "contará em cada esfera de governo, sem o prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - Conferência de Saúde; II - Conselho de Saúde".



Garantiu que as Conferências de Saúde deveriam ter a representação dos vários segmentos sociais, cabendo-lhe a proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nas esferas correspondentes, devendo ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde, segundo o "Documento da Ousadia", órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, deveria ter caráter permanente e deliberativo e atuaria na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Reforça, ainda, a necessidade de que a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e nas Conferências seja paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Em relação a questão dos recursos humanos, o "Documento" foi taxativo de que "a ausência de uma política de recursos humanos para o SUS representa, juntamente com o financiamento, um dos maiores desafios à sua consolidação". Propõe que os gestores do SUS, no seu âmbito de competência, ordenem a formação, capacitação e reciclagem de pessoal, executando diretamente estas ações, quando necessário, em uma cooperação técnica e financeira das três esferas de governo. Reforça que a constituição de comissão para elaboração de Planos de Carreiras, Cargos e Salários é uma exigência da Lei 8.142, que deve ser acompanhada por parte das diversas instâncias colegiadas do sistema para não ser apenas uma formalidade.

Para finalizar, propõe a criação de um fórum permanente para acompanhar e deliberar sobre questões imediatas advindas da transferências de pessoal aos

estados e municípios, constituída por representantes do Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS e a representação sindical dos trabalhadores em saúde.

O "Documento da Ousadia" foi bastante enfático ao tratar da questão do Financiamento afirmando que:

"...simultaneamente às reformulações de caráter estrutural e operacional, há necessidade de que seja equacionada a questão dos sistemas de saúde. Ainda que as medidas propostas possam ser importantes no sentido de conferir maior racionalidade e eficácia aos gastos com saúde, não há como deixar de destacar a insuficiência dos recursos atualmente destinados ao setor e os efeitos negativos da irregularidade dos fluxos financeiros".

Ressalta que o financiamento das ações de saúde é responsabilidade a ser compartilhada pelos três níveis de governo, devendo-se assegurar, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde. Propõe quatro frentes para o "enfrentamento desta situação", que estão expostos no QUADRO IX.

## QUADRO IX

DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS NA QUESTÃO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE - PROPOSTAS DO “DOCUMENTO OUSADIA” QUE FUNDAMENTOU A NOB-SUS 01/93

Desafios de natureza política	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programar e executar entre 10 e 15% das receitas próprias da União , Estados e Municípios;</li> <li>• Definir claramente os itens dos gastos com saúde para efeito da alocação dos recursos ao setor;</li> <li>• Garantir que as atuais fontes de recursos para a Seguridade Social sejam arrecadados em sua totalidade;</li> <li>• Combater a sonegação e evitar anistias e renúncias fiscais,( ... );</li> <li>• Investir, urgentemente, na resolução da pendência jurídica relativa ao FINSOCIAL, cobrando o pagamento dos devedores e agilizando a liberação dos depósitos judiciais.</li> </ul>
Desafio de natureza técnica	Significa, em termos sintéticos, a reformulação do modelo assistencial dominante, a fim de assegurar a manutenção, em todos os pontos do sistema, do melhor padrão possível de cada uma e de todas as ações, serviços, processos e produtos que afetam o bem estar do indivíduo, do coletivo e a sanidade do ambiente
Desafio de natureza econômica	3) Erradicar o desperdício implica em reverter radicalmente a lógica da prática gerencial vigente. Isto implica que todos os gestores do sistema devem assumir a responsabilidade pela regulação e controle dos recursos materiais, humanos, financeiros, tecnológicos, cognitivos e informativos, para extrair deles o resultado último, que é a melhoria das condições de saúde da população.
Desafio de natureza ética	4) Desafio de eliminar a corrupção. Envolve, na perspectiva da gestão, o estabelecimento de sistemas eficazes de controle e avaliação, a democratização do processo decisório e do acesso às informações, o estabelecimento de mecanismos que viabilizem o controle social. Mas exige, também, o exercício da cidadania, a presença de entidades de representação dos interesses coletivos, atentas e comprometidas com esse objetivo, libertas dos vícios clientelistas, capazes de exercer efetivo controle social sobre a ação estatal.

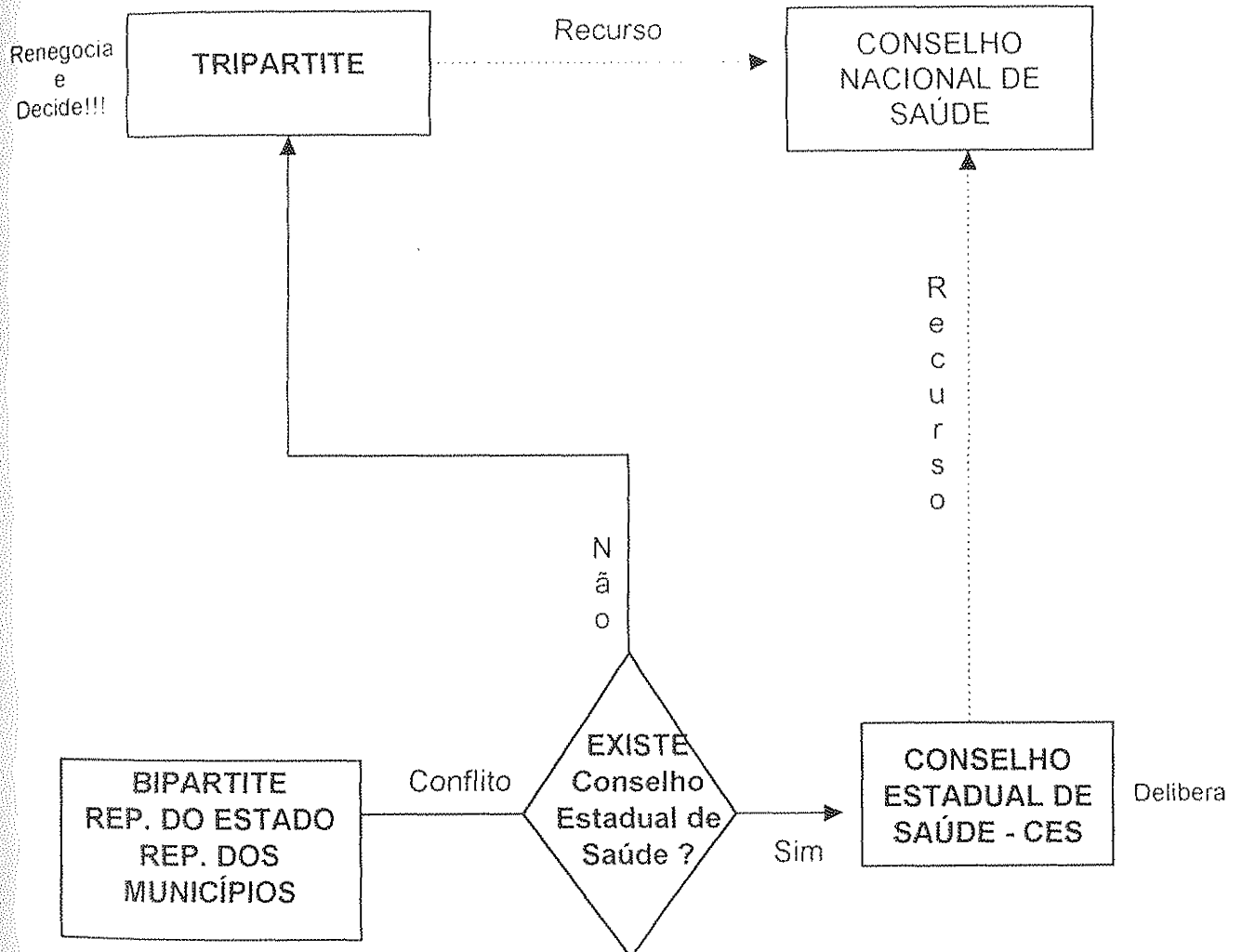
Tratando-se da redefinição das Competências das três esferas de governo, o "Documento da Ousadia", afirma que o desenho de uma estratégia de descentralização impõe a explicitação das funções de cada nível de governo e a delimitação dos papéis em relação ao conjunto de competências concorrentes, tornando mais precisas as determinações da Lei 8.080/90.

Entendeu que a transformação da situação atual (para a época) na situação demarcada pelo arcabouço legal do Sistema Único de Saúde requeria o desenho de um processo de transição no qual medidas inovadoras atingiriam todos os estados e municípios em diferentes graus de intensidade, compatíveis com a sua própria vontade e capacidade de absorver responsabilidade gerenciais e políticas. Foi traçada a estratégia de implementação com base em dois pressupostos: "1) a necessidade de assegurar **flexibilidade ao processo**, de modo a permitir a consideração das diferentes realidades estaduais e municipais; 2) a exigência de um **processo negociado**, que assegure viabilidade política à execução das medidas operacionais".

O mecanismo proposto para viabilizar a aplicação destes pressupostos, foi a constituição, em cada Estado, de Comissões Intergestores Bipartites, integradas paritariamente por representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e do órgão colegiado de representação dos Secretários Municipais de Saúde.

A forma de relacionamento entre as Comissões Bipartites e a Comissão Tripartite e destas com os Conselhos Estaduais e Nacionais de Saúde pode ser visualizada na FIGURA III.

FIGURA III  
 FLUXO DECISÓRIO ENTRE ESTRUTURAS COLEGIADAS E COMISSÕES  
 INTERGESTORES NO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO PROPOSTO PELA  
 NOB-SUS 01/93



Fonte: "Documento da Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei", Ministério da Saúde-Brasil, 1993.

Quando trata da descentralização das ações e serviços de saúde, o documento afirmou a necessidade de se "empreender medidas claras e irreversíveis no sentido de dar materialidade aos avanços propugnados na lei". Afirmou, também,

que a descentralização necessita de uma ação pactuada, "não será possível atingir os objetivos constitucionais sem um prévio entendimento entre os gestores das três esferas de governo".

#### QUADRO X

#### PROPOSTAS DO "DOCUMENTO DA OUSADIA" DE REDEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO - NOB-SUS 01/93

1) À *Esfera federal* cabem as funções típicas de Estado Nacional; formulação de políticas nacionais, planejamento, normatização, avaliação e controle do sistema em seu âmbito, apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico e de recursos humanos; coordenação das ações de educação para a saúde; regulação do Sistema Único de Saúde de abrangência nacional; a cooperação técnica e financeira com estados e municípios; a regulação das relações público-privado; a regulação da atividade privada; acompanhamento e análise de tendências do quadro sanitário nacional; regulação dos padrões éticos de pesquisa; a regulação e o registro de processos e produtos; a coordenação em nível nacional do sistema de Informação em Saúde.

2) À *Esfera Estadual* cabem a formulação da política estadual de saúde, a coordenação e planejamento, incluindo a regionalização e hierarquização da rede de serviços, formulação e coordenação da política de investimentos setoriais em seu âmbito; a coordenação da rede de referência estadual e gestão do sistema de alta complexidade; a coordenação estadual das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de educação para saúde pública; o estabelecimento de padrões de atenção à saúde, supervisão e cooperação técnica e financeira aos municípios e supletivamente, a execução, controle e avaliação de alguns serviços; formulação e coordenação das políticas relativas ao tratamento fora domicílio, medicamentos especiais e órteses e próteses ambulatoriais.

3) À *Esfera Municipal* cabem a provisão das ações e serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, execução, avaliação e controle de ações e serviços de saúde, (...) voltadas ao indivíduo, ao coletivo ou ao ambiente, e processos de produção, distribuição e consumo de produtos de interesse para a saúde.

Ao longo do processo de transição foi previsto a coexistência de três situações diferentes no que se refere à configuração do sistema. As três situações propostas pelo "Documento da Ousadia" e depois materializadas na NOB-SUS 01/93, foram: transicional incipiente, transicional parcial, transicional semi-plena e, por último, uma situação "desejada" que seria uma situação plena. Estas situações podem ser visualizadas no QUADRO XI.

#### QUADRO XI

#### PROCESSO DAS SITUAÇÕES TRANSICIONAIS PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS PROPOSTO PELO "DOCUMENTO DA OUSADIA" PARA A NOB-SUS 01/93

SITUAÇÃO TRANSICIONAL INCIPIENTE	As secretarias municipais de saúde passam a assumir a responsabilidade sobre a autorização do credenciamento, descredenciamento, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares privados/filantrópicos contratados no município; a distribuição de uma cota de AIH negociada na Comissão Bipartite ou o correspondente a 8% da sua população; assumem o gerenciamento da rede ambulatorial existente no município desencadeiam o processo de reorganização do modelo assistencial, incluindo a incorporação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária à rede de serviços e a própria capacitação para programar, acompanhar, avaliar e controlar suas ações de saúde.
SITUAÇÃO TRANSICIONAL PARCIAL	Os Municípios e Estados, nesta situação, além das responsabilidades gerenciais definidas na situação incipiente, recebem os recursos financeiros referentes a diferença entre o que foi gasto com o pagamento de custeio aos prestadores públicos e privados (ambulatorial e hospitalar) e o teto financeiro fixado a partir de uma série histórica de gastos de custeio, submetida a um processo de correção de eventuais distorções.
SITUAÇÃO TRANSICIONAL SEMI-PLENA	Os Estados e Municípios neste estágio, do ponto de vista da capacidade gerencial e do reordenamento do modelo assistencial estarão exercendo a totalidade de suas responsabilidades. A transição, neste caso, se caracteriza pela manutenção da série histórica corrigida como base para determinação dos tetos financeiros a serem repassados diretamente (totalidade dos recursos de custeio ambulatorial e hospitalar).
SITUAÇÃO PLENA	Esta situação não chegou a ser configurada na NOB-SUS 01/93 porém no documento da ousadia é tida como uma situação em que estados e municípios, tendo assumido plenamente a gestão do SUS em suas esferas de governo, passam a receber o repasse financeiro global, direto e automático, nos termos da legislação vigente.

Os requisitos para os Estados e Municípios habilitarem-se aos enquadramentos de gestão serão discutidos neste estudo posteriormente.

Por último, o "Documento da Ousadia" definiu sobre a necessidade da reordenação da esfera do nível federal onde propôs uma redefinição do papel do Ministério da Saúde que deveria ser adequado às suas novas funções, que passariam a ser exercidas, não apenas em seu núcleo central, como também nas unidades estaduais e regionais das entidades a ele vinculadas. Esta reordenação exigiria a incorporação de propostas claras quanto ao papel não só do Ministério mas, também dos órgãos a ele vinculados.

#### **4.3.2. GESTÃO E FINANCIAMENTO À LUZ DA NOB-SUS 01/93**

A Portaria 545 de 20 de maio de 1993, que criou a NOB-SUS 01/93, está fundamentada nos seguintes aspectos:

"a)... os elementos de natureza política e administrativa constantes do documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei", aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 15 de abril do presente ano; b) que a construção do Sistema Único de Saúde - SUS é um processo de responsabilidade do Poder Público, orienta-se pelas diretrizes da descentralização político-administrativa dos serviços e ações de saúde e deve estar submetido ao controle da sociedade; c) ... a efetiva implementação do SUS vem assumindo dimensões complexas, cujo adequado equacionamento e domínio exige o estabelecimento de pressupostos essenciais na condução do processo, definição clara de responsabilidade das três esferas de governo e fixação de procedimentos e normas operacionais".



A NOB-SUS 01/93 definiu procedimentos e instrumentos operacionais que visavam ampliar e aprimorar as condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo, conforme proposto pela 9ª Conferência Nacional de Saúde.

Estes procedimentos e instrumentos configuraram a necessidade de uma convivência simultânea de situações diferenciadas de gestão do Sistema Único de Saúde nos Estados e Municípios. Para o gerenciamento deste processo, a NOB propôs como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde. Os fluxos decisórios e as estruturas colegiadas estão na FIGURA III e no QUADRO XIII.

**QUADRO XII**  
**ÓRGÃOS COLEGIADOS COMPONENTES DO FLUXO DECISÓRIO DEFINIDOS**  
**PELA NOB-SUS 01/93**

Comissões Intergestores:	Comissão Tripartite, em nível federal
	Comissão Bipartite, em nível estadual
Instância de participação social:	Conselho Nacional de Saúde
	Conselho Estadual de Saúde
	Conselho Municipal de Saúde

Fonte: NOB-SUS 01/93

#### **4.3.2.1 O FINANCIAMENTO COM RECURSOS ARRECADADOS PELA UNIÃO**

##### **4.3.2.1.1 O financiamento das atividades ambulatoriais**

As ações e serviços ambulatoriais, públicos e privados que integram o SUS, passaram a ser custeados através do sistema de financiamento ambulatorial, tendo

como instrumento operacional o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS. É mantida a Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA. Ambos foram criados pela NOB-SUS 01/91.

O montante dos recursos da UCA passaram a compor os Recursos para Cobertura Ambulatorial - RCA, destinado anualmente aos estados e ao Distrito Federal à título de cobertura ambulatorial. O cálculo para obtenção deste valor foi semelhante ao apontado na NOB-SUS 01/91 ( População X o valor da UCA = valor total a ser repassado a UF dividido em duodécimos constituindo-se no RCA/mês).

O FEGE - Fator de Estímulo e Gestão Estadual criado pela NOB SUS 10/92 foi substituído pelo Fator de Apoio ao Estado - FAE - que se caracterizou como um repasse feito de recursos de custeio aos estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semi-plena, para serem utilizados nas atividades de tratamento fora domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais, em programação que seria aprovada pela Comissão Bipartite.

A programação física e orçamentária das atividades ambulatoriais deveria ser produto do trabalho conjunto dos municípios e do estado na Comissão Intergestores Bipartite, sob a coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, aprovado pelos Conselhos Municipais de Saúde e referendado pelo Conselho Estadual de Saúde.

O Fator de Estímulo a Municipalização - FEM criado pela NOB-SUS 01/92 foi substituído pelo Fundo de Apoio ao Município - FAM, que caracterizou-se como um repasse de recursos de custeio aos municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena. A proposta de cálculo para o FAM foi semelhante a do Cálculo do FAE, tendo sido obtido a partir do valor correspondente

a 5% da UCA do estado multiplicado pelo número de habitantes do município e dividido pelo duodécimo, obtendo-se, assim, o FAM/mês.

A exemplo dos fatores criados pela NOB SUS 01/92, o FAE e o FAM foram fatores que nunca foram implementados na prática. A justificativa do Ministério da Saúde foi a falta de recursos financeiros.

#### 4.3.2.1.2 O financiamento das atividades hospitalares na NOB-SOS 01/93

O financiamento das atividades assistenciais, realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde, foram custeados, conforme a NOB 93, pelo sistema de financiamento hospitalar, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informação Hospitalar - SIH-SUS - e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). **Este sistema foi o mesmo utilizado pelas NOB 01/91 e 01/92.**

O quantitativo de AIH por estado foi mantido de acordo com a NOB 01/91, de 10% da população, sendo que aos município o teto quantitativo mensal foi equivalente a 8% de sua população, enquanto que aos estados foi de 2% da população, acrescido dos quantitativos devidos aos municípios que não estivessem enquadrados em nenhum tipo de gestão.

O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para estados foi calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no estado ( janeiro a dezembro 1992), corrigido na mesma proporção que a

tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares. O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para os municípios seguiu a mesma lógica de cálculo do teto dos estados.

Aos Conselhos de Saúde coube a aprovação dos critérios de programação dos quantitativos de AIH, por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados. Assegurou-se o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas nos Planos de Saúde.

Foi sugerido que a Comissão Bipartite, em cada estado definisse os quantitativos de AIH por município e o funcionamento de uma Câmara de Compensação, que viabilizasse a necessária circulação de AIH entre os municípios, mantida sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

#### **4.3.3. DAS CONDIÇÕES DE GESTÃO**

O processo de descentralização que motivou a Norma Operacional Básica 01 de 1993 foram efetivados através de diferentes sistemáticas de relacionamentos entre a esfera federal, a estadual e municipal, propiciando uma convivência de situações diferenciadas no que se refere às condições da gestão do SUS. Desta forma, seja para os Municípios como para os Estados, dependendo do nível de gestão foram atribuídos requisitos, responsabilidades como também definidos os passos operacionais, o que pode ser visto nos QUADROS XIV ao XIX.

**QUADRO XIII**  
**RESPONSABILIDADES/PRERROGATIVAS DOS MUNICÍPIOS NAS**  
**DIFERENTES CONDIÇÕES DE GESTÃO - NOB-SUS 01/93**

RESPONSABILIDADE/ PRERROGATIVA	CONDIÇÃO DE GESTÃO		
	INCIPIENTE	PARCIAL	SEMI-PLENA
Autoriza, cadastra e contrata prestador	sim*	sim	sim
Programa e autoriza AIH e procedimentos ambulatoriais	sim*	sim	sim
Controla e avalia serviços ambulatoriais e hospitalares	sim*	sim	sim
Gerencia rede ambulatorial pública	demonstra disposição	sim	sim
Desenvolve ações de vigilância e saúde do trabalhador	sim	sim	sim
Recebe diferença entre teto e serviços prestados	não	sim	não
Recebe total de recursos de custeio ambulatorial e hospitalar	não	não	sim

\*Assume imediata ou progressivamente, de acordo com condições técnico-operacionais, em cronograma discutido com Comissão Bipartite.

Analisando o QUADRO XIV pode-se ver o avanço da NOB 01/93 em relação a NOB 01/91 e 01/92 pois ao município é delegado o papel de autorizar cadastros e contratar prestadores do setor complementar, programar e autorizar as AIH, bem como controlar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares e gerenciar a rede ambulatorial pública. Este novo papel delegado ao município, foi um dos maiores avanços na concepção de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde após a Lei Orgânica da Saúde.

Quanto às formas de enquadramento de gestão dos municípios, a grande novidade foi na prerrogativa da gestão semi-plena, onde o município recebe todos os recursos do custeio ambulatorial e hospitalar do Fundo Nacional de Saúde, diretamente para o Fundo Municipal de Saúde.

**QUADRO XIV**  
**REQUISITOS PARA AS DIFERENTES CONDIÇÕES DE GESTÃO DOS**  
**MUNICÍPIOS**

REQUISITOS	CONDIÇÃO DE GESTÃO		
	INCIPIENTE	PARCIAL	SEMI-PLENA
Manifesta à Bipartite interesse em assumir responsabilidades	sim	sim	sim
Conselho Municipal de Saúde	sim	sim	sim
Fundo Municipal de Saúde	sim	sim	sim
Encaminhar à Bipartite proposta de incorporação das unidades ambulatoriais estaduais e federais	sim	sim	sim
Médico para emissão de AIH	sim	sim	sim
Condições para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços	sim	sim	não
Registro e remessa mensal de dados de nascidos vivos, mortalidade, doenças de notificação compulsória.	sim	sim	sim
Plano Municipal de Saúde anual	não	sim	sim
Relatório de gestão anual	não	sim	sim
Comprovar anualmente contrapartida de recursos do Tesouro Municipal	não	sim	sim
Existência da Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários, ou plano elaborado.	não	sim	sim
Apresentar indicadores de avaliação	não	não	sim
Apreciação pela Comissão Tripartite	não	não	sim

Em conseqüência das novas responsabilidades que foram atribuídas aos municípios municipalizados, conforme pode ser observado no QUADRO XIV, houve uma ampliação dos requisitos para o enquadramento de gestão (QUADRO XV) na NOB 01/93. Além dos requisitos exigidos pelas NOB 01/91 e 01/92, foram

acrescidos outros como a existência do médico auditor, a garantia da remessa mensal de dados de nascidos vivos, de mortalidade e das doenças de notificação compulsória, bem como a necessidade de apresentar indicadores de avaliação.

**QUADRO XV**  
**OPERACIONALIZAÇÃO NAS DIFERENTES CONDIÇÕES DE GESTÃO**  
**DOS MUNICÍPIOS**

REQUISITOS	CONDIÇÃO DE GESTÃO		
	INCIPIENTE	PARCIAL	SEMI- PLENA
Cadastramento das Unidades Hospitalares	sim	sim	*
Cadastramento das Unidades Ambulatoriais	sim	sim	*
Emissão de AIH apenas por médico definido pelo gestor municipal	sim	sim	*
FPO preenchida pela SMS e aprovado o montante de cada unidade pelo CMS	sim	sim	*
Unidades ambulatoriais encaminham mensalmente o BPA	sim	sim	*
Encaminhamento mensal das AIH utilizadas dos Hospitais para a SMS e desta ao Ministério da Saúde	sim	sim	*
Repasse financeiro dos tetos e prestação de contas, conforme legislação vigente	não	sim	sim

\*Nesta condição, os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais, incluindo o processamento de dados pertinentes, serão definidos e executados pelos municípios, observada a necessidade de manutenção dos bancos de dados estaduais e federais.

Na operacionalização, conforme QUADRO XVI, observar-se o que pode ser chamado de "desmame progressivo" de atividades que eram tipicamente do extinto

INAMPS para os municípios, o que resultou em crescimento das funções e competências do Sistema Municipal de Saúde.

**QUADRO XVI**  
**RESPONSABILIDADES/PRERROGATIVAS DOS ESTADOS NAS**  
**CONDIÇÕES DE GESTÃO PARCIAL E SEMI-PLENA E INCIPIENTE**

RESPONSABILIDADE/ PRERROGATIVA	CONDIÇÃO DE GESTÃO		
	INCIPIENTE	PARCIAL	SEMI- PLENA
Programação integrada com seus municípios	não	sim	sim
Gestão dos recursos de investimentos próprios e os transferidos pela esfera federal	não	sim	sim
Cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, coordenação e avaliação da rede de serviços públicos e privados	sim*	sim*	sim*
Coordenação da rede de referência estadual e gerência dos sistemas de alta complexidade	não	sim	sim
Coordenação das políticas relativas ao tratamento fora do domicílio, órteses, próteses e medicamentos especiais	não	sim	sim
Coordenação das ações de vigilância epidemiológica	sim	sim	sim
Coordenação dos hemocentros e a rede de laboratório de saúde pública	não	sim	sim
Formulação, execução e controle da política de saúde do trabalhador	sim	sim	sim
Receber mensalmente diferença entre teto estabelecido e pagamento efetuado	não	sim	sim**
Coordenação das ações de vigilância sanitária	sim	não	sim

\* Respeitando-se as responsabilidades e prerrogativas dos municípios habilitados

\*\* Recebe mensalmente total de recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecido para a rede própria, a contratada suplementarmente pelo estado e aquela dos municípios que não estiverem enquadrados em nenhum nível de gestão.



**QUADRO XVII**  
**REQUISITOS PARA OS ESTADOS NAS CONDIÇÕES DE GESTÃO PARCIAL,  
 SEMI-PLENA E INCIPIENTE**

REQUISITOS	CONDIÇÃO DE GESTÃO		
	INCIPIENTE	PARCIAL	SEMI-PLENA
Manifestar interesse em assumir responsabilidades	não	sim	sim
Dispor de capacidade técnica e material	sim	sim	sim
Conselho Estadual de Saúde (apresentação semestral de atas)	sim	sim	sim
Fundo Estadual de Saúde (apresentação semestral de extratos)	sim	sim	sim
Comissão Bipartite (apresentação semestral de atas)	sim	sim	sim
Plano Estadual de Saúde atualizado anualmente	não	sim	sim
Relatório de Gestão atualizado anualmente	não	sim	sim
Comprovar anualmente contrapartida de recursos próprios para a saúde	não	sim	sim
Comissão de elaboração Plano de Carreira, Cargos e Salários ou plano elaborado	não	sim	sim
Apresentar anualmente a Programação Integrada	não	sim	sim
Manter o SIA/SUS e o SIH/SUS permanentemente	sim	sim	sim
Registro e remessa mensal de dados de nascidos vivos, mortalidade doenças de notificação compulsória, produção ambulatorial, e outros estabelecidos pela esfera federal.	sim	sim	sim
Termo de Compromisso com metas a serem cumpridas pelo gestor e indicadores de resultados	não	não	sim

**QUADRO XVIII**  
**OPERACIONALIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE GESTÃO PARCIAL, SEMI-PLENA**  
**E INCIPIENTE PARA OS ESTADOS**

OPERACIONALIZAÇÃO	CONDIÇÃO DE GESTÃO		
	INCIPIENTE	PARCIAL	SEMI- PLENA***
Cadastramento das unidades Hospitalares	sim	sim	sim
Cadastramento das unidades ambulatoriais	sim	sim	sim
Distribuição de cotas de Autorização de Internação Hospitalar	sim*	sim**	sim
Emissão de AIH por médico designado pelo gestor estadual	sim	sim	sim
Preenchimento da Ficha de Programação Físico Orçamentária e montante aprovado pelo CES	sim	sim**	sim
Boletim de Produção Ambulatorial e Boletim de Diferença de Pagamento assinados pelo gestor estadual	sim	sim	sim
Verificação das AIH utilizadas e encaminhadas para a SES	sim	sim	sim
Repasse dos saldos relativos aos tetos ambulatoriais e hospitalares, bem como a prestação de contas, conforme legislação vigente	não	sim	sim

\*Negociada na Comissão Bipartite e aprovada pelo CES

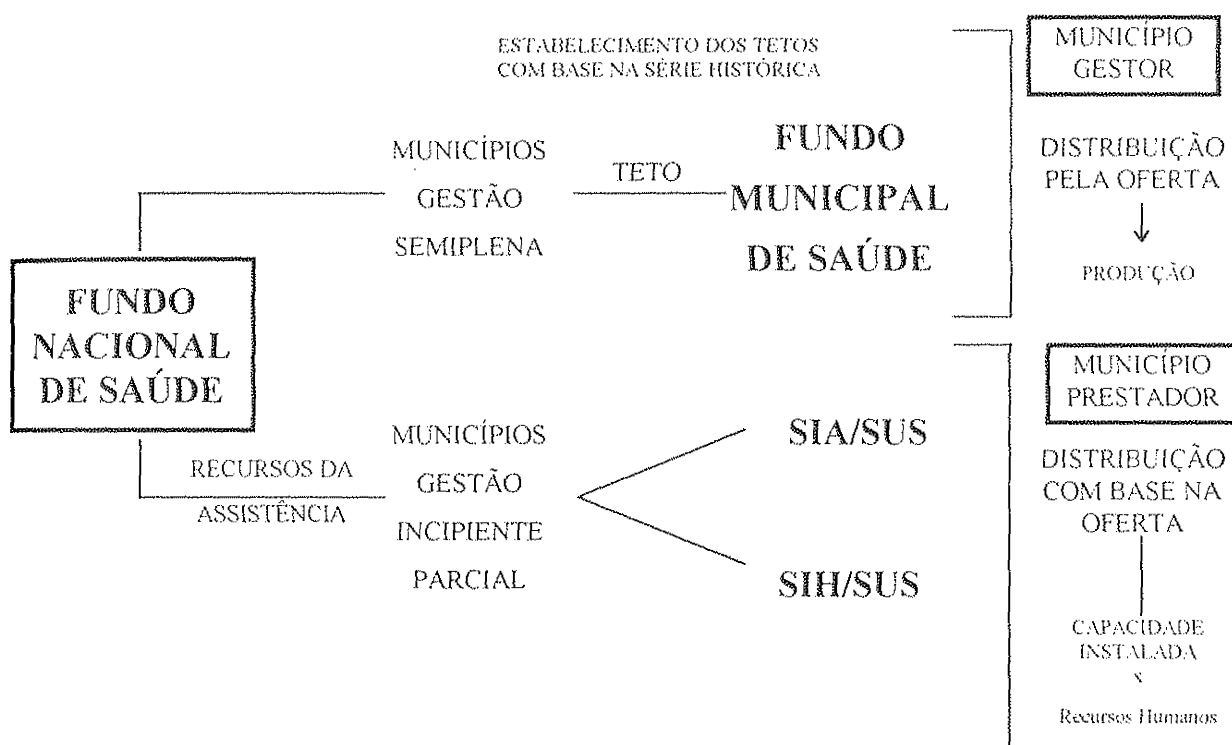
\*\*Conforme definido na programação integrada

\*\*\*Os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais serão definidos pelos estados, observando a necessidade de manutenção dos bancos de dados federais

O avanço em relação à descentralização e à transferência de recursos do nível federal apresentado nesta NOB foi a criação da condição de gestão semi-plena, posta em prática em novembro de 1994, após a publicação do Decreto de número 1.232, de 30 de agosto de 1994, que "Dispõe sobre as condições e a forma

de repasse regular e automática de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal" FIGURA IV.

FIGURA IV  
MECANISMO DE REPASSE PARA ASSISTÊNCIA PREVISTO NA NOB 93



A situação de habilitação dos municípios brasileiros de acordo com a NOB-SUS 01/93 pode ser visualizada através do TABELA V.

**TABELA V**  
**SITUAÇÃO DA HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS DE ACORDO**  
**COM A NOB/SUS – 01/93, POR ESTADO E REGIÃO DO BRASIL**

Região/Estado	Total Municípios	Gestão Incipiente		Gestão Parcial		Gestão Semiplena		Total de Municípios Habilitados	
		Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%
<b>Região Norte</b>	<b>398</b>	<b>34</b>	<b>8.54</b>	<b>16</b>	<b>4.02</b>	<b>6</b>	<b>1.51</b>	<b>56</b>	<b>14.07</b>
AC	22	5	22.73	2	9.09	0	0.00	7	31.82
AM	62	1	1.61	0	0.00	0	0.00	1	1.61
AP	15	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
PA	128	20	15.63	6	4.69	2	1.56	28	21.88
RO	40	7	17.50	3	7.50	3	7.50	13	32.50
RR	8	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TO	123	1	0.81	5	4.07	1	0.81	7	5.69
<b>Região Nordeste</b>	<b>1559</b>	<b>851</b>	<b>54.59</b>	<b>39</b>	<b>2.50</b>	<b>33</b>	<b>2.12</b>	<b>923</b>	<b>59.20</b>
AL	100	54	54.00	4	4.00	0	0.00	58	58.00
BA	415	170	40.96	4	0.96	0	0.00	174	41.93
CE	184	136	73.91	0	0.00	12	6.52	148	80.43
MA	136	30	22.06	6	4.41	9	6.62	45	33.09
PB	171	101	59.06	0	0.00	1	0.58	102	59.65
PE	177	117	66.10	6	3.39	5	2.82	128	72.32
PI	148	100	67.57	0	0.00	1	0.68	101	68.24
RN	153	116	75.82	19	12.42	5	3.27	140	91.50
SE	75	27	36	0	0.00	0	0.00	27	36.00
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>428</b>	<b>164</b>	<b>38.32</b>	<b>64</b>	<b>14.95</b>	<b>9</b>	<b>2.10</b>	<b>237</b>	<b>55.37</b>
GO	232	11	47.84	13	5.60	0	0.00	124	53.45
MS	77	30	38.96	17	22.08	8	10.39	55	71.43
MT	118	23	19.49	34	28.81	1	0.85	58	49.15
DF	1	*	*	*	*	*	*	*	*
<b>Região Sudeste</b>	<b>1533</b>	<b>800</b>	<b>52.19</b>	<b>261</b>	<b>17.03</b>	<b>78</b>	<b>5.09</b>	<b>1139</b>	<b>74.30</b>
ES	71	54	76.06	1	1.41	3	4.23	58	81.69
MG	756	488	64.55	201	56.59	18	2.38	707	93.52
RJ	81	3	3.70	14	17.28	7	8.64	24	29.63
SP	625	255	40.80	45	7.20	50	8.00	350	56.00
<b>Região Sul</b>	<b>1058</b>	<b>518</b>	<b>48.96</b>	<b>236</b>	<b>22.31</b>	<b>18</b>	<b>1.70</b>	<b>772</b>	<b>72.97</b>
PR	371	285	76.82	44	11.86	3	0.81	332	89.49
SC	260	28	10.77	176	67.69	11	4.23	215	82.69
RS	427	205	48.01	16	3.75	4	0.94	225	52.69
<b>BRASIL</b>	<b>4976</b>	<b>2.367</b>	<b>47.57</b>	<b>616</b>	<b>12.38</b>	<b>144</b>	<b>2.89</b>	<b>3127</b>	<b>62.84</b>

\* não procedente

Fonte: Banco de Dados de Habilitações/SPSA/MS

Pode-se constatar que, dos 4.976 municípios brasileiros, 3.127 (62,84%) estão enquadrados em algum tipo de gestão, entre eles as principais cidades brasileiras. Tal fato, se analisado numa perspectiva histórica representa um avanço. Entretanto, ressalta-se que destes, 2.367 (47,56%), estão na gestão incipiente, 616 (12,38%) na gestão parcial e somente 144 (2,89%) dos municípios encontram-se no nível de gestão semi-plena. Isto demonstra que mesmo com a NOB 01/93, a grande maioria dos municípios brasileiros, 97,7%, encontram-se na condição de prestadores de serviços de saúde.

Outras limitações que podem ser percebidas na NOB 01/93, encontra-se na ausência de definições acerca da vigilância sanitária, epidemiológica e de endemias como também limitações quanto ao estímulo para inversão do modelo de atenção. Neste cenário, surgiu a edição da NOB-SUS 01/96.

#### **4.4. GESTÃO E FINANCIAMENTO À LUZ DA NOB-SUS 01/96**

Em agosto de 1996 o Ministério da Saúde emite a portaria 1.742, que institui a Norma Operacional Básica - SUS 01/1996. Como tema principal estabeleceu: "Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão". Busca, assim, construir a plena responsabilidade do poder público municipal, sobre a gestão de um sistema de saúde e, não somente, sobre a prestação de serviços de saúde.

Foram criadas duas categorias de gestão municipal: a **Gestão Plena da Atenção Básica** e a **Gestão Plena do Sistema Municipal**.

A primeira credencia o gestor municipal para, prioritariamente, elaborar a programação municipal dos serviços básicos, gerir unidades ambulatoriais próprias e contratar, controlar, auditar e pagar, aos prestadores de serviços procedimentos e ações de assistência básica.

Quanto à Gestão Plena do Sistema Municipal, propicia ao gestor a possibilidade de elaborar toda programação municipal, inclusive a de prestação de assistência ambulatorial especializada e hospitalar, conferindo, assim aos Municípios a ampliação de sua responsabilidade no tocante às necessidades da população.

Esta NOB, como as anteriores, reafirmou os avanços obtidos pela sociedade brasileira, presentes na Constituição de 1988, não só em relação ao amparo legal para a elaboração e execução política de saúde, mas pelo próprio conceito abrangente de saúde por ela adotado.

Reafirmou que a Lei Orgânica da Saúde tem o papel de regulamentar o SUS, cabendo as Normas Operacionais Básicas a partir da avaliação do estágio de implantação e do desempenho do SUS; voltarem-se, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade do Sistema.

Como as Normas anteriores, a NOB/96, teve a preocupação de estabelecer como uma de suas finalidades prioritárias a inversão do modelo de atenção à saúde hegemônico no país.

Enfatizou que isso implica no aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde no país e na própria organização do Sistema, visto que o município passou a ser, de fato, responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de

saúde de sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

Uma das preocupações levantadas pela NOB 96 foi a de propiciar as condições para a construção da integralidade das ações e serviços de saúde e ,mais do que isto, evidenciar a necessidade das ações fora do campo específico da Saúde. Diferentemente da Norma anterior que organiza o conjunto das ações no campo da assistência, a NOB/96 definiu a atuação do setor saúde em três campos: a) o da **assistência**; b) o das **intervenções ambientais**; c) o das **políticas externas ao setor saúde**.

Este último, interfere nos "determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macro-econômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos."

#### 4.4.1 SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL

A NOB-SUS 01/96 introduziu a idéia de SUS-Municipal que, na prática, não difere muito das situações anteriores em que se procurou fortalecer o sistema local de saúde integrando uma rede regionalizada e hierarquizada e disciplinado segundo subsistema em cada município.

Entretanto, esta Norma definiu, de forma clara e precisa, a diferença conceitual entre **gerência e gestão**. Assim, gerência foi conceituada como sendo a "administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema" . Por sua

vez, gestão é a “atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”.

A NOB chamou a atenção para que o processo de construção de Sistemas Municipais de Saúde não incorresse no perigo de atomização desordenada. “Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais”.

Outro ponto importante, foi o de destacar que o caráter diferenciado do modelo de gestão é transitório, vez que todo e qualquer município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida. Enfatizou que “a operacionalização das condições de gestão, propostas por esta NOB, considera e valoriza os vários estágios já alçados pelos estado e pelos municípios, na construção de uma gestão plena.”

A NOB define uma hierarquização do papel do poder público, sendo uma das responsabilidades nucleares do nível estadual mediar a relação entre os sistemas municipais e, uma responsabilidade do federal, a de mediar as relações entre os sistemas estaduais.

Além disso, enfatizou que as instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal. Manteve as instâncias e os fluxos criados pela NOB-SUS 01/93 - a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) - e pelos gestores estadual e municipal - a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade. Nas CIB e CIT são apreciadas as composições dos



sistemas municipais de saúde, bem como a pactuação da programação entre gestores e a integração entre as esferas de governo.

O desempenho de todos esse papéis é condição para a consolidação da direção única do SUS, em cada esfera de governo, para a efetivação e a permanente revisão do processo de descentralização e para a organização de redes regionais de serviços hierarquizados.

#### **4.4.2 RELAÇÃO ENTRE OS SISTEMAS MUNICIPAIS**

Em relação a necessidade de integração dos Sistemas Municipais de Saúde - uma preocupação que vem sendo mantida desde a NOB 01/91 quando criou a figura dos consórcios intermunicipais - a NOB/96 foi taxativa: "os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atender usuários encaminhados por outro. As negociações destas referências devem ser efetivadas, exclusivamente, entre os gestores municipais".

A NOB entendeu que esta relação, mediada pelo Estado, tem como instrumento de garantia a programação pactuada e integrada ( PPI ) na CIB regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde correspondente.

Estabeleceu que o gestor do sistema municipal é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde. (estaduais ou privados ) situados em seu município. Quando um município, que demanda serviços a outro, ampliar a sua própria capacidade resolutiva, pode requerer, ao gestor

estadual, que a parte de recursos alocados no município vizinho seja realocada para o seu município.

#### 4.4.3 PAPEL DO GESTOR ESTADUAL

A NOB 01/96 identifica quatro papéis básicos para o gestor estadual, os quais não são, necessariamente, exclusivos e seqüenciais. Afirmou que “o exercício desses papéis, pelo gestor, requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolvem responsabilidades nas três esferas de governo”. Reafirmou que o cumprimento destes papéis se relaciona diretamente com o pleno funcionamento do Conselho Estadual de Saúde - CES e da Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Estes aspectos podem ser visualizadas no QUADRO XX.

#### QUADRO XIX PAPÉIS BÁSICOS E APOIO LOGÍSTICO DO ESTADO NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS NOB-SUS 01/96

PAPÉIS BÁSICOS DO ESTADO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual;</li> <li>2. promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral;</li> <li>3. assumir, em caráter transitório, a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes aos municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade;</li> <li>4. ser promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual.</li> </ol>
CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA DE APOIO LOGÍSTICO E DE ATUAÇÃO ESTRATÉGICA DOS ESTADOS	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) informação informatizada;</li> <li>b) financiamento;</li> <li>c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;</li> <li>d) apropriação de custos e avaliação econômica;</li> <li>e) desenvolvimento de recursos humanos;</li> <li>f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologia; e</li> <li>g) comunicação social e educação em saúde.</li> </ol>

#### 4.4.4 PAPEL DO GESTOR FEDERAL

A NOB 96 é também a primeira Norma Operacional Básica a enfatizar o papel do gestor federal, que por sua vez é semelhante à proposta para os estados. A NOB 01/96 enfatizou os quatro papéis básicos para o gestor federal. O exercício desses papéis, pelo gestor, requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que consolidam os sistemas estaduais e propiciam, ao SUS, maior eficiência com qualidade. Esta estrutura pode ser verificada no QUADRO XXI.

#### QUADRO XX

#### PAPÉIS BÁSICOS E APOIO LOGÍSTICO DO GESTOR FEDERAL NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS NOB-SUS 01/96

PAPEIS BÁSICOS DO GESTOR FEDERAL DO SUS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;</li> <li>2. promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;</li> <li>3. fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional;</li> <li>4. exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.</li> </ol>
CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA DE APOIO LOGÍSTICO E DE ATUAÇÃO ESTRATÉGICA DO GESTOR FEDERAL	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) informação informatizada;</li> <li>b) financiamento;</li> <li>c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;</li> <li>d) apropriação de custos e avaliação econômica;</li> <li>e) desenvolvimento de recursos humanos;</li> <li>f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologia; e</li> <li>g) comunicação social e educação em saúde.</li> </ol>

O desenvolvimento desse sistema, no âmbito nacional, depende, igualmente, da viabilização de negociações com diversos atores envolvidos e da ratificação das programações e decisões, o que ocorre mediante o pleno funcionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT. Depende, ainda, do

redimensionamento da direção nacional do Sistema, tanto em termos da estrutura, quanto de agilidade e de integração, como no que se refere às estratégias, aos mecanismos e aos instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão.

#### 4.4.5 AS BASES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A idéia de mudança de modelo assistencial que está presente de forma muito forte na NOB 01/93, aparece também na NOB 01/96 reforçando a necessidade de uma composição harmônica, integrada e modernizada do SUS para a concretização dos ideais constitucionais e, portanto, do direito à saúde, que são: a) a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS; e b) a criação de condições elementares e fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais, com qualidade.

Para materializar o vínculo do sistema com população, a NOB/96 propôs instituir o **cartão SUS-MUNICIPAL**, com numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional.

Para o segundo propósito, enfatizou-se a necessidade de se construir uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, bem como buscar o enfoque epidemiológico na sua organização. O novo modelo a ser organizado deveria estar centrado na construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do individual.

Dessa forma, foi incentivado a associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Nessa nova relação, a pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra.

#### 4.4.6 O FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

A NOB-SUS 01/96, inicialmente, procurou dividir a responsabilidade do financiamento entre as três esferas de governo, porém continua, como as anteriores, não viabilizando a aplicação dos critérios do artigo 35 da Lei 8.080.

Ampliou, em relação às anteriores, no que diz respeito ao leque de cobertura, e já garante os repasses automáticos para as ações básicas - criando o **Piso Assistencial Básico - PAB** - de acordo com um *per capita* nacional pela população de cada município.

Esta medida propõe uma distribuição igualitária para os estados e municípios, que se não é garantia de fazer-se uma distribuição eqüitativa, aponta na perspectiva de diminuir as iniquidade regionais presentes na distribuição dos recursos do Sistema Único de Saúde. Os municípios que estiverem enquadrados na condição de gestão plena do sistema municipal também receberão os seus repasses automáticos, " fundo a fundo".

Como as NOB anteriores, condiciona as transferências, aos Estados, Distrito Federal e municípios, à contrapartida destes níveis de governo em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

A NOB 01/96 foi a primeira Norma Operacional a fazer referência ao reembolso das despesas realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde. Ela estabelece que estes recursos constituem fonte adicional de receitas e a sua destinação será exclusiva aos fundos de saúde da respectiva esfera de governo.

Os recursos de investimento são alocados pelo MS, mediante a apresentação, pela Secretaria Estadual de Saúde, da programação de prioridades de investimentos, devidamente negociada na Comissão Intergestores Bipartite e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde, até o valor estabelecido no orçamento do Ministério, e executados de acordo com a legislação pertinente.

#### **4.4.6.1 Tetos Financeiros dos Recursos Federais**

A NOB 96 criou vários Tetos Financeiros. A forma como foram criados permite uma maior transparência dos recursos e aprimoram as transferências intra governamentais. Estes podem ser vistos no QUADRO XXII E XXIII.

No estabelecimento destes tetos, pode-se considerar aqui um progresso importante obtido pela NOB 01/96 quando pela primeira vez se disponibiliza para a descentralização recursos de vigilância sanitária, epidemiológica e de controle de doenças. Garantiu-se não só a transferência de tais recursos, bem como seu repasse Fundo à Fundo, contrapondo-se à forma de transferência convenial.

Para a definição destes tetos e de sua política alocativa, a NOB propõe um processo ascendente de pacto que garanta a reorganização do modelo de atenção nas áreas de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária, epidemiológicas e de controle de doenças.

## QUADRO XXI

## TETOS FINANCEIROS ESTABELECIDOS PELA NOB-SUS 01/96

TETO	FUNÇÃO/CONSTITUIÇÃO
Teto Financeiro Global - TFG	O Teto Financeiro Global do Estado (TFGE) é constituído pela soma dos Tetos Financeiros da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).
Teto Financeiro da Assistência - TFA	Recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência hospitalar e ambulatorial. Os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.
Teto Financeiro Global do Estado - TFGE	É constituído pelos Tetos Financeiros da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).
Teto Financeiro Vigilância Sanitária - TFVS	É constituído pelos recursos da esfera federal destinados à vigilância sanitária. Os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferências Regular e Automática Fundo a Fundo e Remuneração de Serviços Produzidos.
Epidemiologia e Controle de Doenças -TFECD.	Os recursos da esfera federal destinados às ações de epidemiologia e controle de doenças não contidas no elenco de procedimentos do SIA/SUS e SIH/SUS.
Teto Financeiro Global do Município - TFGM	É definido consoante à programação integrada. Submetido à SES, após aprovação do CMS. O valor final desse Teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIB - observados os limites do TFGE.
Teto Financeiro da Assistência do Município - TFAM	É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais assumidas pela SMS. O TFAM é transferido, regular e automaticamente, do FNS ao FMS, de acordo com as condições de gestão estabelecidas pela NOB 01/96 e destina-se ao custeio dos serviços localizados no território do município (exceção feita àqueles eventualmente excluídos da gestão municipal por negociação na CIB).
Teto Financeiro da Assistência do Estado - TFAE	É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais sob a responsabilidade da SES. O TFAE corresponde ao TFA fixado na CIT e formalizado em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Todos os valores referentes aos pisos, tetos, frações, índices, bem como suas revisões, são definidos com base na PPI, negociados nas Comissões Intergestores (CIB e CIT), formalizados em atos dos gestores estadual e federal e aprovados previamente nos respectivos Conselhos (CES e CNS).

Estabelece, ainda, que as obrigações que vierem a ser assumidas pelo Ministério da Saúde, decorrentes da implantação desta NOB e que gerem aumento

de despesa serão previamente discutidas com o Ministério do Planejamento e Orçamento e o Ministério da Fazenda.

## QUADRO XXII

### FRAÇÕES, PISOS E ÍNDICES ESTABELECIDOS PELA NOB-SUS 01/96

FRAÇÕES, PISOS E ÍNDICES	FUNÇÃO/ CONSTITUIÇÃO
Fração Assistencial Especializada - FAE	É um montante que corresponde aos procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do estado.
Índice de Valorização de Resultados - IVR	Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da assistência do estado, transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população.
Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS)	
Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E),	
Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária -IVISA	Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da vigilância sanitária do estado, a serem transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre as condições de vida da população, segundo critérios definidos na CIT.
Piso Básico de Vigilância Sanitária -PBVS	Consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações básicas da vigilância sanitária, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor <i>per capita</i> nacional pela população de cada município

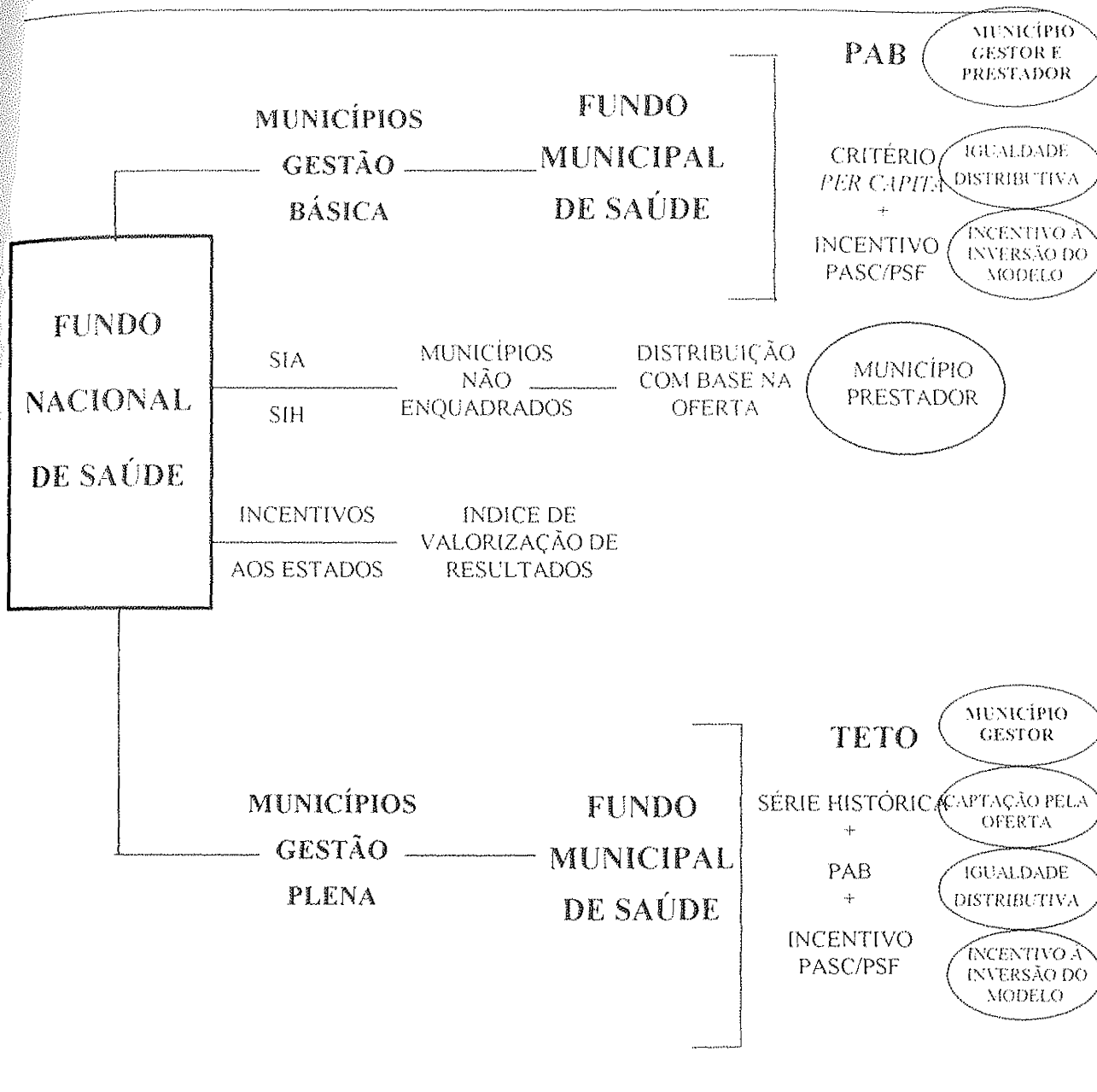


#### 4.4.6.2 Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Fica estabelecido um acréscimo percentual ao montante do PAB sempre que estiverem atuando integradamente à rede municipal, equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo órgão do MS (SAS/MS) com base em normas da direção nacional do SUS. Isto demonstra que uma das preocupações estabelecidas na NOB 01/96 foi a de garantir incentivos para programas que na ótica do Ministério da Saúde estão promovendo uma mudança do modelo assistencial. Alguns autores, como MERHY, 1997 têm criticado o fato do Ministério da Saúde ter simplificado ao considerar apenas a iniciativa para o PACS e o PSF. O autor deste estudo não entende como iniciativas como os Núcleos de Informação, Educação e Comunicação - IEC não constam do elenco de programas incentivados por esta NOB.

FIGURA V

MECANISMO DE REPASSE PARA ASSISTÊNCIA PREVISTO NA NOB 96



#### **4.4.7 PROGRAMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA**

##### **4.4.7.1 Programação Pactuada e Integrada - PPI**

A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual

##### **4.4.7.2 Controle, Avaliação e Auditoria**

Os bancos de dados nacionais, cujas normas são definidas pelos órgãos do MS, constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria. Por conseguinte, os gestores municipais e estaduais do SUS devem garantir a alimentação permanente e regular desses bancos, de acordo com a relação de dados, informações e cronogramas previamente estabelecidos pelo MS e pelo CNS.

As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão

de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho.

A NOB enfoca que este processo de programação, controle e avaliação deve ter coerência com a reorientação do modelo de atenção e de consolidação do SUS. Neste sentido, este requer o aperfeiçoamento e a disseminação dos instrumentos e técnicas de avaliação de resultados e do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população. Para isto, deve-se priorizar o enfoque epidemiológico que propicie a permanente seleção de prioridade de intervenção e reprogramação contínua da alocação de recursos. O acompanhamento da execução das ações programadas é feito permanentemente pelos gestores e periodicamente pelos respectivos Conselhos de Saúde, com base em informações sistematizadas, que devem possibilitar a avaliação qualitativa destas ações.

#### **4.4.8. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO MUNICÍPIO**

As condições de gestão, estabelecidas na NOB, explicitam as responsabilidades do gestor estadual e municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos, por parte do gestor, perante os outros gestores e a população sob sua responsabilidade.

A partir da NOB/96, os municípios podem habilitar-se em duas condições:

- a) **Gestão Plena da Atenção Básica; e**
- b) **Gestão Plena do Sistema Municipal.**

Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito da Norma Operacional, em vigor, na condição de **prestadores de serviços** ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado.

Os QUADROS XXIV, XXV, XXVI apresentam as responsabilidades, requisitos, e prerrogativas, definidos pela NOB SUS/ 96 para cada uma das formas de gestão.

## QUADRO XXIII

## NOB SUS 01/96: RESPONSABILIDADES DOS MUNICÍPIOS NAS DIFERENTES CONDIÇÕES DA GESTÃO

RESPONSABILIDADES	CONDIÇÃO DE GESTÃO	
	PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA	PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL
Programação Municipal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, propondo referência ambulatorial especializada e hospitalizar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos os serviços, inclusive a referência ambulatorial especializada e hospitalar</li> </ul>
Gerência de Unidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulatoriais próprias; do Estado ou da União, de conformidade com a CIB e CTI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ambulatoriais e hospitalares próprias, inclusive as de referências; do Estado e da União, de conformidade com a CIB e CIT</li> </ul>
Reorganização das unidades sob gestão pública e cadastramento nacional dos usuários do SUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> </ul>
Prestação de Serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertos pelo PAB</li> <li>Acompanhamento dos serviços prestados quando das referências interna ou externa ao município</li> <li>Autorização, em conformidade com a CIT, de internações hospitalares e ações ambulatoriais especializadas, realizadas no município</li> <li>Ações básicas de vigilância sanitária; de epidemiologia; de controle de doenças e de ocorrências mórbidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantia dos serviços no território municipal, inclusive os de referência aos não residentes, e daqueles prestados quando da referência interna ou externa ao município</li> <li>Administração da oferta de serviços ambulatoriais especializados de alto custo e hospitalares de alta complexidade</li> <li>Ações básicas, de média e alta complexidade, em vigilância sanitária;</li> <li>Ações de epidemiologia; de controle de doenças e de ocorrências mórbidas</li> </ul>
Operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência da população e à referência intermunicipal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> </ul>
Contratação, controle, auditoria e pagamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>De serviços contidos no PAB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulatoriais e hospitalares cobertos pelo TFGM</li> </ul>
Sistema de Informação e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> </ul>
Cadastro de unidades sob sua gestão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> </ul>
Avaliação do impacto das ações	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> </ul>
Relatório anual de gestão, aprovados pelo CMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sim</li> </ul>

QUADRO XXIV

NOB SUS 01/96 REQUISITOS AOS MUNICÍPIOS NAS DIFERENTES CONDIÇÕES DA GESTÃO

REQUISITOS	CONDIÇÃO DE GESTÃO	
	PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA	PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL
Funcionamento do CMS	• Sim	• Sim
Operação do FMS	• Sim	• Sim
Plano Municipal de Saúde	• Sim	• Sim, contendo metas, integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação, detalhando ações do sistema municipal e indicadores de acompanhamento
Elaboração e implementação da PPI do Estado e da alocação de recursos	• Sim, compromete-se a participar	• Sim, participa
Capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de responsabilidade e prerrogativas	• Sim	• Sim
Dotação orçamentária do ano e dispêndio no ano anterior da contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal	• Sim	• Sim
Formalizar pleito, junto ao gestor estadual, aprovado pelo CMS, atestando o cumprimento dos requisitos da condição pleiteada	• Sim	• Sim
Médico responsável pela autorização prévia, controle e auditoria de serviços	• Sim	• Sim
Capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária e epidemiológica	• Sim	• Sim, incluindo o funcionamento de serviço estruturado nestas áreas e na de controle de zoonoses
Estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, profissionais e serviços realizados	• Sim	• Sim
Relatório de gestão, aprovado pelo CMS, do ano anterior ao pleito	• Não	• Sim
Oferta, em seu território, dos serviços cobertos pelo PAB e de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas	• Sim *	• Sim
Estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria	• Não	• sim

\* Não precisam dispor, em seu território, de todos os serviços cobertos pelo PAB. São, porém, responsáveis por seu atendimento. Os serviços de apoio diagnóstico são facultativos.

## QUADRO XXV

## NOB SUS 01/96 - PRERROGATIVAS DOS MUNICÍPIOS NAS DIFERENTES CONDIÇÕES DE GESTÃO

PRERROGATIVAS	CONDIÇÃO DE GESTÃO	
	PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA	PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL
Transferência regular e automática dos recursos referentes:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piso da Atenção Básico (PAB)</li> <li>• Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)*</li> <li>• Ações de epidemiologia e de controle de doenças</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teto Financeiro da Assistência (TFA)**</li> <li>• Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)*</li> <li>• Ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição CIT</li> </ul>
Subordinação à gestão municipal das unidades situadas no município:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Básicas, estatais ou privadas (filantrópicas ou privadas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (filantrópicas ou privadas)</li> </ul>
Remuneração por serviços de vigilância sanitária de médica e alta complexidade e pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS)***	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> </ul>
Normatização complementar do pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, tendo a tabela nacional como referência mínima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sim</li> </ul>

É o montante de recursos financeiros para o custeio de procedimentos e ações básicas de vigilância sanitária, de responsabilidade do município. Piso definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população (fornecida pelo IBGE)

\*\* É o montante de recursos financeiros para o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial assumidos pelo município

\*\*\* Consiste na prestação de serviços referentes às ações de competência exclusiva da Secretaria de Vigilância Sanitária/MS



#### 4.4.9. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO ESTADO

As condições de gestão, estabelecidas na NOB, explicitam as responsabilidades do gestor estadual, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os estados poderão habilitar-se em duas condições de gestão:

- a) **Gestão Avançada do Sistema Estadual; e**
- b) **Gestão Plena do Sistema Estadual.**

Os estados que não aderirem ao processo de habilitação, permanecem na condição de **gestão convencional**, desempenhando as funções anteriormente assumidas ao longo do processo de implantação do SUS, não fazendo jus às novas prerrogativas introduzidas pela NOB/96, exceto ao PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS. Essa condição corresponde ao exercício de funções mínimas de gestão do Sistema, que foram progressivamente incorporadas pelas SES, não estando sujeita a procedimento específico de habilitação na NOB/96.

Os QUADROS XXVII, XXVIII, XXIX apresentam as responsabilidades, requisitos, e prerrogativas, definidos pela NOB SUS/ 96 para cada uma das formas de gestão.

**QUADRO XXVI**  
**NOB SUS 01/96 - PRERROGATIVAS DOS ESTADOS NAS DIFERENTES CONDIÇÕES DE GESTÃO**

PRERROGATIVAS	CONDIÇÃO DE GESTÃO	
	AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL	PLENA DO SISTEMA ESTADUAL
Transferência, regular e automática, dos recursos referentes:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fração Assistencial Especializada (FAE)</li> <li>• Piso Assistencial Básico dos municípios não habilitados</li> <li>• Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados.</li> <li>• Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teto Financeiro da Assistência (TFA)**</li> <li>• Índice de Valorização de Resultados (IVR)</li> <li>• Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) dos municípios não habilitados</li> <li>• Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).</li> </ul>
Remuneração por serviços de vigilância sanitária	• Sim	• Sim
Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.	• Sim	• Sim
Normatização complementar do pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, tendo a tabela nacional como referência mínima	• Não	• Sim

## QUADRO XXVII

## NOB SUS 01/96 REQUISITOS AOS ESTADOS NAS DIFERENTES CONDIÇÕES DA GESTÃO

REQUISITOS	CONDIÇÃO DE GESTÃO	
	AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL	PLENA DO SISTEMA ESTADUAL
Funcionamento do CES	• Sim	• Sim
Funcionamento do CIB	• Sim	• Sim
Operação do FES	• Sim	• Sim
Plano Estadual de Saúde	• Sim	• Sim
Relatório de gestão, aprovado pelo CES, do ano anterior ao pleito	• Sim	• Sim
Transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados	• Sim	• Sim
Estruturação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria	• Sim	• Sim
Capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de responsabilidade e prerrogativas	• Sim	• Sim
Dotação orçamentária do ano e dispêndio no ano anterior	• Sim	• Sim
Formalizar pleito, junto ao gestor estadual, aprovado pelo CMS, atestando o cumprimento dos requisitos da condição pleiteada	• Sim	• Sim
Criação do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia	• Sim	• Sim
Funcionamento do serviço de vigilância sanitária e epidemiológica no estado.	• Sim	• Sim
Programação Pactuada e Integrada	• Apresentar a programação	• Comprovar a implementação
Disponer de municípios habilitados	• 60% dos municípios • 40% desde que nestes residam 60% da população do estado.	• 80% dos municípios. • 50% desde que nestes residam 80% da população do estado.
Disponer percentual do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios	• 30%	• 50%

QUADRO XXVIII

NOB SUS 01/96: RESPONSABILIDADES DOS ESTADOS NAS DIFERENTES CONDIÇÕES DA GESTÃO

RESPONSABILIDADES	CONDIÇÃO DE GESTÃO	
	AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL	PLENA DO SISTEMA ESTADUAL
Elaboração da PPI	• Sim	• Sim
Elaboração e execução do Plano Estadual de Investimentos	• Sim	• Sim
Gerência de Unidades estaduais da hemorrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para vigilância sanitária e epidemiológica.	• Sim	• Sim
Política de sangue e hemoterapia	• Sim	• Sim
Sistemas de referência, normalização e operação de câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade	• Sim	• Sim
Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica	• Sim	• Sim
Normalização complementar de administração da prestação de ofertas de serviços.	• Sim	• Sim
Cadastro de unidades sob sua gestão	• Sim	• Sim
Cooperação técnica e financeira aos municípios	• Sim	• Sim
Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica, sanitária e de controle de doenças e execução complementar	• Sim	• Sim
Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala	• Sim	• Sim
Execução de ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados, e aquelas de média e alta complexidade não realizadas pelos municípios habilitados	• Sim	• Sim
Execução do PDAVS	• Sim	• Sim
Contratação, controle, auditoria e pagamento de serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aqueles contidos na FAE</li> <li>• Incluídos no PAB dos municípios não habilitados</li> <li>• Serviços hospitalares e ambulatoriais sob gestão estadual.</li> </ul>	• Conforme definição da CIB
Operação do SIA/SUS	• Sim	• Sim

## 5. ANÁLISE COMPARATIVA DAS NORMAS OPERACIONAIS

---

No âmbito da Constituição Federal, o SUS é hoje uma das legislações mais avançadas na área social e juntamente com a Previdência e a Assistência Social, compõe o tripé da Seguridade Social. Ao garantir um conceito abrangente de saúde e ao se organizar com base em um só conjunto de princípios norteadores, para todo o território nacional, constitui um Sistema Único.

Dentre estes princípios destacam-se como doutrinários: a Universalidade, a Equidade e a Integralidade; e como princípios de organização: a Acessibilidade, a Resolubilidade, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação Social.

Sair de um sistema totalmente desintegrado, centralizado, ora nos serviços médicos hospitalares privados, ora em programas verticalizados, para um sistema com comando único em cada esfera de governo passou a ser um dos grandes desafios após a Constituição de 1988 na medida em que representou a transição do antigo modelo organizacional para esta nova proposta, o SUS.

O primeiro passo neste sentido foi a criação das Leis infraconstitucionais com a edição em 1990 da Lei Orgânica da Saúde, composta das Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

A Lei 8.080/90 disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, regulamentando as condições para promoção, proteção, recuperação e funcionamento do Sistema Único de Saúde. Já a Lei 8.142, regulamenta a

participação da comunidade bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Estas leis tentaram também garantir critérios na distribuição dos recursos financeiros federais para as outras instâncias do Sistema. Neste sentido o Artigo 35 da Lei 8.080/90 estabelece que 50% dos recursos a serem transferidos para Estados e Municípios seriam distribuídos pelo critério populacional, e que os outros 50% restantes seriam distribuídos pelos critérios: a) perfil demográfico; b) perfil epidemiológico; c) características quantitativas e qualitativas da rede; d) desempenho técnico econômico e financeiro no Período Anterior e) Níveis de Participação do Setor no Orçamento; f) Previsão de Plano Quinquenal.

Para a regulamentação desta situação transicional entre antigo modelo organizacional e o SUS, o Ministério da Saúde após pactuação com entidades representativas dos secretários estaduais e municipais, vem se utilizando de instrumentos que são editados com o objetivo de regular as transferências de recursos financeiros da União para Estados e Municípios, o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de controle social. Estes instrumentos são as Normas Operacionais Básicas - NOB.

A primeira, editada em janeiro de 1991 foi a NOB-SUS 01/91. Em fevereiro de 1992 foi editada a NOB-SUS 01/92, seguida da NOB-SUS 01/93, editada em maio de 1993. A mais recente, NOB-SUS 01/96, foi editada em agosto de 1996.

Uma síntese da análise comparativa entre os critérios de financiamento contidos nas NOB, é apresentado no QUADRO XXX, onde procura-se mostrar as modificações entre estas normas e a evolução recente do financiamento no setor saúde.

## QUADRO XXIX

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS NOB 01/91, 01/93 E 01/96 NO CONTEXTO  
DO FINANCIAMENTO PARA O SETOR SAÚDE

ITENS	NOB 91	NOB 93	NOB 96
Internações Hospitalares	10% da população dos Estados	10% da população dos Estados	9% da população dos Estados
Atendimento Ambulatorial	UCA	UCA	PAB + Alta e média complexidade pela capacidade instalada
Transferência Fundo a Fundo	Não	Sim - Municípios na gestão semi-plena	Sim - PAB e Gestão plena do Sistema
Vigilância Epidemiológica	Não	Não	Sim
Vigilância Sanitária	Não	Não	Sim
Vigilância de Endemias	Não	Não	Sim
Município como Prestador	Sim	Sim	Sim*
Município como gestor	Não	Semi-Plena	Procedimentos Básicos ou Plena do Sistema
Instrumento convencional	Sim	Não	Não
Incentivo à inversão do modelo assistencial	Não	Não	Sim (PACS, PSF)

\* Para os municípios não enquadrados nos níveis de gestão.

O financiamento das atividades hospitalares pelo Sistema Único de Saúde, adotado pela NOB 01/91 continuou como no período pré-SUS, utilizando as Autorizações para Internação Hospitalar - AIH. Entretanto estabeleceu-se, nesta norma, como critério de repasse a proporção de um número de internações correspondente a 10% da população/ano. A partir deste percentual multiplicado por um valor médio chegou-se ao teto orçamentário para a Assistência Hospitalar de cada Estado.

Em relação aos repasses das AIH constata-se uma mudança no decorrer da edição das Normas Operacionais Básicas. Na NOB 91 o repasse era feito no

caráter de Estados e Municípios prestadores de serviços de saúde e a União - Ministério da Saúde como **comprador**. O instrumento utilizado para legitimar este repasse foi o convencional, considerado como ilegal na época. Na NOB 01/93 permaneceu, para um grande número de municípios, esta mesma relação. Entretanto, foi criada uma nova situação em que estes recursos passaram a ser repassados fundo a fundo. Através de um Teto pactuado nos Estados nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB, o valor global referente à previsão de internações hospitalares era repassado diretamente aos municípios configurando desta forma não mais uma condição de prestador, mas sim de gestor. Já na NOB 96, os recursos destinados à assistência Hospitalar fazem parte do Teto Financeiro da Assistência - TFA, composto de recursos de custeio da esfera federal que serão destinados à **assistência hospitalar e ambulatorial**, cujos valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.

No que diz respeito ao atendimento ambulatorial, pode-se constatar que a NOB 01/91 implantou o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS. Criou também a Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA, instrumento utilizado para estabelecer os recursos da cobertura ambulatorial de cada Estado e conseqüentemente dos Municípios. Para a UCA, na NOB 01/91 foram estabelecidos seis grupos de Estados. Alegando-se o cumprimento do Artigo 35 da Lei 8.080/90, utilizou-se como critério para a composição destes grupos as características quantitativas e qualitativas da rede de serviços de cada Estado. Desta forma, em janeiro de 1991, a Unidade de Cobertura ambulatorial tinha 1,2 como valor mínimo, chegando até 3,2 para o Estado de São Paulo. Esta Unidade de



Cobertura Ambulatorial multiplicada pela população do Estado, definia o valor total a ser repassado para este tipo de assistência.

Esta forma discriminatória de distribuição de recursos gerou uma série de distorções presentes até hoje no Sistema. Quando foi implantada a NOB 01/93, a pretexto de também preservar as características quantitativas e qualitativas da rede e partindo-se do pressuposto de que não havia parâmetros para a implantação dos outros critérios estabelecidos pela Lei 8.080/90, corrigiu-se o valor da UCA da seguinte forma ( Decreto n.º 806, de 24/04/93): 50% dos recursos foram destinados aos Estados, com a definição dos Recursos para Cobertura Ambulatorial - RCA, na forma de valor *per capita*: e os outros 50% a partir da avaliação de uma Série Histórica , onde definiu-se um novo valor *per capita* por Estado (ainda em vigor para o financiamento atual, conforme pode ser observado na TABELA VI. Ressalte-se ainda que na NOB 01/93 criou-se duas modalidades em relação tanto aos Estados como para os Municípios: a de Prestador e a de Gestor.

Na NOB 01/96 os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência ambulatorial passaram a configurar parte do Teto Financeiro da Assistência e os seus valores, à semelhança dos valores da assistência hospitalar, podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Transferência Automática ( Fundo a Fundo ), caracterizando-se o município como gestor.



A NOB 96 criou novos mecanismos de repasses e cálculos para os recursos ambulatoriais que de certa forma a tornou bem mais abrangente do que as anteriores. Criou o Piso Assistencial Básico ( PAB), o incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PASC), a Fração Assistencial Especializada ( FAE ) e a Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo - REPAAC.

O Piso Assistencial Básico - PAB propõe-se a ser um avanço pois busca resgatar as distorções criadas pelas NOB anteriores. Com a possibilidade de um piso nacional único, garante se não uma distribuição eqüitativa no mínimo uma distribuição igualitária. Conforme pode-se observar na TABELA VI o *per capitalano* hoje varia de R\$ 6,00 (seis reais ) no Acre a R\$ 14,50 ( quatorze reais e cinquenta centavos) no Paraná. A proposta atual, conforme apresentado nesta mesma tabela é de um PAB de R\$ 12,00 (doze reais) para todo o território Nacional.

Espera-se que estes avanços encontrados na NOB 96, seja na definição do PAB, dos incentivos ao PACS e PSF, bem como na garantia do recebimento dos recursos Fundo a Fundo, sirvam para o aprimoramento do processo de inversão do modelo assistencial brasileiro. Ressalta-se entretanto a importância de uma análise de outras experiências, como os Núcleos de Informação, Educação e Comunicação, no que diz respeito aos incentivos contemplados nesta NOB.

Em relação aos mecanismos utilizados para os repasses de recursos pode-se observar a seguinte evolução: do mecanismo convencional utilizado pela NOB 01/91 ao de repasse Fundo a Fundo da gestão Semi-Plena da NOB 93 aos repasses Fundo a Fundo tanto para a Gestão Plena da Atenção Básica como para a Gestão Plena do Sistema Municipal da NOB 96.

Pode-se observar que os recursos destinados à Vigilância Epidemiológica só vão aparecer na NOB 96, com a criação do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD). Nas NOB 01/91 e 01/93 houve uma dicotomia entre as ações de Epidemiologia e as de Controle de Doenças. Se as ações de Epidemiologia ficaram nas esferas das secretarias Estaduais de Saúde ou em pequena monta nas secretarias Municipais (principalmente nos municípios de médio e grande porte), já as ações de controle de Doenças ficaram sempre regidas pela Fundação Nacional de Saúde, que por sua vez se vincula ao Sistema pela permanência de processos verticais, e pelo repasse de recursos através do instrumento convenial.

Com a criação do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) abre-se a oportunidade de ter uma unificação das ações e serviços ambulatoriais e as ações e serviços de epidemiologia e controle de doenças. Este Teto será definido a partir de procedimentos elencados em negociações na Comissão Intergestores Tripartite, aprovados pelo CNS e formalizados em ato próprio do órgão específico do MS.

Os recursos que compõe o TFECD poderão ser transferidos aos Estados e Municípios através de Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo, Remuneração por Serviços Produzidos e Transferência por Convênio.

Em relação ao papel dos Estados e Municípios dentro do SUS, o de prestador esteve presente em todas as Normas Operacionais Básicas editadas, sendo na NOB 91 a única condição dada aos Estados e Municípios. Este fato, que por si só já configura uma falha do processo de descentralização, reflete-se também

como elemento dificultador, em muitos municípios, para a inversão do modelo de atenção.

A NOB 01/93 demarca neste sentido um início de mudança, ao apresentar aos Estados e Municípios três situações de municipalização: incipiente, parcial e semi-plena. Nas gestões incipiente e parcial, os Estados e Municípios continuam como prestadores do sistema. Entretanto, na semi-plena eles passam a ser gestores das ações e serviços.

O passo mais importante em relação à eliminação da categoria de município prestador foi dado com a NOB 96 na medida em que permitiu que Estados e Municípios sejam, de fato, gestores plenos, sejam das ações básicas ou como também de toda a assistência.

Uma das contribuições deste estudo é o de chamar atenção em relação às NOB, aos mecanismos de repasses dos recursos aos Estados e Municípios e os critérios estabelecidos pelo Artigo 35 da Lei 8.080/90.

O artigo 35 estabelece que os valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será com base na utilização da combinação dos critérios de I) perfil demográfico; 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. Em seu parágrafo primeiro este artigo garante que a metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentes de qualquer procedimento prévio.

## QUADRO XXX

CRITÉRIOS PARA A TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SUS DEFINIDOS NO ARTIGO 35 DA LEI 8.080 E A UTILIZAÇÃO DESTES CRITÉRIOS PELAS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS EDITADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PERÍODO 1991/1996

ART. 35 LEI 8.080/90		NOB 91	NOB 93	NOB 96
50%	Critério de distribuição Populacional	Assistência ambulatorial definida na UCA (unidade multiplicada pelo total de habitantes da UF = total de recursos a serem repassados ao Estado e ou Município); Assistência Hospitalar: número de AIH para os estados =10% da população /ano	O valor da UCA que foi utilizado na NOB 91 passa a compor um teto de recursos a serem repassados aos Estados e Municípios para atendimento Ambulatorial. Assistência hospitalar: mantido o da NOB 91.	Mantém o Teto Global do Estado. Introduce o Piso Ambulatorial Básico - Obtido a partir de um valor <i>per capita</i> e repassado mensalmente aos municípios fundo a fundo.
50%	1. Perfil demográfico	Não	Não	Não
	2. Perfil Epidemiológico	Não	Não	Não
	3. Características quantitativas e qualitativas da rede	Sim	Sim	Sim
	4. Desempenho técnico econômico	Não	Não	Não
	Desempenho financeiro (no período anterior)	Sim	Sim	Sim
	5. Níveis de participação do setor no orçamento	Não	Não	Não
	6. Previsão de Plano Quinquenal	Não	Não	Não

Com base nestes critérios e da análise de como eram definidos os recursos das NOB, foi criado o QUADRO XXXI.

Através dele é possível perceber que o critério populacional esteve presente na distribuição dos recursos em todas as NOB.

Nesta perspectiva, a Unidade de Cobertura Ambulatorial foi utilizada pela primeira vez na NOB 01/91. Esta unidade, multiplicada pela população do Estado definia o valor total de recursos à ser repassado àquele Estado. Nesta NOB, o critério populacional também aparece na utilização para distribuição de AIH, sendo de 10% da população/ano.

Na NOB 01/93, para obter o valor a ser repassado anualmente à Estados e Distrito Federal para cobertura ambulatorial, multiplicou-se o valor da UCA pela população de cada Unidade da Federação. Este valor passou a constituir os Recursos para a Cobertura Ambulatorial - RCA. O valor da RCA definido para a NOB 01/93 preservou a mesma característica da NOB 01/91, quando em nome de respeitar as características da população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro e desempenho da auditoria estadual, embutiu diferenças consideráveis dos valores a serem repassadas aos estados como pôde ser visto na TABELA VI.

Para o repasses da assistência hospitalar, foi mantido o montante de 10% de internações habitante/ano da população. Neste cálculo, o que caracterizou também uma distorção, foi o fato dele embutir o valor médio das AIH definido anteriormente, pois, como exemplo, o valor médio da AIH do Estado de São Paulo fez com que o montante dos recursos deste Estado fosse superior ao dos outros.

Algumas mudanças importantes estão sendo propostas pela NOB 01/96 em relação ao montante de recursos da área ambulatorial e hospitalar. Uma delas seria a proposta do Piso Básico Ambulatorial, que constitui uma tentativa de corrigir distorções em relação aos valores definidos pela UCA nas NOB anteriores, criando um *per capita* único nacional.

Entretanto, a partir da análise de cada uma das NOB percebe-se que não houve uma preocupação de garantir o repasse de recursos levando em consideração os outros critérios do artigo 35, como perfil demográfico, perfil epidemiológico, desempenho técnico, níveis de participação do setor no orçamento, previsão de plano quinquenal e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outra esfera de governo.

A Lei 8.080/90 recomenda que seja utilizado 50% dos recursos a serem repassados, com base na combinação de todos estes critérios. Porém, como podemos observar, só foram levadas em consideração as características quantitativas e qualitativas da rede, além do desempenho financeiro (série histórica), que por sua vez, traz dentro dele novamente a utilização do critério anterior. Quando se montou a série histórica para definição destes tetos, levou-se em consideração a capacidade instalada, os recursos humanos e a capacidade resolutive da rede existente. Este fato, ao privilegiar os Estados mais ricos do país por possuírem uma rede de serviços maior, com recursos humanos mais capacitados, propiciou o surgimento de distorções no financiamento do setor, o que foi visto TABELA VI .

Neste sentido, ressalta-se a importância de que o Ministério da Saúde, conjuntamente com os Estados e os Municípios façam um esforço no sentido de



aplicarem os outros critérios, em especial o de perfil epidemiológico, dada a sua extrema importância.

A Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde confere muita importância para a utilização da Epidemiologia. Esta importância perpassa pontos como o planejamento de ações e serviços, avaliação de resultados como também a distribuição alocativa dos recursos para o setor.

Os atuais bancos de dados existentes e disponíveis para todo o território nacional, alimentados por informações do Sistema de Informação de Mortalidade, do Sistema de Informação de Nascidos Vivos e dos Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar, aliados aos indicadores de determinantes macro epidemiológicos produzidos pelo IBGE, a partir dos censo populacionais, podem oferecer sem dúvida a condição para aplicação deste perfil na política de financiamento para o setor saúde.

Utilizando-o, o Ministério da Saúde estaria além de cumprindo uma Lei, construindo um sistema mais justo de repasses de recursos aos Estados e Municípios, bem como criando um sistema de saúde mais equânime o que constitui-se um preceito constitucional do Sistema Único de Saúde.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Este estudo, a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB), procurou apresentar o processo do desenvolvimento das principais idéias subjacentes a construção do Sistema Único de Saúde, no que concerne a sua gestão e funcionamento. Por se tratar de uma área que ainda se encontra em fase de construção concomitantemente a sua implementação, as considerações finais, no âmbito desse trabalho, se limitam ao que foi possível observar até a presente data e procura mostrar quais foram as lições aprendidas.

Como principais ganhos desse processo de construção do Sistema Único de Saúde até agora no Brasil podemos afirmar o seguinte:

1 - Com a crise que se instalou dentro do modelo antecessor foi possível a formação de um amplo Movimento supra - partidário construtivo - propositivo chamado Movimento Sanitário Brasileiro.

2 - Este Movimento teve a sua primeira grande formatação orgânica com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

3 - As teses defendidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, foram vitoriosas na Constituição de 1988 quando garantiu-se como preceito constitucional o Conceito de Seguridade Social, um conceito abrangente de Saúde e o arcabouço jurídico-institucional para a implantação no Brasil do Sistema Único de Saúde.

4 - A Saúde foi um dos primeiros setores das políticas públicas brasileiras a fazer a sua regulamentação infraconstitucional com a edição da Lei Orgânica da Saúde composta das Leis 8.080/90 e 8.142/90.

5 - Após a edição da Lei Orgânica e levando-se em consideração a complexidade da estrutura burocrática - administrativa da Federação e a própria complexidade dos Estados e Municípios, o Ministério da Saúde optou por regulamentar o processo de descentralização com a edição de Normas Operacionais Básicas.

6 - Até o momento já foram editadas quatro Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde. Estas Normas vem ampliando em um crescente o processo de descentralização. No momento, com a edição da Norma Operacional Básica 01/96 aos municípios serão gestores plenos da saúde em nível local, enquadrando-se na Gestão Plena do Sistema Municipal ou Plena da Atenção Básica. Com esta NOB encontra-se em curso também a descentralização dos recursos de Assistência Farmacêutica, Endemias, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária.

Como principais problemas relacionados com a implantação deste Sistema podemos encontrar:

1 - Embora o Sistema Único de Saúde possua um arcabouço jurídico - institucional avançado, se comparado ao modelo anterior, permaneceu dentro dele a lógica de financiamento do modelo médico assistencial privatista do Ex - INAMPS. O repasse de recursos do Governo Federal aos Estados e Municípios deu-se dentro da lógica de compra e venda de Serviços Hospitalares e Ambulatoriais ( Sistemas SIH/SUS e SIA/SUS). Ficaram embutidas dentro do Sistema graves distorções do ponto de vista da sua organização de gestão e financiamento.

2 - O SUS foi preponderante após a promulgação da Constituinte em 1988 funcionando com base na compra de serviços, entretanto, o artigo 35 da Lei 8080

que definia a forma de transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos Estaduais e Municipais de saúde praticamente não foi aplicado. Levou-se em consideração apenas o critério populacional e a capacidade instalada de serviços.

3 - Esta lógica de financiamento aprofundou iniquidades importantes nos repasses do Sistema, ao ponto do per capita dos Estados mais ricos do país ser o dobro dos Estados mais pobres.

4 - Outro problema sério que pode ser observado é o fato do Sistema não ter definido uma fonte de financiamento para o setor saúde, que ficou a mercê da política econômica do governo. Tanto é que, para não instalar o caos completo no setor, houve a necessidade de criar-se um imposto provisório para saúde.

Como principais recomendações este estudo sugere:

1 - Rompimento urgente com o modelo de repasse para Estados e Municípios baseado na compra e venda de serviços.

2 - A necessidade urgente de aplicação do artigo 35 da Lei 8080/90.

3 - Valorização do perfil epidemiológico na política alocativa de recursos para a descentralização de ações e serviços de saúde.

4 - Aprimoramento por parte do Ministério da Saúde das atuais bases de dados existentes para que se possa ter indicadores confiáveis da morbimortalidade do país.

5 - Definição das fontes de financiamento do setor saúde para que os gestores Federais, Estaduais e Municipais possam planejar e executar a política de saúde sem a instabilidade que hoje predomina no setor.

## 7. BIBLIOGRAFIA

---

1. ALMEIDA, E.S. Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a estratégia de norma operacional básica 1/93. [ Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para o concurso de livre docência junto ao Departamento de Práticas de Saúde Pública na especialidade "Administração de Serviços de Saúde e Políticas de Saúde". São Paulo, 1995 ].
2. AQUINO, R. As leis sanitárias dos Estados e Municípios. *Rev. Saúde em Debate*, Londrina - Paraná, n. 4, p. 40-42, jun 1991.
3. AROUCA, S. Crise brasileira e reforma sanitária. *Rev. Saúde em Debate*, Londrina - Paraná, n. 4, p. 15-20, jun 1991.
4. AROUCA, S. Implementação da reforma sanitária através do SUDS. *Rev. Saúde em Debate*, n. 22, p. 49-54, out. 1988.
5. AROUCA, S. Parlamentarismo e saúde. *Rev. Saúde em Debate*, Londrina - Paraná, n. 38, p. 34-37, mar 1993.
6. BRAGA, J.C.S & PAULA, S.G. Saúde e Previdência Social: estudos de Política Social. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 225p., 1981.

7. BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, 1988.
8. BRASIL. Leis etc. Lei 6.229 de 17 de julho de 1975: organiza o sistema nacional de saúde e estabelece as principais competências e atribuições às distintas esferas do governo. Brasília, 1977.
9. BRASIL. Leis etc. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 1990.
10. BRASIL. Leis etc. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde - SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 1990.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **A Municipalização é o caminho**. In: Conferência Nacional de Saúde, agosto, 9ª, Brasília, 1992. Anais.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência nacional de saúde, 8ª Brasília, 1986. Anais.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília, Ministério da Saúde, 1993.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993: estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização e gestão das ações e serviços de Saúde, através da norma operacional SUS 1/93. Diário Oficial da União, Brasília, p.6961-65, 24 de maio de 1993.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 896 de 29 de junho de 1990: dispõe sobre a implantação do SIH-SUS e SIA-SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.
16. BRASIL. Leis etc. Decreto nº 1232 de 30 de agosto de 1994: dispõe sobre transferência regular de recursos do Fundo Nacional de Saúde para estados, municípios e Distrito Federal, 1994.
17. BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Norma Operacional Básica SUS 1/91. Resolução 273/91. Diário Oficial da União, Brasília, ,p. 14216 - 918 de julho de 1991.

18. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social. Brasília, 1982.
19. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Portaria nº 15, de 8/1/91 - que estabelece a extinção dos índices de valorização hospitalar e cria aditivo para remuneração dos hospitais universitários. Diário Oficial da União, Brasília, p.603-639, 10 de janeiro de 1991.
20. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Portaria nº 16, de 8/1/91 - que estabelece tabela única de procedimentos de internação. Diário Oficial da União, Brasília, p.603, 10 de janeiro de 1991.
21. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Portaria nº 17, de 8/1/91 - que estabelece tabela única de procedimentos ambulatoriais. Diário Oficial da União, Brasília, p.627-639, 10 de janeiro de 1991.
22. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Portaria nº 18, de 8/1/91 - que estabelece tabela única de órteses, próteses e materiais especiais. Diário Oficial da União, Brasília, p.639-641, 10 de janeiro de 1991.



23. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Portaria nº 19, de 8/1/91 - que estabelece os quantitativos de AIH diferentes de cada estado da federação. Diário Oficial da União, Brasília, 10 de janeiro de 1991, p.641.
24. BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Portaria nº 20, de 8/1/91 - que estabelece grupos de estados da federação segundo valores da unidade de cobertura ambulatorial. Diário Oficial da União, Brasília, p.631, 10 de janeiro de 1991.
25. BRASIL. Portaria Ministerial nº3, de 04 de janeiro de 1996. Documento básico do Sistema de Informações em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília. Informe Epidemiológico do SUS, Fundação Nacional de Saúde, Brasília, Ano 4, p.85-92. 1995.
26. CAMPOS, G.W.S. A Política de financiamento e de gestão do SUDS - considerações para debate. **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná. 25, p. 25-27, jun 1989.
27. CARVALHO, G.C.M. O Caos no financiamento da saúde... no fundo do poço. **Revista Rev. Saúde em Debate**, 33, p.8-22. 1991

28. CARVALHO, A.I; GAWRYSZEWSKI, V; MENDONÇA, M.H; MOYSES, N.M.N; TOBAR, F. Os Caminhos da descentralização no setor saúde brasileiro. **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n. 38, p. 49-54, mar 1993.
29. CARVALHO, G.I.M. & SANTOS,L. Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde (leis 8080/90 e 8142/90. São Paulo, HUCITEC, 394p. 1995.
30. CECÍLIO, L. A Construção de uma cultura institucional de planejamento: a contribuição do município. **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n.31,p. 67-71, mar- 1991.
31. COHN, A. et al. A saúde como direito e como serviço. São Paulo, Cortez, 1991.
32. CONASEMS. Proposta para o uso descentralizado dos recursos das três esferas de governo: critérios para a partilha de transição - Documento apresentado à Comissão Intergestores Tripartite - CIT, 1995.
33. CORDEIRO, M. Controvérsia no financiamento do SUS. **Rev. Saúde em Debate**, 31, p.19-24, 1991.
34. CONASEMS/UNICEF. Legislação básica do SUS. Brasília.167p., 1997.

35. CORDEIRO, H. Sistema único de saúde. Rio de Janeiro, Ayuri, 1991.
36. CORDONI Jr, L. & BERTONE, A.A. Reflexão sobre os novos mecanismos de pagamento do INAMPS. Revista **Rev. Saúde em Debate**, 31, p.9-10, 1991.
37. COSTA, N.R. Lutas urbanas e controle sanitário. Petrópolis, Vozes. 1985.
38. DALLARI, S.G. Os estados brasileiros e o direito à saúde. São Paulo, HUCITEC, 1995.
39. DRUMMOND, M.F. Como avaliar uma política de saúde? **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n. 3, p.17-25, fev 1991
40. ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 1º, São Paulo - SP, 22 e 23 de novembro de 1993. Anais do 1º Encontro Nacional de Economia da Saúde[Organização: André Cezar Medici, Sérgio Francisco Piola, Solon Magalhães Vianna]. São Paulo, ABrES. 177p., 1994.
41. FLEURY, S.M. A análise necessária da reforma sanitária. **Rev.Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n. 22, p. 25-27, out 1988.
42. FLEURY, S. Bases sociais para a reforma sanitária no Brasil. Divulgação em **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n. 4, p. 8-10, jun 1991.

43. FLEURY, S. Equidade e reforma sanitária: Brasil. *Rev. Saúde em Debate*, Londrina - Paraná, n. 43, p. 44-52, 1994.
44. GARCIA, J.C. Pensamento Social em saúde na América Latina. Rio de Janeiro, Córtes/ABRASCO, 237p., 1989.
45. GENTILE, C.M. Os sistemas de saúde em crise. São Paulo. CEBES/HUCITEC. 1981.
46. GOULART, F. A.A. Municipalização: veredas, caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO/CONASEMS, 116p. 1996.
47. GUIMARÃES, M.C. Alternativas de financiamento para o Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde em Debate*, Londrina - Paraná, n. 4, p. 21-26, jun 1991.
48. HEIMANN, L.S. et al. O Município e a saúde. São Paulo, HUCITEC, 1992.
49. LEVCOVITZ, E. Painel "Planejamento, financiamento e avaliação da municipalização". *Rev. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 1, p. 49, set 1989.

50. LIMA, L.F.M ; PUCÚ, A.S.S. Doze anos de assistência médica na previdência social. 1968 - 1980 . **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 13, p.20-29, jul. 1981.
51. LUZ, M.T. As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia . Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.
52. LUZ, M.T. Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro, Edições Graal, 218p., 1982.
53. MACHADO, R. et.al. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
54. MÉDICI, A. C. O Orçamento da seguridade social em 89. **Rev.Saúde em Debate**, Londrina - Paraná. n. 25, p. 21-24, jun 1989.
55. MÉDICI, A.C. Cenários governantes para as finanças da saúde. **Rev.Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n. 30, p. 9-14, dez 1990.
56. MÉDICI, A.C. Novas regras para o financiamento do setor saúde em 1991. **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n.31, p. 25-31, mar- 1991.

57. MEDICI, A C. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 216p., 1994.
58. MELAMED, C; RIBEIRO, J.M. Financiamento em saúde no Brasil - 1988-1992: novos problemas e proposições. **Rev. Saúde em Debate**, Olinda - Recife, n. 41, p. 37-44, dez 1993.
59. MENDES, E. V. Os Modelos de descentralização do Sistema de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n. 4, p. 65-67, jun 1991.
60. MENDES, E.V. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 310p., 1994.
61. MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo, Hucitec, 300p., 1996.
62. MERHY, E.E. A Mutilação da lei orgânica da saúde. **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n. 30, p. 8, dez 1990.
63. MERHY, E.E. A Mutilação da lei orgânica da saúde. **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n. 30, p. 8, dez 1990.

64. MERHY, E.E. A Saúde pública como política - um estudo de formuladores de políticas. São Paulo, HUCITEC, 221p., 1992.
65. MERHY, E.E. A Saúde (do) pública (o) assassinada . **Rev.Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n.31, p. 35-36, mar- 1991.
66. MIOLA, J; MISOCZKY, M.C. Comentários sobre o documento municipalização e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei . **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n. 38, p. 41-43,mar 1993.
67. MUELLER NETO, J.S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n.31, p. 54-66, mar-1991.
68. NETO, E. R. A lei orgânica do Sistema Único de Saúde: uma proposta. **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n. 4, p. 35-39, jun 1991.
69. OEST, S.S.M. Reorganização das secretarias municipais de saúde para o exercício do comando único. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 16-17, set 1989.

70. OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F. In Previdência social: sessenta anos de história da previdência social. Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Vozes/ABRASCO. 347p. , 1989.2 ed.
71. OLIVEIRA, J.A.A. A crise da previdência e seu impacto sobre a política de saúde. **Rev. Saúde em Debate** , Rio de Janeiro, n. 13, p. 4-19, jul. 1981.
72. OLIVEIRA Jr, M. Problemas atuais e propostas para a revisão da política de financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde em Debate**, 38, p. 55-69. 1993.
73. PINHEIRO, L.U.F. Os embates políticos e a implantação da reforma sanitária. **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n. 4, p. 43-48, jun 1991.
74. PORTO, S.M. Distribuição eqüitativa de recursos financeiros no setor saúde. In O financiamento da saúde no Brasil, Série Economia e Financiamento nº 4, p.49-71, Brasília, OPS, 1994.
75. PUGIN, S.R., NASCIMENTO, V. B. & COHN, A . Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996). São Paulo, CEDEC, Série Didática, n.1, 29p., dez1996



76. REIS, H.C. Gestão Governamental e a contabilidade por fundos. Rio de Janeiro: IBAM/CDM. 59p., 1991.
77. SANTANA, J.P. Municipalização da saúde: desafios para a cooperação técnica. **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n. 30, p. 59-60, dez 1990.
78. SANTOS, N.R. Os repasses federais e a descentralização da gestão, controle e avaliação. **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n.31, p.11- 14, mar- 1991a.
79. SANTOS, L.A. A ilegitimidade das normas baixadas pelo INAMPS de financiamento do SUS para 1991. **Rev. Saúde em Debate**, 31, p. 14-18, 1991b.
80. SANTOS, N.R. Municipalização: do chavão a uma luta grande e conseqüente. **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n. 38, p. 44-48, mar 1993.
81. SANTOS, N.R. O SUDS, o SUS, os vetos e a sanção do projeto. **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n. 30, p. 5-7, dez 1990.
82. SILVA, G.R. A saúde no Brasil e a mudança nos serviços. Divulgação em **Rev. Saúde em Debate**, Londrina - Paraná, n. 4, p. 73-78, jun 1991.

## 8. ANEXOS

---

ANEXO 01

NOB -SUS 01/91: PORTARIAS DE NÚMERO 15 A 20 DE 08  
DE JANEIRO DE 1991

RESOLUÇÃO NÚMERO 258 DE 07 DE JANEIRO DE 1991

ANEXO 01

NOB-SUS 01/91:

PORTARIAS DE NÚMERO 15 A 20 DE

08 DE JANEIRO DE 1991

RESOLUÇÃO NÚMERO 258 DE 07 DE JANEIRO DE 1991

**Ministério da Saúde**  
**SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**  
**PORTARIA Nº 15, DE 08 DE JANEIRO DE 1991**

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto Nº 99244 de 10 de maio de 1990, resolve:

- 1 – Definir a ascensão automática mensal do Índice de Valorização Hospitalar dos Hospitais integrantes do SIH-SUS, do menor IVH existente para o nível imediatamente acima, mês após mês, até que todos estejam equipados ao nível 2.0 d mês de agosto/91.
- 2 – Extinguir os Índices de Valorização Hospitalar a partir do mês de setembro de 1991, ocasião em que os valores equivalentes a 2.0 passam a constituir a nova base da Tabela Única e Universal do SIH-SUS.
- 3 – Ascender, já a partir de janeiro de 1991, o IVH dos hospitais próprios do INAMPS e MS para 2.0, a fim de facilitar seu processo de transição e assimilação pelas redes Estaduais e Municipais de Saúde.
- 4 – Nivelar em 2.0, a partir de janeiro de 1991, o IVH dos Hospitais Universitários, assim entendidos aqueles que são de propriedade e/ou sob administração de Instituições de Ensino superior.
- 5 – Extinguir os Índices Adicionais de Valorização dos Hospitais Universitários pela Portaria Interministerial MEC/MPAS – 15/87, de 22/05/87.
- 6 – Criar, exclusivamente para os Hospitais Universitários, o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitário em Saúde a ser aplicado da seguinte forma:

- a. Adicional sobre receita das internações a nível de 25% (vinte cinco por cento) para os Hospitais Universitários que acolham Curso de Medicina e pelo menos mais um Curso da área de saúde da própria instituição universitária e Residência Médica reconhecida pelo MEC, funcionando há mais de 2 anos, de forma regular e ininterrupta;
- b. Adicional sobre receita das internações a nível de 50% (cinquenta por cento) para um Curso de Pós-Graduação "Strictu Senso" (Mestrado ou Doutorado) da própria instituição universitária, reconhecido pelo MEC, funcionando há mais de 02 anos, de forma regular e ininterrupta e estejam integrados a algum SIPAC (Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade) do MS, como centro de referência nacional.
- c. Caberá à comissão paritária MS-MEC a definição e aplicação dos Adicionais do FIDEPS aos Hospitais Universitários já a partir de janeiro – 1991.

7 – Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de janeiro de 1991, revogando-se as disposições em contrário (Of. Nº 06/91)

RICARDO AKEL

#### **PORTARIA Nº 16, DE 08 DE JANEIRO DE 1991**

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto Nº 99244 de 10 de maio de 1990, resolve:

1 – Extinguir as Tabelas e modalidades de remuneração criadas em decorrência de normas que regulamentem qualquer tipo de pagamento hospitalar, vigente até 31/12/90.

2 – Implantar, como parte do Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS, a partir da competência janeiro de 1991, tabela única de remuneração pela assistência à saúde em nível Hospitalar com estrutura e valores idênticos para todos os prestadores, independente da natureza jurídica e do tipo de vínculo que mantenham com o SUS.

3 – Aprovar códigos, nomenclaturas e valores de Procedimentos Hospitalares do SIH/SUS, constantes dos anexos da presente Portaria.

4 – o acervo do SAMHPS passa a compor a base do SIH/SUS.

5 – Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de janeiro de 1991.

RICARDO AKEL

#### **PORTARIA Nº 17, DE 08 DE JANEIRO DE 1991**

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde, no uso de suas

atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto Nº 99244 de 10 de maio de 1990, resolve:

1 – Extinguir as Tabelas e modalidades de remuneração criadas em decorrência de normas que regulamentem qualquer tipo de pagamento ambulatorial, vigente até 31/12/90.

2 – Implantar, como parte do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, a partir da competência janeiro de 1991, tabela única de remuneração pela assistência à saúde em nível Ambulatorial, com estrutura e valores idênticos para todos os prestadores, independente da natureza jurídica e do tipo de vínculo que mantenham com o SUS.

3 – Sobre tal tabela não incidirá índice de valorização a qualquer título ou pretexto, com recursos federais.

4 – Aprovar códigos, nomenclaturas e valores de Procedimentos Hospitalares do SIA/SUS, constantes dos anexos da presente Portaria.

5 – Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de janeiro de 1991.

*RICARDO AKEL*

#### **PORTARIA Nº 18, DE 08 DE JANEIRO DE 1991**

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto Nº 99244 de 10 de maio de 1990, resolve:

1 – Implantar, como parte do Sistema de Órtese, Prótese e Materiais Especiais do SUS– SIOP/SUS, a partir da competência janeiro de 1991, tabela única de produtos e preços para utilização desses materiais em clientela do Sistema Único de Saúde, a nível hospitalar, de forma universal, independente da natureza jurídica e do tipo de vínculo que mantenham com o SUS.

2 – A utilização dos produtos constantes dessa tabela somente poderá ser praticada obedecendo as normas estabelecidas por esta Secretaria e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS.

3 – O uso de determinados produtos, conforme consta da tabela poderá ser realizado obedecendo-se os critérios de:

- a) Uso restrito aos Serviços autorizados;
- b) Uso sob condições especiais;
- c) Uso sujeito a prévia autorização;

4 – Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de janeiro de 1991.

*RICARDO AKEL*

#### **PORTARIA Nº 19, DE 08 DE JANEIRO DE 1991**

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS(respondendo), no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto Nº 99244 de 10 de maio de 1990, resolve:

1 – Definir, conforme relação abaixo, a quantidade de (Autorização de Internação Hospitalar), a ser distribuída, mensalmente para cada Estado da Federação

ESTADO	QUANTIDADE	ESTADO	QUANTIDADE
Acre	2.898	Paraíba	28.503
Alagoas	18.916	Pernambuco	57.024
Amazonas	14.759	Piauí	20.999
Amapá	1.783	Paraná	77.846
Bahia	81.166	Rondônia	7.500
Ceará	49.999	Rio de Janeiro	117.181
Distrito Federal	12.023	Roraima	906
Espírito Santo	19.764	Rio Grande do Norte	16.340
Goiás	35.737	Rio Grande do Sul	78.749
Maranhão	39.561	Sergipe	11.370
Minas Gerais	140.456	Santa Catarina	38.346
Mato Grosso	17.652	São Paulo	279.301
Mato Grosso do Sul	15.677	Tocantins	9.843
Pará	35.945		

2 – Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da competência janeiro/91, revogando-se as disposições em contrário

*RICARDO AKEL*

#### **PORTARIA Nº 20, DE 08 DE JANEIRO DE 1991**

Estabelece critérios para aplicação de Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA nas transferências de recursos/SUS aos Estados, Distrito Federal e Municípios.

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (respondendo), no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto Nº 99244 de 10 de maio de 1990.

CONSIDERANDO o que determina o item 1 da Portaria MS/GM Nº 1.481 de 31 de dezembro de 1990;

CONSIDERANDO a necessidade de cobertura das ações e serviços de saúde, a serem implementadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

CONSIDERANDO a nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS e a criação da Unidade de Cobertura Ambulatorial –UCA, e

CONSIDERANDO o disposto no artigo 35 da lei Nº 8.080 de 19 de dezembro de 1990, resolve:



1 – Reunir o provisoriamente os Estados e Distrito Federal em grupos, observando os seguintes critérios:

- a) população, de acordo com dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE;
- b) capacidade instalada;
- c) desempenho assistencial em termos de qualidade e resolutividade;
- d) casos atípicos;
- e) série histórica de custeio das Unidades da Federação.

2 – Estabelecer, com base nos critérios explicitados acima, tabela de valores da UCA para aplicação nos meses de janeiro, fevereiro e março de 1991:

GRUPOS	Cr\$	Estados
G-1	1.200,00	Tocantins, Rondônia, Amapá, Piauí, Maranhão, Sergipe, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Acre, Pará, Roraima, Amazonas.
G-2	1.600,00	Pernambuco, Paraíba, Santa Catarina, Minas Gerais.
G-3	2.000,00	Espírito Santo, Bahia, Alagoas, Rio Grande do Norte, Distrito Federal.
G-4	2.400,00	Goiás, Rio de Janeiro, Ceará, Paraná
G-5	2.800,00	Rio Grande do Sul
G-6	3.200,00	São Paulo

Of. N<sup>o</sup> 06/91

*RICARDO AKEL*

**INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA  
DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

**RESOLUÇÃO N<sup>o</sup> 258, DE 07 DE JANEIRO DE 1991**

O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, no uso das atribuições que lhes são regimentalmente conferidas e

1. CONSIDERANDO que o Texto Constitucional, Título VIII, da Ordem Social, Seção II, da Saúde, que define as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, e as disposições da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990;
2. CONSIDERANDO que o Sistema Único de Saúde será, financiado, nos termos do Art. 195 da Constituição Federal, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes;
3. CONSIDERANDO a necessidade de assegurar o acesso universal, igualitário e progressivo da população às ações de saúde, através da adoção de uma nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde;
4. CONSIDERANDO a baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;

5. CONSIDERANDO a necessidade de redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, com um reforço do poder municipal, resolve:

Aprovar a Norma Operacional Básica/SUS Nº 01/91), constante do Anexo 1 da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991.

RICARDO AKEL

Of. S/Nº

**NOVA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SUS PARA 1991  
NORMA OPERACIONAL BÁSICA Nº 01/91**

**INTRODUÇÃO:**

A presente Norma Operacional Básica tem por objetivo fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, elaborada de conformidade com as leis Nºs 8.074/90 e 8.080/90.

São estabelecidas nesta Norma tanto os aspectos de natureza operacional como também aqueles intrinsecamente necessários ao gerenciamento dos serviços e como também do controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos.

Pretende-se que através do conhecimento e domínio total das instruções aqui contidas e da subsequente familiarização com o sistema de financiamento implantado possa ser adotada a política proposta, baseada na concessão de um crédito de confiança aos Estados e Municípios, sem prejuízo do acompanhamento a ser exercido pelos mecanismos de controle e avaliação que estão sendo desenvolvidos.

Visando a adoção da nova política de financiamento do SUS, o orçamento do INAMPS, definido para o exercício de 1991, será dividido em 5 itens:

- a) financiamento da atividade ambulatorial proporcional à população;
- b) recursos transferidos na folha de AIHs a cada unidade executora, proporcional à população;
- c) custeio da máquina administrativa do INAMPS/MS;
- d) custeio de Programas Especiais em saúde;
- e) investimentos (despesas de capital, alocados no Plano Quinquenal de saúde MS/INAMPS, em lei orçamentária de iniciativa do Poder Executivo aprovados pelo Congresso Nacional e, em caráter excepcional a critério do Ministro de Estado da Saúde.

É importante para o êxito do programa o pressuposto da contrapartida dos Estados e Municípios de valores estabelecidos nos seus orçamentos, em conformidade com os Planos Estaduais e Municipais aprovados pelos respectivos Conselhos e referendados pelo Poder Executivo.

**PART I – FINANCIAMENTO DA ATIVIDADE AMBULATORIAL**

## 1.1 – PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

1.1.1 – Ressalvados os casos de manifesta impraticabilidade ou inconveniência e desde que observadas as disposições contidas no Art. 17 da Lei 8.074, de 31/07/90, será utilizado o instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios.

1.1.2 – O Convênio firmado com os Estados, Distrito Federal e Municípios estabelecerá em suas cláusulas as políticas e diretrizes do SUS relativas à programação, execução, acompanhamento e controle das ações de saúde, aprovadas no Plano Nacional de Saúde e fundamentada na Lei 8.080/90.

1.1.3 – Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previsto no Art. 35 da Lei 8.080/90, o montante a ser transferido a Estados, Distrito Federal e Municípios será definido no Convênio, de acordo com:

- a) o critério populacional com base nos dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE;
- b) empenho global (valor semestral e/ou anual);
- c) índice de reajuste com base na Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA.

1.1.4 – As ações e serviços públicos de saúde, a nível ambulatorial, os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde serão pagos através do sistema de cobertura ambulatorial.

1.1.5 – Fica instituída a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), destinada a reajustar os valores a serem repassados aos Estados, Distritos Federais e Municípios.

1.1.5.1 – A Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) será fixada através de Resolução do Presidente do INAMPS/MS, considerando a classificação dos Estados dentro dos seguintes critérios: população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde do Estado e considerados os casos atípicos.

1.1.5.2 – O valor nominal da UCA, a partir de abril de 1991, será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do INAMPS.

1.1.6 – O INAMPS transferirá até o último dia útil de cada mês, diretamente aos Estados, Distrito Federal e Municípios, os recursos previsto no orçamento anual, em duodécimos mensais, deduzida a Guia de Autorização do Pagamento – GAP/PRESTADOR, como estabelecido em cláusula convenial.

1.1.7 – O atual sistema de GAP/PRESTADOR, será implementado a partir de fevereiro de 1991, através do Sistema Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS), com o pagamento centralizado no INAMPS/DG.

1.1.8 – O Sistema de Cobertura Ambulatorial será executado em 4 (quatro) etapas:

- 1ª - Cobertura Ambulatorial em janeiro/91 e criação dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde;
- 2ª - estabelecimento de requisitos básicos para transferências de recursos diretamente aos Municípios;
- 3ª - articulação entre Municípios através da constituição de consórcios com o objetivo de desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondem;
- 4ª - pagamento dos prestadores, diretamente pelo INAMPS/DG, através de sistema próprio de informação SAI-SUS, a partir de fevereiro de 1991.

#### 1.1.8.1 – PRIMEIRA ETAPA:

##### 1.1.8.1.1 – Funcionamento da cobertura ambulatorial

- a) a cobertura ambulatorial anual será obtida através da 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 até o último dia útil de cada mês a Estados e Distrito Federal e Municípios, será obtidos:
  - do duodécimo subtrai-se a GAP/prestador do Estado;
  - deste resultado 10% serão transferidos às Secretarias Estaduais de Saúde;
  - o saldo resultante será dividido novamente pela população de cada unidade da Federação;
  - o quociente encontrado, corresponde a uma variável que, multiplicada pela população de cada município da unidade federativa, representa o repasse a ser efetuada às Secretarias Municipais de Saúde.
- d) para os municípios que não atenderem aos critérios estabelecidos na Lei 8.080/90 e normas complementares do INAMPS/MS; o valor que lhe é destinado, será repassado à Secretaria Estadual de Saúde.
- e) Na existência de saldos derivados das situações supramencionadas, os mesmos serão alocados às respectivas Secretarias de Estado de Saúde

1.1.8.1.2 – Os Estados e Municípios deverão constituir o seu Fundo de Saúde, no prazo de 120 (cento e vinte) dias contados da publicação desta Resolução, em conformidade com a legislação vigente, a fim de assegurar o aporte de recursos ao setor saúde, bem como a sua administração.

1.1.8.1.3 – Caso não tenha sido constituído o Fundo Estadual e/ou Municipal de Saúde, os recursos serão repassados diretamente à conta especial da Secretaria de Estado da Saúde, no Banco do Brasil S.A.

#### 1.1.8.2 – SEGUNDA ETAPA

1.1.8.2.1 – São requisitos básicos para a transferência automática e direta de recursos de custeio do SUS para os Municípios:

- a) a criação de Conselho Municipais de Saúde, compostos por

representantes do governo municipal, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com composição paritária;

- b) criação de Fundo Municipal de Saúde;
- c) apresentação do Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos e referendado pela autoridade do Poder Executivo;
- d) programação e Orçamento da Saúde (PROS);
- e) apresentação de Relatório de Gestão Local (de desempenho assistencial, gerencial e financeiro);
- f) contrapartida de recursos para a saúde de no mínimo 10% de seu orçamento; e
- g) constituição de Comissão de Elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), com o prazo de 2 (dois) anos para a sua implantação.

1.1.8.2.2 – Os Municípios que não preencherem os requisitos explicitados no item anterior terão os recursos a ele, destinados, repassados às Secretarias Estaduais de Saúde, correspondentes, que adotarão critérios próprios de distribuição dos recursos.

1.1.8.2.3 – Nesta hipótese, as Secretarias Estaduais de Saúde serão responsabilizadas transitoriamente pela cobertura ambulatorial correspondente, assim como pela cooperação técnica com os Municípios respectivos, com vistas ao pronto cumprimento dos requisitos.

#### 1.1.8.3 – TERCEIRA ETAPA

1.1.8.3.1 – Em conformidade com o Art. 18, inciso VII, da Lei 8.080, de 19/09/90, os municípios poderão formar consórcios administrativos intermunicipais, visando à articulação e integração da assistência à Saúde.

1.1.8.3.2 – O Município-pólo do Consórcio deve contar com uma rede assistencial adequada e com complexidade necessária ao atendimento ambulatorial e hospitalar em sua área de abrangência.

1.1.8.3.3 – O rateio dos custos consistirá no pagamento pelo Município de menor nível de complexidade para aquele que oferecer atendimento de maior complexidade.

1.1.8.3.4 – A retenção e o posterior repasse direto de recursos ao municípios-pólo caberá ao INAMPS desde que seja estabelecido no instrumento de acordo.

1.1.8.3.5 – Os Municípios que se articularem mediante consórcio deverão cumprir os requisitos básicos explicitados no subitem 1.1.8.2.1 desta norma.

#### 1.1.8.4 – QUARTA ETAPA

1.1.8.4.1- o atual sistema de pagamento aos prestadores de serviços(entidade filantrópicas, hospitais universitários, entidades contratadas e conveniadas e outros), será modificado a partir de fevereiro de 1991 com a implementação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI-SUS), sendo este centralizado no INAMPS/DG.

1.1.8.4.2 – O INAMPS repassará aos Estados, Distrito Federal e/ou Municípios os recursos correspondentes, de acordo com os Planos de Saúde, concretizando, desta forma, o programa de descentralização previsto no Texto Constitucional e na Lei. 8.080/90, visando à municipalização.

1.1.8.4.3 – Os Estados, Distrito Federal e Municípios administrarão os recursos destinados à saúde, cabendo-lhes a responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas ao seus cidadãos.

## PARTE II – INSTRUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO

### 2.1. – DOS CONSELHOS DE SAÚDE

2.1.1 – Os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, com representação paritária e compostos por representantes dos governos, prestadores de serviços, profissionais de saúde (50%) atuarão na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

2.1.2 – Caberá aos Conselhos de Saúde a aprovação dos Planos de Saúde em cada esfera de sua atuação, bem como a fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais e Municipais e/ou Fundos de Saúde.

### 2.2 – DOS FUNDOS DE SAÚDE

2.2.1 – Os Fundos de Saúde de natureza contábil e financeira e vinculados aos objetivos do Sistema Único de Saúde devem ser previamente autorizados pelo legislativo e a aplicação de suas receitas faz-se-á através de dotação consignada na Lei de Orçamento ou em crédito adicional.

2.2.2 – Os Fundos de Saúde serão geridos pelo órgão de saúde da esfera correspondente e fiscalizados pelo Conselho de Saúde respectivo.

2.2.3 – Os Planos de Aplicação dos Fundos Especiais, demonstrando a origem e aplicação de recursos, acompanharão a lei orçamentária, conforme dispõe o inciso I, do Parágrafo 2º do Art. 2º da Lei 4.320, de 17 de março de 1964.

2.2.4 – Na forma do art. 73 do Decreto 93.872, de 23/12/86 é vedado levar a crédito de qualquer fundo, recursos orçamentários que não lhe forem especificamente destinados em orçamento ou em crédito adicional.

2.2.5 – A aplicação dos recursos destinados aos Fundos de Saúde deve constar de programação e especificado em orçamento próprio, aprovado antes do início do exercício financeiro a que se referir.

2.2.6 – É vedada a utilização dos recursos em despesas que não se identifiquem diretamente com a realização do objetivo do Convênio ou serviços determinados.

2.2.7 – Se a Lei que o instituiu não dispuser em contrário, à execução orçamentária dos Fundos de Saúde, aplicam-se aos

mesmas normas gerais de execução orçamentária da União.

2.2.8 – Extinguir-se-á, por força da Lei, o Fundo de Saúde inativo por mais de (dois) exercícios financeiros.

2.2.9 – Os recursos financeiros destinados aos Fundos de Saúde serão depositados e mantidos em conta especial, no Banco do Brasil S.A., segundo cronograma aprovado, destinados a atender aos saques previstos em programação específica.

2.2.10 – O Saldo financeiro do exercício, apurado em balanço, poderá ser utilizado em exercício subsequente, se incorporado ao orçamento do Fundo.

2.2.11 – A Lei que instituir o Fundo determinará normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, de acordo com as normas baixadas pela Administração Federal, sem elidir a competência do Tribunal de Contas da União ou Órgão equivalente.

2.2.12 – As prestações de contas relativas aos Fundos de Saúde integrarão a prestação de contas da respectiva entidade ou unidade gestora (Secretaria Estaduais e/ou Municipais), em demonstrativo distinto e periodicidade convencionada.

### 2.3 – DOS CONSÓRCIOS ADMINISTRATIVOS INTERMUNICIPAIS

2.3.1 – Os consórcios Administrativos serão acordos firmados, na forma do subitem 1.1.8.3.1., entre entidades da mesma espécie, para realização de objetivos de interesse comum dos partícipes.

2.3.2 – Aplicam-se aos Consórcios Administrativos todos os princípios e preceitos regedores do convênios.

2.3.3 – Os Consórcios dependem de autorização legislativa para serem validamente celebrados e serão dirigidos por um profissional da área de saúde, por um Prefeito ou por qualquer membro da população indicado pelos representantes junto ao consórcio, de cada município.

2.3.4 – Comporá, ainda, os consórcios, um Conselho Fiscal e uma Diretoria Administradora.

### 2.4 – DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO

2.4.1 – O Relatório de Gestão, requisito básico para a transferência automática de recursos aos Municípios, deverá abordar, dentre outros, os seguintes aspectos:

2.4.1.1 – finalidades essenciais (caracterizar a entidade e mencionar, sucintamente, suas atribuições regimentais ou estatutários);

2.4.1.2 – plano de trabalho elaborado (descrever, de forma resumida, o programas ou projetos de trabalho, destacando as metas ou objetivos previstos);

2.4.1 – plano de trabalho executado (mencionar as atividades desenvolvidas no exercício, destacando as extra-programadas e as não-executadas, em relação ao plano de trabalho elaborado, com as justificativas pertinentes), e

2.7.1.1 – relação dos agentes responsáveis, indicando nome, cargo ou função, número do CPF e período de gestão compreendido:

- dirigente máximo;
- membros do órgão colegiado responsáveis por atos e gestão definidos em Lei;
- substitutos dos responsáveis no exercício.

2.7.1.2 – cópia do ato que fixou a gestão ou execução do Fundo;

2.7.1.3 – relatório de gestão, na forma do subitem 2.4.1;

2.7.1.4 - cópia das alterações das normas que regulam a gestão do fundo, ocorridas no exercício, se for o caso;

2.7.1.5 - demonstrativo dos créditos autorizados e/ou da despesa autorizada;

2.7.1.6 – demonstrativo da despesa empenhada/liquidada;

2.7.1.7 – balancete financeiro;

2.7.1.8 – demonstração das variações patrimoniais; e

2.7.1.9 – parecer dos órgãos internos se houver, que devam dar seu pronunciamento sobre as contas.

2.7.2 – As prestações de contas do fundos de saúde serão apresentada semestralmente ao órgão de Auditoria Regional das Coordenadorias de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS, que as examinará e sobre elas emitirá parecer, de acordo com as instruções vigentes sobre a matéria.

### PARTE III – DO CONTROLE E ACOMPANHAMENTO

3.1 – A avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional será efetuada e coordenada pelo Ministério da Saúde e INAMPS, em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e Municípios.

3.2 – O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados e Estados, Distrito Federal e Municípios, cabendo-lhe aplicar as medidas previstas em lei quando constatadas a malversação, desvio ou emprego inadequado dos recursos.

3.3 – O Controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira compreenderá a verificação:

3.3.1 – da legalidade dos atos de que resultem a realização da despesa;

3.3.2 – da responsabilidade de todos quanto, de qualquer modo efetuem despesas, administrem ou guardem bens e valores públicos;

3.3.3 – do cumprimento do programa de trabalho expresso em termos monetários e em termos de prestação de serviços

3.4 – Caberá ao INAMPS, órgão repassador dos recursos e responsável por imposição legal, perante o Tribunal de Contas da União, pelo cumprimento dos programas financeiros, exercer o controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira, na



2.4.1.4 – resultados alcançados (evidenciar as metas, os objetivos atingidos, relativamente a cada programa ou projeto, a programação e execução orçamentária desses programas ou projetos, acompanhados de demonstrações financeiras, sem prejuízo de fiscalização indispensável sobre a execução local).

## 2.5 – DA PROGRAMAÇÃO E ORÇAMENTAÇÃO DA SAÚDE – PROS

2.5.1 – A PROS dos Estados, Distrito Federal e Município deve compatibilizar as necessidades da política de saúde com disponibilidade de recursos, buscando melhoria da eficiência e dos procedimentos a serem seguidos para concretização das ações de saúde em benefício dos usuários.

2.5.2 – A PROS constituirá a base das atividades e ações de cada nível de direção do SUS, devendo demonstrar as diretrizes, objetivos e metas a serem atingidos, o diagnóstico das necessidades da população, bem como as estratégias que levem à obtenção dos objetivos propostos.

2.5.3 – Para a consecução dos objetivos propostos, será de grande importância a participação ativa no processo de planejamento de todos quantos executam as ações de saúde, bem como dos que as recebem.

2.5.4 – As diretrizes a serem observadas na elaboração da PROS serão as estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

## 2.6 – DOS PLANOS DE APLICAÇÃO

2.6.1 – Os Planos de Aplicação dos Fundos de Saúde deverão obrigatoriamente acompanhar a Lei do Orçamento, como se depreende do Art. 2º, Parágrafo 2º da Lei 4.320, de 17/03/64 e compreenderão:

2.6.1.1 – A descrição do que se pretende realizar e dos objetivos a alcançar;

2.6.1.2 – A demonstração da origem e a aplicação dos recursos.

2.6.2 – Os saldos resultantes das aplicações financeiras dos recursos destinados aos Fundos de Saúde serão reinvestido nas suas atividades, devendo ser objeto de Plano de Aplicação Adicional.

2.6.3 – Salvo determinação em contrário da lei que o instituiu, o saldo positivo(financieiro) do fundo especial apurado em balanço será transferido para o exercício seguinte, a crédito do mesmo fundo e mediante reprogramação no Plano de Aplicação Anual.

## 2.7 – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS FUNDOS DE SAÚDE

2.7.1 – As prestações de contas relativas aos Fundos de Saúde, integrarão a prestação de contas correspondente aos recursos gerais da respectiva entidade ou unidade gestora, em demonstrativo distinto e será constituído dos seguintes elementos básicos:

forma de subitem anterior e em conformidade com os procedimentos em vigor.

3.5 – A Diretoria de Administração e Finanças do INAMPS criará Relatórios Gerenciais informatizados de acompanhamento e controle, que permitam a identificação de informações ao Ministério da Saúde, Conselhos e Fundos de Saúde e demais órgão envolvidos no programa.

3.6 – Este sistema visará a articulação e interligação do INAMPS com os órgãos correlatados do SUS, objetivando uniformizar os procedimentos adotados.

#### **PARTE IV – DISPOSIÇÕES GERAIS**

4.1 – Até que se edite normas específicas sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, dadas as características próprias de que se reveste o programa, deverão ser observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

4.2 – Até que o Conselho Nacional de Saúde aprove as normas de aplicação dos critérios de alocação de recursos referidos no Art. 35 da Lei Federal 8.080, de 19/09/90, será utilizado exclusivamente o critério populacional.

4.3 – Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde – SUS, destinados aos Estados, Distrito Federal e Municípios serão depositados em conta especial no Bando do Brasil S.A. e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

4.4 – É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos Planos de Saúde, exceto em situações emergências ou de calamidades pública, na área de saúde.

4.5 – As transferências de recursos para investimentos (despesas de capital) serão alocadas observados os seguintes aspectos:

4.5.1 – desde que previstas no Plano Quinquenal de Metas do MS;

4.5.2 – se previstas em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Executivo e aprovados pelo Congresso Nacional;

4.5.3 – em caráter excepcional a critério do Ministro de Estado da Saúde;

4.5.4 – e formalizadas mediante celebração de convênio e/ou Termo aditivo ao Convênio SUS, observada a Lei Orçamentária e a política orçamentárias e financeira do INAMPS/MS.

4.6 – Cabe aos Conselhos de Saúde a aprovação dos Planos de Saúde, em suas áreas de abrangências, vem como na formulação de estratégia no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e na fiscalização da movimentação, dos recursos repassados às Secretarias Estaduais e Municipais e/ou Fundos de Saúde.

4.7 – Os orçamentos próprios dos Fundos de Saúde deverão ser aprovados antes do início do exercício financeiro a que se referir.

4.8 – Os Governos Estaduais e Municipais, deverão alocar um mínimo de 10% (dez por cento) do seu orçamento em 1991. Na área da saúde.

4.9 – aplicam-se aos consórcios os princípios e preceitos regedores dos convênios até que seja publicada legislação específica sobre a matéria, distinguindo-se os Consórcios dos Convênios porque este é celebrado entre pessoas jurídicas de espécies deferentes e aquele só o é entre entidades da mesma espécie.

4.10 – O atual Sistema de GAP/Prestador será implementado a partir de fevereiro de 1991, através do Sistema de Informação Ambulatoriais (SIA-SUS), com o pagamento centralizado no INAPS/DG.

4.11 – o quantitativo de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, a cada unidade executora, será proporcional à população, obedecidas as normas específicas já expedidas sobre a matéria cabendo às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição entre Municípios e Prestadores.

4.12 – As AIH's, com valores de tabela específicas, serão creditadas diretamente aos hospitais das redes próprias, estaduais e Municipais, em conta corrente especial no Banco do Brasil S.A.

4.13 – O INAMPS/MS criará uma reserva de AIH's a ser definida em normas complementares, a fim de compensar os centros de maior complexidade.

4.14 – Fica assim assegurado o acesso a serviços de saúde a centros especializados e de alta complexidade que serão remunerados complementarmente através de uma Câmara de Compensação de AIH's.

4.15 – O INAMPS/MS, a partir de julho de 1991, após acordo com as Secretarias Estaduais de Saúde, estabelecerá um percentual sobre o faturamento das unidades próprias do Estado e/ou cedidas, a título de ressarcimento, tendo em vista a cessão de servidores efetivos do seu Quadro sem ônus para os Estados.

4.16 – O Diretor de Administração e Finanças do INAMPS poderá elaborar Rotinas Técnicas e Orientações de Serviços sobre o disposto nesta Norma.

5 – Esta Norma Operacional Básica poderá ser aditada mediante a publicação de Normas Operacionais Complementares que se destinarão a definir procedimentos padronizados relativos a questões específicas (Programação e Orçamentação da Saúde, Plano de Aplicação e Prestação de Contas).

ANEXO 02

NOB-SUS 01/92

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

SECRETARIA Nº 234

Em, 07 de fevereiro de 1992

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS (respondendo), no uso das atribuições que lhe são regimentalmente conferidas e,

CONSIDERANDO a necessidade de continuar avançando no processo de construção e maturação do SUS;

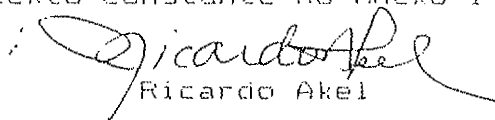
CONSIDERANDO a necessidade de normatizar a organização e racionalização da assistência à saúde no SUS para 1992, a fim de evitar a descontinuidade de ações e serviços prestados à população;

CONSIDERANDO o consenso obtido entre a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, o CONASS, o CONASEMS e o INAMPS no que diz respeito aos termos desta norma; e

CONSIDERANDO o consenso entre o CONASS e o CONASEMS sobre a oportunidade da publicação desta norma;

RESOLVE:

Editar a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92), conforme texto constante no Anexo I da presente Portaria.

  
Ricardo Akel

ANEXO I  
NORMA OPERACIONAL BÁSICA - SUS/1992

INTRODUÇÃO

A presente Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92), da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, tem como objetivos normatizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. Saúde, entendida como direito de todo cidadão e dever do Estado, a ser garantido pelo acesso gratuito, universal e equânime a um conjunto de ações e serviços de saúde organizados e distribuídos de forma regionalizada e articulados de forma hierarquizada, constituindo um sistema único, com gestor único em cada esfera de governo, de execução municipalista em termos operacionais e gerenciais, com obrigatória participação da sociedade organizada no seu planejamento, execução, controle e avaliação.

Além do texto constitucional, são fundamentais da NOB-SUS/92, as leis que regulamentam o SUS: a Lei 8.080, de 19/09/90 e a Lei 8.142 de 28/12/90.

A Lei 8.080/90 é a lei orgânica da saúde. Entre outros aspectos relevantes, ela define as responsabilidades de cada esfera de governo (federal, estadual e municipal); tanto as comuns (planejamento, financiamento e controle), como as específicas de cada um. Traz, de forma muito clara, como incumbência primária do município, a execução das ações e a gestão dos serviços de saúde. Atribui aos estados, neste particular, apenas o que o nível municipal for incapaz de assumir; e ao Ministério da Saúde apenas o que estiver acima do nível estadual de competência. Ela define o repasse de recursos federais aos municípios e estados de forma regular, mediante critérios demográficos, epidemiológicos, de capacidade instalada e do desempenho histórico e progresso.

A Lei 8.142/90 aborda, dentre outras, as questões das Conferências de Saúde, e define os pré-requisitos para que Municípios e Estados possam receber os repasses da União de forma regular e automática, quais sejam:

- a. Conselho de Saúde (participação da sociedade na administração do SUS)
- b. Fundo de Saúde (identidade e gestão específica dos recursos para saúde)
- c. Plano de Saúde (atuação planejada para produzir transformação)
- d. Relatório de Gestão (sistema de controle e avaliação)
- e. Comissão de PCCS para profissionais de saúde (política de recursos humanos). (Dispensável, no caso da existência efetiva de Plano de Carreira, Cargos e Salários já estabelecido).
- f. Aplicação de recursos orçamentários próprios em saúde (co-participação responsável no financiamento do SUS)

As Leis 8.080/90 e 8.142/90, além do texto constitucional sobre a saúde, são leituras obrigatórias a todos quanto atuam nessa área em especial, àqueles que ocupam cargos/funções ou têm responsabilidade na administração do SUS.

Há que ser compreendido que o SUS não é sucessor do SUDS ou do SINGMS, nem é um novo rótulo para um produto velho. Ele é um sistema inteiramente novo e diferente de tudo que se dispôs até hoje no Brasil. Não é um programa que foi lançado tal dia, nem uma edificação que

será inaugurada em tal data.

A construção do SUS é um processo continuado, que demanda vários movimentos complexos aos quais os diferentes Estados e Municípios dão respostas diferentes. Por isso mesmo, o SUS encontra-se em diferentes estágios de implantação nas diversas regiões do país.

Dentre os vários movimentos destacam-se:

- universalização do acesso às ações e serviços de saúde, gratuitos e de qualidade, para todos os cidadãos;
- construção dos quesitos da lei 8.142/90 por todos os estados, municípios e Distrito Federal;
- descentralização, de fato, da execução das ações e da gestão dos serviços para os municípios;
- unificação, de fato, do comando em cada esfera de governo;
- aperfeiçoamento do financiamento, pelas três esferas de governo, das formas e critérios de repasses financeiros;
- reorganização da rede de serviços com estruturação de distritos sanitários;
- assimilação e descongestionamento das demandas;
- substituição da "gestão da demanda" pela "gestão planejada para produzir transformação dos indicadores de vida, saúde e doença";
- alargamento da visão sanitária, transcendendo a "simples" questão da assistência médica; e
- conscientização da sociedade sobre o que é o SUS e como participar dele.

Nestas circunstâncias, os Municípios, os Estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde estão em estágios diferentes de transformação e construção do SUS. Isto explica, em boa parte, o espalhamento e superposição de papéis das três esferas gestoras do sistema e eventuais fricções entre elas. São fenômenos naturais que devem ser administrados também em co-gestão. Pode-se dizer que o sucesso do sistema dependerá fortemente da capacidade das três esferas pactuarem a co-gestão do SUS através do diálogo permanente, dos encontros frequentes entre o MS, CONASS e CONASEMS, da cooperação técnica e da participação da comunidade.

Assim, a NOB-SUS/92 não pretende esgotar os temas que trata, nem ser a palavra definitiva sobre eles, nem ainda ter a durabilidade de uma lei, mesmo porque vários aspectos do SUS somente poderão ser definidos, e obrigatoriamente aperfeiçoados, durante o processo de sua construção. Mas, explicitando procedimentos (como a metodologia de financiamento federal ou o processo de municipalização) e clarificando papéis (p.ex. quem faz o quê em termos de planejamento, auditoria, controle e avaliação), a NOB - SUS/92 busca não só definir uma base concreta de operação do SUS para 1992 mas também constituir novo diferencial para o permanente desenvolvimento do Sistema nos próximos anos.

## - O PLANEJAMENTO

O planejamento, que deve ser desenvolvido através de uma metodologia participativa, é a projecção das ações a serem executadas e a racionalização dos procedimentos técnico-administrativos, necessários à execução dessas ações.

O planejamento é um processo permanente e dinâmico devendo contemplar também situações emergenciais equacionadas em curto prazo.

O planejamento é de competência das três esferas de Governo e constitui a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação, o

controle e a gerência do sistema de saúde, e pressupõe o conhecimento da realidade existente e dos instrumentos disponíveis e necessários para se atingir as metas propostas. Assim, o planejamento, além de ascendente, deve ser uma tarefa dos municípios, estados e União.

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.

No campo da promoção, são prioritárias as ações de educação em saúde para a população. Essas ações visam à redução dos fatores de risco individual que constituem ameaça à saúde das pessoas. É através dessas ações que se oferecem à população instrumentos de auto-cuidados que vão desde a orientação quanto a nutrição, a adoção de estilos de vida saudáveis, aconselhamentos específicos como o de cunho genético e sexual, educação para o trânsito e outros.

No campo da proteção são exemplos de ações: vacinações, saneamento básico, vigilância epidemiológica e sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos e ações de saúde ambiental. Através da vigilância epidemiológica, são obtidas as informações para conhecer e acompanhar, a todo momento, o estado de saúde da população, permitindo desencadear, oportunamente, as medidas dirigidas à prevenção e ao controle das doenças e agravos à saúde. A vigilância sanitária busca garantir a qualidade de produtos de consumo, do meio ambiente e do local de trabalho, mediante a identificação, o controle ou a eliminação de fatores de risco à saúde neles eventualmente presentes.

As ações de recuperação da saúde a serem planejadas e desenvolvidas devem estar baseadas nos problemas de saúde de cada população e os serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares existentes, os quais devem estar estruturados para atender não apenas à demanda da doença mas também para oferecer cobertura, aos problemas de saúde da população.

O desenvolvimento das ações de saúde, sejam elas de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação, devem fazer parte do planejamento integrado das ações de saúde, pois somente através da integralidade das ações haverá a melhoria da qualidade da assistência.

Uma das consequências do planejamento será proporcionar o esclarecimento das responsabilidades das três esferas de governo, da definição da prestação e gestão dos serviços e do aporte dos recursos financeiros. Dessa forma, o processo de planejamento-orçamentação deve ser indissociável. Assim, a Programação e Orçamentação em Saúde - PROS, é essencial enquanto parte integrante e detalhamento dos planos de saúde.

O primeiro passo no processo de planejamento é a análise da realidade através do levantamento dos problemas de saúde, suas causas e pontos críticos e os recursos disponíveis: "do que e como as pessoas estão adoecendo ou morrendo?", "o que deve ser feito para melhorar os indicadores de vida/morte, saúde/doença?" A seguir são definidos os objetivos e metas a serem alcançadas e as atividades a serem desenvolvidas (é importante identificar, nessa fase, os possíveis entraves políticos, técnicos, administrativos e financeiros para a consecução de cada atividade e do plano de ação como um todo). Passa-se então à definição dos recursos necessários e das fontes de financiamento para cada atividade e ao estabelecimento de um cronograma de execução.

É importante também o estabelecimento e implantação de um



sistema de acompanhamento, avaliação e controle do plano de ação, fundamentado num sistema de informações.

## 2. O FINANCIAMENTO DO SUS - ASSISTENCIA A SAÚDE

A linha assistencial do SUS envolve o conjunto de ações de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, centradas no indivíduo. O financiamento de tais ações é competência das três esferas de governo (União, estados e municípios). Os recursos financeiros federais do SUS, que deverão somar-se aos recursos estaduais e municipais, estão classificados como: custeio das ações e serviços ambulatoriais, hospitalares e complementares e recursos para investimento na rede em obras e equipamentos. Neste último caso, através do Pró-Saúde com base em planos tripartites de aplicação para os estados e municípios e de forma regular e automática para os Estados.

A partir do corrente exercício, tais recursos estarão alocados 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.

### 2.1. FINANCIAMENTO DAS ATIVIDADES HOSPITALARES

2.1.1. As atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos de saúde e pelos serviços privados, contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde serão pagas através do Sistema de Informações Hospitalares/SIH-SUS e seu formulário próprio AIH (Autorização de Internação Hospitalar).

2.1.2. O quantitativo de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, será proporcional à população, cabendo às Secretarias de Saúde e os Conselhos de Saúde o planejamento e distribuição entre os prestadores, observando os seguintes aspectos:

- para o Município que atenda aos critérios estabelecidos para as transferências regulares e automáticas de recursos de custeio do SUS, conforme a Lei 8.142/90, será destacado, mensalmente, um número de AIH equivalente a um duodécimo de 2% de sua população e, obrigatoriamente, repassado à respectiva Secretaria Municipal de Saúde. Os Conselhos Municipais de Saúde aprovarão os critérios de distribuição dos quantitativos de AIH entre os prestadores públicos, universitários, filantrópicos e privados, assegurada a prioridade nesta ordem;

- o restante (equivalente a 1/12 de 2% da população) será mantido sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde, em fundo de compensação de demanda hierarquizada;

- estes percentuais podem ser modificados no Estado que estabelecer programa próprio de distribuição de AIH, sendo obrigatória sua aprovação pela entidade representativa das Secretarias Municipais de Saúde e pelo Conselho Estadual de Saúde sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde;

- portanto, as AIH estaduais ou sob gestão da SES, poderão ser distribuídas entre a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde, de duas maneiras: pelo planejamento integrado, Estado e municípios, consolidado no Plano Estadual de Saúde e aprovado pelo CONSEMS e Conselho Estadual de Saúde; ou, de forma matemática, distribuindo diretamente aos municípios-gestores 80% do seu quociente populacional e repassando o restante à Secretaria Estadual. A distribuição planejada tem precedência sobre o critério matemático. De todo o modo, quem deve distribuir as AIH entre os hospitais dos municípios gestor é o Secretário Municipal de Saúde, cabendo ao gestor

estadual distribuir as AIH estaduais e municipais dos municípios não-gestores.

Os municípios poderão pleitear AIH adicionais do fundo de compensação da Secretaria Estadual por sua atuação como referência estadual e aos municípios vizinhos, através de consórcios formais ou informais, quando referência microrregional;

a distribuição das AIH entre os prestadores públicos, universitários, filantrópicos e privados será feita pelos Secretários de Saúde respeitando o plano de saúde aprovado pelo respectivo Conselho, bem como os dispositivos legais do SUS, sempre priorizando o setor público.

2.1.3. É competência das Secretarias Municipais de Saúde a celebração de contratos com hospitais que participarão do sistema de forma complementar, bem como sua exclusão, a não ser nos casos em que o estabelecimento se caracterize como sendo de referência estadual, regional ou nacional.

2.1.4. No caso dos municípios "municipalizados" é competência das Secretarias Municipais de Saúde, em interação com seus Conselhos, a distribuição dos quantitativos de AIH entre os diversos prestadores, sempre priorizando o setor público.

2.1.5. O Índice de Valorização de Qualidade - IVQ, correspondente a um acréscimo de 20% sobre o total devido ao hospital a título de Serviços Hospitalares, será concedido e repassado aos hospitais que integram a rede do SUS (públicos e privados contratados ou conveniados), desde que atendam os critérios estabelecidos em instrumento específico.

2.1.6. O atendimento a tais critérios será definido através da auto-avaliação da unidade hospitalar em formulário próprio, ratificada pelo gestor local do SUS.

2.1.7. Para os hospitais universitários e de ensino, o IVQ incidirá sobre os Serviços Hospitalares, da mesma forma que nos demais hospitais. Tanto o IVQ quanto o FIDEPS incidirão, apenas sobre o total faturado originalmente, ou seja, não haverá sobreposição de índices.

2.1.8. As atividades ambulatoriais realizadas no âmbito dos hospitais, serão financiadas segundo as normas relativas às atividades ambulatoriais (item 2.2).

## 2.2. FINANCIAMENTO DAS ATIVIDADES AMBULATORIAIS

2.2.1. É competência das Secretarias Municipais de Saúde a celebração dos contratos de serviços ambulatoriais que participarão do SUS, de forma complementar, dentro de um teto estabelecido em planejamento integrado com a Secretaria Estadual de Saúde.

2.2.2. As ações e serviços de saúde, públicos e privados, contratados ou conveniados, realizados ao nível ambulatorial, que integram o Sistema Único de Saúde, serão pagos através de um sistema de financiamento ambulatorial.

2.2.3. A Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), destinada a definir os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, é fixada através de Resolução do Secretário Nacional de Assistência à Saúde/MS, considerando a classificação dos Estados dentro dos seguintes critérios: população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro em 1991 e desempenho da auditoria estadual do ano anterior.

2.2.4. O valor nominal da UCA, será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do Fundo Nacional de

2.2.5. Sempre que os valores da tabela de procedimentos ambulatoriais forem alterados, o valor nominal da UCA sofrerá alteração dentro do necessário para suprir a diferença constatada.

2.2.6. Os Recursos para Cobertura Ambulatorial - RCA destinados anualmente aos Estados e Distrito Federal a título de cobertura ambulatorial, são obtidos através da multiplicação do valor da UCA pela população de cada Unidade da Federação.

2.2.7. O planejamento físico e orçamentário das atividades ambulatoriais deverá ser produto do trabalho conjunto dos Municípios e Estado, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, aprovado pelos Conselhos Municipais de Saúde e referenciado pelo Conselho Estadual de Saúde. As prioridades, quotas, referências e contra-referências devem ser definidas com base na epidemiologia, características demográficas e capacidade instalada.

2.2.8. O valor mensal a ser transferido até o último dia de cada mês aos Estados, Distrito Federal e Municípios, será obtido da seguinte forma:

- o valor anual calculado será dividido em duodécimos; se constituindo no RCA/mês;
- do duodécimo subtrai-se o pagamento dos serviços ambulatoriais executados pelos prestadores públicos e contratados em caráter complementar conforme plano regional;
- deste resultado, dito resíduo, 30% serão transferidos às Secretarias Estaduais de Saúde, para utilização exclusiva em custeio das atividades de assistência à saúde;
- os 70% restantes serão divididos novamente pela população de cada Unidade da Federação;
- o quociente encontrado corresponde a uma variável que, multiplicada pela população de cada município da Unidade Federativa, representa o repasse a ser efetuado às Secretarias Municipais de Saúde, para utilização exclusiva em custeio das atividades de assistência à saúde.

2.2.9. Os municípios que não atenderem aos critérios estabelecidos para repasses regulares e automáticos conforme a Lei 8.142/90, terão os resíduos do RCA que lhes seriam destinados repassados às correspondentes Secretarias Estaduais de Saúde que, através de critérios aprovados pelos respectivos Conselhos e constantes do Plano Estadual de Saúde obrigatoriamente, os redistribuirão às Secretarias Municipais, para utilização exclusiva em custeio das atividades de assistência à saúde.

2.2.10. Os estados que não tiverem cumprido o disposto no art. 4º da lei 8.142/90 deverão repassar os resíduos do RCA aos municípios por critério populacional.

2.2.11. Até o 20º dia após o recebimento do resíduo do RCA os Estados deverão encaminhar à DAF/INAMPS relatório dos valores repassados a cada município referentes a esse resíduo. O não encaminhamento na data prevista, implica em não envio dos resíduos do RCA subsequentes.

2.2.12. O atual sistema de Guia de Autorização de Pagamento-SAP/PRESTADOR será substituído pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS)

### 2.3. ESTÍMULO À MUNICIPALIZAÇÃO DO SUS E AS AÇÕES DE SAÚDE COLETIVA

2.3.1. O Fator de Estímulo à Municipalização-FEM, se caracteriza como repasse de recursos de custeio aos municípios efetivamente "municipalizados" dentro do SUS. São considerados "municipalizados" os municípios que atendem aos requisitos estabelecidos

2.4.4. Os Estados e Distrito Federal deverão administrar os recursos provenientes do FEGE através de estabelecimento de prioridades e investimentos necessários, contemplando projetos já previstos no Plano Municipal de Saúde aprovado pelos Conselhos Municipais de Saúde.

2.4.3. Os valores do FEGE para os diferentes Estados e Unidades Federadas, para efeito de repasse de recursos do FEGE às Unidades Federadas, serão considerados para efeito de repasse de recursos do FEGE às Unidades Federadas, de acordo com o sistema de cobertura supra-citado, da seguinte maneira:

2.4.2.1. A documentação comprobatória deverá ser encaminhada pela Secretaria Estadual de Saúde à Presidência do INAMPS, para deliberar sobre sua adequação e regularidade.

2.4.2.2. A habilitação ao repasse dos recursos correspondentes ao FEGE será reconhecida mediante comunicado formal e exclusivo para o FEGE.

2.4.2.3. Os projetos de leis de criação do Fundo Estadual de Saúde e Conselho Estadual de Saúde, em tramitação, e a conta especial, serão considerados para efeito de repasse de recursos do FEGE às Unidades Federadas.

2.4.2.4. O fator de estímulo à Gestão Estadual-FEGE se destina a regular e automatizar os valores a serem repassados mensalmente, de forma a reajustar os valores a estados habilitados, para repasse e automatizar o tecnológico dos equipamentos da rede pública estadual e municipal.

2.4.2.5. O fator de estímulo à Gestão Estadual-FEGE se destina a regular e automatizar os valores a serem repassados mensalmente, de forma a reajustar os valores a estados habilitados, para repasse e automatizar o tecnológico dos equipamentos da rede pública estadual e municipal.

2.4.1. Os recursos de capital para aquisição ou recuperação de equipamentos para unidades assistenciais, já existentes, serão transferidos ao Distrito Federal e estados que tenham cumprido o disposto no art. 4º da Lei 8.142/90.

2.3.3. O repasse efetuado a título de Fator de Estímulo à Gestão Estadual não será debitado do valor estabelecido para cobertura municipal, quer do município quer do Estado, e independe da existência de residuo.

2.3.2. O montante a ser transferido aos municípios, calculado da seguinte forma: calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do Estado; este valor é multiplicado pelo número de habitantes do município "municipalizado"; o produto dessa operação será dividido por doze; o valor mensal a ser transferido ao município "municipalizado", corresponde ao quodécimo encontrado.

2.3.1. O fator de estímulo à Gestão Estadual-FEGE se destina a regular e automatizar os valores a serem repassados mensalmente, de forma a reajustar os valores a estados habilitados, para repasse e automatizar o tecnológico dos equipamentos da rede pública estadual e municipal.

2.3.0. O fator de estímulo à Gestão Estadual-FEGE se destina a regular e automatizar os valores a serem repassados mensalmente, de forma a reajustar os valores a estados habilitados, para repasse e automatizar o tecnológico dos equipamentos da rede pública estadual e municipal.

2.2.0. O fator de estímulo à Gestão Estadual-FEGE se destina a regular e automatizar os valores a serem repassados mensalmente, de forma a reajustar os valores a estados habilitados, para repasse e automatizar o tecnológico dos equipamentos da rede pública estadual e municipal.

2.1.0. O fator de estímulo à Gestão Estadual-FEGE se destina a regular e automatizar os valores a serem repassados mensalmente, de forma a reajustar os valores a estados habilitados, para repasse e automatizar o tecnológico dos equipamentos da rede pública estadual e municipal.

1002

A operacionalização, descentralizada dos dois sistemas possibilitará, aos estados e municípios, acesso mais rápido dos dados, bem como processamentos específicos adequados aos diferentes usos.

A partir do mês de julho, será obrigatória a apresentação das AIH em disquete.

A existência e obrigatoriedade de utilização destes dois sistemas não impede que outros, complementares, sejam desenvolvidos pelos estados e/ou municípios de acordo com suas necessidades, podendo mesmo ser citados como muito desejáveis, os de marcação de consultas, centrais de leitos e cadastro de estabelecimentos de saúde. Aos municípios será assegurado o direito de manter em seu serviço os registros geradores de dados e disponíveis, a nível local, para os procedimentos de auditoria, avaliação e controle dos demais níveis. O modo de colher os dados ou registrá-los é de exclusiva competência municipal, desde que asseguradas as informações indispensáveis ao nível nacional e/ou estadual e as formas e meios por eles estabelecidas, bem como possibilidade de se resgatar a informação primeira, geradora do atendimento.

#### 4. O CONTROLE E A AVALIAÇÃO

Controle e Avaliação são atividades de responsabilidade primária dos municípios; simultaneamente dos Estados e também do Ministério da Saúde.

O controle dos municípios deve ser permanente e direto sobre todos os serviços assistenciais, ambulatoriais e hospitalares, voltado à qualidade do atendimento aos usuários; à quantidade dos serviços concernentes aos planos de saúde e à capacidade instalada; à conformidade das contas médicas com os serviços efetivamente produzidos; à resolubilidade dos atendimentos; à gratuidade aos usuários.

A avaliação dos municípios deve analisar se os serviços produzidos foram eficientes, eficazes e efetivos; se atingiram as metas programadas e, acima de tudo, se produziram os resultados desejados. A avaliação é, portanto, essencial pré-questo ao planejamento do período subsequente.

O controle e a avaliação desenvolvidos pelos estados serão permanentes porém não obrigatoriamente contínuos em todas as unidades e serviços assistenciais. Terão além do caráter de controlar de forma periódica os serviços, a função de "controlar o controle municipal".

A avaliação realizada pelos estados tem o mesmo sentido da avaliação municipal, porém com abrangência estadual.

O controle e a avaliação exercidos pelo nível federal têm por objetivo principal a adoção de medidas corretivas para o aperfeiçoamento do Sistema, assumindo assim um caráter pedagógico e de cooperação técnica.

Tais ações se desenvolverão de maneira essencialmente analítica através de demonstrativos e relatórios de acompanhamento dos serviços produzidos (SIA-SUS e SIM-SUS), ficando as ações operacionais, desenvolvidas através da verificação "in loco" nas unidades, restritas aos casos de desvio nos indicadores, de denúncia ou, preventivamente, amostragem. Nestas circunstâncias, as visitas de inspeção deverão ser feitas em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde.

Finalmente, são objetos de análise do controle e da avaliação três esferas de governo, não apenas a qualidade, produção e o custo dos serviços prestados, ambulatoriais e hospitalares, como também a conformidade das ações desenvolvidas com os Planos de Saúde, os

2.4.5. O Pró-Saúde se caracteriza como um programa, que tem como principal objetivo a reorganização dos serviços de saúde com a participação das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal.

2.4.6. Os municípios a serem incluídos no programa, serão selecionados por um dos seguintes critérios:

- se caracterizarem como pólo de referência macrorregional;
- população igual ou superior a 200.000 habitantes;
- serem capitais das Unidades da Federação.

2.4.7. Os projetos deverão ser elaborados segundo roteiro padrão contemplando as seguintes áreas:

- a) Desenvolvimento Gerencial (Modelo Assistencial)
- b) Recursos Humanos (Desenvolvimento de RH)
- c) Recursos Físicos (reformas e/ou construção de unidades e aquisição e/ou recuperação de equipamentos)

2.4.8. O gerenciamento do projeto em todas as suas etapas - planejamento, orçamentação, execução e avaliação - será exercido por uma comissão formada por representantes das três instâncias de governo: Federal, estadual e municipal.

2.4.9. Os repasses de recursos financeiros serão feitos, observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

- Outros investimentos

2.4.10. As transferências de outros recursos para investimentos, que não os de repasse automático e regular e Pró-Saúde, poderão ser pleiteadas ao MS, justificadas em função dos Planos de Saúde e observados os seguintes aspectos:

- a) previstos no Plano Quinquenal de Saúde do MS;
- b) previstos nos planos Municipais e/ou Estaduais de Saúde, aprovados pelo respectivo Conselho;
- c) previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- d) em caráter de absoluta excepcionalidade.

## OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

São basicamente dois os sistemas de informação da linha assistencial do SUS, implantados e utilizados pelo nível federal: o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.

Esses sistemas se constituem em grandes bancos de dados com informações relativas aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, disponíveis a todas as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde bem como a outras instituições que atuam na área. Tais dados podem e devem ser utilizados em todos os níveis para o planejamento, o controle e a avaliação de ações e serviços de saúde.

O SIA-SUS deverá estar totalmente implementado em todas as unidades da Federação até março de 1992. É recomendável que o processamento seja feito no próprio Estado pela respectiva empresa estadual de processamento de dados ou pela própria Secretaria Estadual de Saúde, se capacitada a fazê-lo. Os estados que não dispuserem de nenhuma destas duas alternativas, poderão servir-se de empresas estaduais de processamento de dados de estados vizinhos.

O SIH-SUS continuará a ser processado de maneira centralizada pelo nível federal, com a diretriz, em 1992, de capacitação das empresas estaduais com vistas a que estas assumam tal processamento a partir de

convênios de investimento e o desempenho dos órgãos e sistemas locais regionais. Cabe a cada gestor, no seu nível de atuação, a definição das normas operacionais de funcionamento de seus respectivos Sistemas de Controle e Avaliação.

### 5. A AUDITORIA

A Auditoria compete controlar e fiscalizar a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, bem como acompanhar a execução dos programas de trabalho visando ao exame da regularidade, eficiência, eficácia e economicidade da gestão administrativa.

A avaliação técnica e financeira do SUS, em todo território nacional, será efetuada e coordenada pelo MS e INAMPS em conjunto com os estados, Distrito Federal e municípios.

O Ministério da Saúde acompanhará através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a estados, Distrito Federal e municípios, cabendo-lhe aplicar as medidas previstas constatadas a malversação, desvio ou emprego inadequado dos recursos.

O controle e fiscalização da execução orçamentária, financeira e patrimonial compreenderá os seguintes aspectos:

- da legalidade dos atos de que resultem a realização da despesa;
- da responsabilidade de todos quanto, de qualquer modo efetue despesa, administrem ou guardem bens e valores públicos;
- do cumprimento do programa de trabalho expresso em termos monetários e em termos de prestação de serviços;
- o exame das Prestações de Contas dos agentes responsáveis, tendo por base os registros contábeis e financeiros compatibilizado com o plano de trabalho evidenciadas em parecer de auditoria a ser emitido após verificação "in loco" com o propósito de comprovar a legalidade, legitimidade e economicidade na aplicação dos recursos públicos;
- a orientação normativa, coordenação, acompanhamento e avaliação das atividades das auditorias regionais;

Caberá ao INAMPS, órgão repassador dos recursos e responsável por imposição legal, perante o TCU, pelo cumprimento dos programas financeiros, exercer o controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira:

- examinar e avaliar a aplicação e as transferências dos recursos orçamentários e financeiros das unidades conveniadas;
- coordenar inspeções nos órgãos gestores de recursos provenientes de convênios, acordos ou ajustes quanto à execução orçamentário-financeira e as transferências de recursos efetuadas pelo INAMPS;
- solicitar a instauração de Tomada de Contas Especial quando a prestação de contas não for aprovada, e exaurida todas as providências possíveis;
- estabelecer prazo máximo para que o responsável faça a apresentação da prestação de Contas ou recolhimento dos recursos recebidos com os encargos legais devidos, segundo índice oficial contados a partir da data do recebimento até a data do recolhimento, quando esta não for apresentada dentro do prazo normal; e
- instaurar Tomada de Contas Especial da Entidade inadimplente quando esgotado o prazo máximo estabelecido na apresentação da Prestação de Contas, bem como da Ordem de Recebimento não liquidada.

É importante salientar que cabe ao Estado fiscalizar e controlar a execução orçamentária e financeira no que diz respeito a recursos e receitas próprios.

## O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO PARA REPASSE DE RECURSOS

### Caracterização

A municipalização na saúde não deve ser entendida apenas pelo cumprimento aos 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.

Na medida em que o município define suas próprias necessidades na área da saúde, bem como os meios para satisfazê-las, os recursos disponíveis são maximizados possibilitando o alcance da eficiência e eficácia do setor. Uma outra grande vantagem que se pode apontar é a de que ao aproximar os agentes decisórios e executores dos usuários, o sistema facilitará a participação mais efetiva da comunidade na definição e no controle das ações de saúde.

Nesta norma, entretanto, serão regulamentados apenas os aspectos relativos aos critérios para repasse dos recursos referentes à Lei 8.142/90 e ao fluxo da documentação necessária à aferição do seu cumprimento.

### Requisitos Básicos

Para receberem os recursos, de forma regular e automática, para a cobertura das ações e serviços de saúde, conforme estabelecido na Lei 8.142/90, os municípios deverão contar com:

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE** - de natureza contábil e financeira, que deve ser previamente autorizado pelo poder legislativo, gerido pela Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente e fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde. Caso o Projeto-de-Lei para sua criação esteja comprovadamente em tramitação, a conta especial será considerada para fins do repasse, em caráter provisório.

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE** - deve ter caráter deliberativo com composição paritária de representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde (50%) e usuários (50%). Cabe aos Conselhos a aprovação dos Planos Municipais de Saúde, bem como atuar na formulação de estratégias de controle da execução da política de saúde.

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE** - aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e homologado pelo prefeito, será a base das atividades e programação da Secretaria Municipal de Saúde e seu financiamento será previsto na proposta orçamentária da Secretaria. "É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos Planos de Saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde." (Lei 8.080/90, artigo 30, parágrafo segundo).

**RELATÓRIOS DE GESTÃO** - deverão permitir o acompanhamento pelo Ministério da Saúde, através de seu sistema de auditoria, do executado em relação à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados ao Município. Esse relatório deve abordar, no mínimo, as finalidades essenciais da Secretaria; o Plano de Trabalho elaborado com metas e objetivos previstos; o plano de trabalho executado, em relação ao elaborado (atividades programadas e não programadas, com as justificativas pertinentes); e os resultados alcançados, evidenciando as metas ou objetivos realizados e a programação e execução orçamentária e



demonstração financeira.

CONTRAPARTIDA DE RECURSOS PARA A SAÚDE NO RESPECTIVO ORÇAMENTO - deve ser comprovada pela publicação no Diário Oficial do Município, da destinação global orçamentária. É recomendável que se observe a evolução dos recursos destinados a sair do orçamento do Município, e que se estabeleça uma meta a ser alcançada de, aproximadamente, de 10% do orçamento.

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS - FCCS, previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Cabe ao Estado controlar a manutenção do cumprimento de tais quesitos, podendo até, em casos extremos, solicitar a rescisão do Convênio de Municipalização.

Os projetos de lei de criação do Fundo Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, em tramitação, e a conta especial, serão considerados para efeito de repasse dos recursos financeiros federais, de forma regular e automática, aos municípios.

#### Fluxo de Documentação

6.1. A documentação comprobatória do cumprimento dos requisitos estabelecidos deverá ser encaminhada pelos governos municipais às respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, a fim de habilitá-los ao repasse regular e automático dos recursos financeiros federais do SUS.

6.2. Cada Secretaria Estadual de Saúde deliberará sobre a adequação e regularidade da documentação apresentada;

6.3. A habilitação ao repasse dos recursos (subitem 6.7) será reconhecida mediante comunicado formal e exclusivo para esse fim, encaminhado pelo Secretário Estadual de Saúde ao município requerente.

6.4. Se o comunicado previsto não ocorrer no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação completa à Secretaria Estadual de Saúde, o Município encaminhará cópia do processo ao Coordenador de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS, no Estado, que deliberará a respeito.

6.5. As Secretarias Estaduais de Saúde encaminharão os processos dos municípios habilitados ao repasse regular e automático, dos recursos financeiros federais do SUS à Coordenadoria de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS no Estado, que providenciará a elaboração do Convênio conforme Minuta Padrão, e após as assinaturas dos Gestores Estaduais e Municipais, enviará o convênio com Ficha Resumo e Ficha de Cadastro Financeiro (anexo) ao Gabinete do Presidente do INAMPS.

6.6. No INAMPS, após assinatura do Presidente e do Ministro da Saúde serão providenciados sua publicação e envio de cópia a CCTC e ao interessado, bem como o empenho e os repasses financeiros.

#### - PRODUTIVIDADE E QUALIDADE

Na área da saúde, uma política de qualidade e produtividade é fundamental, objetivando, em última instância, assegurar, a cada usuário do SUS, um conjunto de serviços integrais de saúde capaz de produzir o melhor resultado com o mínimo de recursos disponíveis, atendendo ainda às expectativas de satisfação.

Visando, num primeiro momento, incentivar a produtividade, a partir de janeiro de 1991, o modelo de financiamento dos serviços hospitalares públicos foi profundamente alterado, com a substituição da antiga modalidade de "orçamentação por verba" pela adoção das Atr (autorização de Internação Hospitalar) de tal forma que, a unidade recebe, mensalmente, um valor equivalente à quantidade e complexidade

dos procedimentos por ela realizados.

Nesta mesma linha, cabe agora aos gestores estaduais e municipais o desenvolvimento e universalização de mecanismos que possibilitem o pagamento de incentivos pessoais à produtividade, dedicação e deslocamento, o que já vem sendo praticado com sucesso por diversas Secretarias Estaduais e Municipais.

Em relação à qualidade, será implementado no SUS o Sistema de Avaliação de Qualidade em Saúde - SAQS, que tem como compromisso fundamental o incremento da qualidade do atendimento e da satisfação do usuário. As maiores responsabilidades deverão ser assumidas pelos gestores municipais ou, na sua impossibilidade, pelos estaduais.

Como princípios operacionais gerais e estratégicos deste sistema, podemos citar:

a) **SIMPLICIDADE:** Não devem ser criados novos entraves burocráticos para os gestores e prestadores - os instrumentos de avaliação devem ser adequados à capacidade de resposta e ao nível técnico dos recursos humanos disponíveis no sistema, sem perder de vista, entretanto, um compromisso de melhoria de qualidade de tais recursos.

b) **RECONHECIMENTO DA HETEROGENEIDADE:** Deverão ser consideradas as diferenças de realidade (social, institucional e sanitária, por exemplo) buscando flexibilidade de critérios, sem abrir mão das definições essenciais do Sistema como um todo, tais como acessibilidade, integralidade e participação.

c) **DINÂMICA:** A avaliação da qualidade deve ser compreendida como um processo em evolução permanente, no qual não só os componentes culturais devem ser encarados na sua mutabilidade e contradições, como também os padrões e indicadores traçados preliminarmente devem ser continuamente avaliados.

d) **GRADUALIDADE:** O sistema deverá evitar certas distorções inerentes aos processos gerados de forma centralizada, tais como ritualismo, intempestividade, burocratização, imposição de normas, etc.

Como medidas iniciadoras do processo de avaliação de qualidade no âmbito dos gestores e prestadores de serviços do SUS, podem ser citadas:

I - implantação do IVQ - Índice de Valorização de Qualidade, no valor de 20% de acréscimo sobre o faturamento da unidade sob a rubrica de Serviços Hospitalares para todos os hospitais públicos ou privados, integrantes da rede do SUS, desde que preencham os requisitos definidos pela SNAS/INAMPS, em comum acordo com as entidades representativas dos outros gestores do SUS (CONASS E CONASEMS);

II - elaboração de um documento básico sobre "Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde", que além de servir como instrumento de informação à comunidade, fundamente a implantação de um sub-sistema de avaliação de satisfação de usuário; e

III - incentivo para organização de "Comissões Internas de Avaliação e Controle de Qualidade" a nível dos prestadores públicos e privados.

Acima de tudo, o Sistema de Avaliação de Qualidade em Saúde deverá ter um caráter pedagógico para todos os envolvidos, dentro do qual o incremento à qualidade deve ser mais do que incentivado: provocado, e cuja avaliação constituirá uma responsabilidade conjunta dos gestores, prestadores e usuários.

- DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. O estabelecimento de políticas e normas específicas relacionadas às órteses e próteses ambulatoriais, medicamentos especiais, tratamentos fora de domicílio e campanhas de vacinação, bem como seu financiamento, deve ser resultado de um planejamento integrado, Estado e municípios e consolidado no Plano Estadual de Saúde.

8.2. O Tratamento Fora de Domicílio-TFD, quando realizado dentro da mesma Unidade da Federação em que se situa o município de residência do paciente, terá as despesas, não previstas no pagamento da AMB, financiadas pelo município de residência; caso o tratamento se realize em outra Unidade da Federação, tais despesas correrão por conta da Unidade Federada de origem. O montante de recursos a ser repassado pelo nível federal, nos casos que comprovadamente tiverem que ser realizados fora do país, obedecerá valores pré-estabelecidos.

8.3. Até que sejam editadas normas específicas sobre o Sistema Único de Saúde-SUS e na ausência de outros instrumentos jurídicos que regulamentem os repasses de recursos financeiros, deverão ser observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

8.4. Ressalvados os casos de manifesta impraticabilidade ou inconveniência e desde que observadas as disposições no Art. 17 da Lei 8.074, de 31/07/90, será utilizado o instrumento convencional como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios.

8.5. É vedada a utilização dos recursos em despesas que não se identifiquem diretamente com a realização do objetivo do Convênio ou serviços determinados.

8.6. Os recursos decorrentes de serviços prestados pelas unidades assistenciais se caracterizam como receita própria.

8.7. Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no Art. 35 da Lei 8.080/90, o montante a ser transferido a Estados, Distrito Federal e Municípios será definido no Convênio, de acordo com:

a) o critério populacional com base nos dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; e  
b) empenho global (valor semestral e/ou anual).

8.8. É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos Planos de Saúde, exceto em situações emergenciais ou calamidade pública, na área de saúde.

8.9. Os casos omissos, recursos e outras pendências, deverão ser levados ao Conselho de Saúde da instância imediatamente superior que sobre eles deliberará, ouvido o gestor do SUS desta instância.

8.10. A partir de 1993 os recursos financeiros, destinados à assistência à saúde, serão repassados de forma globalizada aos Fundos Estaduais de Saúde, devendo ser administrados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e seus respectivos Conselhos, sem prejuízo das informações que deverão continuar a fluir para o nível federal, possibilitando o planejamento, o controle e a avaliação no que lhe compete. A implementação do planejamento ascendente e a Programação e Implementação em Saúde - PROS, em cumprimento às Leis nos 8080/90 e 8142/90, substituirão, assim, a atual sistemática dos repasses federais segmentados por atividades.

ANEXO 03

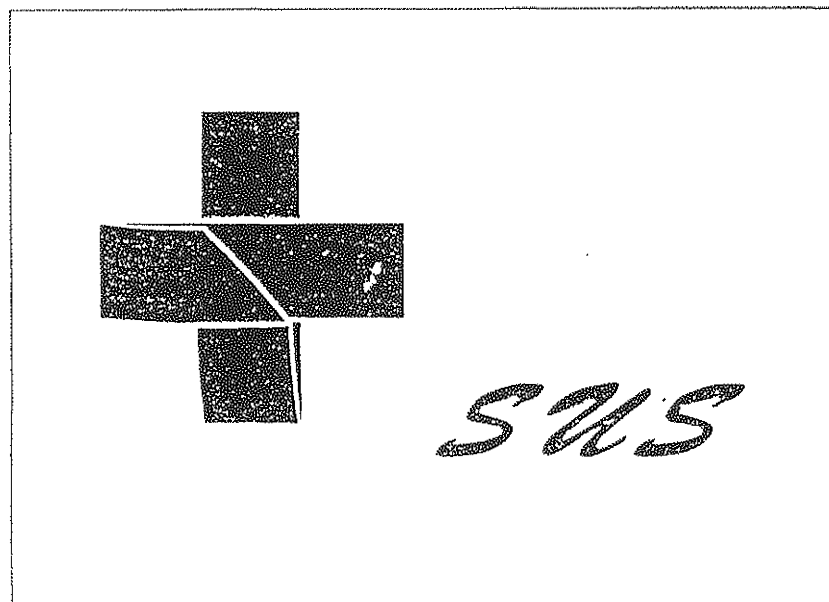
DOCUMENTO: DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES  
E SERVIÇOS DE SAÚDE - A OUSADIA DE CUMPRIR E  
FAZER CUMPRIR A LEI

NOB-SUS 01/93

ANEXO 03

DOCUMENTO: DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES  
E SERVIÇOS DE SAÚDE - A OUSADIA DE CUMPRIR E  
FAZER CUMPRIR A LEI

NOB-SUS 01/93



***DESCENTRALIZAÇÃO DAS  
AÇÕES E SERVIÇOS  
DE SAÚDE***

***A Ousadia de Cumprir  
e Fazer Cumprir a Lei***

I -	INTRODUÇÃO .....	5
II -	AS RAÍZES E AS RAZÕES DA PROPOSTA DE MUDANÇA .....	7
III -	PRINCÍPIOS NORTEADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	9
IV -	A PROPOSTA DE DESCENTRALIZAÇÃO:	
	Compromisso com a Mudança .....	11
	1 - Pressupostos .....	11
	2 - O Novo Modelo Assistencial .....	12
	3 - Controle Social .....	13
	4 - Recursos Humanos .....	14
	5 - Patrimônio .....	15
	6 - Financiamento das Ações de Saúde .....	15
	7 - Redefinição das Competências das Três Esferas de Governo .....	17
	8 - Flexibilidade da Proposta .....	18
V -	OS CONTORNOS DA PROPOSTA .....	20
	1 - Descentralização das Ações e Serviços .....	20
	2 - Reorganização da Esfera Federal .....	23
VI -	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	27
ANEXO I -	Funções e Atribuições do Nível Municipal, Estadual e Federal no SUS .....	29
ANEXO II -	Fluxo de Decisão na Bipartite .....	37
ANEXO III -	Quadros .....	39
	NORMA OPERACIONAL BÁSICA - SUS 01/93 .....	47
	Portaria MS nº 545, de 20 de novembro de 1993 .....	48
	ANEXO ÚNICO .....	49

municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. Sendo assim, também não pode ser um pré-requisito para a descentralização.

Outras questões relevantes foram discutidas no âmbito da Comissão Técnica Tripartite, de onde foram tirados os seguintes encaminhamentos:

PONTOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS	ENCAMINHAMENTOS
1) Necessidade de corrigir distorções da série histórica como base de cálculo do teto financeiro	Estudos visando introdução de fatores de correção, tais como: capacidade potencial de produção, população adscrita, etc.
2) Necessidade de estabelecer requisitos para a gestão municipal de AIH.	Definição de requisitos:  Conselho de Saúde atuando: autorizador médico com residência no município e (vinculado) ao poder público municipal; Fundo de saúde ou Conta Especial; capacidade de exercer as funções de programação, acompanhamento e controle. A verificação destes requisitos é papel da Bipartite.
3) Necessidade de uma sistemática de compensação de AIH's interestadual e intermunicipal.	Estudos conjuntos com a DATASUS buscando viabilizar um sistema de compensação.
4) Necessidade de reorganização da esfera federal.	Em andamento, sob responsabilidade da comissão nomeada pela Portaria Interministerial Nº 224 de 18/02/93.
5) Ausência de uma política de investimentos.	Atribuição ao estado do papel de coordenador do plano Estadual de investimentos, a partir dos planos Municipais que deverão ser consolidados em um Plano Nacional de Prioridades de investimentos, todos aprovados pelos respectivos Conselhos.



que exige um reordenamento de prioridades ainda não realizado pelos governos .

O segundo, a concomitante elevação dos custos, advinda do aumento da complexidade do trabalho em saúde em resposta a transformações sociais, demográficas, epidemio-lógicas e do próprio processo de incorporação tecnológica, associado às efetivas necessidades da atenção à saúde.

O terceiro, a má utilização dos recursos, é mais antigo e quase uma tradição no Brasil, podendo ser observado, em suas diversas modalidades, em todas as esferas e níveis de prestação de serviços. Ações governamentais centralizadas e desordenadas, marcadas pela privatização e clientelismo político-partidário; um modelo de atenção centrado na cura da doença e na hospitalização; ausência de prioridade às ações de promoção e prevenção e à provisão de condições sanitárias básicas; inadequação quali-quantitativa da oferta de serviços; inexistência de controles sobre a rede de prestadores de serviços; profissionais desmotivados e não qualificados; desperdício de materiais; uso inadequado de técnicas e equipamentos, entre outros problemas, aliados à precariedade das atividades de regulação e controle dos processos de produção, distribuição e consumo dos produtos de interesse para a saúde, do meio ambiente e do local de trabalho, são certamente responsáveis pela ineficácia do sistema de saúde e se refletem em aumento dos gastos ou, melhor dizendo, das perdas do setor saúde.

A mudança deste quadro foi o objetivo que orientou a elaboração dos dispositivos constitucionais que, consagrando a saúde como direito social, estabeleceram os princípios sobre os quais o Estado deveria prover condições para o seu exercício.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de governo.

Para cumprimento desses mandados legais, após quatro anos de promulgação da nova Constituição, se faz necessário que os Administradores Públicos, junto com a sociedade, se disponham a ter a OUSADIA DE CUMPRIR E FAZER CUMPRIR A LEI.

qual coexistirão estruturas e instrumentos que, em prazo definido, se reorganizarão, de modo a que as novas substituam as antigas sem que se observe solução de continuidade na atenção à saúde da população.

## 2 - O NOVO MODELO ASSISTENCIAL

A perspectiva de alcance de um novo modelo assistencial, conforme preconiza a Constituição Federal e as Leis 8.080 e 8.142, necessariamente deverá passar por uma transformação profunda na organização e forma de funcionamento do Sistema Único de Saúde-SUS e, conseqüentemente, pela efetiva descentralização do sistema com comando único em cada esfera de governo.

O conceito de unicidade do sistema de saúde, preconizado na legislação, não deve ser entendido como forma única de organização em todo o território nacional. É preciso levar em consideração as enormes desigualdades identificadas no país, sejam elas de natureza cultural, econômica ou social. A interpretação equivocada de unicidade como mesma forma de organização deve ser rejeitada.

A expressão Único, de que falam a Constituição e a Lei 8.080, deve ser entendida como um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comuns aos diversos modelos ou sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir. Do ponto de vista doutrinário, estaria englobando a universalidade, a equidade e a integralidade e, do ponto de vista organizacional a descentralização, a regionalização e o controle social.

O modelo assistencial, portanto, será construído através de:

- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades;
- controle social, através dos Conselhos de Saúde, com poder deliberativo sobre a política e recursos da área de saúde;
- acesso às informações e dados em saúde;
- acesso gratuito a todos os níveis de complexidade do sistema;
- implantação de um sistema de referência e contra-referência municipal, regional, estadual e interestadual;
- hierarquização e regionalização da rede de serviços de saúde a nível municipal, estadual e nacional;
- controle sobre a produção, distribuição e consumo de produtos e serviço que envolvam riscos à saúde;

*prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:*

- I - a Conferência de Saúde; e*
- II - o Conselho de Saúde."*

À Conferência de Saúde, que deverá ter a representação dos vários segmentos sociais, cabe a proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nas esferas correspondentes, devendo ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, deverá ter caráter permanente e deliberativo e atuará na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Determina ainda a mesma lei que "a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos". Cumpre destacar, ainda, a necessidade de que seja assegurada a legitimidade dessa representação, o que impõe que a mesma deva ser livremente estabelecida pelas entidades de representação dos diversos segmentos, sem qualquer constrangimento por parte dos gestores públicos.

A adequada atuação desses foros pressupõe, ainda, a existência de mecanismos e procedimentos de gestão que confirmem visibilidade aos atos dos gestores e permitam o acesso às informações necessárias à ação de controle. Nesse sentido, a existência de boletins informativos e de sistemas acessíveis de informação sobre a gestão e sobre a execução financeira constituem requisitos adicionais indispensáveis.

Trata-se, portanto, de consolidar instrumentos que viabilizem a prática da democracia participativa, criando condições para os cidadãos, através de órgãos representativos da sociedade civil, participarem das decisões do Estado que afetam suas vidas nas questões de saúde.

#### **4 - RECURSOS HUMANOS**

A ausência de uma política de recursos humanos para o SUS representa, juntamente com o financiamento, um dos maiores desafios à sua consolidação.

No aspecto relativo ao desenvolvimento de RH faz-se necessário que os gestores do SUS, no seu âmbito de competência, ordenem a formação, capacitação e reciclagem de pessoal, executando diretamente estas ações, quando necessário, em uma cooperação técnica e financeira das três esferas de governo.

Entretanto, isto só não basta. O enfrentamento desta situação-problema se inicia, necessariamente, na resposta a quatro perguntas-chave:

- A) COMO AMPLIAR A RECEITA NUM QUADRO RECESSIVO?
- B) COMO RACIONALIZAR O CUSTO DA ASSISTÊNCIA E DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE?
- C) COMO ERRADICAR O DESPERDÍCIO?
- D) COMO ELIMINAR A CORRUPÇÃO?

Trata-se, no primeiro caso, de um desafio de natureza essencialmente política, no sentido de adotar medidas capazes de efetivar um compromisso entre as três esferas de governo, quais sejam:

- programar e executar entre 10 e 15% das receitas próprias da União, Estados e Municípios;
- definir claramente os itens que compõem o gasto com saúde para efeito da alocação dos recursos ao setor;
- explicitar nos orçamentos e balancetes orçamentários estaduais e municipais o que são receitas próprias e oriundas de transferências;
- garantir que as atuais fontes de recursos para a Seguridade Social sejam arrecadadas em sua totalidade;
- combater a sonegação;
- evitar anistias e renúncias fiscais;
- exercer rigorosa vigilância para que reformas fiscais não venham a diminuir as receitas da saúde, trocando-se o certo, não cobrado e não esgotado, pelo incerto, desconhecido e duvidoso;
- impedir a especialização de fontes da seguridade social, defendendo o sistema de caixa único para a saúde, previdência e assistência social, em proporções pré-estabelecidas pelo Conselho Nacional de Seguridade Social a cada ano e submetida ao Congresso na LDO;
- implantar gerência colegiada dos recursos da Seguridade Social, com participação das três áreas que a integram, assegurando o repasse imediato dos recursos quando da realização da receita;
- investir, urgentemente, na resolução da pendência jurídica relativa ao FINSOCIAL cobrando o pagamento dos devedores e agilizando a liberação dos depósitos judiciais.

de processos e produtos; a coordenação em nível nacional do Sistema de Informações em Saúde; a articulação intersetorial na esfera federal;

- à esfera estadual cabem a formulação da política estadual de saúde, a coordenação e planejamento, incluindo a regionalização e hierarquização da rede de serviços, formulação e coordenação da política de investimentos setoriais em seu âmbito; a coordenação da rede de referência estadual e gestão do sistema de alta complexidade; a coordenação estadual das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de educação para a saúde, dos hemocentros e da rede de laboratórios de saúde pública; o estabelecimento de padrões de atenção à saúde no seu âmbito, bem como a supervisão e cooperação técnica e financeira a municípios e, supletivamente, a execução, controle e avaliação de alguns serviços; formulação e coordenação das políticas relativas ao tratamento fora do domicílio, medicamentos especiais e órteses e próteses ambulatoriais.
- à esfera municipal cabem a provisão das ações e serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, execução, avaliação e controle de ações e serviços de saúde, quer sejam voltadas aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, inclusive educação para a saúde e processos de produção, distribuição e consumo de produtos de interesse para a saúde.

O quadro anexo (Anexo I) sumariza, segundo as principais funções de gestão, as disposições legais relativas às competências das três esferas de governo.

Estabelecidos esses parâmetros gerais, a configuração final da distribuição de tarefas sob encargo de cada nível de governo será resultado do amplo processo de negociação que permeará a transição, ao longo do qual se buscará suprimir as desigualdades hoje existentes e adequar as estruturas e práticas institucionais para o exercício dos novos papéis.

## 8 - FLEXIBILIDADE DA PROPOSTA

A transformação da situação atual na situação demarcada pelo arcabouço legal do SUS, requereu o desenho de um processo de transição no qual medidas de caráter inovador atingem todos os estados e municípios em diferentes graus de intensidade, compatíveis com a sua própria vontade e capacidade de absorver responsabilidades gerenciais e políticas. Este modo de agir dá lugar, de imediato, a um quadro intermediário em que os gestores poderão ter ampliado o seu espaço de governabilidade em relação à sua missão precípua, marcadamente diferenciado da situação atual.

A estratégia de implementação tem como pressupostos:

## 1 - DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS

Convicto da necessidade de empreender medidas claras e irreversíveis no sentido de dar materialidade aos avanços propugnados na lei, o Ministério da Saúde toma a iniciativa de formular um projeto de operacionalização da municipalização de ações e serviços de saúde, conclamando a imprescindível participação de seus parceiros, aí incluída a sociedade organizada.

Caminhos para descentralização existem e dependem de uma ação pactuada. Não será possível atingir os objetivos constitucionais sem o prévio entendimento entre os gestores das três esferas, o que deverá ser obtido através da Comissão Tripartite, subsidiada por seus grupos técnicos, e sem o apoio decisivo dos diversos segmentos sociais interessados na questão.

A cada passo a discussão deverá ser ampliada, visando obter o suporte técnico, o apoio político e a adesão institucional necessários à sua implementação, incluindo obrigatoriamente os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo.

Por fim, este grande e contínuo movimento coletivo de viabilização do Sistema Único de Saúde deverá buscar seu espaço nos meios de comunicação de massa, para alcançar as mais diferentes parcelas da sociedade e, assim, realizar o objetivo de aprimorar a consciência sanitária da população brasileira.

Ao longo do processo de transição, coexistirão três situações diferentes no que se refere à configuração e gestão do sistema.

As três situações - transicional incipiente, transicional parcial e transicional semi-plena - representam situações progressivas, mas não necessariamente seqüenciais, de gestão de estados e municípios sobre o SUS.

Na situação transicional incipiente as secretarias municipais de saúde passam a assumir a responsabilidade sobre a autorização do credenciamento, descredenciamento, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares privados/filantrópicos contratados no município; a distribuição de uma cota de ALH's negociada na Comissão Bipartite ou o correspondente a 8% da sua população; assumem o gerenciamento da rede ambulatorial existente no município; desencadeiam o processo de reorganização do modelo assistencial, incluindo a incorporação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária à rede de serviços e a própria capacitação para programar, acompanhar, avaliar e controlar suas ações de saúde.

- dispor em seu corpo funcional de médico responsável pela emissão das autorizações de AIHs, que não tenha vínculo com o setor contratado;
- dispor de condições mínimas para planejar, acompanhar controlar e avaliar os serviços;
- ter criado, e estar em funcionamento, o Conselho Municipal de Saúde;
- dispor de Fundo Municipal de Saúde ou, até sua criação, de Conta Especial para a saúde.

**b) Para alcançar a situação transicional/parcial:**

- implementar as medidas previstas para o município na condição anterior;
- cumprir todas as exigências da lei 8.142/90;
- apresentar à Comissão Bipartite o Relatório de Gestão e o Plano de Saúde atualizados;

**c) Para alcançar a situação transicional semi-plena:**

- implementar as medidas previstas na condição anterior;
- apresentar à Comissão Bipartite um Plano de Compromisso, incluindo os balancetes financeiros do Fundo Municipal de Saúde, atas das reuniões do CMS, gastos do Tesouro Municipal com saúde e um sistema organizado para efetuar pagamentos, controlar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares dos prestadores privados contratados;
- garantir o fluxo de informações definidas para os níveis estadual e federal, visando a manutenção e atualização dos bancos de dados do SUS.

Para os estados, os requisitos são os seguintes:

**a) Para superar a situação atual/incipiente e passar para a situação transicional/parcial:**

- manifestar interesse em assumir esta condição;
- cumprir todas as exigências da lei 8.142/90;
- realizar planejamento e programação integrada com os municípios;



Propõe-se que os Grupos-Tarefa se constituam nas seguintes áreas:  
***Financiamento***

A este grupo caberá a coordenação do conjunto de órgãos e funções relacionadas à captação de recursos e à gestão financeira dos mesmos. Sua tarefa primordial será a de produzir estudos e conduzir negociações que viabilizem o estabelecimento de um fluxo regular e suficiente de receitas para o Sistema Único de Saúde. Nessa tarefa, seu espaço de atuação inclui a articulação com os Ministérios do Planejamento, da Fazenda, da Previdência Social, do Bem Estar Social, do Trabalho e com o Congresso Nacional.

Caberá também a este GT a supervisão e o estabelecimento das diretrizes para a gerência do Fundo Nacional de Saúde, que deverá realizar toda a gestão financeira do Sistema no nível federal.

#### ***Desenvolvimento Científico e Tecnológico***

Suas funções incluem a proposição de política de desenvolvimento científico e tecnológico; o estabelecimento de diretrizes para incorporação tecnológica e para o fomento à produção de equipamentos/insumos; a indução à pesquisa/investigação em áreas prioritárias, em articulação com as agências de fomento.

#### ***Recursos Humanos***

Ao GTRH incumbirá a proposição da política nacional de RH para o SUS; a elaboração de diretrizes e o apoio técnico à preparação e gestão de RH para o Sistema; ordenar a formação em articulação com o aparelho formador e entidades profissionais; a gestão dos RH da esfera federal e a regulação, onde couber, da gestão de RH no SUS.

#### ***Planejamento e Orçamento***

O GT de Planejamento e Orçamento coordenará no âmbito nacional e executará no âmbito federal, as atividades regulares do processo de planejamento: formulação de políticas, elaboração de planos, programação orçamentária, acompanhamento e avaliação. Será também sua tarefa a proposição de critérios para a descentralização, particularmente os referentes à implantação de mecanismos de repasse global e automático de recursos às demais esferas e o acompanhamento e avaliação de sua implementação.

#### ***Vigilância Epidemiológica e Informação em Saúde***

Ao GT de Vigilância Epidemiológica e Informação em Saúde caberá coordenar a gestão, no âmbito federal, da captação, análise de dados e difusão de informações em saúde; promover a organização e coordenação, no nível nacional, do sistema de vigilância epidemiológica e de informação em saúde; articular-se com órgãos/instituições responsáveis pela análise de dados e pela produção de informações.

### *Saúde do Trabalhador*

A peculiar situação da área de saúde do trabalhador, cujas ações se encontram hoje distribuídas entre diversos ministérios, na esfera federal, recomenda a constituição de um Grupo de Trabalho específico, que deverá se incumbir do reordenamento da área, estabelecendo papéis e responsabilidades na execução e no financiamento das diversas ações, bem como mecanismos de articulação intersetorial.

### *Qualidade da Assistência à Saúde*

A este Grupo-Tarefa incumbirá a proposição de políticas, a formulação de diretrizes e a elaboração de normas de âmbito nacional que assegurem a qualidade da assistência à saúde. Também se incluem entre suas atribuições a proposição de medidas de fomento à investigação e à produção de insumos estratégicos, a normatização referente à incorporação tecnológica, a regulação da atividade privada e a regulação das relações público-privado.

### *Qualidade de Processos e Produtos*

A este GT caberá propor políticas, regular e normatizar, em âmbito nacional, a qualidade de processos, serviços, produtos e substâncias de consumo e uso humano; definir instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária; fomentar a produção de insumos estratégicos.

### *Qualidade do Ambiente*

Caberá a este GT propor políticas e articular-se com outros órgãos federais responsáveis pela política de meio ambiente para a definição de parâmetros de qualidade, o estabelecimento de mecanismos para proteção e recuperação do meio ambiente, o controle de agravos sobre o ambiente que tenham repercussão na saúde humana. Também se inclui entre as tarefas do grupo a articulação com o Ministério do Bem-Estar Social para a definição da política nacional de saneamento.

### *Incentivo à Participação e Controle Social*

Este GT terá como incumbência a proposição de estratégias para o apoio à constituição dos Conselhos de Saúde e de outros canais de participação social e para a constituição de um sistema de comunicação social que assegure à população o acesso às informações indispensáveis ao exercício do controle social.

**ANEXO I**

**FUNÇÕES E ATRIBUIÇÕES DO NÍVEL MUNICIPAL,  
ESTADUAL E FEDERAL NO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE (SUS)  
CONFORME LEI FEDERAL 8.080/90 E 8.142/90**

FUNÇÃO	ATRIBUIÇÕES COMUNS DE MUNICÍPIOS, ESTADOS E UNIÃO		
2. NORMATIZAR (REGULAR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. 15- V padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência e vigilância a saúde inclusive para promoção de saúde do trabalhador;</li> <li>- Art. 15- XI as atividades de serviços privados de saúde tendo em vista a sua relevância pública;</li> <li>- Art. 15- XVI a promoção, proteção e recuperação da saúde através de normas técnico-científicas;</li> <li>- Art. 15- XVII padrões éticos para pesquisas, ações e serviços de saúde em articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da Sociedade Civil;</li> </ul>		
	ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS		
	MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. 18- XII complementarmente as ações e serviços públicos de Saúde no seu âmbito de atuação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. 16- XI em caráter complementar o controle e avaliação das ações e serviço de saúde; e estabelecer padrões, em caráter complementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. 16- VII a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;</li> <li>- Art. 16- V critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho que tenham repercussão na saúde humana;</li> <li>- Art. 16- IV mecanismos de controle, de agravos sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana, em conjunto com outros órgãos governamentais;</li> <li>- Art. 16- VIII Os critérios, parâmetros e métodos para controle de qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;</li> <li>- Art. 16- X a produção de insumos e equipamentos para saúde em articulação com os demais órgãos governamentais;</li> <li>- Art. 16- XIV as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;</li> <li>- Art. 16- XVI e implementar o Sistema Nacional de Sangue, componentes e derivados.</li> </ul>	

FUNÇÃO	ATRIBUIÇÕES COMUNS DE MUNICÍPIOS, ESTADOS E UNIÃO		
5. EXECUTAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. 15- II a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano à saúde;</li> <li>- Art. 15- IX a política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde em conjunto com outros órgãos governamentais;</li> <li>- Art. 15- VII ações de saneamento básico e de proteção e recuperação do meio ambiente em conjunto com outros órgãos governamentais;</li> <li>- Art. 15- XII operações externas de natureza financeira de interesse da saúde autorizadas pelo Senado Federal;</li> <li>- Art. 15- XIX programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.</li> </ul>		
	ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS		
	MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. 18- I os serviços públicos de saúde ;</li> <li>- Art. 18- III as ações referentes as condições e aos ambientes de trabalho em conjunto com outros órgãos governamentais;</li> <li>- Art. 18- IV serviço de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e nutrição de saneamento básico, e de saúde do trabalhador;</li> <li>- Art. 18- V a política de insumos e equipamentos para a saúde no âmbito municipal;</li> <li>- Art. 18- X a celebração de contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. 17- I a descentralização, para os municípios, dos serviços e das ações de saúde;</li> <li>- Art. 17- III supletivamente ações e serviços de saúde;</li> <li>- Art. 17- IV em caráter complementar ações e serviços: de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, e de saúde do trabalhador;</li> <li>- Art. 17- VI ações de saneamento básico em conjunto com outros órgãos governamentais;</li> <li>- Art. 17- VII ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho em conjunto com outros órgãos governamentais;</li> <li>- Art. 17- VIII em caráter complementar a política de insumos e equipamentos para a saúde;</li> <li>- Art. 17- IX a identificação de estabelecimentos hospitalares de referência regional e estadual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. 16- VII a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;</li> <li>- Art. 16- X a política nacional de produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com outros órgãos governamentais;</li> <li>- Art. 16- XI a identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;</li> <li>- Art. 16- XV a descentralização, para as unidades federais e para os municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente de abrangência estadual e municipal;</li> <li>- Art. 16- Parágrafo Único ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais como na ocorrência de agravos inusitados a saúde que possam escapar do controle da direção estadual do SUS ou que representem risco de disseminação nacional.</li> </ul>

FUNÇÃO	ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS		
	MUNICÍPIOS	ESTADOS	UNIÃO
FORMAR	- Art. 18- VII consórcios administrativos intermunicipais.		
ORGANIZAR	- Art. 10- 2º distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicos e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.		
ESTABELECER			- Art. 26- 1º critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial que deverão ser aprovados no Conselho Nacional de Saúde.
PROPOR	ATRIBUIÇÕES COMUNS DE MUNICÍPIOS, ESTADOS E UNIÃO		
	<p>- Art. 15- XV a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e meio ambiente;</p> <p>- Lei 8.142 Art. 17- 1º as diretrizes para a formulação da política de saúde e avaliar a situação da saúde deve ser feita pela Conferência de Saúde a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, convocada pelo poder executivo em cada esfera de governo ou extraordinariamente por este ou pelo Conselho de Saúde.</p>		
DELIBERAR	<p>- Lei 8.142 Par. 2º e Par. 4º sobre as estratégias e atuar no controle de execução da política de saúde inclusive nos aspectos econômicos e financeiros cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo, cabe ao Conselho de Saúde, órgão colegiado com caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do Governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferência de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.</p>		
INFORMAR (DIVULGAR)	<p>- Art. 7- V as pessoas assistidas sobre sua saúde;</p> <p>- Art. 7- VI quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário.</p>		
DAR ACESSO	<p>- Art. 39 aos serviços de informática e base de dados, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada e disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas.</p>		
PRESERVAR	<p>- Art. 43 a gratuidade das ações e serviços de saúde nos serviços públicos e nos privados contratados.</p>		
INTEGRAR	<p>- Art. 45- 1º os serviços de saúde estaduais e municipais de previdência social à direção correspondente do SUS conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.</p>		
CONTAR	<p>- Lei 8.142 Art. 4 com Fundo de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão, contrapartida de recursos para saúde no respectivo orçamento e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários.</p>		
DEPOSITAR	<p>- Art. 33 em conta especial os recursos financeiros do SUS e movimentar sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.</p>		

## NORMA OPERACIONAL BÁSICA – SUS 01/1993

Introdução Do Gerenciamento Do Processo De Descentralização Do Financiamento Com Recursos Arrecadados Pela União Das Condições De Gestão Disposições Finais

### 1 – INTRODUÇÃO

Esta Norma Operacional Básica, do Ministério da Saúde, tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde.

Fundamenta-se para tanto, no contexto constitucional, nas leis que regulamentem o SUS – a lei 8.080 de 19/09/90 e a lei 8.142 de 28/12/90 - e no documento **Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei**, aprovado pelo Conselho nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993. A construção do SUS é um processo, no qual a diretriz de descentralização das ações e serviços vem assumindo dimensões bastante complexas. Por esta razão, tem como fundamentos os seguintes pressupostos.

- a) a descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional; reformulação de práticas; e controle social;
- b) a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões;
- c) o Estabelecimento desta nova prática requer a existência e funcionamento desta nova prática requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários de deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social;
- d) a responsabilidade pelo financiamento das ações de saúde tem que ser compartilhada pelas três esferas do governo, assegurado, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde;
- e) a transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem novas impondo, por isso, um período de transição no qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os estados e municípios em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar a solução de continuidade na atenção à saúde da

- população;
- f) o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrada 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;
  - g) a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

Considerando que os municípios, os estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde encontram-se em estágios diferentes em relação à descentralização do sistema, esta norma define procedimentos e instrumentos operacionais que visam ampliar e aprimorar suas condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas do governo.

Tais procedimentos e instrumentos configuram a convivência simultânea de situações diferenciadas de gestão do SUS nos estados e municípios, dentro de uma nova sistemática de relacionamento entre as três esferas do governo, descritas e disciplinadas nos itens desta norma e outros instrumentos complementares que se fizerem necessários.

O gerenciamento do processo de descentralização no SUS, atendendo aos pressupostos apresentados, tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestoras e os Conselhos de Saúde respectivamente, estruturando funcionalmente a articulação descrita a seguir.



## **2. Do Gerenciamento do Processo de Descentralização**

### **2.1. No âmbito nacional**

2.1.1. Comissão intergetores Tripartite – integrada partariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, tem por finalidade assistir o Ministério de Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

2.1.2. Conselho Nacional de Saúde – constituída em conformidade com o Decreto Nº 99.438, de 07/08/90, atua como órgão deliberativo na formulação de estratégias e no controle de execução da política Nacional de Saúde.

### **2.2. No âmbito estadual**

2.2.1. Comissão intergetores Bipartite – integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e o órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado, deverá ser criada e formalizada através do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

2.2.1.1. O Secretário de Saúde do município da capital será considerado membro nato desta Comissão.

2.2.1.2. Cada esta contará com uma Comissão Bipartite, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador.

2.2.2. Conselho Estadual de Saúde – instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei estadual, observado o disposto na Lei 8.142, de 1990.

### **2.3. No âmbito municipal:**

2.3.1. Conselho Municipal de Saúde – instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei municipal, observado o disposto na Lei 8.142, de 1990.

### **2.4. Fluxo Decisório**

Além do papel de cada um destes foros em seu âmbito próprio, a dinâmica do gerenciamento do processo de descentralização requer uma articulação entre eles como segue.

2.4.1. Todos os aspectos operacionais do processo de

descentralização no âmbito estadual serão objeto de regulamentação pela Comissão Bipartite. Na Ocorrência de uma divergência não superada neste foro, a questão deverá ser levada à deliberação do Conselho Estadual de Saúde. Na inexistência deste, o problema será submetido à Comissão Tripartite. Caso alguma das partes considere-se lesada pela decisão, quer da Comissão Tripartite, quer do Conselho Estadual de Saúde, a questão poderá ser levada ao Conselho Nacional de Saúde para sua resolução.

2.5. O Conselho Nacional de Saúde poderá ser formado como instância de recursos em qualquer tempo, ficando a seu Critério consultar ou delegar à Comissão Tripartite a resolução do problema.

2.6. Os acordos firmados pela Comissão Bipartite e aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde prevalecerão sobre as disposições desta norma, desde que não contrariem os dispositivos legais e considerem as diretrizes contidas no documento **Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei**.

### 3. Do Financiamento com Recursos Arrecadados pela União

3.1. **O financiamento das atividades ambulatoriais** dar-se-á da seguinte forma:

3.1.1. As ações e serviços ambulatoriais públicos e privados, que integram o Sistema Único de Saúde serão custeados através do sistema de financiamento ambulatorial, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Ambulatoriais – SAI/SUS e o formulário próprio para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de alto custo – APA, a ser definido em Ordem de Serviço específica e sua emissão autorizada exclusivamente por médico (não credenciado

pelo sistema e sem vínculo como prestador conveniado ou contratado) encarregado pelo gestor para este fim.

3.1.2. A **Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA**, destinada a definir os valores a serem repassados aos estados, Distrito Federal e municípios é fixada, através de resolução da Secretaria de Assistência à Saúde/MS, considerando a classificação dos estados, com base nas características da população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro e desempenho da auditoria estadual do ano anterior, ouvida a Comissão Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

3.1.2.1. O Valor nominal da UCA será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do Fundo Nacional de Saúde, como estabelecido pelo Decreto Nº 806, de 24/04/93.

3.1.2.2. Sempre que os valores da tabela de procedimentos ambulatoriais forem alterados, o valor nominal da UCA sofrerá alteração dentro do necessário para suprir a diferença constatada.

3.1.3. Os **Recursos para Cobertura Ambulatorial – RCA**, destinados anualmente aos estados e ao Distrito Federal a título de cobertura ambulatorial, serão obtidos através da multiplicação do valor da UCA pela população de cada Unidade da Federação.

3.1.3.1 O Valor anual calculado será dividido em duodécimos, constituindo-se no RCA/mês.

3.1.4. O **Fator de Apoio ao Estado – FAE** – caracteriza-se como repasse de recursos de custeio aos estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semi-plena, para utilização nas atividades de tratamento fora de domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais, em programação aprovada pela Comissão Bipartite.

3.1.4.1. O FAE será calculado da seguinte forma:

- Calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do estado;
- Este valor é multiplicado pelo Nº de habitantes do estado;
- O valor mensal a ser transferido correspondente a um duodécimo do montante encontrado.

3.1.5. A base de cálculo para o estabelecimento de teto financeiro mensal para os municípios será a média de seu gasto histórico (janeiro a dezembro de 1992), corrigido pela sua capacidade potencial de produção (equipamento x recursos humanos), população adscrita e complexidade da rede. Os municípios que dispuserem de rede ambulatorial, mas sem registro anterior de produção, população adscrita e complexidade da rede para definição dos seus tetos.

3.1.5.1. Tal ajuste implica em redistribuição do volume de recursos já previstos no cálculo do RCA, não correspondendo, portanto, a um acréscimo no quantitativo financeiro devido ao estado.

3.1.5.2. Os valores destes tetos serão reajustados nos mesmos percentuais que os valores da UCA do estado a que pertence o

município .

3.1.6. Para os estados, o teto financeiro será calculado deduzindo-se de seu RCA/mês os tetos fixados para os seus municípios que estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semi-plena (item 4.1 – Da operacionalização).

3.1.7. Os conselhos de Saúde aprovarão os critérios de programação dos quantitativos dos serviços, por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

3.1.8. A programação física e orçamentária das atividades ambulatoriais deverá ser produto do trabalho conjunto dos municípios e do estado na Comissão Bipartite intergestores, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, aprovado pelos Conselhos Municipais de Saúde e referendado pelo Conselho Estadual de Saúde. As prioridades, quotas, referência e contra-referência dever ser definidas com base em dados epidemiológicos, características demográficas e capacidade instalada, configurando uma rede regionalizada a hierarquizada de serviços.

3.2. O **Fator de Apoio ao Município – FAM** -, Caracteriza-se como repasse de recursos de custeio aos municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena.

3.2.1. O valor do FAM será obtido da seguinte forma:

- Calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do estado;
- Este valor é multiplicado pelo N<sup>o</sup> de habitantes do município;
- O valor mensal a ser transferido corresponde a um duodécimo do montante encontrado.

### **3.3. O Financiamento das atividades hospitalares**

3.3.1. As atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde serão custeadas através do sistema de financiamento hospitalar, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Hospitalares /SIH/SUS e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

3.3.2. O teto quantitativo de AIH será proporcional à população, cabendo às Secretarias de Saúde e aos Conselhos de Saúde o planejamento e a distribuição para os diferentes prestadores, segundo as necessidades da população, observando:

3.3.2.1. Para os municípios, o teto quantitativo mensal será equivalente a um duodécimo de 8% de sua população, enquanto para os estados será de um duodécimo de 2% da população, acrescido dos quantitativos devidos aos seus municípios que não estiverem nas condições de gestão incipiente, parcial ou semi-plena.

3.3.2.2. Tais percentuais poderão ser modificados por proposição da Comissão Bipartite, aprovado no Conselho Estadual de Saúde, observando o limite de 10% que cabe ao estado.

3.3.2.3. O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para estados será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no município (janeiro a dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares.

3.3.3. Os Conselhos de Saúde aprovarão os critérios de programação dos quantitativos de AIH, por ordem de prioridade entre prestadores públicos filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

3.3.4. A Comissão Biparte, em cada estado, definirá os quantitativos de AIH e o funcionamento de uma **Câmara de Compensação** que viabilize a necessária circulação de AIH entre os municípios, mantida sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

3.3.5. Os Municípios poderão pleitear AIH adicionais à Câmara de Compensação da Secretaria Estadual ou a municípios vizinhos para unidade que atuem como referência.

3.4. Os recursos de investimentos terão sua alocação prevista no Plano Nacional de Prioridades em Investimentos, após a avaliação, negociação e compatibilização de Planos Municipais e Estaduais, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

3.4.1. Os estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semi-plena receberão prioritariamente em relação aos demais os recursos de investimento a serem por eles gerenciados em consonância com a política nacional de investimento em saúde e obedecendo o plano estadual de prioridade em investimento.

3.5. O **financiamento de ações de vigilância em saúde** e outras ações será definido no prazo de 90 dias, através de normas complementares.

#### 4. Das Condições de Gestão

O processo de descentralização, objeto desta norma, dar-se-á através de diferentes sistemáticas de relacionamento entre a esfera e as outras duas esferas político-administrativas, propiciando a convivência de situações diferenciadas no que se refere às condições de gestão do SUS nos estados e municípios.

## 4.1. Sistemas de relacionamento para municípios

### 4.1.1. Condição de gestão incipiente

- a) **Responsabilidade e prerrogativas** – a Secretaria Municipal de Saúde assume imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com as Comissões Bipartites em cada estado, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos, demonstra disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.
- b) **Requisitos** – enquadramento e permanência nesta situação são indispensáveis os itens b1, b2 e b3 e no que for pertinente às responsabilidades e prerrogativas por ele assumidos, o município deve:
- b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;
  - b2) dispor do Conselho Municipal de Saúde em funcionamento comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;
  - b3) dispor de Fundo Municipal de Saúde ou Conta Especial, comprovada semestralmente por extratos bancários;
  - b4) encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais ainda não cedidas ao município, para assumir o seu gerenciamento;
  - b5) dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;
  - b6) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;
  - b7) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivos, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.
- c) **Operacionalização**
- c1) as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital – FCH -, assinada pelo gestor municipal do SUS;

c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial – FCA – assinado pelo gestor municipal do SUS;

c3) a programação e cotas de autorização de internação Hospitalar – AIH – será feita pela Secretaria Municipal de Saúde, e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.1.b5;

c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico Orçamentária – FPO – será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a totalização do montante orçado por unidade, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde;

c6) as unidades ambulatoriais encaminharão, mensalmente, às Secretarias Municipais de Saúde o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA- O BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento – BDP – serão assinados pelo gestor municipal que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos.

C7) Os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizada à Secretaria Municipal de Saúde que encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento, com uma cópia à Secretaria Estadual de Saúde

#### 4.1.2. Condição de gestão parcial

a) **Responsabilidades e prerrogativas** – a Secretaria Municipal de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; assume a programação e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; assume o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, de vigilância epidemiológica e sanitária; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambiente e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município.

b) **Requisitos** – para o enquadramento e permanência nesta situação o município deve:

b1) manifestar à Comissão Bipartite e o interesse em assumir as

- responsabilidades caracterizadas nesta condição;
- b2) encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação da unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais ainda não cedidas ao município;
  - b3) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões
  - b4) dispor de Fundo Municipal de Saúde em funcionamento comprovado semestralmente por extratos bancários;
  - b5) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;
  - b6) dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;
  - b7) apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;
  - b8) apresentar anualmente à Comissão Bipartite Relatório de Gestão atualizado;
  - b9) comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recurso próprios do Tesouro Municipal para a Saúde;
  - b10) apresentar à Comissão Bipartite comprovante de existência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) de saúde para o município, ou o plano já elaborado;
  - b11) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascidos vivos, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimento e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

### **c) Operacionalização**

- c1) as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital – FCH -, assinada pelo gestor municipal do SUS;
- c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial – FCA, assinada pelo gestor municipal SUS;
- c3) a programação da cota de autorização de Internação Hospitalar – AIH, será feita pela Secretaria Municipal de Saúde e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.
- c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.2.b6;
- c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico Orçamentário – FPO -, será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a totalização do montante orçado por unidade, aí incluídas as federais ou estaduais remanescentes, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;
- c6) as unidades ambulatoriais privadas ou públicas, incluindo as unidades federais ou estaduais remanescentes em seu território,



apresentarão mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde o Boletim de Produção – BPA. O BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento –BDP-, serão assinados pelo gestor municipal que, com este ano, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;

c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizadas à Secretaria Municipal de Saúde, que se encarregará de verificá-las ao Ministério da Saúde para pagamento, com cópia à Secretaria de Saúde;

c8) o repasse financeiro dos saldos relativos aos tetos ambulatorial hospitalar, bem como a respectiva perspectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação vigente.

#### 4.1.3. Condição de gestão semi-plena

a) **Responsabilidade e prerrogativas** – a Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na Comissão Bipartite; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

b) **Requisitos** – para o enquadramento e permanência nesta situação o município deve:

b1) manifestar à comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

b2) dispor de condições técnicas e materiais para assumi-las;

b3) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

b4) dispor de fundo Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

b5) apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;

b6) apresentar anualmente à Comissão Bipartite Relatório de Gestão atualizado;

b7) comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a Saúde;

b8) apresentar à Comissão Bipartite comprovante da existência da comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários(PCCS) da saúde do município, ou o plano já elaborado;

b9) apresentar à Comissão Bipartite termo de compromisso, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, que contemple as

metas que o gestor se propões a cumprir no período de um, ano, submetendo à Comissão Bipartite os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliada. O descobrimento por dois anos sucessivos, atestado pela Comissão Bipartite, determina a perda da condição;

b10) os processos de habilitação de municípios à condição semi-plena, aprovados pela Comissão Bipartite, serão apreciados pela Comissão Tripartite, à qual caberá a seleção final, respeitadas restrições financeiras;

b11) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascidos vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar, produção ambulatorial, registro de estabelecimento e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

b12) Manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais – SAI/SUS – e o Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

### c) Operacionalização

c1) nesta condição, os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais, incluindo o processamento de dados pertinente, serão definidos e executados pelos municípios, observada a necessidade de manutenção dos bancos de dados estaduais e federais.

c2) O repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação em vigor.

4.1.4. Os municípios que, por avaliação da Comissão Bipartite, não tenham condições técnicas e materiais para enquadramento em nenhuma das condições descritas serão alvo de um programa de capacitação sob responsabilidade do estado, para que possam assumir gradativamente as responsabilidades e prerrogativas que caracterizam a condição de gestão incipiente, até que venham a cumprir os requisitos para sua inclusão nesta sistemática.

4.1.5. Estas condições aplicam-se tão somente a municípios, o que não impede a formação de consórcios ou modalidades afins que visem a ampliação de possibilidades políticas, técnicas e materiais do sistema de saúde.

## 4.2. Sistemática de relacionamento para os estados

### 4.2.1. Condição de gestão parcial

a) **Responsabilidade e prerrogativas** – a Secretaria Estadual de Saúde assume a responsabilidade pela programação integrada com seus municípios, abrangendo manutenção de serviços e investimentos, além da gestão dos recursos de investimentos

próprios e os transferidos pela esfera federal, respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, a Secretaria Estadual de Saúde assume cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, controle e avaliação da rede de serviços públicos e privados; coordena a rede de referência estadual e gere os sistemas de alta complexidade; formula e coordena as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órtese e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais; coordena, no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doenças ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado correspondente ao conjunto das unidades hospitalares e ambulatoriais próprios, contratados suplementarmente pelo estado e aquelas dos municípios que não estiverem enquadradas nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena.

**b) Requisitos** – para o enquadramento e permanência nesta situação o estado deve:

- b1) manifestar à Comissão Tripartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;
- b2) dispor de condições técnicas e materiais para assumi-las;
- b3) dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por apresentação de atas das reuniões;
- b4) dispor de Fundo Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos de atas de reuniões;
- b6) apresentar anualmente à Comissão Tripartite O Plano Estadual de Saúde Atualizado;
- b7) apresentar anualmente à Comissão Tripartite Relatório de Gestão atualizado;
- b8) comprovar anualmente à Comissão Tripartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Estadual para a Saúde;
- b9) Apresentar à Comissão Tripartite comprovante de existência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o estado, ou o plano já elaborado;
- b10) apresentar anualmente à Comissão Tripartite a Programação integrada pelo órgão colegiado de gestores municipais e pelo Conselho Estadual de Saúde.
- b11) Manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais – SAI/SUS;
- b12) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e produtos de interesse

para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.

**c) Operacionalização** - respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena:

c1) as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital – FHC – assinada pelo gestor estadual do SUS;

c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial –FCA - , assinada pelo gestor estadual;

c3) a distribuição da cota de Autorização de Internação Hospitalar – AIH -, definida na programação integrada será feita pela Secretaria Estadual de Saúde;

c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico não credenciado pelo sistema e sem vínculo com prestador conveniado ou contratado, encarregado pelo gestor estadual para este fim;

c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico Orçamentária – FPO, será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, na forma prevista na programação integrada;

c6) o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA -, e o Boletim de Diferença de Pagamento – BDP-, serão assinados pelo gestor estadual do SUS que, com este ano, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;

c7) os hospitais deverão apresentar as AIH à Secretaria Estadual de Saúde, que encarregar-se-á de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento.

## **5. Disposições Finais**

5.1. Até que sejam editados novos instrumentos jurídicos que regulamentem as transferências de recursos financeiros, materiais e humanos no Sistema Único de Saúde, deverão ser observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

5.1.1. Os bens Móveis e imóveis bem como os recursos humanos

serão transferidos da esfera federal aos estados e municípios, mediante termos de cessão específicos.

5.2. O repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar para estados e municípios em condição de gestão semi-plena, bem como dos saldos relativos a estes tetos para os inclusos na situação parcial, será feito mensalmente, obedecido a um cronograma a ser estabelecido pelas partes.

5.3. No prazo de 60 dias, a partir da data de publicação desta norma, o Ministério da Saúde, reverá os termos de cessão de bens e de pessoal ora em vigor, bem como o convênio que lhes dá suporte, alterando-os no que for pertinente segundo o disposto nesta norma.

5.4. Até que seja elaborado o Plano Nacional de Prioridades em Investimento, com base nos Planos Estaduais e Municipais, o recursos de investimento do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas serão liberados mediante a apresentação de parecer dos respectivos Conselho de Saúde.

5.5. Os recursos provenientes de serviços prestados pelas unidades assistenciais deverão ser identificados nos Fundos de Saúde Estaduais e Municipais como receita operacional proveniente da esfera federal, e utilizada na execução de ações de saúde previstas nos respectivos planos de Saúde.

5.6. Até que sejam definidos critérios e mecanismos de correção da série história pela Comissão Tripartite, o teto financeiro ambulatorial mensal para os municípios será fixado com base na média de seu gasto histórico (janeiro a dezembro de 1992).

5.7. A Guia de Autorização de Pagamento – GAP – não será aceita para pagamento de serviços ambulatoriais, após a expiração do prazo dos convênios celebrados entre INAMPS e estados para implantação do Sistema de Informação Ambulatoriais – SII/SUS.

5.8. O Teto financeiro hospitalar para municípios e estados só será estabelecido de imediato para os incluso nas condições de gestão parcial e semi-plena.

5.8.1. Para os demais municípios, a série histórica, corresponde ao gasto realizado entre a data de publicação desta norma e o dia 31 de dezembro de 1993, será utilizada para fixação de tetos.

5.9. Com publicação desta norma, deixam de existir o Fator de Estímulo à Municipalização –FEM-, e o Fator de Estímulo à Gestão Estadual – FEGE-, previstos na Portaria Nº 234/92 (NOB-SUS/1992).

5.10. Em cada esfera de governo, os recursos provenientes de taxas e multas aplicadas pela vigilância sanitária deverão ser alocados no respectivo fundo de Saúde.

5.11. Os Estados terão o prazo de 30 dias, a partir da data de publicação desta norma, para constituir a Comissão Bipartite, findo o qual a Comissão Tripartite incumbir-se-á de avaliar o processo de enquadramento dos municípios na nova sistemática até que os estados se habilitem a fazê-lo.

5.12. A partir da data de sua constituição, a Comissão Bipartite terá o

prazo de 30 dias para submeter ao Conselho Estadual de Saúde a proposta de critérios que orientarão o processo de descentralização no estado.

5.13. A comissão Bipartite terá o prazo de 30 dias a partir da data de entrega da solicitação de enquadramento em qualquer das condições de gestão pelo município, para análise, manifestação e encaminhamento ao Ministério da Saúde.

5.14. No caso de estado que, permanecendo na condição de gestão incipiente, não cumpra as obrigações previstas, no prazo de 60 dias a partir da data da publicação desta norma, a Comissão Tripartite encaminhará comunicado para manifestação do Conselho Nacional de Saúde.

5.15. Os Municípios que cumpriam o estabelecimento na Portaria Nº 234/92 (NOB – SUS/1992), os "municipalizados", serão automaticamente incluídos na condição de gestão parcial, desde que manifestem seu interesse por escrito ao Ministério da Saúde. No Prazo de 120 dias, a partir da data de publicação desta norma, o município comprovará à Comissão Bipartite o cumprimento de todos os requisitos pertinentes. A não comprovação implica em perda temporária da condição cabendo à Comissão Bipartite reavaliar o caso.

5.16. Os casos omissos deverão ser dirimidos nas Comissões Bipartites, no Conselho Estadual de Saúde ou na Comissão Tripartite, conforme fluxo estabelecido nas Disposições preliminares desta norma.

ANEXO 04

NOB-SUS 01/96

Sistema Único de Saúde - SUS

Norma Operacional Básica do SUS

NOB-SUS 01/96

"Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão"

BRASÍLIA/DF



Publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	1
2. FINALIDADE .....	1
3. CAMPOS DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	2
4. SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL.....	3
5. RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS MUNICIPAIS.....	5
6. PAPEL DO GESTOR ESTADUAL.....	6
7. PAPEL DO GESTOR FEDERAL .....	7
8. DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO.....	9
9. BASES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	10
10. FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE .....	12
10.1 Responsabilidades .....	12
10.2 Fontes.....	12
10.3 Transferências Intergovernamentais e Contrapartidas .....	13
10.4 Tetos financeiros dos Recursos Federais .....	13
11. PROGRAMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA .....	14
11.1 Programação Pactuada e Integrada - PPI.....	14
11.2 Controle, Avaliação e Auditoria .....	15
12. CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL.....	15
12.1 Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo.....	16
12.1.1 Piso Assistencial Básico (PAB) .....	16
12.1.2 Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).....	16
12.1.3 Fração Assistencial Especializada (FAE) .....	17
12.1.4 Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM).....	17
12.1.5 Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE).....	18
12.1.6 Índice de Valorização de Resultados (IVR) .....	18
12.2 Remuneração por Serviços Produzidos .....	18
12.2.1 Remuneração de Internações Hospitalares .....	18
12.2.2 Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/ Complexidade.....	19
12.2.3 Remuneração Transitória por Serviços Produzidos.....	19
12.2.4 Fatores de Incentivo e Índices de Valorização .....	19
13. CUSTEIO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	19
13.1 Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo.....	19
13.1.1 Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).....	19
13.1.2 Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA) .....	20
13.2 Remuneração Transitória por Serviços Produzidos .....	20
13.2.1 Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS) .....	20
13.2.2 Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária .....	20

14. CUSTEIO DAS AÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA E DE CONTROLE DE DOENÇAS .....	20
14.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo .....	21
14.2. Remuneração por Serviços Produzidos.....	21
14.3. Transferência por Convênio .....	21
15. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO MUNICÍPIO .....	21
15.1. GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA.....	22
15.1.1. Responsabilidades.....	22
15.1.2. Requisitos.....	22
15.1.3. Prerrogativas .....	23
15.2. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.....	23
15.2.1. Responsabilidades .....	23
15.2.2. Requisitos.....	24
15.2.3. Prerrogativas .....	25
16. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO ESTADO.....	26
16.1. Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual .....	26
16.2. Requisitos comuns às duas condições de gestão estadual .....	27
16.3. GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL .....	28
16.3.1. Responsabilidades Específicas .....	28
16.3.2. Requisitos Específicos .....	28
16.3.3. Prerrogativas .....	28
16.4. GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL .....	29
16.4.1. Responsabilidades Específicas .....	29
16.4.2. Requisitos Específicos .....	29
16.4.3. Prerrogativas .....	29
17. DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS .....	30
SIGLAS UTILIZADAS .....	33

# NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

NOB-SUS 01/96

*“Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”*

## 1. INTRODUÇÃO

Os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na Constituição de 1988, concretizam-se, na vivência cotidiana do povo brasileiro, por intermédio de um crescente entendimento e incorporação de seus princípios ideológicos e doutrinários, como, também, pelo exercício de seus princípios organizacionais.

Esses ideais foram transformados, na Carta Magna, em direito à saúde, o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas – econômicas e sociais – que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral).

A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, neste sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (Nº 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto Nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993.

Com a Lei Nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais – das esferas federal, estadual e municipal – e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema.

## 2. FINALIDADE

A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Esse exercício, viabilizado com a imprescindível cooperação técnica e financeira dos poderes públicos estadual e federal, compreende, portanto, não só a responsabilidade por algum tipo de prestação de serviços de saúde (Artigo 30, inciso VII), como, da mesma forma, a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais (Artigo 30, inciso V).

Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal. Assim, esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes públicos estadual e federal são sempre co-responsáveis, respectiva competência ou na ausência da função municipal (inciso II do Artigo 23, Constituição Federal). Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências intervenções saneadoras em seu território.

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;

b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;

c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressivamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;

d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho de qualidade;

e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

### 3 CAMPOS DA ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber:

a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individualmente ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetor e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e

c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Convém ressaltar que as ações de política setorial em saúde, bem como as administrativas - planejamento, comando e controle - são inerentes e integrantes do contexto daquelas envolvidas na assistência e nas intervenções ambientais. Ações de comunicação e de educação também compõem, obrigatória e permanentemente, a atenção à saúde.

Nos três campos referidos, enquadra-se, então, todo o espectro de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo.

É importante assinalar que existem, da mesma forma, conjuntos de ações que configuram campos clássicos de atividades na área da saúde pública, constituídos por uma agregação simultânea de ações próprias do campo da assistência e de algumas próprias do campo das intervenções ambientais, de que são partes importantes as atividades de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária.

#### 4. SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município - o SUS-Municipal - voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.

Os estabelecimentos desse subsistema municipal do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, nesta NOB gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando até mesmo, a unicidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais.

A realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão.

O caráter diferenciado do modelo de gestão é transitório, vez que todo e qualquer município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida, levando em conta que o poder constituído, neste nível, tem uma capacidade de gestão intrinsecamente igual e os seus segmentos populacionais dispõem dos mesmos direitos.

A operacionalização das condições de gestão propostas por esta NOB, considera e valoriza os vários estágios já alcançados pelos estados e pelos municípios, na construção de uma gestão plena.

Já a redefinição dos papéis dos gestores estadual e federal, consoante a finalidade desta Norma Operacional, é portanto, fundamental para que possam exercer as suas competências específicas de gestão e prestar a devida cooperação técnica e financeira aos municípios.

O poder público estadual tem, então, como uma de suas responsabilidades nucleares, mediar a relação entre os sistemas municipais; o federal de mediar entre os sistemas estaduais. Entretanto, quando ou enquanto um município não assumir a gestão do sistema municipal, é o Estado que responde, provisoriamente, pela gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população que necessita de um sistema que lhe é próprio.

As instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – e pelos gestores estadual e municipal – a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade.

Nas CIB e CIT são apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, bem assim pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Da mesma forma, são pactuados os tetos financeiros possíveis – dentro das disponibilidades orçamentárias conjunturais – oriundos dos recursos das três esferas de governo, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais e às exigências ambientais. O pacto e a integração das programações constituem, fundamentalmente, a consequência prática da relação entre os gestores do SUS.

A composição dos sistemas municipais e a ratificação dessas programações, nos Conselhos de Saúde respectivos, permitem a construção de redes regionais que, certamente, ampliam o acesso, com qualidade e menor custo. Essa dinâmica contribui para que seja evitado um processo acumulativo injusto, por parte de alguns municípios (quer por maior disponibilidade tecnológica, quer por mais recursos financeiros ou de informação), com a consequente espoliação crescente de outros.

As tarefas de harmonização, de integração e de modernização dos sistemas municipais, realizadas com a devida equidade (admitido o princípio da discriminação positiva, no sentido da busca da justiça, quando do exercício do papel redistributivo), competem, portanto, por especial, ao poder público estadual. Ao federal, incumbe promovê-las entre as Unidades da Federação.

O desempenho de todos esses papéis é condição para a consolidação da direção única do SUS, em cada esfera de governo, para a efetivação e a permanente revisão do processo de descentralização e para a organização de redes regionais de serviços hierarquizados

## 5. RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS MUNICIPAIS

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para tanto devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais.

Essa relação, mediada pelo estado, tem como instrumento de garantia a programação pactuada e integrada na CIB regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde correspondente. A discussão de eventuais impasses, relativos à sua operacionalização, deve ser realizada também no âmbito dessa Comissão, cabendo, ao gestor estadual, a decisão sobre problemas surgidos na execução das políticas aprovadas. No caso de recurso, este deve ser apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a gerência (comando) dos estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município é da pessoa jurídica que opera o serviço, sejam estes estatais (federal, estadual ou municipal) ou privados. Assim, a relação desse gerente deve ocorrer somente com o gestor do município onde o seu estabelecimento está sediado, seja para atender a população local, seja para atender a referenciada de outros municípios.

O gestor do sistema municipal é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados em seu município. No entanto, quando um gestor municipal julgar necessário uma avaliação específica ou auditoria de uma entidade que lhe presta serviços, localizada em outro município, recorre ao gestor estadual.

Em função dessas peculiaridades, o pagamento final a um estabelecimento pela prestação de serviços requeridos na localidade ou encaminhados de outro município é sempre feito pelo poder público do município sede do estabelecimento.

Os recursos destinados ao pagamento das diversas ações de atenção à saúde prestadas entre municípios são alocados, previamente, pelo gestor que demanda esses serviços, ao município sede do prestador. Este município incorpora os recursos ao seu teto financeiro. A orçamentação é feita com base na programação pactuada e integrada entre gestores, que, conforme já referido, é mediada pelo estado e aprovada na CIB regional e estadual e no respectivo Conselho de Saúde.

Quando um município, que demanda serviços a outro, ampliar a sua própria capacidade resolutive, pode requerer, ao gestor estadual, que a parte de recursos alocados no município vizinho seja realocada para o seu município.

Esses mecanismos conferem um caráter dinâmico e permanente ao processo de negociação da programação integrada, em particular quanto à referência intermunicipal.



## 6 PAPEL DO GESTOR ESTADUAL

São identificados quatro papéis básicos para o estado, os quais não são, necessariamente, exclusivos e sequenciais. A explicitação a seguir apresentada tem por finalidade permitir o entendimento da função estratégica perseguida para a gestão neste nível de Governo.

O primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual.

O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral.

O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade.

As necessidades reais não atendidas são sempre a força motriz para exercer esse papel; no entanto, é necessário um esforço do gestor estadual para superar tendências históricas de complementar a responsabilidade do município ou concorrer com esta função, o que exige o pleno exercício do segundo papel.

Finalmente, o quarto, o mais importante e permanente papel do estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo assim, o SUS-Estadual.

O exercício desse papel pelo gestor requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolvem responsabilidades nas três esferas de governo e são sumariamente caracterizados como de:

- a) informação informatizada;
- b) financiamento;
- c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;
- d) apropriação de custos e avaliação econômica;
- e) desenvolvimento de recursos humanos;
- f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
- g) comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas, no âmbito estadual, depende do pleno funcionamento do CES e da CIB, nos quais se viabilizam a negociação e o pacto com os diversos atores envolvidos. Depende, igualmente, da ratificação das programações e decisões relativas aos tópicos a seguir especificados:

a) plano estadual de saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais;

b) estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria;

c) estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos;

d) estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional;

e) estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos humanos e de ciência e tecnologia;

f) elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial

g) elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública;

h) estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica;

i) responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais;

j) definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados, e

k) manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual;

l) implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.

## 7. PAPEL DO GESTOR FEDERAL

No que respeita ao gestor federal, são identificados quatro papéis básicos, quais sejam:

a) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;

b) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;

c) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; e

d) exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

Da mesma forma que no âmbito estadual, o exercício dos papéis do gestor federal requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica, que consolidam os sistemas estaduais e propiciam, ao SUS, maior eficiência com qualidade, quais sejam:

a) informação informatizada;

b) financiamento;

c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;

d) apropriação de custos e avaliação econômica;

e) desenvolvimento de recursos humanos;

f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e

g) comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas depende, igualmente, da viabilização de negociações com os diversos atores envolvidos e da ratificação das programações e decisões.

o que ocorre mediante o pleno funcionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT.

Depende, além disso, do redimensionamento da direção nacional do Sistema, tanto em termos da estrutura, quanto de agilidade e de integração, como no que se refere às estratégias, aos mecanismos e aos instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão, destacando-se:

a) a elaboração do Plano Nacional de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades nacionais e as metas da programação integrada nacional, resultante, sobretudo, das programações estaduais e dos demais órgãos governamentais, que atuam na prestação de serviços, no setor saúde;

b) a viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor, em especial com os órgãos que detêm, no seu conjunto de atribuições, a responsabilidade por ações atinentes aos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades;

c) o aperfeiçoamento das normas consubstanciadas em diferentes instrumentos legais, que regulamentam, atualmente, as transferências automáticas de recursos financeiros, bem como as modalidades de prestação de contas;

d) a definição e a explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS, frente aos órgãos governamentais de controle interno e externo e aos Conselhos de Saúde, com ênfase na diferenciação entre as transferências automáticas a estados e municípios com função gestora;

e) a criação e a consolidação de critérios e mecanismos de alocação de recursos federais e estaduais para investimento, fundados em prioridades definidas pelas programações e pelas estratégias das políticas de reorientação do Sistema;

f) a transformação nos mecanismos de financiamento federal das ações, com o respectivo desenvolvimento de novas formas de informatização, compatíveis à natureza dos grupos de ações, especialmente as básicas, de serviços complementares e de procedimentos de alta e média complexidade, estimulando o uso dos mesmos pelos gestores estaduais e municipais;

g) o desenvolvimento de sistemáticas de transferência de recursos vinculada ao fornecimento regular, oportuno e suficiente de informações específicas, e que agreguem o conjunto de ações e serviços de atenção à saúde, relativo a grupos prioritários de eventos vitais ou nosológicos;

h) a adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem assim a flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais;

i) o incentivo aos gestores estadual e municipal ao pleno exercício das funções de controle, avaliação e auditoria, mediante o desenvolvimento e a implementação de instrumentos operacionais, para o uso das esferas gestoras e para a construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria;

j) o desenvolvimento de atividades de educação e de comunicação social;

k) o incremento da capacidade reguladora da direção nacional do SUS, em relação aos sistemas complementares de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares

de alto custo, de tratamento fora do domicílio, bem assim de disponibilidade de medicamentos e insumos especiais;

l) a reorientação e a implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de vigilância alimentar e nutricional, bem como o redimensionamento das atividades relativas à saúde do trabalhador e às de execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

m) a reorientação e a implementação dos diversos sistemas de informações epidemiológicas, bem assim de produção de serviços e de insumos críticos;

n) a reorientação e a implementação do sistema de redes de laboratórios de referência para o controle da qualidade, para a vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica;

o) a reorientação e a implementação da política nacional de assistência farmacêutica;

p) o apoio e a cooperação a estados e municípios para a implementação de ações voltadas ao controle de agravos, que constituam risco de disseminação nacional;

q) a promoção da atenção à saúde das populações indígenas, realizando, para tanto, as articulações necessárias, intra e intersetorial;

r) a elaboração de programação nacional, pactuada com os estados, relativa à execução de ações específicas voltadas ao controle de vetores responsáveis pela transmissão de doenças, que constituem risco de disseminação regional ou nacional, e que exijam a eventual intervenção do poder federal;

s) a identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional, com vistas ao estabelecimento dos padrões técnicos da assistência à saúde;

t) a estimulação, a indução e a coordenação do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde, mediante interlocução crítica das inovações científicas e tecnológicas, por meio da articulação intra e intersetorial;

u) a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.

## 8. DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/1990.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de

saúde (COSEMS) ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o Secretário de Saúde da Capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo. Aquelas referentes a matérias de competência dos Conselhos de Saúde, definidas por força da Lei Orgânica, desta NOB ou de resolução específica dos respectivos Conselhos são submetidas previamente a estes para aprovação. As demais resoluções devem ser encaminhadas, no prazo máximo de 15 dias decorridos de sua publicação, para conhecimento, avaliação e eventual recurso da parte que se julgar prejudicada, inclusive no que se refere à habilitação dos estados e municípios às condições de gestão desta Norma.

## 9. BASES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A composição harmônica, integrada e modernizada do SUS visa, fundamentalmente, atingir a dois propósitos essenciais à concretização dos ideais constitucionais e, portanto, do direito à saúde, que são:

- a) a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS, e
- b) a criação de condições elementares e fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais, com qualidade.

O primeiro propósito é possível porque, com a nova formulação dos sistemas municipais, tanto os segmentos sociais, minimamente agregados entre si com sentimento comunitário – os munícipes –, quanto a instância de poder político-administrativo, historicamente reconhecida e legitimada – o poder municipal – apropriam-se de um conjunto de serviços bem definido, capaz de desenvolver uma programação de atividades publicamente pactuada. Com isso, fica bem caracterizado o gestor responsável, as atividades são gerenciadas por pessoas perfeitamente identificáveis; e os resultados mais facilmente usufruídos pela população.

O conjunto desses elementos propicia uma nova condição de participação com vínculo, mais criativa e realizadora para as pessoas, e que acontece não-somente nas instâncias colegiadas formais – conferências e conselhos – mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento.

Cada sistema municipal deve materializar, de forma efetiva, a vinculação aqui explicitada. Um dos meios, certamente, é a instituição do cartão SUS-MUNICIPAL, com numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional. Essa numeração possibilita uma melhor referência intermunicipal e garante o atendimento de urgência por qualquer serviço de saúde, estatal ou privado, em todo o País. A regulamentação desse mecanismo de vinculação será objeto de discussão e aprovação pelas instâncias colegiadas competentes, com conseqüente formalização por ato do MS.

O segundo propósito é factível, na medida em que estão perfeitamente identificados os elementos críticos essenciais a uma gestão eficiente e a uma produção eficaz, a saber:

- a) a clientela que, direta e imediatamente, usufrui dos serviços;
- b) o conjunto organizado dos estabelecimentos produtores desses serviços, e

c) a programação pactuada, com a correspondente orçamentação participativa.

Os elementos, acima apresentados, contribuem para um gerenciamento que conduz à obtenção de resultados efetivos, a despeito da indisponibilidade de estímulos de um mercado consumidor espontâneo. Conta, no entanto, com estímulos agregados, decorrentes de um processo de gerenciamento participativo e, sobretudo, da concreta possibilidade de comparação com realidades muito próximas, representadas pelos resultados obtidos nos sistemas vizinhos

A ameaça da ocorrência de gastos exagerados, em decorrência de um processo de incorporação tecnológica acrítico e desregulado, é um risco que pode ser minimizado pela radicalização na reorganização do SUS: um Sistema regido pelo interesse público e balizado, por um lado, pela exigência da universalização e integralidade com equidade e, por outro, pela própria limitação de recursos, que deve ser programaticamente respeitada.

Esses dois balizamentos são objeto da programação elaborada no âmbito municipal, e sujeita à ratificação que, negociada e pactuada nas instâncias estadual e federal, adquire a devida racionalidade na alocação de recursos em face às necessidades.

Assim tendo como referência os propósitos anteriormente explicitados, a presente Norma Operacional Básica constitui um importante mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde, na medida em que disciplina o processo de organização da gestão desta atenção, com ênfase na consolidação da direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

Essencialmente, 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 o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes.

O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais.

O enfoque epidemiológico atende ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais. Nessa circunstância, o método para conhecimento da realidade complexa e para a realização da intervenção necessária fundamenta-se mais na síntese do que nas análises, agregando, mais do que isolando, diferentes fatores e variáveis.

Os conhecimentos – resultantes de identificações e compreensões – que se faziam cada vez mais particularizados e isolados (com grande sofisticação e detalhamento analítico) devem possibilitar, igualmente, um grande esforço de visibilidade e entendimento integrador e globalizante, com o aprimoramento dos processos de síntese, sejam lineares, sistêmicos ou dialéticos.

Além da ampliação do objeto e da mudança no método, o modelo adota novas tecnologias, em que os processos de educação e de comunicação social constituem parte essencial em qualquer nível ou ação, na medida em que permitem a compreensão

globalizadora a ser perseguida, e fundamentam a negociação necessária à mudança e à associação de interesses conscientes. É importante, nesse âmbito, a valorização da informação informatizada.

Além da ampliação do objeto, da mudança do método e da tecnologia predominantes, enfoque central deve ser dado à questão da ética. O modelo vigente – assentado na lógica da clínica – baseia-se, principalmente, na ética do médico, na qual a pessoa (o seu objeto) constitui o foco nuclear da atenção.

O novo modelo de atenção deve perseguir a construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do individual. Dessa forma é incentivada a associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Isso exige, seguramente, de um lado, a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde.

Nessa nova relação, a pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra. Na intervenção ambiental, o SUS assume algumas ações específicas e busca a articulação necessária com outros setores, visando a criação das condições indispensáveis à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

## 10 FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

### 10.1 Responsabilidades

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde

Conforme determina o Artigo 194 da Constituição Federal, a Saúde integra a Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social. No inciso VI do parágrafo único desse mesmo Artigo, está determinado que a Seguridade Social será organizada pelo poder público, observada a "diversidade da base de financiamento".

Já o Artigo 195 determina que a Seguridade Social será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de Contribuições Sociais.

### 10.2 Fontes

As principais fontes específicas da Seguridade Social incidem sobre a Folha de Salários (Fonte 154), o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e o Lucro (Fonte 151 - Lucro Líquido).

Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do Ministério da Saúde e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100 - Recursos Ordinários, provenientes principalmente da receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários (Fonte 154, arrecadada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS).

Atualmente, as fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao MS são a Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Fonte 151), sendo que os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com Pessoal e Encargos Sociais.

Dentro da previsibilidade de Contribuições Sociais na esfera federal, no âmbito da Seguridade Social, uma fonte específica para financiamento do SUS - a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras - está criada, ainda que em caráter provisório. A solução definitiva depende de uma reforma tributária que reveja esta e todas as demais bases tributárias e financeiras do Governo da Seguridade e, portanto, da Saúde.

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos Municípios. Esses recursos devem ser previstos no orçamento e identificados nos fundos de saúde estadual e municipal como receita operacional proveniente da esfera federal e ou estadual e utilizados na execução de ações previstas nos respectivos planos de saúde e na PPI.

### 10.3. Transferências Intergovernamentais e Contrapartidas

As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

O reembolso das despesas, realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde, constitui fonte adicional de recursos. Por isso, e consoante à legislação federal específica, estados e municípios devem viabilizar estrutura e mecanismos operacionais para a arrecadação desses recursos e a sua destinação exclusiva aos respectivos fundos de saúde.

Os recursos de investimento são alocados pelo MS, mediante a apresentação pela SES da programação de prioridades de investimentos, devidamente negociada na CIB e aprovada pelo CES, até o valor estabelecido no orçamento do Ministério, e executados de acordo com a legislação pertinente.

### 10.4. Tetos financeiros dos Recursos Federais

Os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG), cujo valor, para cada estado e cada município, é definido com base na PPI. O teto financeiro do estado contém os tetos de todos os municípios habilitados ou não a qualquer uma das condições de gestão.

O Teto Financeiro Global do Estado (TFGE) é constituído, para efeito desta NOB, pela soma dos Tetos Financeiros da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O TFGE, definido com base na PPI, é submetido pela SES ao MS, após negociação na CIB e aprovação pelo CES. O valor final do teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIT - observadas as reais disponibilidades financeiras do MS - e formalizado em ato do Ministério.

O Teto Financeiro Global do Município (TFGM), também definido consoante à programação integrada, é submetido pela SMS à SES, após aprovação pelo CMS. O valor final desse Teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIB - observados os limites do TFGE - e formalizado em ato próprio do Secretário Estadual de Saúde.



Todos os valores referentes a pisos, tetos, frações, índices, bem como suas revisões, são definidos com base na PPI, negociados nas Comissões Intergestores (CIB e CIT), formalizados em atos dos gestores estadual e federal e aprovados previamente nos respectivos Conselhos (CES e CNS).

As obrigações que vierem a ser assumidas pelo Ministério da Saúde, decorrentes da implantação desta NOB e que gerem aumento de despesa, serão previamente discutidas com o Ministério do Planejamento e Orçamento e o Ministério da Fazenda.

## 11. PROGRAMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

### 11.1. Programação Pactuada e Integrada - PPI

11.1.1. A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

11.1.2. O processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores e Integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor: o município elabora sua própria programação, aprovando-a no CMS; o estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociação na CIB, cujo resultado é deliberado pelo CES.

11.1.3. A elaboração da PPI deve se dar num processo ascendente, de base municipal, configurando, também, as responsabilidades do estado na busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e na conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

11.1.4. A Programação observa os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução destas atividades. Os órgãos federais, estaduais e municipais, bem como os prestadores conveniados e contratados têm suas ações expressas na programação do município em que estão localizados, na medida em que estão subordinados ao gestor municipal.

11.1.5. A União define normas, critérios, instrumentos e prazos, aprova a programação de ações sob seu controle – inscritas na programação pelo estado e seus municípios – incorpora as ações sob sua responsabilidade direta e aloca os recursos disponíveis, segundo os valores apurados na programação e negociados na CIT, cujo resultado é deliberado pelo CNS.

11.1.6. A elaboração da programação observa critérios e parâmetros definidos pelas Comissões Intergestores e aprovados pelos respectivos Conselhos. No tocante aos recursos de origem federal, os critérios, prazos e fluxos de elaboração da programação integrada e de suas reprogramações periódicas ou extraordinárias são fixados em ato normativo do MS e traduzem as negociações efetuadas na CIT e as deliberações do CNS.

## 11.2. Controle, Avaliação e Auditoria

11.2.1. O cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde (UPS), completo e atualizado, é requisito básico para programar a contratação de serviços assistenciais e para realizar o controle da regularidade dos faturamentos. Compete ao órgão gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada UPS, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais, no banco de dados nacional.

11.2.2. Os bancos de dados nacionais, cujas normas são definidas pelos órgãos do MS, constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria. Por conseguinte, os gestores municipais e estaduais do SUS devem garantir a alimentação permanente e regular desses bancos, de acordo com a relação de dados, informações e cronogramas previamente estabelecidos pelo MS e pelo CNS.

11.2.3. As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho. É função desse órgão definir, também, instrumentos para a realização das atividades, consolidar as informações necessárias, analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações, propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração, visando o pleno exercício, pelo gestor, de suas atribuições, de acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

11.2.4. As ações de controle devem priorizar os procedimentos técnicos e administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, com ênfase na garantia da autorização de internações e procedimentos ambulatoriais – tendo como critério fundamental a necessidade dos usuários – e o rigoroso monitoramento da regularidade e da fidedignidade dos registros de produção e faturamento de serviços.

11.2.5. O exercício da função gestora no SUS, em todos os níveis de governo, exige a articulação permanente das ações de programação, controle, avaliação e auditoria; a integração operacional das unidades organizacionais, que desempenham estas atividades, no âmbito de cada órgão gestor do Sistema; e a apropriação dos seus resultados e a identificação de prioridades, no processo de decisão política da alocação dos recursos.

11.2.6. O processo de reorientação do modelo de atenção e de consolidação do SUS requer o aperfeiçoamento e a disseminação dos instrumentos e técnicas de avaliação de resultados e do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população, priorizando o enfoque epidemiológico e propiciando a permanente seleção de prioridade de intervenção e a reprogramação contínua da alocação de recursos. O acompanhamento da execução das ações programadas é feito permanentemente pelos gestores e periodicamente pelos respectivos Conselhos de Saúde, com base em informações sistematizadas, que devem possibilitar a avaliação qualitativa e quantitativa destas ações. A avaliação do cumprimento das ações programadas em cada nível de governo deve ser feita em Relatório de Gestão Anual, cujo roteiro de elaboração será apresentado pelo MS e apreciado pela CIT e pelo CNS.

## 12. CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, conforme mencionado anteriormente, configuram o TFA, e os seus valores

podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.

## 12.1 Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

### 12.1.1. Piso Assistencial Básico (PAB)

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

O elenco de procedimentos custeados pelo PAB, assim como o valor *per capita* nacional único – base de cálculo deste Piso – são propostos pela CIT e votados no CNS. Nessas definições deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento desses serviços, até que a atenção integral à saúde esteja plenamente organizada, em todo o País. O valor *per capita* nacional único é reajustado com a mesma periodicidade, tendo por base, no mínimo, o incremento médio da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A transferência total do PAB será suspensa no caso da não-alimentação, pela SMS junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional, por mais de dois meses consecutivos.

### 12.1.2. Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Fica estabelecido um acréscimo percentual ao montante do PAB, de acordo com os critérios a seguir relacionados, sempre que estiverem atuando integradamente à rede municipal, equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo órgão do MS (SAS/MS) com base em normas da direção nacional do SUS.

#### a) Programa de Saúde da Família (PSF):

- acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
- acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm, como limite, 80% do valor do PAB original do município.

b) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):

- acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 2% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
- acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm, como limite, 30% do valor do PAB original do município.

c) Os percentuais não são cumulativos quando a população coberta pelo PSF e pelo PACS ou por estratégias similares for a mesma.

Os percentuais acima referidos são revistos quando do incremento do valor *per capita* nacional único, utilizado para o cálculo do PAB e do elenco de procedimentos relacionados a este Piso. Essa revisão é proposta na CIT e votada no CNS. Por ocasião da incorporação desses acréscimos, o teto financeiro da assistência do estado é renegociado na CIT e apreciado pelo CNS.

A ausência de informações que comprovem a produção mensal das equipes, durante dois meses consecutivos ou quatro alternados em um ano, acarreta a suspensão da transferência deste acréscimo.

### 12.1.3. Fração Assistencial Especializada (FAE)

É um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do estado.

O órgão competente do MS formaliza, por portaria, esse elenco a partir de negociação na CIT e que deve ser objeto da programação integrada quanto a sua oferta global no estado.

A CIB explicita os quantitativos e respectivos valores desses procedimentos, que integram os tetos financeiros da assistência dos municípios em gestão plena do sistema de saúde e os que permanecem sob gestão estadual. Neste último, o valor programado da FAE é transferido regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, conforme as condições de gestão das SES definidas nesta NOB. Não integram o elenco de procedimentos cobertos pela FAE aqueles relativos ao PAB e os definidos como de alto custo/complexidade por portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

### 12.1.4. Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)

É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais assumidas pela SMS. O TFAM é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas por esta NOB e destina-se ao custeio dos serviços localizados no território do

município (exceção feita àqueles eventualmente excluídos da gestão municipal por negociação na CIB).

#### 12.1.5. Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE)

É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais sob a responsabilidade da SES. O TFAE corresponde ao TFA fixado na CIT e formalizado em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Esses valores são transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas por esta NOB, deduzidos os valores comprometidos com as transferências regulares e automáticas ao conjunto de municípios do estado (PAB e TFAM).

#### 12.1.6. Índice de Valorização de Resultados (IVR)

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da assistência do estado, transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população, segundo critérios definidos pela CIT e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS). Os recursos do IVR podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

### 12.2. Remuneração por Serviços Produzidos

Consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referente a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Esses valores estão incluídos no TFA do estado e do município e são executados mediante ordenação de pagamento por parte do gestor. Para municípios e estados que recebem transferências de tetos da assistência (TFAM e TFAE, respectivamente), conforme as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, os valores relativos à remuneração por serviços produzidos estão incluídos nos tetos da assistência, definidos na CIB.

A modalidade de pagamento direto, pelo gestor federal, a prestadores de serviços ocorre apenas nas situações em que não fazem parte das transferências regulares e automáticas fundo a fundo, conforme itens a seguir especificados.

#### 12.2.1. Remuneração de Internações Hospitalares

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), englobando o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação, com base na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento este de autorização e fatura de serviços.

#### 12.2.2. Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/ Complexidade

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do SIA/SUS, com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), documento este que identifica cada paciente e assegura a prévia autorização e o registro adequado dos serviços que lhe foram prestados. Compreende procedimentos ambulatoriais integrantes do SIA/SUS definidos na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

#### 12.2.3. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

O MS é responsável pela remuneração direta, por serviços produzidos, dos procedimentos relacionados ao PAB e à FAE, enquanto houver municípios que não estejam na condição de gestão simplificada da NOB 01/93 ou nas condições de gestão municipal definidas nesta NOB naqueles estados em condição de gestão convencional.

#### 12.2.4. Fatores de Incentivo e Índices de Valorização

O Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS) e o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), bem como outros fatores e ou índices que incidam sobre a remuneração por produção de serviços, eventualmente estabelecidos, estão condicionados aos critérios definidos em nível federal e à avaliação da CIB em cada Estado. Esses fatores e índices integram o teto financeiro da assistência do município e do respectivo estado.

### 13. CUSTEIO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Os recursos da esfera federal destinados à vigilância sanitária configuram o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS) e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo e Remuneração de Serviços Produzidos.

#### 13.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congêneres, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

##### 13.1.1. Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)

Consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações básicas da vigilância sanitária, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), transferido, regular e automaticamente, ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, dos estados, conforme condições estipuladas nesta NOB. O PBVS somente será transferido a estados para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

O elenco de procedimentos custeados pelo PBVS, assim como o valor per capita nacional único – base de cálculo deste Piso –, são definidos em negociação na CIT e

formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (Secretaria de Vigilância Sanitária - SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Nessa definição deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento das ações básicas de vigilância sanitária em todo o País. Esses procedimentos integram o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária do SUS (SIVS/SUS).

#### 13.1.2. Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA)

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da vigilância sanitária do estado, a serem transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre as condições de vida da população, segundo critérios definidos na CIT, e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Os recursos do IVISA podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

### 13.2. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

#### 13.2.1. Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS)

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pela prestação de serviços relacionados às ações de competência exclusiva da SVS/MS, contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas pela SES ao Ministério. Após negociação e aprovação na CIT e prévia aprovação no CNS, e observadas as condições estabelecidas nesta NOB, a SVS/MS publica a tabela de procedimentos do PDAVS e o valor de sua remuneração.

#### 13.2.2. Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária

Consiste no pagamento direto às SES e às SMS, pela execução de ações de média e alta complexidade de competência estadual e municipal contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas ao MS. Essas ações e o valor de sua remuneração são definidos em negociação na CIT e formalizados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovadas no CNS.

## 14. CUSTEIO DAS AÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA E DE CONTROLE DE DOENÇAS

Os recursos da esfera federal destinados às ações de epidemiologia e controle de doenças não contidas no elenco de procedimentos do SIA/SUS e SIH/SUS configuram o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O elenco de procedimentos a serem custeados com o TFECD é definido em negociação na CIT, aprovado pelo CNS e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (Fundação Nacional de Saúde - FNS/MS). As informações referentes ao desenvolvimento dessas ações integram sistemas próprios de informação definidos pelo Ministério da Saúde.

O valor desse Teto para cada estado é definido em negociação na CIT, com base na PPI, a partir das informações fornecidas pelo Comitê Interinstitucional de Epidemiologia e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (FNS/MS).

Esse Comitê, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde, articulando os órgãos de epidemiologia da SES, do MS no estado e de outras entidades que atuam no campo da epidemiologia e controle de doenças, é uma instância permanente de estudos, pesquisas, análises de informações e de integração de instituições afins.

Os valores do TFECD podem ser executados por ordenação do órgão específico do MS, conforme as modalidades apresentadas a seguir.

#### 14.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais, independentemente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB e na PPI, aprovada na CIT e no CNS.

#### 14.2. Remuneração por Serviços Produzidos

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pelas ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme tabela de procedimentos discutida na CIT e aprovada no CNS, editada pelo MS, observadas as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, contra apresentação de demonstrativo de atividades realizadas, encaminhado pela SES ou SMS ao MS.

#### 14.3. Transferência por Convênio

Consiste na transferência de recursos oriundos do órgão específico do MS (FNS/MS), por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, mediante programação e critérios discutidos na CIT e aprovados pelo CNS, para:

- a) estímulo às atividades de epidemiologia e controle de doenças;
- b) custeio de operações especiais em epidemiologia e controle de doenças;
- c) financiamento de projetos de cooperação técnico-científica na área de epidemiologia e controle de doenças, quando encaminhados pela CIB.

### 15. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO MUNICÍPIO

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os municípios podem habilitar-se em duas condições:

- a) GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA; e
- b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado.



## 15.1. GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA

### 15.1.1. Responsabilidades

a) Elaboração de programação municipal dos serviços básicos inclusive domiciliares e comunitários e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios com incorporação negociada à programação estadual

b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias

c) Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.

d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas) introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços

e) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS

f) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB

g) Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional

h) Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços

i) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS

j) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu 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 de ocorrências atípicas decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TRECDD

m) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

### 15.1.2. Requisitos

a) Comprovar o funcionamento do CMS

b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.

c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação

d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e a auditoria dos serviços sob sua gestão

e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor

f) Formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada

g) Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.

h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica

j) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados

### 15.1.3. Prerrogativas

a) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB).

b) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).

c) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças

d) Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal

## 15.2. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor estadual, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

### 15.2.1. Responsabilidades

a) Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual

b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.

c) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.

d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.

e) Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.

f) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal.

g) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM.

h) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.

i) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.

j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.

l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS.

m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.

#### 15.2.2. Requisitos

a) Comprovar o funcionamento do CMS.

b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.

c) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.

d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios.

e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.

f) Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

g) Disponibilizar médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.

h) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento.

i) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

j) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.

k) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.

l) Assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.

m) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

n) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

### 15.2.3. Prerrogativas

a) Transferência regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA).

b) Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.

c) Transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)

d) Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município.

e) Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

f) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

## 16. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO ESTADO

A partir desta NOB, os estados poderão habilitar-se em duas condições de gestão:

- a) GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL. e
- b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.

Os estados que não aderirem ao processo de habilitação, permanecem na condição de gestão convencional, desempenhando as funções anteriormente assumidas ao longo do processo de implantação do SUS, não fazendo jus às novas prerrogativas introduzidas por esta NOB, exceto ao PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS. Essa condição corresponde ao exercício de funções mínimas de gestão do Sistema, que foram progressivamente incorporadas pelas SES, não estando sujeita a procedimento específico de habilitação nesta NOB.

### 16.1. Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual

- a) Elaboração da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e coordenação da negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso na programação
- b) Elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos, negociado na CIB e aprovado pelo CES
- c) Gerência de unidades estatais da hemorrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica
- d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia.
- e) Organização de sistemas de referência, bem como a normalização e operação de câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade.
- f) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, em articulação com o MS.
- g) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.
- h) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- i) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, bem assim o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.
- j) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde.
- k) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.

l) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.

m) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.

n) Execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados nesta NOB.

o) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de gestão plena de sistema municipal.

p) Execução do PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS.

q) Apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

#### 16.2. Requisitos comuns às duas condições de gestão estadual

a) Comprovar o funcionamento do CES.

b) Comprovar o funcionamento da CIB.

c) Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde.

d) Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, que deve conter:

- as metas pactuadas;
- a programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças – incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios – de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;

- as estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
- as estratégias de reorganização do modelo de atenção; e
- os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais é efetuado o acompanhamento das ações.

e) Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.

f) Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão.

g) Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA.

h) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto a contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do estado.

i) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o despêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a legislação em vigor.

j) Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

k) Comprovar a criação do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde.

l) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

m) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância epidemiológica no estado.

### 16.3. GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL

#### 16.3.1. Responsabilidades Específicas

a) Contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços, sob gestão estadual, contidos na FAE;

b) Contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados;

c) Ordenação do pagamento dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais, sob gestão estadual;

d) Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

#### 16.3.2. Requisitos Específicos

a) Apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.

b) Dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população.

c) Dispor de 30% do valor do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

#### 16.3.3. Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes à Fração Assistencial Especializada (FAE) e ao Piso Assistencial Básico (PAB) relativos aos municípios não-habilitados.

b) Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.

c) Transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).

d) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.

e) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças

#### 16.4. GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL

##### 16.4.1. Responsabilidades Especificas

a) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB.

b) Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

##### 16.4.2. Requisitos Especificos

a) Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.

b) Comprovar a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto/custo e ou complexidade e de marcação de consultas especializadas.

c) Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população.

d) Dispor de 50% do valor do TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

##### 16.4.3. Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Teto Financeiro da Assistência (TFA), deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados.

b) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Índice de Valorização de Resultados (IVR).

c) Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.

d) Transferência regular e automática do Índice de valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).

e) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.

f) Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua contratação, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima.

g) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.



## 17. DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

17.1. As responsabilidades que caracterizam cada uma das condições de gestão definidas nesta NOB constituem um elenco mínimo e não impedem a incorporação de outras pactuadas na CIB e aprovadas pelo CES, em especial aquelas já assumidas em decorrência da NOB-SUS Nº 01/93.

17.2. No processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas nesta NOB, são considerados os requisitos já cumpridos para habilitação nos termos da NOB-SUS Nº 01/93, cabendo ao município ou ao estado pleiteante a comprovação exclusiva do cumprimento dos requisitos introduzidos ou alterados pela presente Norma Operacional, observando os seguintes procedimentos:

17.2.1. para que os municípios habilitados atualmente nas condições de gestão incipiente e parcial possam assumir a condição plena da atenção básica definida nesta NOB, devem apresentar à CIB os seguintes documentos, que completam os requisitos para habilitação:

17.2.1.1. ofício do gestor municipal pleiteando a alteração na condição de gestão;

17.2.1.2. ata do CMS aprovando o pleito de mudança de habilitação;

17.2.1.3. ata das três últimas reuniões do CMS;

17.2.1.4. extrato de movimentação bancária do Fundo Municipal de Saúde relativo ao trimestre anterior à apresentação do pleito;

17.2.1.5. comprovação, pelo gestor municipal, de condições técnicas para processar o SIA/SUS;

17.2.1.6. declaração do gestor municipal comprometendo-se a alimentar, junto à SES, o banco de dados nacional do SIA/SUS;

17.2.1.7. proposta aprazada de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal;

17.2.1.8. comprovação da garantia de oferta do conjunto de procedimentos coberto pelo PAB; e

17.2.1.9. ata de aprovação do relatório de gestão no CMS;

17.2.2. para que os municípios habilitados atualmente na condição de gestão semiplena possam assumir a condição de gestão plena do sistema municipal definida nesta NOB, devem comprovar à CIB:

17.2.2.1. a aprovação do relatório de gestão pelo CMS, mediante apresentação da ata correspondente;

17.2.2.2. a existência de serviços que executem os procedimentos cobertos pelo PAB no seu território, e de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica simples, oferecidos no próprio município ou contratados de outro gestor municipal;

17.2.2.3. a estruturação do componente municipal do SNA; e

17.2.2.4. a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI. Caso o município não atenda a esse requisito, pode ser

enquadrado na condição de gestão plena da atenção básica até que disponha de tais condições, submetendo-se, neste caso, aos mesmos procedimentos referidos no item 17.2.1;

17.2.3. os estados habilitados atualmente nas condições de gestão parcial e semiplena devem apresentar a comprovação dos requisitos adicionais relativos à nova condição pleiteada na presente NOB.

17.3. A habilitação de municípios à condição de gestão plena da atenção básica é decidida na CIB dos estados habilitados às condições de gestão avançada e plena do sistema estadual, cabendo recurso ao CES. A SES respectiva deve informar ao MS a habilitação procedida, para fins de formalização por portaria, observando as disponibilidades financeiras para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes. No que se refere à gestão plena do sistema municipal, a habilitação dos municípios é decidida na CIT, com base em relatório da CIB e formalizada em ato da SAS/MS. No caso dos estados categorizados na condição de gestão convencional, a habilitação dos municípios a qualquer das condições de gestão será decidida na CIT, com base no processo de avaliação elaborado e encaminhado pela CIB, e formalizada em ato do MS.

17.4. A habilitação de estados a qualquer das condições de gestão é decidida na CIT e formalizada em ato do MS, cabendo recurso ao CNS.

17.5. Os instrumentos para a comprovação do cumprimento dos requisitos para habilitação ao conjunto das condições de gestão de estados e municípios, previsto nesta NOB, estão sistematizados no ANEXO I.

17.6. Os municípios e estados habilitados na forma da NOB-SUS Nº 01/93 permanecem nas respectivas condições de gestão até sua habilitação em uma das condições estabelecidas por esta NOB, ou até a data limite a ser fixada pela CIT.

17.7. A partir da data da publicação desta NOB, não serão procedidas novas habilitações ou alterações de condição de gestão na forma da NOB-SUS Nº 01/93. Ficam excetuados os casos já aprovados nas CIB, que devem ser protocolados na CIT, no prazo máximo de 30 dias.

17.8. A partir da publicação desta NOB, ficam extintos o Fator de Apoio ao Estado, o Fator de Apoio ao Município e as transferências dos saldos de teto financeiro relativos às condições de gestão municipal e estadual parciais, previstos, respectivamente, nos itens 3.1.4; 3.2; 4.1.2 e 4.2.1 da NOB-SUS Nº 01/93.

17.9. A permanência do município na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pela SES e submetido à apreciação da CIB, tendo por base critérios estabelecidos pela CIB e pela CIT, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

17.10. De maneira idêntica, a permanência do estado na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pelo MS e submetido à apreciação da CIT, tendo por base critérios estabelecidos por esta Comissão e aprovados pelo CNS.

17.11. O gestor do município habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica que ainda não dispõe de serviços suficientes para garantir, à sua população, a totalidade de procedimentos cobertos pelo PAB, pode negociar, diretamente, com outro gestor municipal, a compra dos serviços não disponíveis, até que essa oferta seja garantida no próprio município.

17.12. Para implantação do PAB, ficam as CIB autorizadas a estabelecer fatores diferenciados de ajuste até um valor máximo fixado pela CIT e formalizado por portaria do Ministério (SAS/MS). Esses fatores são destinados aos municípios habilitados, que apresentam gastos per capita em ações de atenção básica superiores ao valor per capita nacional único (base de cálculo do PAB), em decorrência de avanços na organização do sistema. O valor adicional atribuído a cada município é formalizado em ato próprio da SES.

17.13. O valor per capita nacional único, base de cálculo do PAB, é aplicado a todos os municípios, habilitados ou não nos termos desta NOB. Aos municípios não habilitados, o valor do PAB é limitado ao montante do valor per capita nacional multiplicado pela população e pago por produção de serviço.

17.14. Num primeiro momento, em face da inadequação dos sistemas de informação de abrangência nacional para aferição de resultados, o IVR é atribuído aos estados a título de valorização de desempenho na gestão do Sistema, conforme critérios estabelecidos pela CIT e formalizados por portaria do Ministério (SAS/MS)

17.15. O MS continua efetuando pagamento por produção de serviços (relativos aos procedimentos cobertos pelo PAB) diretamente aos prestadores, somente no caso daqueles municípios não-habilitados na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.

17.16. Também em relação aos procedimentos cobertos pela FAE, o MS continua efetuando o pagamento por produção de serviços diretamente a prestadores, somente no caso daqueles municípios habilitados em gestão plena da atenção básica e os não habilitados, na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.

17.17. As regulamentações complementares necessárias à operacionalização desta NOB são objeto de discussão e negociação na CIT, observadas as diretrizes estabelecidas pelo CNS, com posterior formalização, mediante portaria do MS.

## SIGLAS UTILIZADAS

- AIH - Autorização de Internação Hospitalar
- CES - Conselho Estadual de Saúde
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CIT - Comissão Intergestores Tripartite
- CMS - Conselho Municipal de Saúde
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- COFINS - Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- FAE - Fração Assistencial Especializada
- FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa
- FNS - Fundação Nacional de Saúde
- INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
- IVH-E - Índice de Valorização Hospitalar de Emergência
- IVISA - Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária
- IVR - Índice de Valorização de Resultados
- MS - Ministério da Saúde
- NOB - Norma Operacional Básica
- PAB - Piso Assistencial Básico
- PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PBVS - Piso Básico de Vigilância Sanitária
- PDAVS - Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
- PPI - Programação Pactuada e Integrada
- PSF - Programa de Saúde da Família
- SAS - Secretaria de Assistência à Saúde
- SES - Secretaria Estadual de Saúde
- SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
- SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde
- SNA - Sistema Nacional de Auditoria
- SUS - Sistema Único de Saúde
- SVS - Secretaria de Vigilância Sanitária
- TFA - Teto Financeiro da Assistência
- TFAE - Teto Financeiro da Assistência do Estado
- TFAM - Teto Financeiro da Assistência do Município
- TFECED - Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
- TFG - Teto Financeiro Global
- TFGE - Teto Financeiro Global do Estado
- TFGM - Teto Financeiro Global do Município
- TFVS - Teto Financeiro da Vigilância Sanitária