



processo de descentralização, pela ineficiência na gestão e pela baixa eficácia das ações de saúde.

O esforço sempre crescente de racionalizar a oferta de serviços face às restrições orçamentárias tem gerado uma estratégia equivocada de garantir a eficiência dos gastos, mediante a fragmentação da atenção integral à saúde em dezenas de programas, projetos e atividades, isolados entre si e cada um vinculado à determinados requisitos para receber os repasses federais, ou a itens específicos do orçamento do Ministério da Saúde.

Até 1997 não havia subdivisão dos recursos transferidos para estados e municípios, o que passou a ocorrer a partir de março de 1998 com a implantação do Piso da Atenção Básica- PAB e a separação dos recursos para o financiamento da atenção básica e para o financiamento da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial.

O PAB Fixo de cada município vem sendo calculado tendo por base um valor *per capita*, sendo transferido de forma automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Já o PAB variável depende da adesão de Estados e Municípios aos programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família, de Combate às Carências Nutricionais, Farmácia Básica, Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

Desta forma, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde têm sido forçadas a abandonar princípios sustentados pela Constituição, de políticas de caráter universal, em favor de políticas focalizadas para setores da população. O repasse de recursos tem sido condicionado, portanto, a um certo grau de renúncia às decisões políticas locais.

As grandes conquistas do repasse Fundo a Fundo e da autonomia dos Fundos de Saúde tornaram-se, portanto, quase ilusórias. Ou seja, a quase totalidade de cada uma das dezenas de gastos vinculados e também a remuneração dos prestadores é que têm sido, de fato, condicionantes para o recebimento dos repasses.

Esta exacerbação do fracionamento da atenção integral, gerada no Ministério da Saúde tem atingido também prioridades de abrangência nacional e responsabilidades intransferíveis do Ministério da Saúde, entre outras, a erradicação de algumas endemias as quais se encontram atualmente diluídas e pouco assumidas no conjunto das dezenas de projetos e programas.

O repasse regular e automático é incompatível com a

celebração de convênio ou instrumento equivalente, que pressupõe acordo de vontade dos partícipes e se sujeita a uma normatividade específica para a sua celebração, com exigências e formalidades várias. Essas formalidades e exigências, partindo da esfera estatal depositária dos recursos, ferem a autonomia da esfera estatal recebedora.

Os recursos consignados no orçamento da União para transferência aos Estados, DF e Municípios para financiamento das ações e serviços de saúde, alocados no Fundo Nacional de Saúde, deveriam ser repassados de forma automática, conforme critérios previstos na Lei Orgânica da Saúde e desde que os Municípios, Estados e DF preencham os requisitos previstos na Lei, a saber: contar com fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida no orçamento e comissão para elaboração do plano de carreira, cargos e salários.

É, pois descabida a forma como a esfera federal vem efetuando o repasse de recursos Fundo a Fundo para Estados e Municípios tendo em vista, sobretudo, que a construção do SUS prevista na Lei n.º 8.080/90, preconiza o planejamento e orçamento ascendente, com metas de serviços pactuadas segundo as realidades locais e regionais.

Nem esta diretriz, nem aquelas previstas nas Normas Operacionais do Sistema estão sendo cumpridas, motivo pelo qual está sendo proposto o Projeto de Lei em referência.

Sala das Sessões,                      de março de 2004.

**Deputado Geraldo Resende**  
**PPS/MS**