

SAÚDE 98 - O PACOTE DAS NOVAS PORTARIAS DO M.DA SAÚDE

Mozart de Oliveira Júnior
Gilson Carvalho

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde editou um conjunto de Portarias que alteraram profundamente a NOB 01/96 e dá outras providências que terão profundas repercussões na organização e funcionamento do SUS no próximo período. Como assessores técnicos do CONASEMS participamos de discussões, objeto de deliberação unilateral através destas Portarias. Assim sendo, julgamos imprescindível esclarecer alguns pontos e tecer comentários sobre outros. Para efeito de organização destas observações, apresentaremos questionamentos e comentários na ordem de edição de cada Portaria.

1. ERROS DE PROCESSO

Antes de entrar no mérito do texto das portarias lamentamos que o Ministério da Saúde enverede novamente pelos caminhos autoritários de decisões unilaterais, em meio a negociações, baixando portarias com definições não colegiadas.

Existem regras claras sobre as competências do Ministério da Saúde e o respeito que deve a instâncias colegiadas legalmente constituídas. No momento em que não se cumprem estas regras há um nítido rompimento da ordem justamente por quem deveria dar exemplo a estados e municípios do cumprimento das leis. De respeito ao Conselho Nacional de Saúde. De exercício democrático.

1.1 UMA SUPOSTA PACTUAÇÃO NA TRIPARTITE

Várias reuniões. Alguns pontos acordados. Vários pontos por acordar. Vai-se ao Palácio do Planalto, com o aval do Presidente, assinar oficialmente as portarias com todas as alterações às 12 hs do dia 18 de dezembro de 1997. Depois da cerimônia, às 15:45 hs dá-se co-

nhecimento à CIT do teor das portarias a que ninguém tinha tido ainda acesso. Considera-se aprovado o pacote baseado em reunião anterior da CIT em que não havia tido consenso entre os pontos principais e essenciais!...

1.2 UMA SUPOSTA APROVAÇÃO NO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Ao ser questionado o Secretário que respondia pelo pacote do Ministério da Saúde sobre a não aprovação no Conselho Nacional de Saúde, afirmou publicamente que tinha sido aprovado com o parecer do Conselheiro Carlyle na reunião do dia 3 e 4/dez/97. Nesta ocasião não foram apresentadas as novas portarias e nem discutido seu conteúdo, principalmente as modificações na NOB 96.

2. ERROS DE CONTEÚDO

2.1 MODIFICA FORMAL E EXPLICITAMENTE A NOB 96, TOR- NANDO SEM EFEITO OS ITENS:

12.1.1 - SEM EFEITO - referente ao PAB onde está explicitamente escrito que: "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 pelo CNS. ... o valor pc nacional e único é reajustado com a mesma periodicidade, tendo por base no mínimo o incremento médio da tabela de procedimentos do SIA-SUS."

12.1.2 - SEM EFEITO = referente ao PSF e PACS onde acréscimo percentual do PAB estava aberto a todos os municípios, sem distinção de total populacional, e com teto de até 80% do PAB para o PSF e de 30% para o PACS.

13.1.1 - SEM EFEITO = referente ao PISO BÁSICO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - em que consta que deverá ser definido na CIT e aprovado no CNS.

15.1.3 b; 15.2.3 c; 16.3.3 b; 16.4.3. c; - SEM EFEITO - a prerrogativa, em cada uma das situações de gestão, de estarem recebendo regular e automaticamente o Piso Básico de Vigilância Sanitária

17.5 - SEM EFEITO = cancela os instrumentos do anexo I (decorrência das modificações).

17.12 - SEM EFEITO = atribuição de valores superiores ao PAB nacional para Municípios que apresentem gastos superiores com atenção básica.

17.13 - SEM EFEITO = para municípios não habilitados é limitado ao valor nacional e pago por produção de serviço.

2.2 PORTARIA 1882 - ESTABELECE O PAB

Muda o conceito original do PAB, que deixa de ser um Piso de Assistência Básica e passa a ser um Piso de Atenção Básica, tendo uma parte fixa (assistência + vig. sanitária neste ano) e uma parte variável de incentivos. Também define que o PAB representa um recurso exclusivamente de custeio, o que tem implicações jurídicas evidentes no seu uso para despesas de investimento pelos pequenos municípios que, se não tiverem capacidade instalada (investimento) para utilizá-lo com custeio, acabarão cometendo a ilegalidade de usá-lo como recurso de capital ou simplesmente comprando serviços de outros municípios ou terceirizando no próprio município.

2.2.1 - ART.3º § ÚNICO = "Os valores relativos ao PAB serão transferidos, transitoriamente, ao Fundo Estadual de Saúde, exclusivamente para cobertura da população residente em municípios não habilitados"

No texto original da NOB- 12.1.1, que ficou sem efeito, estava escrito que esta transferência transitória devesse atender a condições estipuladas na NOB-96.

FICA ABERTA A POSSIBILIDADE DE ESTADOS NÃO HABILITADOS ESTAREM RECEBENDO OS RECURSOS DE MUNICÍPIOS NÃO HABILITADOS. (O CORRETO É QUE CONTINUASSEM TRANSITORI-

**AMENTE RECEBENDO POR PRODUÇÃO, DO GOVERNO FEDERAL,
ATÉ O LIMITE DO TETO.)**

Neste parágrafo único não se define que, para que ocorra esta situação, o estado também deverá estar habilitado na NOB 96. Qual foi o objetivo deste parágrafo, já que na versão original da NOB esta exigência era clara (item 16.3.3 a)? Vale habilitação dos estados na NOB 93? E os municípios, deverão preliminarmente estar habilitados na NOB 96?

2.2.2 ART.5º INTRODUZ O CONCEITO DE PARTE VARIÁVEL DO PAB

Inclui nesta variável do PAB : Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, Assistência Farmacêutica, PACS, PSF.

O artigo 5º relaciona os incentivos e afirma que serão definidos com base em critérios técnicos específicos de cada programa (sic). A CIT perde a função de aprovar os critérios para pagamento destes e de futuros incentivos? Neste mesmo artigo o parágrafo 6º fala em normas complementares. Editadas e aprovadas por quem?

2.2.3 ART.6º - SUSPENSÃO DO PAB E BANCO DE DADOS

O artigo 6º define que serão suspensos os repasses do PAB para o município que deixar de alimentar quatro grandes bancos de dados nacionais (e outros que vierem a ser criados). O SIA e o SIH pelo prazo de 2 meses consecutivos após um prazo de carência de 6 meses. Quantos municípios brasileiros hoje dispõem destes 6 grandes sistemas? O MS e os estados tem estrutura técnica para implantá-los em todos os municípios brasileiros neste prazo? Caso isto não ocorra, somente o município será penalizado? E as SES não precisam encaminhar os dados ao MS? O que tem o SIH com o PAB?

2.2.4 VIGILÂNCIA SANITÁRIA E PAB

Contrariando a NOB-96 e o exposto no artigo 5º os procedimentos básicos de Vigilância Sanitária são incluídos na parte fixa do PAB.

Portanto, nenhuma perspectiva de recursos novos para a Vigilância Sanitária, muito pelo contrário: **INTRODUÇÃO DE UMA NOVA SÉRIE DE PROCEDIMENTOS A SEREM FINANCIADOS COM OS MESMOS RECURSOS - JÁ DIMINUÍDOS - DO PAB.**

O artigo 8º define que, em 1998, os procedimentos básicos da vigilância sanitária comporão a parte fixa do PAB. Em que fórum foi aprovada esta definição? Quem definiu quais são estes procedimentos? A relação apresentada pelo MS, no anexo para o novo PAB, inclui quase todos os procedimentos da VS definidos, pela própria SVS, como de média complexidade. Onde esta mudança ocorreu? Quem paga esta conta?

Nenhuma perspectiva de melhora do setor a não ser “desviando” recursos de outras áreas.

2.3 PORTARIA 1883 - TETO FINANCEIRO DA ASSISTÊNCIA

Duas questões fundamentais nesta portaria: o espírito e os valores estabelecidos.

Numa simples portaria o Ministério da Saúde, atendendo os ditames da planieconomocracia palaciana, esquece-se das competências das três esferas de governo. Esquece-se de que os recursos da Seguridade Social arrecadados pelo Governo Federal, constitucionalmente não são posse dele, mas das três esferas de governo que têm competências constitucionais para desincumbirem-se com estes recursos. A portaria diz mais ou menos que “estes são os meus recursos” e estados e municípios que se virem para completar o que for necessário!!!...Nesta hora lembram-se até mesmo de evocar a Constituição... mas só na parte que atende a seus interesses. O Governo Federal, em cumprimento à Constituição, não pode se esquecer que é mandatário na mesma CF que entrem recursos do orçamento fiscal da União, além das Contribuições Sociais.

A portaria, em seu artigo 3º reinterpreta a Constituição Federal ao afirmar que cabe a estados e municípios complementar a parcela de recursos federais destinadas às ações e serviços de saúde. Ou seja, se a cada ano a parcela federal de recursos para a saúde diminuir e as

necessidades aumentarem, a União já fez sua parte. Entretanto, o que está escrito na Constituição Federal é que "o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do DF e dos Municípios e das seguintes contribuições sociais..." Ou seja, fala da RESPONSABILIDADES COMUNS NO FINANCIAMENTO, JAMAIS NA COMPLEMENTARIEDADE DOS DEMAIS NÍVEIS EM RELAÇÃO AO QUE APORTA A UNIÃO principalmente se se considerar exclusivamente os recursos da Seguridade Social.

Quanto ao valor dos tetos estabelecidos fica o seguinte: R\$9,018 bi para toda a assistência e dentro dele R\$1,741 bi para o PAB e R\$7,277 para o restante da assistência.

Vale comparar valores da assistência em 1995, 1996, 1997 e fazer a correção destes valores PARA SE VER EXATAMENTE SE GANHOU O QUE GANHOU DE RECURSOS NOVOS A SAÚDE.

No montante referente ao teto financeiro definido para a assistência à saúde, o parágrafo 10 do art. 1º diz que serão deduzidos da parcela dos estados o que for repassado aos municípios habilitados na NOB 96. Não faz qualquer referência aos municípios em gestão simplena, ainda que os itens 16.4.3 a , 17.1, 17.2 e 17.6 façam referência a este assunto e não tenham sido revogados. Ou seja, deduz deste valor os recursos atualmente repassados fundo a fundo para os municípios em gestão simplena ou estes passam a ser pagos pelos estados?

Em que fórum foi definido o prazo de 60 dias para habilitação dos municípios e os critérios para corte, definido no art. 4º? A nova instrução normativa sequer foi definida e o prazo já esta correndo. Na Comissão Técnica Tripartite o CONASS e CONASEMS questionaram este critério e a resposta do MS foi que ainda não havia proposta.

2.4 PORTARIA 1884 - FIXA O TETO FIXO DO PAB

Fixa em 10 reais o valor fixo do PAB (INCLUÍDO AÍ O ABONO DE 25%) e usa a população do IBGE de 1997.

O total do fixo do PAB, na portaria acima é de R\$1,741.(10 reais para cada um dos brasileiros e a diferença para pagar aqueles cujos tetos já estão acima de 10 reais/ano).

Duas situações ocorrerão:

A) Os municípios que se habilitarem em 60 dias na NOB-96 e que tiverem sua produção acima deste valor (0,83 mês ou 10 reais ano) terão seus recursos congelados na produção média de 1996 (EM DECORRÊNCIA DA AFIRMAÇÃO DE QUE OS 10 REAIS REPRESENTAM O PAB JÁ COM OS 25%, IGUALMENTE PODE-SE ENTENDER QUE SERÁ O TETO DO FATURAMENTO MÉDIO DE 1996 COM O MESMO ABONO). Não será a produção de dezembro, nem a média de 1997 mas sim a média de 1996!

Este era um dos grandes problemas apontados para não se aceitar na Tripartite trabalhar com população de 1997 e produção de 1996. PERDEM TODOS OS MUNICÍPIOS QUE MELHORARAM SUA PRODUÇÃO NO DECORRER DE 1996 E EM TODO O ANO DE 1997.

B) Os municípios que não se habilitarem nos 60 dias na NOB-96 terão seus tetos congelados na média de 1996 até um teto máximo dos 10 reais/ano.

2.5 PORTARIA 1885 - MONTANTE DE INCENTIVOS DO PAB

PACS-PSF = R\$201 MI (cit= 0,80 hab.(psf) - 0,30 hab.(pacs))

FARMÁCIA = R\$159 MI (orç. 97 450mi; inicial de 98=390 mi)

NUTRIÇÃO = R\$159 MI (orç. 97 200 mi; inicial de 98=170 mi)

V.SANITÁRIA = R\$42 MI (inicial 98=462 mi;cit =260 mi)

Se em 98 a vig. sanitária está na parte fixa do PAB, como será aplicado o incentivo de 42 milhões. Não será investido no PAB?

2.6 PORTARIA 1886 - NORMAS DE DIRETRIZES PACS-PSF

Necessita de uma análise mais detalhada. Vai apenas um comentário: a normatização do programa fecha a possibilidade de regulamentação dos similares do PACS/PSF (questão prevista na NOB-96) uma vez que define inclusive a composição das equipes (PSF) e detalha o que deve ser considerado para efeito de remuneração. Além disso, não

forma definidos critérios de repasse, apesar de já estar revogado o critério da NOB 96.

Como será a definição dos critérios de alocação dos recursos para o PACS/PSF? Em que fórum serão aprovados?

2.7 PORTARIA 1887 - NOVA TABELA SIH

Será criada comissão para elaborar, em 120 dias, nova tabela de procedimentos por especialidades compatibilizados com CID 10 e com valores referenciais.

Proposta vai à Comissão de revisão e modernização.

A Comissão terá a representação Tripartite?

Não se fala em CIT nem CNS? Subentendidos?

2.8 PORTARIA 1888 - DESCENTRALIZAÇÃO DO PROCESSAMENTO DE AIH

A descentralização do processamento de AIH tem o limite em 1º de junho de 1998.

São responsabilidades das Secretarias Estaduais e municipais de saúde: a) compra de equipamentos b) atualização do banco de dados do SIH c) execução, guarda e recuperação de informações fiscais, contábeis e judiciais (IR, Pensão etc).

Punição: quem não cumprir para de receber fundo a fundo e perde habilitação.

O sistema já está em condições de uso? Qual o prazo o MS tem para colocá-lo à disposição dos municípios? Quem irá capacitar as secretarias municipais de saúde para a utilização do sistema?

O art. 5º dá poderes à SAS de suspender a condição de gestão de estados e municípios que não alimentarem o banco de dados do SIH. A SAS tem esta competência, uma vez que quem habilita é a CIT? Além disso esta penalidade é diferente de outra, aplicada para o mesmo caso, presente na portaria 1882, art. 6º. Quem irá definir a penalidade que prevalecerá?

2.9 PORTARIA 1889 - NOVO CÓDIGO SIA-SUS

Introduz novos grupos para o SIA (básico, especializado, alta complexidade-custo). Dígitos de codificação (GG.SSS DD-X) GG=grupo; SSS= subgrupo; DD= detalhamento do procedimento; X= dígito verificador.

Nova tabela com novos códigos (anexo I) a se implantar a partir de 1º de maio. Até maio vale a tabela antiga com incorporações necessárias (anexo II).

Onde foram parar os estudos feitos pela Comissão mista? Onde a aprovação da CIT?

O que foi aprovado na comissão técnica da Tripartite, inclusive cumprindo resolução da própria CIT é que não haveria tabela de transição entre janeiro e maio de 1998. O MS desconheceu ambas as decisões e publicou a tabela intermediária, com procedimentos que inflam o PAB (inclusive na vigilância sanitária), procedimento de apoio diagnóstico para AIDS, Ressonância Magnética, etc. sem que se apresente qualquer previsão de impacto financeiro.

Quem irá pagar pelos novos procedimentos incluídos na tabela?

2.10 PORTARIA 1890 - ATUALIZA CADASTRO

Determina o cadastramento hospitalar segundo formulário a ser apresentado na BBS e que não sabemos se foi o trabalho conjuntamente pelo Ministério e representantes do Conass e Conasems.

Para os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico não se tem indicativo de onde saiu o modelo.

Para os serviços ambulatoriais fica determinada a criação de Comissão para apresentar proposta de instrumento.

O art. 4º dá poderes aos municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal de saúde para atualizar cadastro de prestadores. Enquanto o município permanecer em gestão semiplena ele terá esta prerrogativa?

2.11 PORTARIA 1891 - NORMAS PARA LICENÇA DE FUNCIONAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Encarrega a Vigilância Sanitária de expedir até 31 de janeiro instrumentos normativos para expedição de licença de funcionamento de estabelecimento de saúde.

É constitucional? Não fere a autonomia das demais instâncias para legislar nesta matéria? O que são estas normas complementares?

2.12 PORTARIA 1892 - INCORPORA INTERNAÇÃO DOMICILIAR NO SUS

Incorpora a internação domiciliar e amplia a oferta de hospital-dia para outros agravos à saúde não previstos até agora.

A SAS normatizará em trinta dias.

Quem paga a conta da inclusão da internação domiciliar no SIH?

2.13 PORTARIA 1893 - AUTORIZA SES E SMS ESTABELECEREM VALORES PARA O GRUPO BÁSICO DO SIA

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, ouvido Conselho de Saúde, estabelecerão valores financeiros para pagamento de serviços básicos. Não habilitados seguirão pactuação da bipartite.

As interrogações são várias: Não haverá mais estabelecimento de valores mínimos nacionais? Quais os riscos e consequências disto?

A Lei 8080 no Art.26 diz: "Os critérios e valores para remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do SUS e aprovadas no Conselho Nacional de Saúde."

A portaria 1286 de 93 e a NOB-96 cita a tabela nacional como referência mínima no item 15.2.3 letra b. Serão cancelados estes documentos legais?

Caso prevaleça outra interpretação da lei 8.080, podem as secretarias municipais/estaduais fixarem valor de remuneração para procedimentos, menor que os da tabela?

Não se questiona a possibilidade de tabelas próprias mas sim a inexistência de uma tabela de valores mínimos nacionais.

3. CONCLUSÃO

Mais um ano teremos o risco de ver o processo de implantação do SUS em dificuldades. O que poderia ser um avanço como pretendia a NOB-96, poderá estar trazendo em seu bojo algumas graves ameaças:

a) a volta do principio totalitário do Ministério da Saúde de decidir sozinho não respeitando nem a instância colegiada dos gestores públicos (CIT) nem o Conselho Nacional de Saúde;

b) a idéia de que os recursos da seguridade social são exclusivamente da UNIÃO e que ao repassá-los em parte para os municípios e estados já estará cumprindo com sua obrigação;

c) a substituição de fontes praticada em 1997 com o adendo da CPMF, poderá ser agravada em 1998 como demonstra a proposta orçamentária aprovada pelo Congresso nacional;

d) a consequente transferência a Estados e Municípios da responsabilidade de financiar cada vez mais sozinhos a saúde, com intensa divulgação pela mídia de que a UNIÃO já faz sua parte;

e) o PAB, a princípio desejável e consoante os princípios constitucionais, esconde em seus valores o engodo maior de se dizer que agora sim estão sendo financiadas as ações básicas, quando, ao que tudo indica, (aguardamos dados de série que o MS deve à CIT-CNS) TEREMOS COM OS VALORES DESTE PAB, MENOS RECURSOS QUE NO ANO DE 1997. Suspeita a se comprovar.

A luta pela garantia do direito à saúde é contínua. Existem inimigos internos e externos. A única atitude não permitida é desanimar. Cada vez que se usurpa mais, maior deve ser nossa garra para lutar mais e garantir mais recurso, mais eficiência e compromisso social.