



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

MESTRADO PROFISSIONAL
EM ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE

Estudo Sobre os Pactos de Gestão Estabelecidos
Entre Estados e Municípios, a Partir da
Implantação da NOB-SUS 01/96

Maria Helena Carvalho Brandão

ORIENTADORA: CELIA REGINA PIERANTONI

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

Gestão de Sistemas de Saúde

2002



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO
RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**



**ESTUDO SOBRE OS PACTOS DE GESTÃO ESTABELECIDOS ENTRE ESTADOS
E MUNICÍPIOS, A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DA NOB-SUS 01/96**

Maria Helena Carvalho Brandão Oliveira

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, curso de pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Celia Regina Pierantoni

Rio de Janeiro
2002

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

O48 Oliveira, Maria Helena Carvalho Brandão.
Estudo sobre os pactos de gestão
estabelecidos entre estados e municípios, a partir
da implantação da NOB-SUS 01/96 / Maria Helena
Carvalho Brandão Oliveira. – 2002

107f.

Orientadora: Celia Regina Pierantoni.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado
do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Sistema Único de Saúde(Brasil) – Teses. 2.
Descentralização administrativa - Teses. 3. Saúde
– Administração – Normas – Teses. I. Pierantoni,
Celia Regina. II. Universidade do Estado do Rio
de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2(81)

RESUMO

Este trabalho procurou refletir sobre determinados instrumentos criados para operacionalizar a estratégia de descentralização do Sistema Único de Saúde, enfocando especialmente a divisão de responsabilidades que se estabeleceu entre estados e municípios durante a vigência da Norma Operacional Básica – NOB SUS 01/96. Seu objetivo geral é contribuir para o debate sobre as perspectivas da construção/reorganização do sistema de saúde brasileiro considerando as relações interinstitucionais, interníveis e interserviços envolvidas com o processo de descentralização na saúde. O ângulo adotado para examinar as relações entre estados e municípios é a avaliação dos pactos inter-esferas governamentais mediados direta ou indiretamente pelas Normas Operacionais.

Para ressaltar estes aspectos, foram utilizados dados relativos aos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM localizados em todos os estados brasileiros. Os aspectos analisados foram restritos à descentralização da assistência e buscaram entender possíveis fatores que influíram na formulação dos diferentes pactos estaduais. A situação encontrada atualmente, relativa aos pactos acordados entre estados e municípios, foi ainda comparada com estudos realizados pelo Ministério da Saúde em 1995 e em 1999, que trataram do mesmo tema.

O trabalho indica que alguns pactos estabelecidos entre estados e municípios em GPMS não contribuíram para a organização do Sistema e apresenta como a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/02, busca a superação deste problema.

Palavras-chave: Descentralização do Sistema Único de Saúde, Normas Operacionais, Gerência e Gestão, Pacto de Gestão.

ABSTRACT

This work tried to reflect on certain tools created to carry out the strategy of decentralization of the *Sistema Único de Saúde - SUS*, focusing specially on the sharing of responsibilities between states and municipalities in accordance with the *Norma Operacional Básica - NOB SUS 96*. Its general goal is to contribute to the debate on the perspectives of construction/ re-organization of Brazilian Health System, regarding inter-institutional, inter-level and inter-services relations related to the process of decentralization in health system. The angle adopted to examine the relations between states and municipalities is the evaluation of agreements between governmental spheres directly or indirectly mediated by the *Normas Operacionais*. To stress these features, the work used data related to the municipalities qualified in Full Management of Municipal System - *GPMS*, located in all Brazilian states. The analyzed features were restricted to decentralization of Aid and were used to understand the possible factors that influenced the different state agreements. The current situation, concerning agreements between state and municipalities, was also compared with studies developed by the Health Department in 1995 and 1999, about the same subject. The work points that some agreements between state and municipalities in *GPMS* did not contribute to the organization of the System. It also presents how the *Norma Operacional de Assistência - NOAS SUS 01/ 02* tries to overcome this problem.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho procurou refletir sobre determinados instrumentos criados para operacionalizar a estratégia de descentralização do Sistema Único de Saúde, enfocando especialmente a divisão de responsabilidades que se estabeleceu entre estados e municípios. Seu objetivo geral é contribuir para o debate sobre as perspectivas da construção/reorganização do sistema de saúde brasileiro considerando as relações interinstitucionais, interníveis e interserviços envolvidas com o processo de descentralização na saúde. O ângulo adotado para examinar as relações entre estados e municípios é a avaliação dos pactos inter-esferas governamentais mediados direta ou indiretamente pelas Normas Operacionais.

Nesse sentido, autores como Cordeiro (2001), ao esclarecerem sobre “a concomitância não intencional, portanto não planejada de medidas de ajustes fiscais envolvendo a Previdência Social e assistência médica e uma mobilização crescente pela reforma sanitária”, contribuem para a distinção da abordagem

da descentralização como tema de uma agenda de reformas mais ampla, derivada do processo de recessão econômica, globalização, daquela fundamentalmente comprometida com a democratização. Assim, embora a diretriz de descentralização, tal como assinalado por Levcovitz, Lima e Machado (1991), não colida com o ideário neo-liberal dos anos 90, não será essa a fonte de inspiração da elaboração dos instrumentos setoriais para a transferência de poder, responsabilidades e recursos da esfera federal para a estadual e municipal.

Contudo, as tensões entre as aspirações democratizantes e redistributivas da reforma sanitária, contextualizadas por conjunturas bastante adversas e sobretudo pelos percalços da construção de um federalismo cuja fragilidade da base de sustentação financeira foi agravada pelo endividamento dos estados, condicionam os rumos do processo de democratização. As contradições entre as dimensões de âmbito mais estritamente estruturais têm sido, de certo modo, questionadas por “normas” que resultam da negociação e pactuação de interesses derivados por um lado da lógica político-institucional e por outro da acumulação técnica dos responsáveis pela condução das políticas de saúde.

Os estudos mais detalhados sobre o tema são ainda escassos. Os trabalhos mais recentes na área da saúde, objetivando avaliar positivamente ou negativamente as políticas de descentralização, o abordam dentro de uma visão mais panorâmica. Autores como Mendes (1991) consideram que a descentralização vem propiciando a construção da cidadania na saúde e a acumulação de capital social no País. Outros estudiosos como Noronha e Soares (2001), enfatizam que o privilegiamento do “local” resulta da perda da função integradora das políticas nacionais e crescente desresponsabilização das atribuições sociais do governo federal.

No que diz respeito especificamente às análises dos impactos das Normas Operacionais, observa-se um consenso em torno do caráter operacional e portanto dinâmico desses instrumentos. Como afirma Carvalho (2001), “as doutrinas e os princípios estão nas leis”. As divergências parecem situar-se antes num plano mais geral: o do potencial impacto das políticas de saúde no atenuamento das desigualdades inter-regionais e inter-municipais, do que em uma análise pormenorizada dos efeitos das Normas Operacionais sobre a articulação de sistemas integrados de saúde.

Essa lacuna deverá ser superada por estudos de maior fôlego, por exigir recursos e prazos mais compatíveis com tema tão complexo. Por outro lado, a sistematização de uma reflexão ainda que limitada pode avançar hipóteses, ainda que provisórias, e contribuir para aprofundamentos posteriores.

Assim, o presente estudo limita-se à análise dos posicionamentos de estados e municípios frente às normas operacionais e das distintas configurações de pactos inter-esferas governamentais resultantes da adesão/rejeição a essas normas durante o período 1993-2002. A monografia está organizada em itens, sendo que o primeiro e o segundo trazem a apresentação e a introdução. No terceiro item, está descrito o processo descentralização da saúde, através da análise de quatro estratégias combinadas: as normas operacionais, as comissões intergestores, o processo de habilitação e a transferência de recursos fundo a fundo. O quarto item aborda os pactos de gestão estabelecidos entre estados e municípios, durante a vigência da NOB/SUS 01/96, procurando analisar os aspectos que são usados como argumentos pelos gestores estaduais, para a não transferência de alguns serviços aos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal – GPMS. A metodologia utilizada para o estudo está descrita, assim como, a análise dos dados e os resultados encontrados. Dentro ainda deste item, buscou-se comparar a situação identificada pelo Ministério da Saúde, em estudos realizados sobre este tema em 1995 e em 1999, com a situação encontrada atualmente. O quinto item apresenta como a NOAS busca a superação dos problemas ocasionados pelos chamados “pactos desorganizativos” no SUS. No sexto item, são apresentadas as considerações finais e os estudos adicionais que este trabalho sugere.

Considero importante registrar que, durante a elaboração deste trabalho, estive coordenando o Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência –DDGA/SAS/MS, fato este que, por um lado, propiciou uma reflexão de quem conduziu um processo, mas por outro, pode ter embaçado a realidade pela proximidade e envolvimento com os fatos.

2. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS, instituído a partir da Constituição Federal de 1988, definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado e estabeleceu que sua organização deveria ter caráter público, federativo, descentralizado, gratuito, participativo e de atenção integral.

A Lei 8.080 institui o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e define o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. Isto se constitui numa grande alteração da situação até então vigente. O Brasil passa a contar com um Sistema Público de Saúde, único e universal.

Os princípios do SUS definidos pela Constituição de universalidade no acesso, integralidade da assistência e equidade na distribuição dos serviços, garantindo serviços em quantidade e qualidade para todos os brasileiros, foram colocados, a partir de então, como grandes objetivos a perseguir por todos os cidadãos que lutam por um sistema de saúde melhor para a população brasileira.

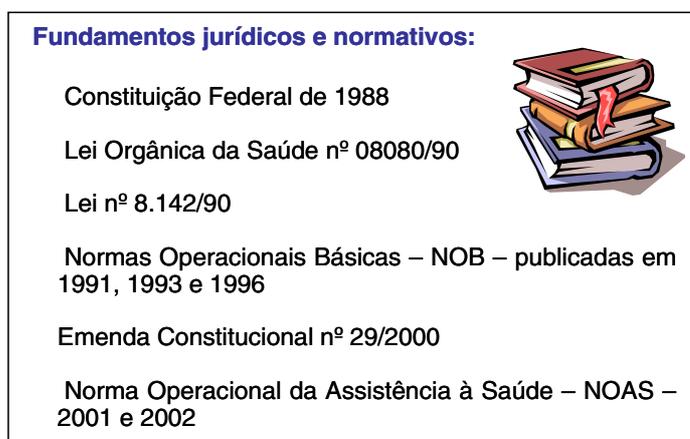
Para se alcançarem estes objetivos, foram estabelecidos como diretrizes organizativas: a integração e a hierarquização do sistema, a descentralização político e administrativa, com direção única em cada esfera de governo e o controle social, pensado através da organização de conselhos de saúde, paritários entre os usuários e o governo, em todos os níveis de governo do sistema.

A organização do SUS, assim como seu financiamento é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo. Recentemente, em 14 de setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29), que determina a vinculação de receitas dos três níveis de governo para o sistema.

Os recursos federais que correspondem a aproximadamente 60% a 65% do total dos disponíveis para a saúde no âmbito governamental (Piola e Biasoto, 2001) progressivamente vêm sendo repassados a estados e municípios, através de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, conforme mecanismo instituído pelo Decreto 1232, de 30 de agosto de 1994.

Os fundamentos jurídicos e normativos da descentralização do SUS são sistematizados na figura 1, abaixo.

Figura 1
Fundamentos Jurídicos e Normativos do SUS



FONTE: DDGA/SAS/MS

Do ponto de vista da aplicação da legislação na organização do Sistema Único de Saúde, vale destacar que o Brasil apresenta um sistema político federativo peculiar por ser constituído por três esferas de governo – União, estados e municípios, todas consideradas pela Constituição da República de 1988 como entes federativos com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica. São 26 estados e o Distrito Federal e 5.560 municípios. Estados que vão desde Roraima com população de apenas 279 mil habitantes até São Paulo com mais de 36 milhões de habitantes. Municípios com pouco menos de mil habitantes (Exemplo: Anhanguera – GO com 886 habitantes e Lagoa Santa - GO com 927 habitantes) até o município de São Paulo com mais de 10 milhões de habitantes.

O federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades que merecem destaque, por suas implicações para a área da saúde. A primeira diz respeito ao grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas. A diversidade dos municípios brasileiros - em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional do Estado, por sua vez, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados.

Outro aspecto relevante é que o federalismo brasileiro ainda se encontra, de certa forma, “em construção”, uma vez que ao longo de toda a história foi atravessado por períodos de centralismo autoritário, e a redemocratização do país ainda é relativamente recente. Esse processo de construção do federalismo é caracterizado por muitas tensões e conflitos na descentralização das políticas e definição dos papéis das três esferas de governo em cada área de política pública. No que diz respeito à saúde, a agenda política da década de 90 foi fortemente marcada pela temática da descentralização e pelos esforços de definição do papel dos gestores em cada nível de governo (Levcovitz, 1997).

3. O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO BRASIL

A implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, de responsabilidade dos três níveis de governo, exigiu mecanismos de regulação dinâmicos que permitiram, a partir de cada estágio de implementação do SUS, definir estratégias aplicáveis a cada momento, identificando e estimulando os avanços e corrigindo os problemas.

3.1. A EDIÇÃO DAS NORMAS OPERACIONAIS

As normas operacionais básicas de saúde, instrumentos fundamentais de regulação da descentralização do SUS, têm servido principalmente para regulamentar: a divisão de responsabilidades entre a União, estados e municípios, a relação entre os três níveis de governo, os mecanismos de financiamento incluindo critérios e fluxos de repasse de recursos.

Desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, foram publicadas seis normas operacionais expostas no quadro 1:

Quadro 1
Aspectos formais das normas operacionais

Norma	Instrumento normativo	Autoridade que assina	Processo de Negociação tripartite	Área de regulação	Tempo de vigência
NOB 91	Resolução nº 258, de 07/01/91	Presidente do INAMPS	Ausente	Assistência	6 meses
NOB 91 (reeditada)	Resolução nº 273 de 17/07/91	Secretário Nacional de Assistência à Saúde (acumulando a Presidência do INAMPS)	Considerado o “consenso” do CONASS e CONASEMS	Assistência	7 meses
NOB 92	Portaria 234 de 07/ 02/ 92	Secretário Nacional de Assistência à Saúde (acumulando a Presidência do INAMPS)	Considerado o “consenso” do CONASS e CONASEMS	Assistência	1 ano e 4 meses
NOB 93	Portaria GM nº545 de 20/05/93	Ministro da Saúde	Comissão constituída de forma tripartite	Assistência	3 anos e 6 meses
NOB 01/96	Portaria GM nº 2203 de 05/11/96 (Alterada pelas portarias nº G/M1882 a 1993, de 18/12/97)	Ministro da Saúde	Comissão Intergestores Tripartite	Assistência, Vigilância Sanitária, Epidemiologia e controle de doenças	3 anos e 3 meses (Implantada a partir de janeiro de 1998 tendo vigorado até maio de 2001)
NOAS 01/01	Portaria GM nº 95, de 26/01/01	Ministro da Saúde	Comissão Intergestores Tripartite	Assistência	1 ano e 1 mês
NOAS 01/02	Portaria MS/GM nº 373 de 27/02/02	Ministro da Saúde	Comissão Intergestores Tripartite	Assistência	Em vigor

FONTE: *Elaboração Própria*

Neste quadro, podemos observar o quanto o SUS tem como marca de origem a estrutura do INAMPS. A primeira norma operacional (NOB 91) foi assinada pelo Presidente do INAMPS, e a segunda, pelo Secretário Nacional de Assistência à Saúde que, na época acumulava a Presidência do INAMPS. Se formos analisar mais detidamente, a própria descentralização também tem suas raízes no INAMPS. Os serviços e funções que foram transferidas aos estados e municípios, eram em sua enorme maioria, serviços e funções desempenhadas pelo INAMPS e, portanto, organizados e localizados para atender à clientela previdenciária. O Ministério da Saúde e por consequência as secretarias estaduais, antes da fusão com o INAMPS, estavam organizados para resolver os problemas chamados de “saúde pública” e tinham pouquíssimos serviços assistenciais. Os municípios praticamente não desempenhavam funções na área de saúde.

O SUS surgiu, portanto, sem que houvesse propriamente uma cisão com a lógica da medicina previdenciária. Pelo contrário, a descentralização de um novo sistema foi ocorrendo contaminada pelas práticas institucionais nascidas em outra instituição, em outra época e com outro objetivo. De uma cobertura aos previdenciários, passou a ter como responsabilidade a saúde de toda a população; de um instituto com estrutura centralizada, passou a funcionar através de uma articulação entre o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municípios; de uma lógica de compra de serviços paga por produção, baseada em uma tabela de preços nacional, se pretendeu organizar sistemas que reconhecessem as peculiaridades de cada município brasileiro; de uma prática que lidava basicamente com a doença e com os doentes, o SUS buscaria a garantia na integralidade, articulando as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. O mais interessante deste fato é que, ainda hoje, mais de 10 anos depois de ter se iniciado a implantação do SUS no Brasil, ainda nos deparamos com inúmeros instrumentos criados pelo INAMPS: Autorização de Internação Hospitalar - AIH, Tabela Nacional de Procedimentos, Código 7, Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA, Sistema de Informações Hospitalares - SIH, Tratamento Fora do Domicílio -TFD, e tantos outros. Parece difícil avaliar, se, naquele momento da história, era possível implantar o Sistema Único de Saúde de outra forma, mas a gênese do SUS o impregna com características que persistem, ainda hoje muito significativas.

Outra observação relevante é que todas as normas operacionais, editadas até então, têm como eixo a assistência, com exceção da NOB 01/96, que, depois de receber muitas críticas, incorporou conteúdos relativos às outras duas áreas da saúde, além da assistência: a vigilância epidemiológica e o controle de doenças, e a vigilância sanitária. Apesar disso, estes aspectos não foram regulamentados e a descentralização destas áreas se deu posteriormente, com base em outros instrumentos normativos específicos.

Cada norma tem uma tendência de reforçar os movimentos positivos provocados pela norma anterior e corrigir os problemas identificados a partir da mesma. Elas tiveram como principais características:

- NOB - SUS 01/91, que teve como característica fundamental a uniformização na modalidade de remuneração dos serviços prestados pelo setor público e privado;
- NOB – SUS 01/92 - atualização da norma anterior;
- NOB – SUS 01/93, chamada de NOB “municipalista”, instituiu as modalidades de gestão para os estados e municípios, definiu critérios para o repasse de recursos do fundo nacional de saúde, direta e automaticamente, aos fundos municipais e estaduais de saúde, criou as comissões intergestores;
- NOB - SUS 01/96 - radicalizou o processo de descentralização ampliando os mecanismos de repasse fundo a fundo, criou o Piso de Atenção Básica – PAB, iniciativa que inaugurou o processo de alocação de recursos com base em critério percapita;
- NOAS – SUS 01/01 - Norma Operacional da Assistência à Saúde, que busca mecanismos para garantia da integralidade da assistência através do fortalecimento da atenção básica, de um processo articulado de regionalização do SUS e do fortalecimento do papel dos estados; amplia o conceito de distribuição de recursos percapita, agora de alocação microrregional;
- NOAS-SUS 01/02 - Norma Operacional da Assistência à Saúde, que manteve as mesmas características da norma anterior alterando alguns aspectos principalmente quanto ao papel do estado.

Para descrever as características principais de cada uma das Normas Operacionais na implantação do SUS, segue o quadro 2, que as sintetiza:

Quadro 2

Principais características das Normas Operacionais do SUS, no Período de 1991 a 2002

Normas	Racionalidade Sistêmica	Modelo de Financiamento	Papel dos Gestores
NOB 91/92	Iguala pagamento do prestador público ao privado. Cria e amplia sistema informatizado único	Repasse condicionado à produção de serviços.	Predomínio da gestão federal.
NOB 93	Cria modalidades de gestão municipal e estadual, com requisitos, responsabilidades e prerrogativas diferentes.	Repasse fundo a fundo para municípios habilitados, mas sem romper totalmente com a lógica do pós-pagamento .	Maior autonomia municipal. Ausência do papel do estado.
NOB 96	Define estratégias para a atenção básica (PSF). Adota política de incentivos (PAB variável) Proposta de elaboração de Programação Pactuada e Integrada –PPI.	Amplia a transferência fundo a fundo. Utiliza percapita para o financiamento da atenção básica. Define o pagamento dos incentivos.	Fortalece o papel dos municípios. Define o papel do estado, mas não instrumentaliza suas funções.
NOAS 01/02	Ênfase na regionalização da assistência. Amplia responsabilidades da atenção básica. Implanta e instrumentaliza a PPI.	Amplia recursos da atenção básica. Institui percapita de alocação microrregional. Aloca recursos para a média complexidade pela PPI. Define financiamento diferenciado para a alta complexidade (FAEC).	Municípios em GPMS passam a ter o comando único os prestadores. Fortalece o papel do estado como coordenador das relações intermunicipais e do processo de regionalização. Instrumentaliza os estados para suas funções.

Fonte: DDGA/SAS/MS

Um fator importante destas normas é que todas têm caráter transitório e são substituídas à medida que o processo de descentralização avança. Elas são, na maioria, portarias do Ministro da Saúde e resultam de um amplo processo de discussão entre os gestores dos três níveis de governo e são submetidas à aprovação da Comissão Intergestores Tripartite - CIT (NOB SUS 01/96, NOAS 01/01 e NOAS01/02) do Conselho Nacional de Saúde - CNS (NOB SUS 01/96, NOAS 01/01 e NOAS01/02) , sendo que uma delas foi submetida à Conferência Nacional de Saúde (NOB SUS 01/96). Este fato contribui para que os vários atores e autores envolvidos na discussão das normas e na implantação do SUS se tornem vigilantes quanto à garantia de sua implementação. Deste modo, é sempre conflituosa a possibilidade de mudança nas regras do jogo por parte de um dos três níveis de governo de forma unilateral, o que não quer dizer que alterações nas normas não ocorram algumas vezes, através de uma simples portaria do Ministro, como por exemplo as alterações que o Ministério da Saúde fez relativas à composição dos tetos financeiros dos estados, alterando toda a definição de tetos financeiros estabelecida pela NOB SUS 01/96; ou mesmo que, algumas determinações contidas nestas regulamentações fiquem esquecidas, sem nunca terem sido implantadas (como por exemplo ocorreu com o Incentivo de valorização de resultados -IVR).

Os críticos do processo de descentralização têm levantado algumas questões quanto à pertinência de se continuar regulamentando o SUS e principalmente a descentralização através de normas operacionais. O fato de as normas serem sempre fruto de amplo debate entre os gestores as torna um instrumento difícil de se substituir, considerando o risco de retrocesso.

3.2. AS COMISSÕES INTERGESTORES COMO ESPAÇO DE NEGOCIAÇÃO

Outro aspecto que vale ressaltar é a importância das comissões intergestores tanto no nível federal como no nível estadual. A Comissão Intergestores Tripartite - CIT, que iniciou seus trabalhos em 1991, foi institucionalizada em 1993 pela NOB-SUS 01/93.

Quando regulamentada, sua finalidade foi definida como: “*assistir ao Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde*”.

Esta comissão, desde então, vem funcionando regularmente. A CIT é composta por 15 membros, sendo formada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos Secretários Estaduais de Saúde indicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e representantes dos Secretários Municipais de Saúde indicados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). O fato de a representação da CIT ser paritária entre os três gestores não garante automaticamente igual peso nas decisões. O Ministério da Saúde, coordenado pelo Secretário Executivo e responsável pela Secretaria Executiva da CIT, tem mecanismos poderosos de influir nas decisões inclusive pelo volume de recursos federais alocados no SUS. Por outro lado, talvez ainda por resquícios “inampianos,” na CIT só se discutem as questões ligadas aos recursos federais para a saúde. Esta comissão quase nunca debate, por exemplo, a alocação dos recursos estaduais para a saúde, ou quais seriam as prioridades de alocação dos recursos dos municípios de uma determinada região do Brasil. Também vale ressaltar que os recursos federais que são objeto das discussões tripartites não representam a totalidade dos recursos federais destinados à saúde e que, de forma paralela, o Ministério mantém estratégias de alocação de recursos sem que os outros gestores sejam ouvidos.

Mesmo considerando estas fragilidades, a CIT desempenha papel relevante particularmente na decisão sobre temas relacionados à implementação descentralizada de diretrizes nacionais do sistema e aos diversos mecanismos de alocação de recursos financeiros federais do SUS. Essa instância foi de fundamental importância no processo de elaboração da NOB SUS 01/96 e da NOAS - SUS, em suas duas versões (de 2001 e 2002). Vale também assinalar que é comum a formação de grupos técnicos transitórios ou pontuais compostos por representantes das três esferas, que atuam como comissões técnicas de negociação e de processamento de questões para decisão da CIT.

Nos estados, funcionam as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs). Estas foram regulamentadas pela Norma Operacional Básica de 1993 (NOB SUS 01/93), como “*instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS*”, ressaltando os aspectos relacionados ao processo de descentralização no âmbito estadual, e afirmando a necessidade de que as definições e propostas da CIB sejam referenciadas pelo respectivo conselho estadual de saúde. Em cada estado, foram constituídas através de ato normativo da Secretaria Estadual de Saúde respectiva.

As comissões são formadas paritariamente por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário de Estado de Saúde, e representantes dos Secretários Municipais de Saúde indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde daquele estado (COSEMS). O secretário municipal de saúde da capital é membro nato da CIB.

Assim como na CIT, o processo decisório nas CIBs se dá por consenso, visto que é vedada a utilização do mecanismo do voto, visando a estimular o debate e a negociação entre as partes. A participação nas reuniões mensais em geral é aberta a todos os secretários municipais e às equipes técnicas das secretarias, embora o poder de decisão se limite aos membros formais da comissão. Desta forma, muitas vezes as reuniões da CIB são momentos de intenso debate e interação entre as equipes municipais e destas com a estadual. Aqui também, apesar de paritária, a Secretaria Estadual de Saúde –SES tem algumas vantagens na CIB. A primeira delas é que os representantes da SES decidem sempre junto com o secretário estadual, considerando que existe uma relação de hierarquia dentro da representação. Enquanto isto, a representação municipal integra interesse os mais diversos, desde as diferenças partidárias, as diferenças de interesses entre municípios grandes e pequenos, entre municípios plenos e não plenos, e outros mais. O consenso interno da representação do COSEMS é sempre muito trabalhoso e se não for muito bem cuidado a SES consegue adesão de parte da representação municipal e fragiliza a defesa do interesse da maioria dos municípios. Considerando este problema e face ao grande número de municípios e/ou à diversidade do perfil dos municípios em alguns estados, um ponto importante para o funcionamento e representatividade das CIBs concerne aos critérios adotados pelos COSEMS para definir a representação dos secretários municipais na CIB, que diferem bastante.

Merece ainda destaque o fato de que os COSEMS estaduais em geral são instâncias muito importantes tanto para a articulação política entre os gestores municipais, como para apoio técnico às secretarias, particularmente as de menor porte. Nesse sentido, os COSEMS mais atuantes adotam estratégias e instrumentos de divulgação das suas atividades para o conjunto dos secretários municipais, propiciando que mesmo os gestores que não têm assento na CIB estejam informados sobre os temas relevantes da política no âmbito estadual. Os meios de comunicação mais comuns são: a realização de assembleias gerais e/ou de encontros regionais, jornais periódicos, mala-direta, internet e e-mail. Infelizmente, em alguns estados, o COSEMS se tornou pouco representativo e as decisões que assume são mais em defesa de seus interesses ou de um pequeno grupo que circula em torno da diretoria. Quando isto ocorre, uma das questões mais freqüentes é o COSEMS defender os interesses dos municípios em GPSM (a maioria dos representantes são gestores de municípios habilitados em GPSM) e a SES, também interessada nos recursos sob sua gestão, defender os interesses dos municípios habilitados em GPAB.

Apesar dos problemas observados nestas comissões (CIT e CIBs), sua implementação foi um fator de inclusão de todos os estados no debate e na disputa por propostas e recursos do SUS. É claro que o poder de pressão dos estados do Sul e Sudeste ainda é maior e a possibilidade de influência dos estados do Norte ainda é bem menor. No entanto, estes estados têm representação formal na Comissão Intergestores Tripartite, o que faz com que suas possibilidades reivindicatórias sejam bem maiores.

Em síntese, as comissões intergestores se afirmaram na área da saúde como instância privilegiada e estratégica de negociação entre os gestores de diferentes esferas de governo, com vistas à deliberação conjunta sobre as políticas de saúde no âmbito nacional e estadual, configurando um avanço do ponto de vista da tentativa de concretizar um arranjo federativo na saúde. Desta forma, as reuniões dessas comissões constituem um espaço de expressão de conflitos e construção de consensos entre os gestores, além de representarem oportunidades de trocas de experiências e de formação dos gestores. Vale ainda destacar as negociações políticas e atividades técnicas envolvendo os diferentes níveis de governo, por meio de seus representantes e assessorias, que ocorrem entre as reuniões dessas comissões, com vistas a processar as questões para deliberação posterior.

Existe uma proposta circulando entre os gestores que participam da CIT, que busca dar maior formalidade à CIT e CIBs, fazendo com que estas comissões sejam constituídas através de um decreto. Acredita-se que, com esta iniciativa, estas comissões não corram risco de serem desativadas.

3.3. O PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ESTADOS E MUNICÍPIOS

Merece destaque dentro do processo de descentralização a análise da estratégia de “habilitação” definida pelas normas operacionais. As condições de gestão, estabelecidas nas normas, explicitam as responsabilidades do gestor municipal/estadual, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

Em todas elas, estados e municípios puderam optar pela modalidade de gestão de sua escolha. Esta decisão, portanto, foi sempre um ato voluntário de estados e municípios. A descentralização de ações e serviços no SUS nunca ocorreu de forma compulsória, e a habilitação é na verdade a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade. Os municípios que não aderiram ao processo de habilitação permaneceram 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.

Como forma de apoiar este movimento, o Ministério de Saúde adotou, em muitos momentos, políticas de incentivos à descentralização. Recursos foram repassados na medida em que estados e municípios se habilitavam. É claro que quanto maior forem os incentivos, maiores e mais rápidas são as adesões. Se, por um lado, este movimento é importante porque impulsiona os municípios e estados a assumirem suas responsabilidades constitucionais, por outro, traz alguns problemas, principalmente porque induz, muitas vezes, a um grande número de habilitações apenas “cartoriais”, sem conseqüências reais para a organização do sistema.

O quadro 3, que se segue, caracteriza as modalidades de habilitação definidas em cada uma das normas operacionais:

Quadro 3

Modalidades de gestão definidas nas Normas Operacionais –1991 a 2002

Norma Vigente	Gestão municipal	Gestão estadual
NOB-SUS 01/91 e 01/92	Não definiu mecanismos de habilitação	Não definiu mecanismos de habilitação
NOB-SUS 93	Incipiente Parcial Semiplena	Parcial Semiplena
NOB-SUS 96	Plena da Atenção Básica Plena do Sistema Municipal	Avançada do Sistema Estadual Plena do Sistema Estadual
NOAS/SUS 01/01 e 01/02	Plena da Atenção Básica Ampliada Plena do Sistema Municipal	Avançada do Sistema Estadual Plena do Sistema Estadual

FONTE: *Elaboração Própria*

A NOB-SUS 01/93, que iniciou o processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil, também chamada de “NOB municipalista”, definiu mecanismos claros que fortaleciam os municípios, fazendo-os assumir a gestão dos sistemas de saúde.

Esta norma foi muito importante, pois instituiu as modalidades de gestão para os estados e municípios, definiu critérios para o repasse de recursos do fundo nacional de saúde, direta e automaticamente, aos fundos municipais e estaduais de saúde. Além de tudo isso, esta norma criou as comissões intergestores, o que institucionalizou o processo de negociação permanente entre os gestores dos três níveis de governo.

As regras criadas para habilitação de municípios e estados e para os respectivos repasses de recursos democratizaram o acesso às informações e permitiram a existência de experiências bem sucedidas em 144 municípios, fator importantíssimo para a evolução do processo de descentralização no Brasil.

A maior crítica que se faz hoje à NOB-SUS 01/93 é de que ela não instrumentalizou o estado para o cumprimento de seu papel no sistema. Este fato contribuiu, muitas vezes, para o estabelecimento de uma relação direta entre os municípios e o Ministério da Saúde - MS. Mas mesmo os maiores críticos desta norma têm dificuldades de afirmar se a descentralização que ela proporcionou teria sido ocorrido se tivesse sido antecedida de uma descentralização dos serviços e recursos para os estados.

Segue abaixo o quadro 4, que expõe a habilitação dos municípios na NOB/SUS 01/93.

Quadro 4
Municípios habilitados conforme a NOB SUS 01/93

ESTADOS	TOTAL DE MUNICÍPIOS	MUNICÍPIOS HABILITADOS			
		INCIPIENTE N°	PARCIAL N°	SEMIPLENA N°	TOTAL N°
REGIÃO NORTE	398	34	16	6	56
AC	22	5	2	0	7
AM	62	1	0	0	1
AP	15	0	0	0	0
PA	128	20	6	2	28
RO	40	7	3	3	13
RR	8	0	0	0	0
TO	123	1	5	1	7
REGIÃO NORDESTE	1559	851	39	33	923
AL	100	54	4	0	58
BA	415	170	4	0	174
CE	184	136	0	12	148
MA	136	30	6	9	45
PB	171	101	0	1	102
PE	177	117	6	5	128
PI	148	100	0	1	101
RN	153	116	19	5	140
SE	75	27	0	0	27
REGIÃO C. OESTE	427	164	64	9	237
GO	232	111	13	0	124
MS	77	30	17	8	55
MT	118	23	34	1	58
DF	*	*	*	*	*
REGIÃO SUDESTE	1533	800	261	78	1139
ES	71	54	1	3	58
MG	756	488	201	18	707
RJ	81	3	14	7	24
SP	625	255	45	50	350
REGIÃO SUL	1058	518	236	18	772
PR	371	285	44	3	332
SC	260	28	176	11	215
RS	427	205	16	4	225
BRASIL	4.975	2367	616	144	3127

FONTE:DDGA/SAS/MS

Na vigência da NOB-SUS 01/93, 3127 municípios se habilitaram, sendo 2367 na gestão incipiente, 616 em gestão parcial e 144 municípios na gestão semi-plena. As conseqüências práticas, do ponto de vista do financiamento, só se deram naqueles municípios habilitados na gestão semi-plena, mas em muitos estados, através de normas emanadas das comissões intergestores bipartites, houve transferência de responsabilidades para os municípios habilitados na gestão incipiente e parcial. O fato que melhor ilustra este movimento foi a delegação dada pelas secretarias (aquelas que reconheciam como avanço o processo de descentralização) aos municípios habilitados para autorizar os serviços contratados pelo SUS no seu território. Outra questão fundamental foi o fortalecimento das representações municipais (COSEMS E CONASEMS) e a implantação de milhares de secretarias/departamentos municipais em todas as regiões do país.

A habilitação dos estados nesta norma encontrou problemas desde o seu processo normativo. As responsabilidades, requisitos e responsabilidades definidos foram muito espelhados naqueles definidos para os municípios e tinham aplicação duvidosa para a gestão estadual. Assim mesmo, 5 estados se habilitaram na gestão avançada do sistema e 7 estados na gestão plena do sistema. Estas habilitações não tiveram

nenhuma repercussão prática, devido à não regulamentação para a sua operacionalização, por parte do Ministério da Saúde. O quadro 5 mostra a quantidade de municípios habilitados pela NOB 01/96.

Quadro 5

Habilitação de municípios por condição de gestão e por Estado na NOB-SUS 01/96, Posição: Dezembro de 2001

ESTADO	TOTAL	PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA		PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL		TOTAL DE PLEITOS APROVADOS	
	MUNIC.	MUNIC.	%	MUNIC.	%	MUNIC.	%
AC	22	17	77,27	1	4,55	18	81,82
AL	102	87	85,29	15	14,71	102	100,00
AM	62	55	88,71	7	11,29	62	100,00
AP	16	13	81,25	1	6,25	14	87,50
BA	417	397	95,20	19	4,56	416	99,76
CE	184	155	84,24	29	15,76	184	100,00
ES	78	43	55,13	35	44,87	78	100,00
GO	246	231	93,90	15	6,10	246	100,00
MA	217	171	78,80	44	20,28	215	99,08
MG	853	784	91,91	57	6,68	841	98,59
MS	77	68	88,31	9	11,69	77	100,00
MT	139	137	98,56	1	0,72	138	99,28
PA	143	98	68,53	44	30,77	142	99,30
PB	223	215	96,41	8	3,59	223	100,00
PE	185	166	89,73	19	10,27	185	100,00
PI	222	221	99,55	1	0,45	222	100,00
PR	399	386	96,74	13	3,26	399	100,00
RJ	92	70	76,09	22	23,91	92	100,00
RN	167	157	94,01	10	5,99	167	100,00
RO	52	41	78,85	11	21,15	52	100,00
RR	15	14	93,33	1	6,67	15	100,00
RS	497	486	97,79	11	2,21	497	100,00
SC	293	273	93,17	20	6,83	293	100,00
SE	75	73	97,33	2	2,67	75	100,00
SP	645	482	74,73	161	24,96	643	99,69
TO	139	130	93,53	9	6,47	139	100,00
BRASIL	5.560	4.970	89,39	562	10,16	5.535	99,55
Não está incluído o DF							

FONTE:DDGA/SAS/MS

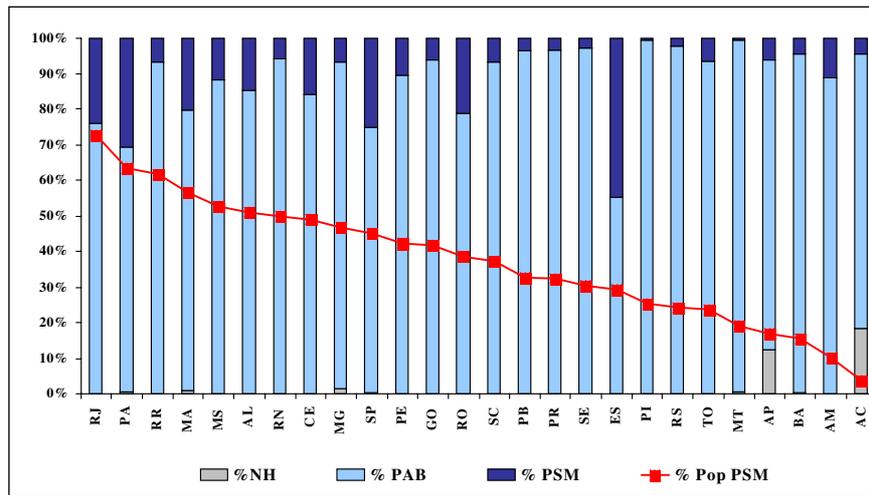
A adesão ao processo de habilitação na NOB-SUS 01/96 se deu quase que pela totalidade dos municípios brasileiros (5.535 municípios representando 99,55% deles). Quando foi publicada a norma que substituiu a NOB-SUS 01/96, a NOAS-SUS 01/01, apenas 25 municípios brasileiros não estavam habilitados a nenhuma modalidade de gestão. Dez por cento dos municípios foram habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (565 municípios). A escolha pelo município da modalidade de gestão que iria pleitear durante a vigência das NOB-SUS 01/93 e 01/96 dependia apenas da sua decisão. Na NOAS-SUS 01/01 e também na NOAS-SUS01/02, essa possibilidade de escolha foi alterada em função da observância de critérios de organização de sistemas integrados para a habilitação.

O gráfico 1 mostra a relação entre o percentual de municípios habilitados em gestão plena do sistema - GPMS em cada estado e o percentual de população que reside nesses municípios. O estado que teve

maior número proporcional de municípios habilitados nesta modalidade foi o Espírito Santo (44,8% dos municípios) e deveu este fato a uma lei estadual que beneficiou, através de Fundo de Participação dos Municípios - FPM, os municípios que aderiram a esta modalidade de gestão. Se observada a proporção de habitantes residentes nesses municípios, vamos verificar que foram predominantemente os pequenos municípios que aderiram à GPMS. Os maiores, inclusive a capital, se mantiveram em gestão plena da atenção básica. Os estado do Pará (30,8% dos municípios), São Paulo (25% dos municípios), Rio de Janeiro (23% dos municípios) e Rondônia (21% dos municípios) tiveram acima de 20% de municípios habilitados em GPMS.

Gráfico 1

Proporção de Municípios Habilitados, por Condição de Gestão, e da População sob GPMS, por UF – Brasil - Dezembro de 2001

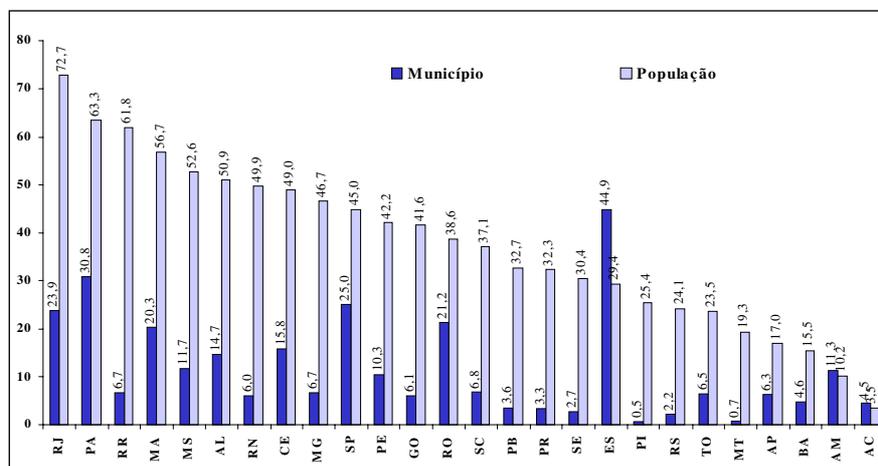


FONTE:DDGA/SAS/MS

O gráfico 2 mostra a relação entre percentual de municípios habilitados em GPMS e sua respectiva população. Em alguns estados, como é o caso de Roraima (que habilitou apenas a capital), Rio Grande do Norte (que habilitou 10 de 164 municípios) e Minas Gerais (apenas 6,7% dos municípios isto é 57 de 853 municípios), proporcionalmente, poucos municípios aderiram a GPMS, mas como foram os maiores municípios que se habilitaram, o percentual de população residente neles é alto. Em seis estados apenas um município foi habilitado em GPMS como é o caso do Acre, Amapá, Mato Grosso, Piauí e Roraima. Existem ainda oito capitais de estados brasileiros que não estão habilitadas em GPMS (São Paulo, Florianópolis, Salvador, Vitória, Manaus, Macapá, Porto Velho e Rio Branco).

Gráfico 2

Proporção de Municípios Habilitados na GPMS e da Respectiva População, por Estado - Competência 2001



FONTE:DDGA/SAS/MS

O processo de habilitação dos estados, durante a vigência da NOB-SUS 01/96, foi mais lento e irregular, sendo que, em 1998, apenas o estado de Alagoas se habilitou em Gestão Plena do Sistema Estadual; em 1999 mais os estados do Paraná, Santa Catarina e Distrito Federal e em 2000 o estado do Ceará. No ano de 2001, aderiram à gestão plena do Sistema os estados de Goiás e Pará. Como mostra o quadro 6, a seguir, em dezembro de 2001 havia sete estados habilitados em gestão plena do sistema e cinco estados habilitados na condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual (com prerrogativas financeiras de transferência de recursos fundo a fundo quase insignificantes, referentes aos recursos do Piso de Atenção Básica –PAB, quando fosse o caso).

Quadro 6

Habilitação dos estados brasileiros e Distrito Federal na NOB SUS 01/96– situação em dezembro de 2001

Situação de Habilitação	Nº de UFs	% de UFs	UFs
Gestão Avançada do Sistema Estadual	5	18,5%	Bahia, Minas Gerais, Paraíba, Rio Grande do Sul* e São Paulo
Gestão Plena do Sistema Estadual	7	25,9%	Alagoas, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Pará, Paraná e Santa Catarina
Não Habilitados	15	55,6%	Acre, Amazonas, Amapá, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso*, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima, Sergipe e Tocantins
Total	27	100%	---

FONTE:DDGA/SAS/MS

NOTA: Os estados do Rio Grande do Sul e de Mato Grosso tiveram a aprovação da Comissão Intergestores Tripartite para habilitação em Gestão Plena do Sistema Estadual, mas a habilitação não foi publicada por questões ligadas ao teto financeiro.

A maioria dos estados permaneceu sem se habilitar a nenhuma modalidade de gestão. Na prática, apenas aqueles que assumiram a gestão plena do sistema tiveram como prerrogativa gerir recursos federais significativos.

3.4. TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FUNDO A FUNDO

Uma questão que contribuiu decisivamente para o êxito da descentralização da saúde no Brasil foi a criação da modalidade de repasses de recursos de forma direta e automática do Fundo Nacional de Saúde - FNS para os fundos estaduais (Fundo Estadual de Saúde – FES) e municipais (Fundo Municipal de Saúde - FMS). Este mecanismo rompeu com a relação convencional existente até então entre o MS e os estados e municípios para o custeio dos serviços e deu melhores possibilidades de gestão a estes.

Com esta modalidade implantada, à medida que estados e principalmente municípios vão se habilitando, vai ocorrendo um aumento das transferências diretas de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais, em contraposição à antiga predominância dos mecanismos de pagamento federal direto aos prestadores de serviços, como mostra o Quadro 7. Desta forma, na fase de implantação da NOB SUS 01/96, a maior parte dos recursos da assistência passa a ser gerida diretamente pelos municípios e estados.

Quadro 7

Indicadores de evolução da descentralização no SUS - Posição no final de cada exercício – 1997/2001

Indicador / Ano	Dez/97	Dez/98	Dez/99	Dez/00	Dez/01
Nº de municípios habilitados a receber recursos fundo a fundo	144	5.049	5.343	5.451	5.535
Nº de estados habilitados a receber recursos fundo a fundo	---	1	7	8	12
% da população residente em municípios ou estados habilitados	17,3%	89,9%	99,3%	99,7%	99,9%

FONTE: Ministério da Saúde – Dados de Habilitação SAS/SPS (1997/2001)

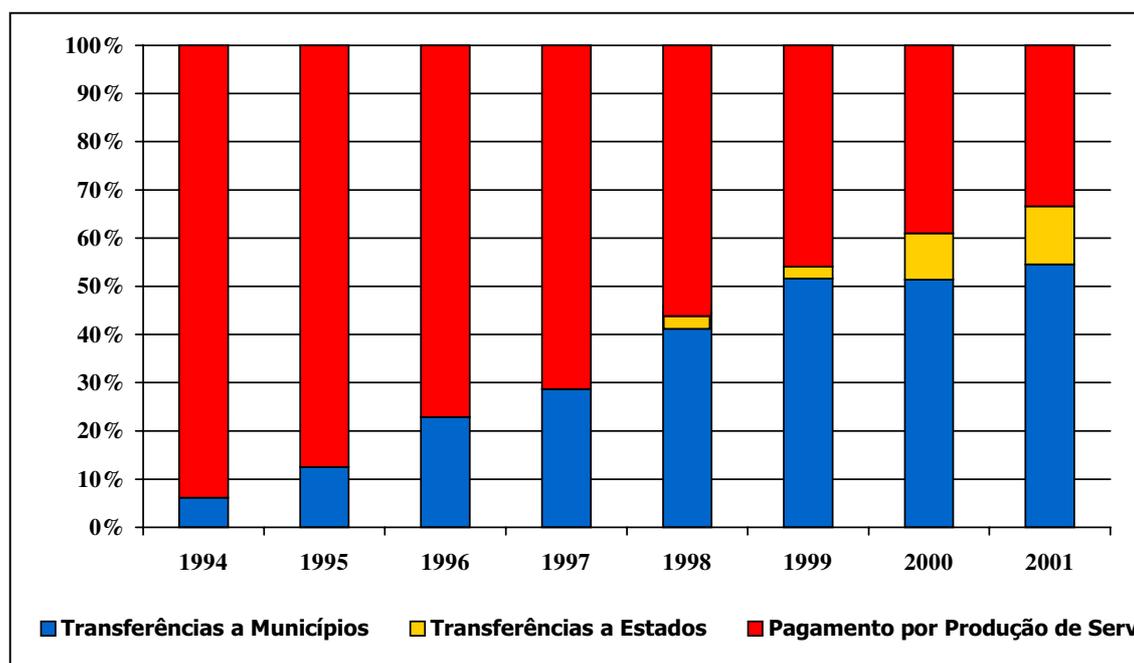
Nota: As habilitações na NOB SUS 01/96 começaram em 1998; as habilitações que constam em dezembro de 1997 correspondem ao período de vigência da NOB SUS 01/93.

O quadro acima mostra a evolução das transferências de recursos financeiros a estados e municípios de 1994 (NOB 01/93) até o ano 2001. Podemos verificar que 24,1% dos recursos destinados à assistência foram transferidos, ainda durante a vigência da NOB-SUS 01/93. No ano de 1998, o primeiro ano de vigência da NOB-SUS 01/96, as transferências passaram a somar 52,5% dos recursos, sendo que, nesta fase, 5049 municípios e 2 estados gozaram desta prerrogativa. Durante os anos de 1999 e 2000, este percentual cresceu lentamente e já se contava com transferência de recursos para estados. A partir de 2001, as deliberações da NOAS –SUS 01/01 e 01/02 interromperam as habilitações dos municípios, até que o Plano Diretor de Regionalização - PDR, a Programação Pactuada e Integrada - PPI e o Plano Diretor de Investimento - PDI do respectivo estado estivessem aprovados.

No gráfico 3, abaixo, podemos observar a evolução da modalidade de pagamento do Ministério da Saúde, executando cada vez menos o pagamento direto aos prestadores de serviço e passando a transferir os recursos aos estados e principalmente aos municípios para que esses efetuem o pagamento aos prestadores de serviços do SUS.

Gráfico 3

Distribuição dos Recursos Federais para o Custeio da Assistência, por Modalidade Pagamento - Brasil, 1994 a 2001



FONTE: DDGA/SAS/MS

Até dezembro de 2001, 66,9% dos recursos federais do SUS destinados à assistência já eram transferidos diretamente a estados e municípios. Até 1997, apenas os municípios receberam recursos na modalidade fundo a fundo. A NOB-SUS 01/93, apesar de prever a habilitação de estados, com prerrogativa de repasse de recursos, não teve este mecanismo implantado.

O Ministério da Saúde, durante a vigência da NOB-SUS 01/96, criou uma modalidade de co-financiamento (Portaria GM nº 1125, de 31/08/99) que estabelece que os serviços ambulatoriais e internações hospitalares, prestados por unidades próprias dos estados, sob gestão e gerência estadual, passem a ser custeados por meio de um valor mensal global a ser repassado pelo Ministério da Saúde, a título de co-financiamento, em adição aos recursos estaduais aplicados nestes serviços. Esta iniciativa permitiu o repasse direto de recursos do FNS para os fundos estaduais, superando a modalidade de pagamento por produção de serviços entre entes públicos. Dois estados aderiram a esta portaria do Ministério: Pernambuco (Portaria Conjunta SE/SAS nº 30, de 14/11/00) e São Paulo (Portaria Conjunta SE/SAS nº 30, de 14/11/00). Estes recursos estão computados nos dados referentes às transferências de recursos e representam um dos exemplos em que o mecanismo fundo a fundo, inicialmente criado para garantir o repasse para estados e municípios que aderissem ao processo de descentralização, vai sendo gradativamente utilizado para outras estratégias do Ministério da Saúde.

Uma discussão importante que se faz hoje, quanto ao processo de descentralização, diz respeito à contradição que possa estar ocorrendo entre repasse de recursos fundo a fundo e “fatiamento dos tetos financeiros”. Até recentemente, o percentual de recursos repassados fundo a fundo era um dos mais importantes indicadores de acompanhamento da evolução do processo de descentralização. Este indicador atualmente tem que ser olhado com mais cuidado, uma vez que este mecanismo de repasse, como citado no exemplo descrito acima, tem sido usado pelo Ministério da Saúde não apenas vinculado ao processo de habilitação. Outro exemplo, onde ocorre este fato, é o repasse dos recursos para a farmácia básica, que ocorre mediante qualificação e é possível acontecer, mesmo para estados não habilitados a nenhuma das formas de gestão. Neste caso específico, o processo foi aprovado na CIT, o que pode não acontecer em todos os casos.

Outro problema fortemente debatido diz respeito aos recursos que são transferidos fundo a fundo, mas têm destinação definida pelo Ministério da Saúde ora por nível de complexidade, ora por grupo de atividades, outras vezes até mesmo por procedimentos. Com isto, o Ministério tem o objetivo de acompanhar diretamente as atividades que induz (muitas vezes a indução de políticas se faz com recursos novos). Seguindo a mesma lógica proposta, o FNS repassa aos fundos estaduais e municipais os recursos “fatiados”. Esta política de alocação, se por um lado permite ao Ministério da Saúde induzir políticas, o que é desejável, por outro, pode dificultar tanto a organização dos sistemas municipais quanto a gestão financeira dos recursos. O “fatiamento dos tetos financeiros e dos repasses” fez com que muitos gestores perdessem o controle sobre os recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

4. A NOB-SUS 01/96 E OS PACTOS DE GESTÃO ENTRE ESTADOS E MUNICÍPIOS

A questão da divisão de responsabilidades entre estados e municípios na gestão do SUS evidenciou-se, desde o início do processo de descentralização, como um ponto polêmico entre os gestores e toma ainda hoje grande parte na pauta de negociações, seja na CIT, onde se busca consenso para aprovação de uma norm, ou nas CIB, onde se procura a implementação das referidas normas.

4.1. A DEFINIÇÃO DAS RESPONSABILIDADES DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS NA NOB/SUS 01/96

Para melhor entendimento desta questão, vale ressaltar a distinção e conceituação que a NOB SUS-01/96 faz de “*gerência como administração de uma unidade que se caracteriza como prestador de serviços*” e a “*gestão como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria*”.

Um ponto de tensão identificado em todas as fases de implantação do SUS diz respeito aos aspectos relacionados à gestão do sistema. Quanto às questões relativas à gerência, as normas só radicalizaram na obrigatoriedade da transferência dos serviços de atenção básica aos municípios. Apesar deste ponto ser consenso em todos os fóruns, na região Norte, por exemplo, alguns estados (PA, RR, AM, AC) ainda

dificultam a transferência de suas unidades básicas de saúde para os municípios. Quanto à transferência da gerência dos serviços de média e alta complexidade, a NOB-SUS 01/96 definiu que os serviços deveriam ser transferidos para os municípios, mas permitiu que a CIB pudesse definir em contrário. Atualmente, observamos que os estados que têm forte vocação para a execução de serviços, têm mais dificuldades em cumprir seu papel de gestor estadual, uma vez que disputam os recursos com os municípios, em lugar de mediar os conflitos existentes entre eles.

A Norma Operacional da saúde NOB-SUS 01/96 quando foi editada trouxe como “*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*”.

Descreve ainda como propósito o aperfeiçoamento do SUS apontando um *reordenamento 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 progressiva e continuamente 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 os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com 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.

A NOB SUS - 01/96, na tentativa de clarear o papel de cada um dos gestores e induzir divisões de responsabilidades que facilitassem a organização do SUS, definiu que “*o gestor do sistema municipal é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados no seu município*”; define ainda que: “*o pagamento final a um estabelecimento pela prestação de serviços requeridos naquela localidade ou encaminhados de outro município é sempre feito pelo poder público do município sede do estabelecimento*”.

Esta NOB/SUS define como “*uma das responsabilidades nucleares do poder público estadual mediar as relações entre os sistemas municipais, 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*”.

Na definição da NOB/SUS quanto às condições de gestão dos municípios, ficou assim definido: “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: Gestão Plena da Atenção Básica; e Gestão Plena do Sistema Municipal.

Como responsabilidades dos municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal, a NOB-SUS 01/96 define:

- 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 (grifo nosso)*;

- 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.

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) Dispor de 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 básica;
- 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;

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) Sem efeito pela Portaria/GM/MS 1882 de 18/12/97;
- 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.

Como podemos observar, a NOB/SUS 01/96 definiu de forma bem clara as responsabilidades de gestão para estados e municípios. A questão foi que esta norma, quando definiu as responsabilidades dos municípios, abriu prerrogativa para que as Comissões Intergestores Bipartites Estaduais - CIB pudessem, excepcionalmente, definir outra divisão de responsabilidades entre os gestores. Esta iniciativa permitiu a flexibilização da questão do comando único sobre os prestadores. Este ponto foi o item de maior tensionamento, no processo de negociação, para a aprovação da NOB-SUS 01/96. Na prática, não foi possível o consenso necessário para a aprovação do texto, sem que houvesse antes a flexibilização deste ponto.

4.2. O PROBLEMA DA DIVISÃO DE RESPONSABILIDADE ENTRE ESTADOS E MUNICÍPIOS

Em 1995, o Ministério da Saúde, a pedido da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, já preocupada com esta questão, realizou um estudo no sentido de identificar melhor como estavam se dando os pactos de gestão na descentralização da assistência, que iniciava na maioria dos estados sustentados pela discussão da NOB-SUS 01/96. Naquela época foram identificados cinco modelos de gestão:

- A- Gestão municipalizada do sistema, com ênfase na regionalização: caracterizada pela descentralização para os municípios da maioria das atividades de gerência e gestão do sistema e pela forte presença do estado, na coordenação do processo de programação, na garantia de organização de sistemas regionais, bem como de acesso da população aos serviços de referência.
- B- Gestão municipalizada do sistema, sem ênfase na regionalização, também chamada de “*Atomizada*”, Caracterizada por forte descentralização da gerência e gestão, com frágil participação do estado.
- C- Gestão descentralizada, por nível de hierarquia: caracterizada por uma divisão de responsabilidades entre estados e municípios, em que tanto a gerência das unidades públicas de maior complexidade como a gestão sobre os serviços contratados mais complexos ficam sob responsabilidade estadual, não sendo, portanto, passíveis de serem municipalizados. Os municípios assumem os serviços ambulatoriais básicos e os hospitais de menor complexidade.
- D- Gestão descentralizada, por partilha: esta forma de pacto não leva em conta a organização do sistema de saúde. Divide a gestão e gerência de acordo com os interesses dos gestores.
- E- Gestão centralizada do sistema: caracterizada pelo papel dos municípios apenas como prestadores de serviços; as funções de gestão do sistema são exclusivas do estado.

Neste estudo, o MS identificou dois modelos de gestão com potencial para estruturar sistemas e manter clara a responsabilidade de cada gestor. Estes foram: o modelo de gestão municipalizada com ênfase na regionalização e o descentralizado por nível de hierarquia.

A NOB/SUS 01/96 foi trabalhada tendo como referência esse diagnóstico em todo o tempo de sua elaboração se buscou a superação desse problema.

No início de 1998, quando iniciou a implantação da NOB-SUS 01/96, já alterada pelas portarias do Ministro da saúde, de 18 de dezembro de 1997, e os municípios começaram a encaminhar seus pleitos de habilitação, as CIB passaram a debater a questão do comando único. Em alguns estados, não havia dúvida quanto a esta questão, e os municípios que haviam sido habilitados na gestão semi-plena pela NOB-SUS 01/93 já geriam a totalidade do sistema de saúde municipal. Em outros estados, essa questão foi polêmica durante a vigência da norma anterior os municípios habilitados na gestão semi-plena só geriam parte dos serviços e conseqüentemente dos recursos, e a CIB manteve a mesma posição durante a vigência da NOB-SUS 01/96. Existem situações em que esta questão não foi nem mesmo deliberada pela CIB, e o estado decidiu quais serviços iriam ser transferidos e quais ficariam sob sua gestão, de forma unilateral.

Seguem abaixo alguns dos argumentos mais usados para que os serviços não fossem transferidos para os municípios:

- -”os municípios devem se responsabilizar apenas pelos serviços de menor complexidade e portanto os serviços de alta complexidade devem ficar sob gestão estadual”.
- “a gestão dos serviços estaduais não deve ser transferida para os municípios ou os hospitais universitários não podem ter a gestão transferida”.
- “os municípios são muito frágeis e têm muita dificuldade para assumirem as responsabilidades inerentes da gestão na saúde; é melhor que o estado não transfira alguns serviços”.
- “os serviços de referência intermunicipal não devem ser transferidos para a gestão municipal; a responsabilidade com o atendimento intermunicipal é do estado”.

A possibilidade que a NOB/SUS 01/96 deu à CIB de decidir em contrário a tudo que ela mesma regulamentava, em defesa do comando único sobre os prestadores, fez com que a exceção virasse a regra e os mais variados acordos foram feitos. Este fato é identificado, atualmente, como um problema para a organização do SUS no Brasil. Em alguns casos, os pactos são “desorganizativos”, ocasionam conflitos permanentes entre os gestores estadual e municipal e levam ao rompimento do princípio do comando único sobre o sistema em cada nível.

Este problema tem se mostrado muito relevante e tem grande importância na avaliação dos resultados da gestão descentralizada. Não se pode avaliar da mesma forma os municípios que têm a gestão de 100% dos seus serviços e aqueles que têm apenas 50%, ou até menos desta gestão. Em qualquer avaliação que se faça dos municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal - GPSM, pela NOB-SUS 01/96, tem que se avaliar o grau de responsabilidades que os municípios realmente tiveram ao assumir tal gestão. Em pesquisa contratada pelo Ministério da Saúde –MS para avaliar os municípios em GPSM, ficou evidente que grande parte dos municípios que apresentam gestão dividida tiveram pior desempenho.

Diante deste fato, algumas indagações são freqüentes:

- Quais foram os pactos de gestão que vigoraram a partir da implantação da NOB-SUS 01/96?
- Por que os pactos de gestão entre estados e municípios se deram de forma tão diferenciada durante a vigência da NOB-SUS 01/96 ?
- Quais aspectos podem ter interferido para que estes pactos fossem estabelecidos?

4.3. A METODOLOGIA UTILIZADA PARA A ANÁLISE DOS PACTOS ENTRE ESTADOS E MUNICÍPIOS NA IMPLANTAÇÃO DA NOB –SUS 01/96

Para se entenderem e analisarem melhor as razões que levaram os estados a escolherem diferentes formas de divisão de responsabilidades, que repercutiram na formalização dos seus pactos com os municípios, foram analisados os municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal, a partir da implantação da NOB-SUS 01/96. Esta escolha se deu pelo reconhecimento de que é nessa condição de

gestão que mais se diferencia a divisão de responsabilidades entre os estados e os municípios. Os municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica - GPAB têm suas responsabilidades mais rigidamente definidas e o financiamento das ações é definido com base em recursos per capita.

O estudo foi restrito à descentralização da assistência e aos pactos estabelecidos para a gestão da mesma.

Reconhecendo a dificuldade de identificar o pacto em cada um dos 562 municípios habilitados em GPMS em dezembro de 2001 e buscando alcançar os objetivos propostos, optou-se por analisar o conjunto de municípios em gestão plena do sistema - GPMS em cada um dos vinte e seis estados (o estudo não se aplica ao Distrito Federal, uma vez que ele não tem municípios). Nos casos em que se precisou ampliar o foco sobre um determinado problema, com o objetivo de detalhar os aspectos de maior relevância, usou-se como recurso auxiliar a análise da situação da gestão nas capitais brasileiras, quando habilitadas em GPMS, (quando isto não ocorre, foi analisado o maior município habilitado nesta forma de gestão).

O quadro 8 apresentado a seguir lista os municípios que foram analisados de forma especial:

Quadro 8

Lista de capitais ou maior município habilitado em GPMS analisados em cada estado

Região	Estado	Município	Capital
NORTE	AC	Senador Guiomar	Não
	AM	Manacapuru	Não
	AP	Santana	Não
	PA	Belém	Sim
	RO	Ji-Paraná	Não
	RR	Boa Vista	Sim
	TO	Palmas	Sim
NORDESTE	AL	Maceió	Sim
	BA	Vitória da Conquista	Não
	CE	Fortaleza	Sim
	MA	São Luís	Sim
	PB	João Pessoa	Sim
	PE	Recife	Sim
	RN	Natal	Sim
	SE	Aracajú	Sim
	PI	Teresina	Sim
CENTRO OESTE	DF	Brasília	Sim
	MT	Cuiabá	Sim
	MS	Campo Grande	Sim
	GO	Goiânia	Sim
SUDESTE	RJ	Rio de Janeiro	Sim
	SP	Campinas	Não
	MG	Belo Horizonte	Sim
	ES	Linhares	Não
SUL	PR	Curitiba	Sim
	SC	Joinville	Não
	RS	Porto Alegre	Sim

Fonte: Elaboração própria

Como podemos observar, a ausência da capital habilitada em GPMS em oito estados brasileiros (AC, AP, AM, RO, BA, SP, ES e SC) empobrece o estudo, uma vez que os municípios analisados muitas vezes não têm o porte, nem a complexidade das capitais. No entanto, apesar desse problema, a opção foi de focar pelo menos um município, em cada estado brasileiro.

Após a seleção dos municípios, foi efetuada a identificação da instância de governo responsável pelo pagamento dos prestadores de serviços ao SUS, localizados em municípios em GPMS. A análise ocorreu a partir dos dados referentes aos valores faturados no SIA e SIH/SUS, destinados ao pagamento de serviços de média e alta complexidade, oferecidos pelos prestadores públicos e privados, realizados nesses municípios. A escolha de se trabalhar com os valores faturados e não com os faturados pelo estado e somados àqueles transferidos fundo a fundo para os municípios se deu por acreditar que a identificação do gestor (estadual ou municipal), que autoriza o pagamento dos prestadores de serviços, é muito significativa para

a identificação dos pactos estabelecidos entre estados e municípios durante o processo de implantação da NOB SUS 01/96. Os recursos transferidos pelo governo federal para os municípios não revertem, na sua totalidade, em prestação direta de serviços e seria difícil comparar coisas de naturezas diversas.

Os dados analisados foram obtidos através do banco de dados do DATASUS, no Sistema de Informações Ambulatoriais SIA-SUS e no Sistema de Informações Hospitalares SIH-SUS.

A análise, que dependeu do reconhecimento da procedência dos pacientes e sua relação com a gestão dos serviços, foi feita com base no SIH/SUS, considerando que é neste banco que estes dados estão disponíveis e melhor estruturados.

Partindo dos modelos identificados pelo Ministério da Saúde em 1995 e das justificativas enumeradas durante o debate entre os gestores, buscou-se o entendimento da lógica dos pactos estabelecidos, inicialmente através da análise da situação da gestão, relacionada aos seguintes aspectos:

- gestão dos serviços de alta complexidade;
- natureza jurídica dos prestadores relacionados à gestão dos mesmos;
- fluxo de pacientes procedentes de outros municípios para os municípios em GPSM, relacionado à gestão dos serviços;
- porte dos municípios em cada estado e a influência deste fator sobre os pactos estabelecidos.

Durante o desenvolvimento do trabalho, buscou-se comparar os modelos identificados em estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 1995, que apresentava metodologia similar a que propunha este estudo. Foi identificado que a metodologia que foi utilizada pelo Ministério da Saúde, em 1995, com sucesso (identificou os modelos de descentralização, utilizando somente o critério da divisão de responsabilidades entre estados e municípios em GPSM), não se mostrava mais suficiente para analisar modelos de descentralização, no estágio atual do processo no Brasil. A partir daí, se buscou então, além de sintetizar os dados encontrados neste estudo a respeito da divisão de responsabilidade sobre a gestão dos recursos destinados à assistência nos municípios em GPSM, buscar outros dados significativos para a análise. Os dados incorporados foram os seguintes:

- o índice de transferência de recursos para os municípios, fundo a fundo (< 50% baixo, entre 50% e 60% médio e > 60% alto);
- o percentual de municípios habilitados em GPSM (<15% dos municípios do estado, baixo; entre 15% e 25% dos municípios do estado, médio e > que 25% dos municípios do estado em GPSM, alto).
- a situação de habilitação da capital;
- A transferência da gestão, com base na natureza jurídica dos prestadores de serviços;
- o percentual de população residente em municípios habilitados em GPSM
- PPI implantada sob coordenação do estadual.

Foram considerados estados “centralizados” aqueles que, apresentam baixo índice de transferência de recursos para os municípios e baixo percentual de municípios habilitados em GPSM, e estados “descentralizados” aqueles que apresentam alto índice de transferência de recursos para os municípios e alto percentual de municípios habilitados em GPSM. Os estados que não apresentam estes dados se encontram em fases intermediárias da descentralização.

A categorização dos pactos firmados entre estados e municípios procura preservar uma certa comparabilidade com as definições dos pactos estabelecidas em 1995. Assim foram considerados como “partilha” aqueles pactos que não guardam uma lógica estruturante e organizativa, adotando como prática a divisão dos prestadores, por natureza jurídica, independente de seu nível de complexidade. Como “gestão descentralizada por nível de hierarquia” buscou-se identificação de estados em que apenas a alta complexidade tenha ficado com o estado e neste caso ele deveria ficar com toda a alta complexidade. Para identificação do modelo “descentralizado com ênfase na regionalização”, buscou-se saber se os estados que tinham a PPI implantada em 2000/2001, acreditando ser este um instrumento importantíssimo para a coordenação do estado sobre o processo de regionalização.

A título de indicar tendências na divisão de responsabilidades sobre a gestão dos tetos financeiros, acordado entre estados e municípios habilitados em GPSM, foi feito um estudo comparativo entre os

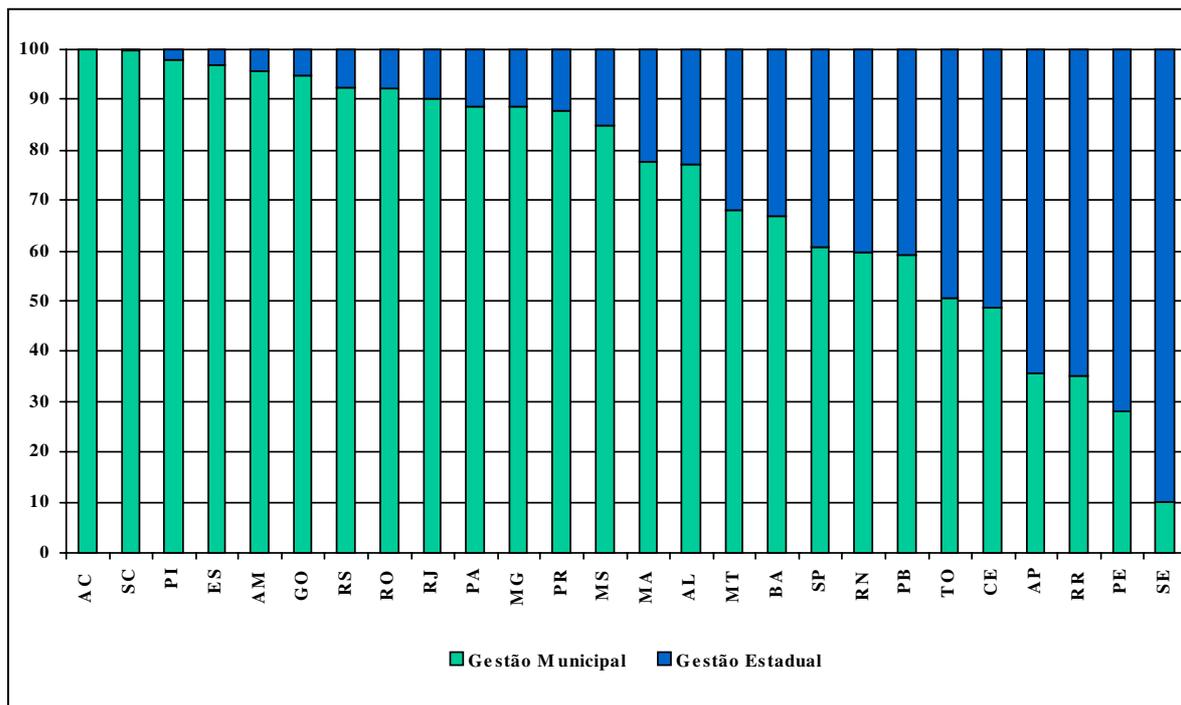
percentuais de recursos financeiros sob gestão municipal em 1999 e 2001. Este estudo só foi possível naquelas capitais que estavam habilitadas em 1999 e em 2001 (Teresina, Goiânia, Belém, R. Janeiro, Porto Alegre, Curitiba, São Luís B. Horizonte, C. Grande, Palmas, Cuiabá, J. Pessoa, Natal, Recife e Maceió).

4.4. A ANÁLISE DOS DADOS E OS RESULTADOS ENCONTRADOS NESTE ESTUDO:

A seguir, no gráfico 4, serão analisados os dados relativos aos gastos globais com a assistência de média e alta complexidade, no conjunto de municípios habilitados em GPSM, nos vinte e seis estados brasileiros.

Gráfico 4

Distribuição Percentual dos Recursos Financeiros para Assistência Hospitalar e Ambulatorial, em Municípios Habilitados em GPSM, segundo Gestão - Competência 2001



FONTE: DDGA/SAS/MS

Analisando o percentual de recursos federais gastos com a assistência em municípios em GPSM durante o ano de 2001, deparamo-nos com grande diversidade de situações nos estados brasileiros. Enquanto alguns estados transferiram acima de 90% dos recursos de custeio da assistência para os municípios em GPSM (AC e SC, PI, ES, AM, GO, PA, RS, RO e RJ), outros transferiram menos de 50% dos recursos (CE, AP, RR, PE e SE).

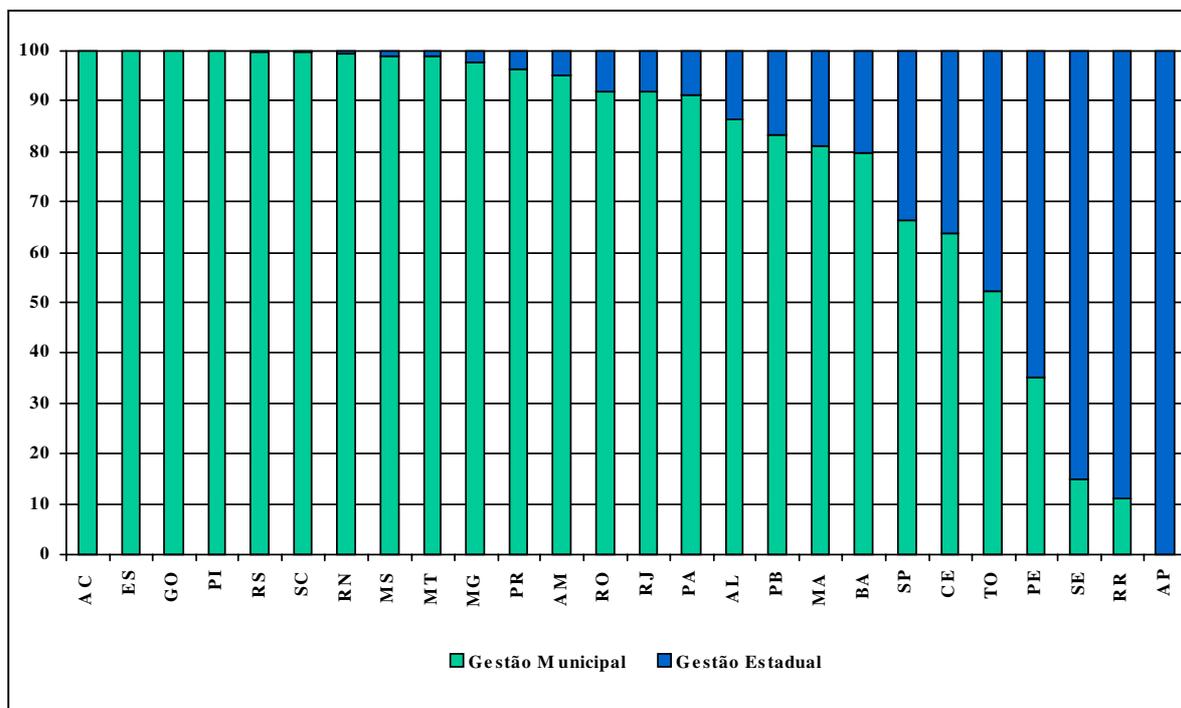
4.4.1. DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES POR TIPO DE SERVIÇO, EM ESPECIAL O NÍVEL DE COMPLEXIDADE

Com o objetivo de focar melhor o problema da divisão de responsabilidades e buscar o entendimento da lógica dos pactos que tenham justificativas baseados na divisão de responsabilidade por tipo de serviços, buscou-se analisar a gestão da assistência hospitalar de forma separada da assistência ambulatorial.

Segue abaixo o gráfico 5, que ilustra a gestão dos recursos hospitalares nos municípios em GPSM:

Gráfico 5

Distribuição Percentual dos Recursos Financeiros para Assistência Hospitalar, em Municípios Habilitados em Plena do Sistema Municipal, segundo Gestão - Competência 2001



FONTE: DDGA/SAS/MS

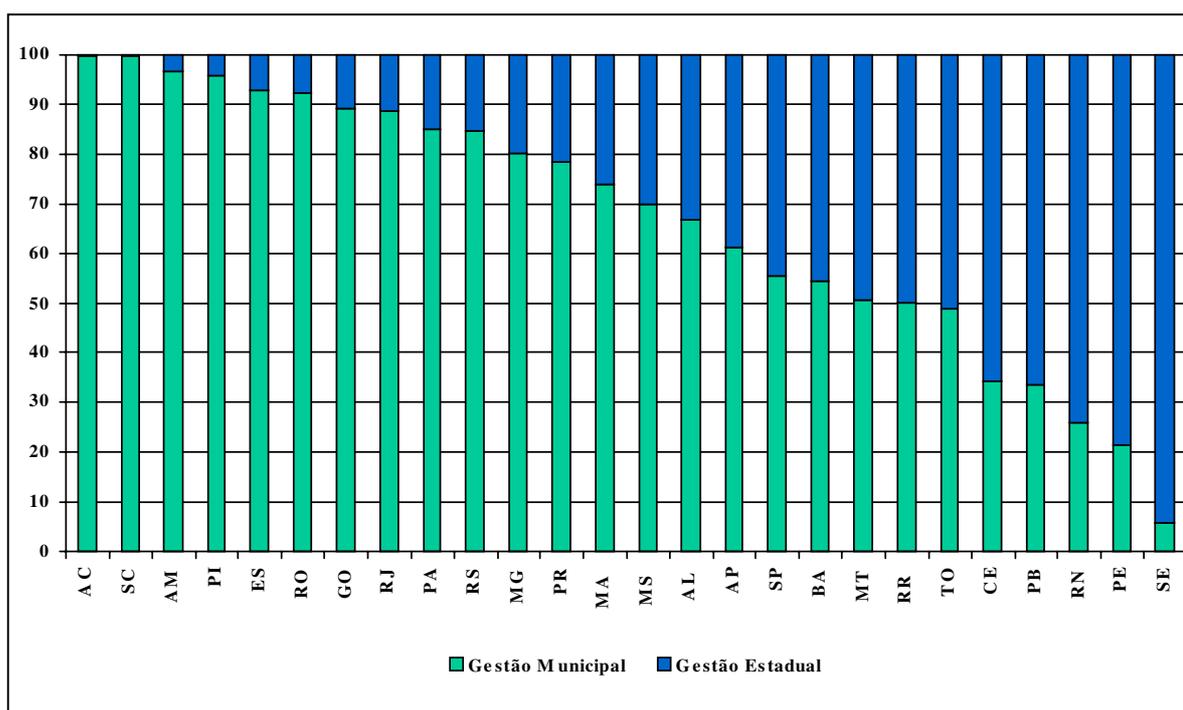
Observou-se que a gestão hospitalar está predominantemente sob a responsabilidade dos municípios, sendo que, em seis estados, os municípios em GPSM têm 100% da gestão (AC, ES, GO, PI, RS, e SC). Em nove outros estados, (RN, MS, MT, MG, PR, AM, RO, RJ, e PA), os municípios detêm mais de 90% dos recursos despendidos para a assistência. No outro extremo, no estado do Amapá não houve transferência da gestão hospitalar e nos estados de Roraima e Sergipe esta transferência foi mínima. Em Pernambuco, menos de 40% dos recursos hospitalares estão sob gestão municipal.

Este dado por si só já é bastante significativo. Estados que gerem mais de 50% dos recursos hospitalares em municípios em GPSM com certeza tiveram mais de um critério para a não transferência dos serviços.

Na seqüência, no gráfico 6, serão analisados os dados referentes aos recursos ambulatoriais transferidos ou pagos para custeio da média e alta complexidade em municípios em GPSM nos estados brasileiros.

Gráfico 6

Distribuição Percentual dos Recursos Financeiros para Assistência Ambulatorial, em Municípios Habilitados em GPSM, segundo Gestão - Competência 2001



FONTE: DDGA/SAS/MS

Como pode se observar, na gestão ambulatorial, a situação encontrada foi bastante diferente. Dois estados transferiram 100% dos recursos da assistência aos municípios em GPSM (AC e SC), estados estes em que a capital não está em GPSM. Em cinco estados, mais de 90% dos recursos gastos estão sob gestão municipal (PI, ES, RO e AM). Em seis estados (TO, CE, PB, RN, PB e PE e SE) os municípios em GPSM têm a gestão de menos de 50% dos recursos despendidos pelo governo federal para o custeio da assistência (os dados de Sergipe não devem ser considerados, uma vez que os dois únicos municípios habilitados em GPSM tiveram a gestão implantada no final de 2001).

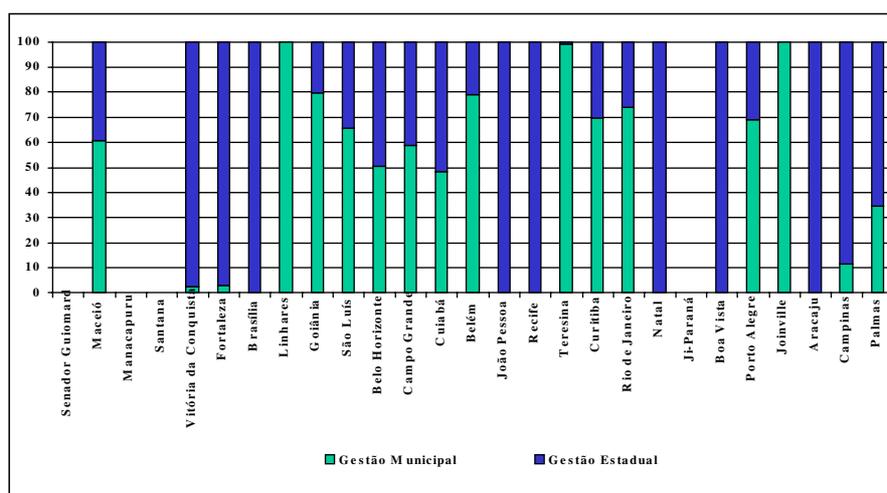
Na análise da gestão ambulatorial vale a pena ressaltar que algumas ações identificadas hoje como de função estadual, como é o caso dos medicamentos excepcionais, são faturadas através do Sistema de informações Ambulatorial –SIA-SUS e aparecem normalmente como sendo gasto realizado na capital do estado. Este fato, relacionado à modalidade de gestão da capital, pode influir e distorcer os percentuais de recursos identificados em cada gestão.

Pelos dados mostrados nos três gráficos acima, e buscando comprovação para o argumento de não transferir serviços por serem de alta complexidade e entendendo que a alta complexidade existe tanto na área ambulatorial como hospitalar, percebemos que existe problema em alguns estados. O Mato Grosso, por exemplo, apresenta alto percentual de recursos sob gestão estadual na área ambulatorial (50%) em relação à área hospitalar (99%). Desse dado podemos deduzir que serviços hospitalares de alta complexidade ficaram sob gestão municipal enquanto outros serviços de média complexidade ambulatorial ficaram sob gestão estadual. É provável que, em estados que menos de 80% dos recursos estejam com os municípios (MA, AL, MT, BA, SP, RN, PB, TO, CE, AP, RR, PE e SE), o critério utilizado para esta divisão não seja apenas nível de complexidade. A alta complexidade não representa este percentual de recursos no conjunto de municípios em GPSM nesses estados.

Em busca de mais informações que possam contribuir no entendimento dos pactos, com base do nível de complexidade dos serviços, será analisada a divisão de gestão da alta complexidade nas capitais em cada estado, quando esta estiver habilitada em GPSM. Quando isso não ocorrer, será analisado o maior município habilitado nesta forma de gestão no respectivo estado. O gráfico 7 abaixo apresenta a proporção de recursos faturados na alta complexidade ambulatorial, por nível de gestão.

Gráfico 7

Proporção do Gasto com Internação de Alta Complexidade Ambulatorial nos Municípios Analisados*, segundo Gestão - Competência 2001



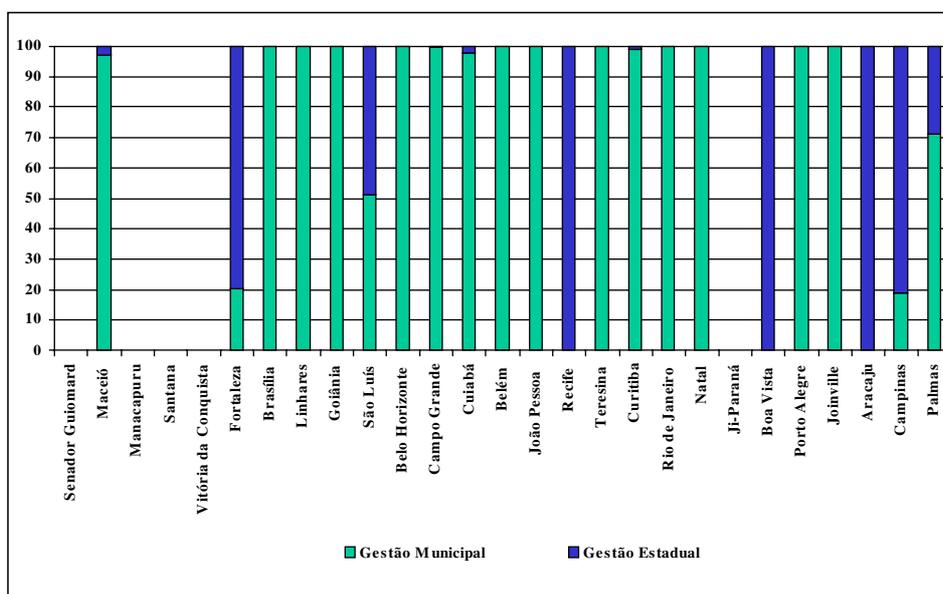
FONTE: DDGA/SAS/MS

Em Brasília –DF, a análise não se aplica. Em quatro estados, os maiores municípios em GPSM não têm qualquer serviço de alta complexidade ambulatorial localizado em seu território, conforme informações do SIH e SIA/SUS (Senador Guionard -AC, Manacapuru –AM, Santana –AP e Ji-Paraná –RO) e a análise deste ponto ficará prejudicada nestes estados. Em João Pessoa -PB, em Recife –PE, Natal –RN, Boa Vista –RR e Aracaju todos os serviços de alta complexidade localizados na capital estão sob gestão estadual. Em três municípios, a gestão da alta complexidade está exclusivamente sob gestão municipal (Linhares-ES, Teresina -PI e Joinville - SC). Nos demais municípios, a gestão da alta complexidade está dividida entre estados e municípios. Nove municípios têm a gestão de mais de 50% dos recursos da alta complexidade ambulatorial (Maceió-AL, Goiânia –GO, São Luís –MA, Belo Horizonte –MG, Campo Grande –MS, Belém –PA, Curitiba–PR, Rio de Janeiro -RJ e Porto Alegre –RS). Em cinco municípios a gestão dos recursos é de menos de 50% (Vitória da Conquista –BA, Fortaleza –CE, Cuiabá –MT, Campinas –SP e Palmas –TO). Portanto, se analisarmos apenas a gestão ambulatorial de alta complexidade, podemos concluir que apenas o estado do PB, PE, RN e RR podem ter usado como critério de divisão de responsabilidades a gestão da alta complexidade.

A seguir, no gráfico 8, será analisada a gestão da alta complexidade hospitalar.

Gráfico 8

Proporção do Gasto com Internação de Alta Complexidade Hospitalar nos Municípios analisados*, segundo Gestão - Competência 2001



FONTE: DDGA/SAS/MS

Em Brasília a análise de divisão de responsabilidades não se aplica. Em cinco estados, os maiores municípios em GPSM não têm qualquer serviço de alta complexidade ambulatorial, localizado em seu território, conforme informações do SIH e SIA/SUS (Senador Guiomar -AC, Manacapuru -AM, Santana -AP, Vitória da Conquista -BA e Ji-Paraná -RO). Em 13 estados a gestão é exclusivamente dos municípios em GPSM (Linhares -ES, Goiânia -GO, Belo Horizonte -MG, Campo Grande -MS, Cuiabá -MT, Belém -PA, João Pessoa -PB, Teresina -PI, Curitiba -PR, Rio de Janeiro -RJ, Natal -RN, Porto Alegre -RS e Joinville -SC). Em quatro estados, a gestão é dividida entre estados e municípios (Fortaleza -CE, São Luís -MA, Campinas -SP e Palmas -TO). Em três estados a gestão é exclusivamente estadual (Recife -PE, Boa Vista -RR e Aracaju -SE). Chama a atenção que, em João Pessoa -PB, 100% da alta complexidade ambulatorial esteja com o estado e 100% da gestão da alta complexidade hospitalar esteja com o município.

Se analisarmos os dados da assistência em conjunto, com vistas a avaliar se a gestão dos serviços de alta complexidade foi um critério para a divisão de responsabilidades entre estados e municípios, podemos dizer que este argumento só encontra resposta nos dados de três estados (PE, RR e SE).

4.4.2. DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES DE ACORDO COM A NATUREZA JURÍDICA DOS PRESTADORES.

Um dos argumentos muito usados pelos estados que não aceitam transferir todos os serviços aos municípios em GPSM é de que os serviços estaduais não devem ir para a gestão dos municípios, uma vez que eles são, em parte, mantidos pelos recursos do tesouro do estado. Alguns estados defendem também a não transferência da gestão dos hospitais universitários, nesses municípios considerando que estes hospitais têm importância estratégica no sistema de referência dos estado.

A seguir, será analisada a natureza jurídica dos prestadores localizados nas capitais GPSM (ou o maior município em GPSM quando a capital não está habilitada nesta condição de gestão) relacionando este aspecto à gestão dos mesmos. O objetivo desta análise é de verificar se esta questão influenciou na divisão de responsabilidades entre estados e municípios, durante o processo de descentralização.

Considerando as especificidades, a análise da relação entre gestão dos recursos ambulatoriais e natureza jurídica dos prestadores será realizada em separado da análise da gestão hospitalar. Na análise da gestão ambulatorial, é importante lembrar que algumas ações identificadas hoje como de função estadual, como é o caso dos medicamentos excepcionais, são faturadas através do Sistema de informações Ambulatorial -SIA-SUS e aparecem normalmente como sendo gasto realizado na capital do estado. Esta questão não será aqui analisada em detalhes e poderá, no futuro, ser objeto de um outro estudo. Mas é importante que, no caso do SIA/SUS a presença do estado na gestão, aparentemente da capital, é desejável, traduzindo a responsabilidade do estado naquilo que é o seu novo papel. Nestes casos o estado deve aparecer exclusivamente no item prestador estadual, na área da assistência ambulatorial. O gráfico 9 apresenta a gestão dos recursos ambulatoriais nos municípios selecionados, relacionando a gestão à natureza jurídica dos prestadores.

Quadro 9

Gestão dos recursos financeiros para a assistência ambulatorial no SUS, segundo natureza jurídica dos prestadores, por municípios selecionados* - Competência 2001

Municípios	Federal	Estaduais	Municipais	Filantrópicas	Privado	Universitários
Aracaju						
Belém						
Belo Horizonte						
Boa Vista						
Brasília						
Campinas						
Campo Grande						
Cuiabá						
Curitiba						
Fortaleza						
Goiânia						
Ji-Paraná						
João Pessoa						
Joinville						
Linhares						
Maceió						
Manacapuru						
Natal						
Palmas						
Porto Alegre						
Recife						
Rio de Janeiro						
Santana						
São Luís						
Senador Guimard						
Teresina						
Vitória da Conquista						

	Prestador Gestão Municipal
	Prestador Gestão Estadual

FONTE:DDGA/SAS/MS

*As capitais quando habilitadas em GPSM e nos estados em que isto não ocorre, o maior município habilitado em GPSM

Na análise realizada, pode-se observar que apenas três municípios, dentre os analisados, não têm a gestão ambulatorial dividida entre o estado e o município (Linhares –ES e Manacapuru -AM). Confirmando o que foi dito no parágrafo acima, os municípios não são capitais e a gestão de ações típicas do estado não estão incluídas nos dados dos respectivos municípios. Em dezesseis estados, a gestão sobre o prestador estadual está dividida (Belém –PA, Boa Vista –RO, Campo Grande-MS, Curitiba –PR, Ji-Paraná –RO Fortaleza-CE, Goiânia-GO, João Pessoa -PB, Maceió-AL, Natal-RN, Porto Alegre –RS, Rio de Janeiro- RJ, São Luís – MA, Senador Guimard –AC, Teresina –PI e Vitória da Conquista –BA). Por outro lado, nem tudo que aparece como gestão estadual, neste item, se justifica pelo argumento descrito acima. Veja por exemplo, no caso de Senador Guimard –AC e Vitória da Conquista –BA, que nem capitais são e a gestão sobre os prestadores estaduais está dividida. Em sete municípios, a totalidade dos serviços prestados pelo prestador estado está sob gestão estadual (Aracaju –AL, Belo Horizonte –MG, Campinas –SP, Cuiabá –MT, Palmas – TO, Recife –PE, Santana – AP).

A seguir, no gráfico 10, serão analisados os dados referentes aos pactos estabelecidos entre os estados e os municípios em GPSM na gestão hospitalar, relacionando esta questão à natureza jurídica dos prestadores:

Quadro 10

Gestão dos recursos financeiros para a assistência hospitalar no sus, segundo natureza jurídica dos prestadores, municípios selecionados* - Competência 2001

Municípios	Federal	Estadual	Municipal	Filantropicas	Privado	Universitário
Aracaju						
Belém						
Belo Horizonte						
Boa Vista						
Brasília						
Campinas						
Campo Grande						
Cuiabá						
Curitiba						
Fortaleza						
Goiânia						
Ji-Paraná						
João Pessoa						
Joinville						
Linhares						
Maceió						
Manacapuru						
Natal						
Palmas						
Porto Alegre						
Recife						
Rio de Janeiro						
São Luís						
Senador Guiomard						
Teresina						
Vitória da Conquista						

	Prestador Gestão Municipal
	Prestador Gestão Estadual

*As capitais quando habilitadas em GPSM e nos estados em que isto não ocorre, o maior município habilitado em GPSM

O município de Santana –AP não tem serviço hospitalar. O quadro apresentado acima demonstra, como já foi visto em outras análises apresentadas neste estudo, que a gestão hospitalar está bem menos dividida e que os municípios habilitados em GPSM gerem a maioria dos prestadores. Quando se analisa a divisão dos prestadores assumida entre estados e municípios, verificamos que é no prestador estado que se encontra a maior participação do estado. Isto parece confirmar que, quando a gerência dos serviços é estadual a resistência em transferir a gestão dos serviços é maior. Existe um receio por parte de alguns estados de que os municípios não paguem ao estado pelos serviços prestados, com a mesma regularidade que o Ministério mantém. Além disso, quando os serviços municipais ficam sob gestão estadual, o teto financeiro desses serviços é definido diretamente pelo estado, enquanto que depois de transferida a gestão, o limite financeiro desses serviços tem que ser negociado com o respectivo município onde está localizado o serviço. Infelizmente, para o avanço no processo de descentralização, alguns municípios atrasam o pagamento dos serviços estaduais e outras vezes os limites financeiros desses serviços, ficam comprimidos, por não ter como o município bancar o crescimento de serviços às vezes, definido de forma unilateral, pelo estado. Os municípios têm, em alguns casos, o argumento de que o estado investe muito pouco na saúde e que deve, portanto, arcar com os custos dos serviços, sob sua gerência. Este procedimento assumido por poucos municípios serve como argumento, para que a discussão do comando único sobre os prestadores ganhe resistência em alguns estados. Durante a elaboração da NOAS este ponto foi muito debatido e foi criado um instrumento chamado de “Termo Entre Entes Públicos”, que garante que os serviços estaduais possam ficar sob gestão municipal, mas com os recursos sendo repassados diretamente do FNS para os fundos estaduais.

Com relação aos prestadores de outras naturezas jurídicas, a divisão do comando se faz tanto nos prestadores filantrópicos, quanto nos privados e universitários. São Luís apresenta uma curiosidade nos dois quadros que tratam da natureza jurídica dos prestadores nos municípios analisados. Um prestador municipal está sob gestão estadual em um município que está habilitado em GPSM há bastante tempo. Este fato pode representar apenas um erro no banco de dados, mas assim mesmo desperta muita curiosidade.

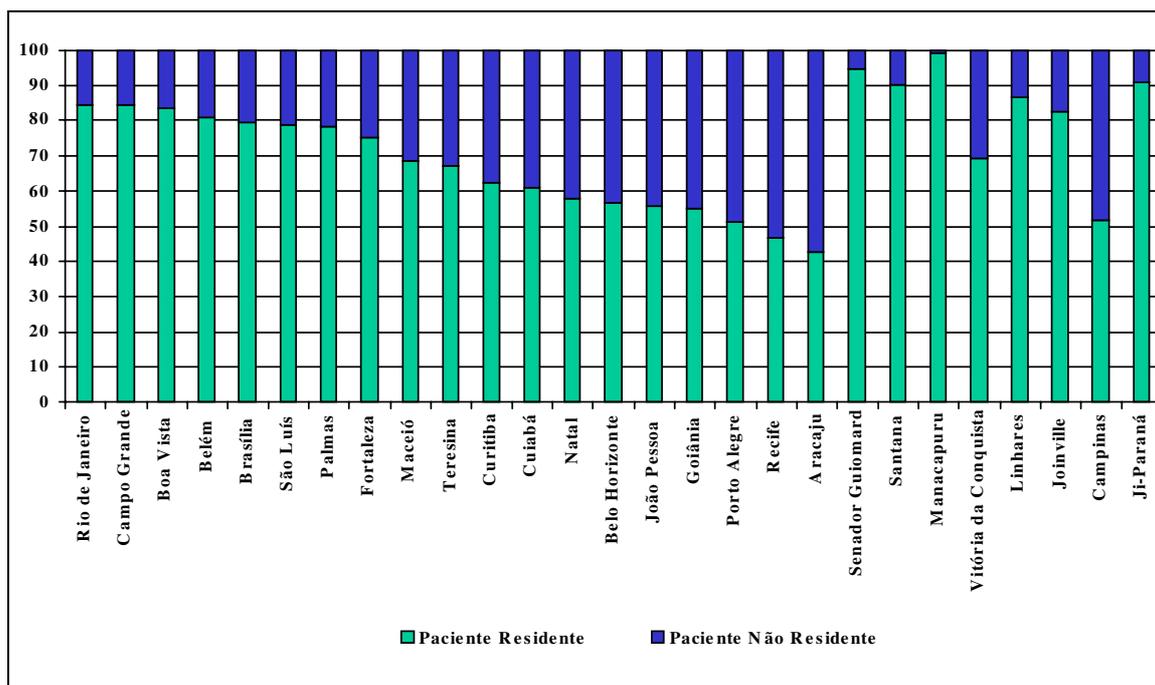
4.4.3. DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES CONSIDERANDO OS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA

Um argumento bastante utilizado pelos estados que propõem divisão na gestão em municípios em GPSM é de que os serviços que recebem população de outros municípios não deveriam ser municipalizados. Com este argumento espera-se que os serviços municipalizados deveriam atender à população própria e aqueles que estão sob gestão estadual deveriam atender predominantemente à população de outros municípios.

Para se analisar este aspecto, utilizou-se os dados referentes às internações hospitalares, nos municípios selecionados e a procedência dos pacientes atendidos, conforme o gráfico 9, a seguir.

Gráfico 9

Distribuição Percentual das Internações Realizadas, em Pacientes nos Municípios Analisados*, Considerando a Procedência do Paciente - Competência 2001



FONTE: DDGA/SAS/MS

*As capitais quando habilitadas em GPSM e nos estados em que isto não ocorre, o maior município habilitado em GPSM

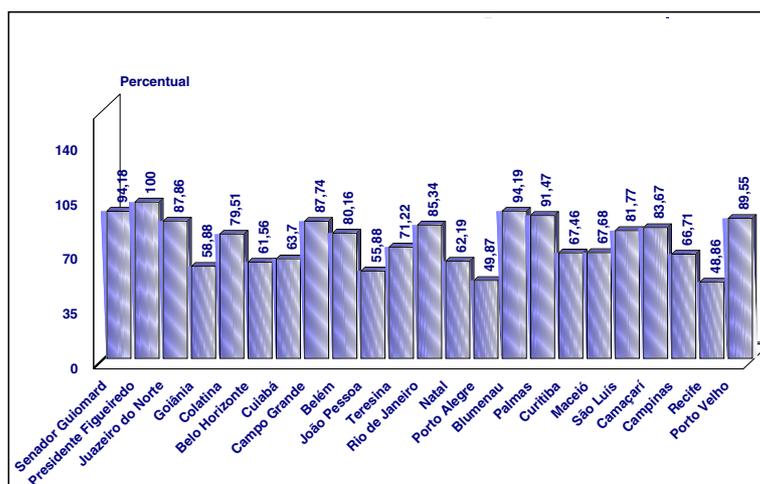
Como se pode observar, o percentual de internações de pacientes de outros municípios, nas dezoito capitais habilitadas em GPSM e analisadas neste estudo (exclui Brasília), é muito grande. Em duas capitais (Recife e Aracaju), este percentual chega a mais de 50% das internações realizadas, durante o ano de 2001. Doze capitais (São Luís, Palmas, Fortaleza, Maceió, Teresina, Curitiba, Cuiabá, Natal, Belo Horizonte, João Pessoa, Goiânia e Porto Alegre) atendem entre 20% a 50% de pacientes de outros municípios e em apenas quatro capitais (Rio de Janeiro, Campo Grande, Boa Vista e Belém) a referência representa menos de 20% do total de internações realizadas. Nos outros municípios analisados (Senador Guionard, Santana, Manacapuru, Vitória da Conquista, Linhares, Joinville, Campinas e Ji-Paraná), apesar de o percentual de pacientes de outros municípios ser menor, ainda é bastante significativo em Campinas (51%) e em Vitória da Conquista (31%).

O gráfico 10, abaixo, traz o custo médio das internações realizadas nos municípios analisados, diferenciando as internações de pacientes referenciados, daquelas referentes ao atendimento da população do próprio município.

Com o objetivo de analisar o argumento dos estados que defendem a não transferência dos serviços de referência para os municípios habilitados em GPSM, sob a alegação de que, estes municípios, tenderiam a reduzir o acesso para a população de referência, segue abaixo um gráfico, que traz os dados de municípios selecionados, que foram analisados e constam de relatório apresentado pelo Ministério da Saúde a CIT, em 1999.

Gráfico 10

Proporção de Internações da População Residente em Relação ao Total de Internações, em Municípios Analisados* - Período de Janeiro a Abril de 1999



FONTE: DDGA/SAS/MS

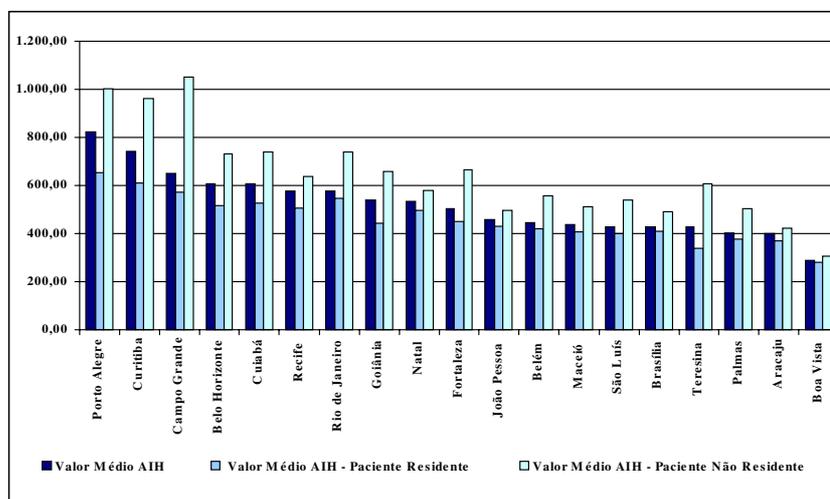
*As capitais quando habilitadas em GPSM e nos estados em que isto não ocorre, o maior município habilitado em GPSM

Quinze capitais e dois outros municípios foram analisados pelos dois estudos (Rio de Janeiro, Campo Grande, Belém, São Luís, Palmas, Maceió, Teresina, Curitiba, Cuiabá, Natal, Belo Horizonte João Pessoa, Goiânia, Porto Alegre, Recife, Senador Guimard e Campinas). Comparando o percentual de internações de pacientes de fora do município nos dois estudos, verificamos que em quatro municípios o percentual se manteve o mesmo (Rio de Janeiro, Belém, João Pessoa e Recife); em nove capitais e um município, o percentual de internações de pacientes de fora aumentou em relação às internações de pessoas do próprio município (Campo Grande, São Luís, Palmas, Teresina, Curitiba, Cuiabá, Natal, Belo Horizonte, Goiânia e Campinas). Em três municípios, o referido percentual diminuiu (Maceió, Porto Alegre e Senador Guimard). Estes municípios têm modalidades de gestão diferentes, sendo que em Maceió a gestão hospitalar é dividida entre o estado e o município, e em Porto Alegre a gestão está toda com o município. Também entre os municípios que ampliaram proporcionalmente o acesso para os pacientes de fora do município, encontramos pactos diferentes. Enfim, parece que a preocupação de que os municípios em GPSM fechariam o acesso aos pacientes de outros municípios não se confirmou.

O quadro 11 apresenta mais um dado, referente à gestão da referência intermunicipal de pacientes, na internação hospitalar.

Gráfico 11

Valor Médio da AIH, nas Capitais Habilitadas em GPSM, considerando a Procedência do Paciente - Competência 2001



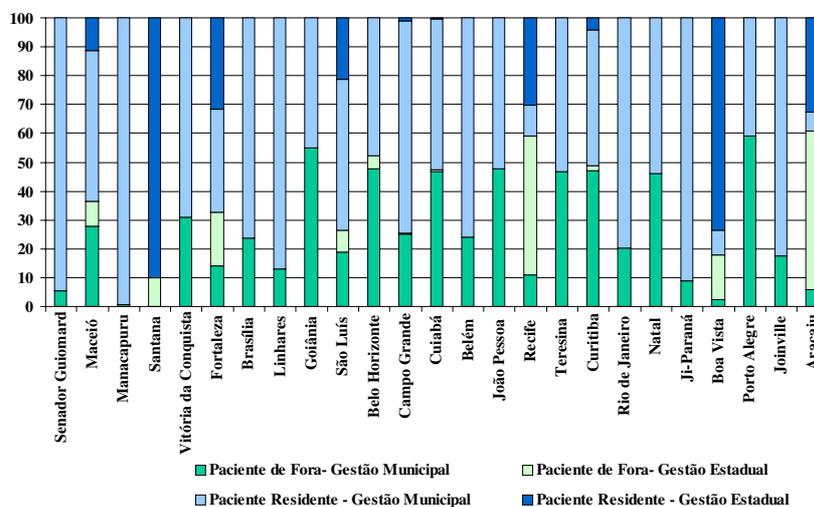
FONTE: DDGA/SAS/MS

Quanto maior a complexidade dos serviços de um município, maior o custo médio de suas internações e também maior a diferença entre o custo médio entre as internações da população própria e as internações da população referenciada. O município que apresenta maior custo médio no conjunto de internações que realiza é Porto Alegre (R\$ 810,00), sendo que as internações da população própria custam menos (R\$620,00) e as da população referenciada custam mais (R\$1000,00). O Município de Campo Grande apresenta o maior custo médio de internações de população de outros municípios (R\$ 1100,00). Qualquer divisão de responsabilidades considerando a procedência dos pacientes teria que levar em conta os diferentes custos dos atendimentos. A análise destes dados deve ajudar no melhor entendimento do quadro que se segue.

Em seguida, no gráfico 12, serão analisadas as internações hospitalares realizadas capitais em GPSM (quando estas não estiverem em GPSM, foi escolhido o maior município do estado nesta condição de gestão), de pacientes residentes fora do município analisado. Esta avaliação pretende entender se as internações geridas pelo estado são predominantemente de pacientes referenciados por outros municípios aos municípios analisados. Um dos argumentos muito utilizados pelo estado para reter a gestão dos serviços é que estes serviços são predominantemente de referência para todo o estado.

Gráfico 12

Proporção do Gasto com Internações nos Municípios Analisados*, Segundo Procedência do Paciente e Gestão - Competência 2001



*As capitais quando habilitadas em GPSM e nos estados em que isto não ocorre, o maior município habilitado em GPSM

Neste quadro podemos ver que em 14 municípios (excluído Brasília) a gestão é municipal e os serviços atendem tanto a população própria quanto a população referenciada (Senador Guimard -AC, Vitória da Conquista -BA, Linhares -ES, Goiânia -GO, Campo Grande -MS, Cuiabá -MT, Belém -PA, João Pessoa -PB, Teresina -PI, Rio de Janeiro -RJ, Natal -RN, Ji-Paraná -RO, Porto Alegre -RS e Joinville -SC). Em dois municípios (Manacapuru -AP e Santana -AM), a gestão hospitalar é estadual e os serviços atendem tanto à população do próprio município quanto à população referenciada. Em nove municípios (Maceió -AL, Fortaleza -CE, São Luís -MA, Recife -PE, Curitiba -PR, Boa Vista -RR, Aracaju -SE, Campinas -SP e Palmas -TO) a gestão hospitalar é dividida entre o estado e o município e os serviços atendem tanto a população própria quanto a população referenciada independente da gestão. Belo Horizonte -MG é o único município entre os analisados que apresenta uma situação peculiar: o estado gere um pequeno percentual de internações no município e elas atendem exclusivamente à população não residente em Belo Horizonte.

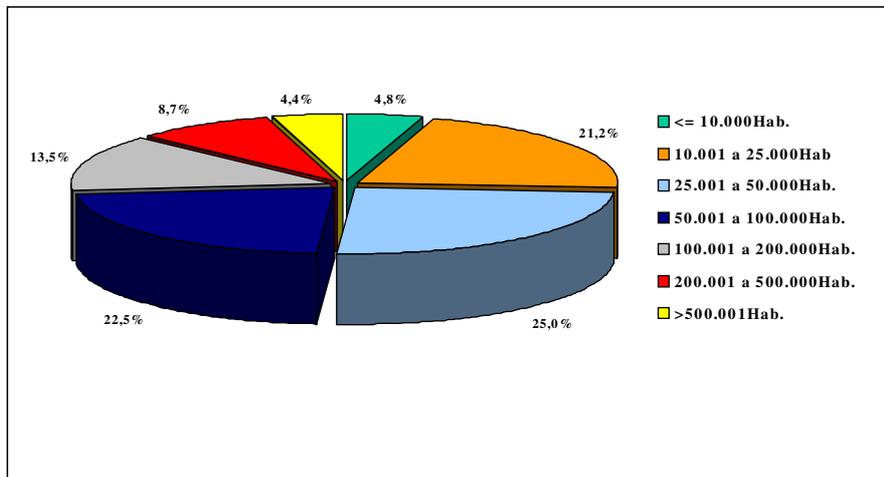
4.4.4. A INFLUÊNCIA DO PORTE POPULACIONAL DOS MUNICÍPIOS EM GPSM NOS PACTOS DE GESTÃO

Neste item, serão analisados dados relativos ao porte dos municípios em GPSM, em cada estado, e a influência deste fator sobre o modelo de gestão adotado. Como já foi dito anteriormente, o perfil dos municípios brasileiros é muito diferenciado. A NOB-SUS 01/96 permitiu que qualquer município brasileiro pudesse pleitear a GPSM independente do seu porte, localização e o papel que tem no Sistema. Entre os 562 municípios habilitados nesta modalidade de gestão, até dezembro de 2001, encontram-se, portanto, municípios de todos os portes (o menor deles é Santópolis de Aguapeí /SP, com 3810 habitantes e o maior é o município do Rio de Janeiro, com 5.897.485 habitantes).

O gráfico 13, que vem a seguir, mostra a distribuição dos municípios em GPSM, por porte. O maior grupo de municípios está localizado na faixa de 25 a 50 mil habitantes e representa um quarto (25%) de todos os municípios habilitados nesta forma de gestão. Os municípios que têm menos de 10 mil habitantes representam 4,3 % do total de municípios.

Gráfico 13

Proporção de Municípios Habilitados em GPSM, segundo Faixa Populacional - Brasil, Dezembro de 2001



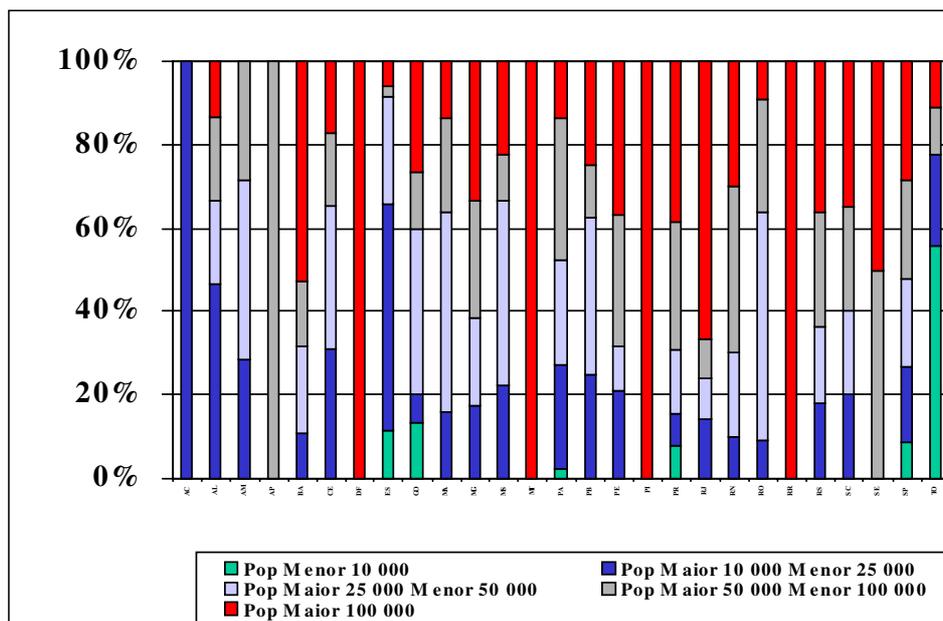
FONTE: DDGA/SAS/MS

A pergunta que se coloca aqui é se o porte do grupo de municípios, que se habilitou em cada estado pode ter influenciado o modelo de gestão adotado. Tem-se claro que a divisão de comando na capital é quase sempre mais conflitiva do que no interior. Na capital de cada estado, estão os serviços de maior complexidade e os de maior visibilidade político-administrativa. Este fato, associado aos conflitos político partidários, bastante comuns, entre o estado e a capital, faz com que a habilitação da capital seja quase sempre um fator de grande tensionamento.

Para dar continuidade à análise proposta, serão apresentados, no gráfico 14, os dados dos municípios habilitados em GPSM, por porte populacional, em cada estado.

Gráfico 14

Percentual de Municípios habilitados em GPSM, de acordo com o porte Populacional –2001



FONTE: DDGA/SAS/MS

Este gráfico requer cuidado na sua análise, considerando que, naqueles casos em que o número de municípios habilitados em GPSM é muito pequeno (AC, AP, MT, PI, RR, e SE), o porte dos municípios pode parecer mais uniforme do que em outros estados onde o número de municípios é maior. Apesar disso, podemos visualizar a composição do porte dos municípios por estado e confirmar questões já analisadas anteriormente. Em seis estados, foram habilitados municípios com menos de 10 mil habitantes (ES, GO PA, PR SP e TO). Em vinte e três estados foram habilitados municípios acima de 100 mil habitantes (AL, BA, CE, ES, GO, MA, MG, MS, MT, PA, PB, PE, PI, PR, RJ, RN, RO, RR, RS, SC, SE SP e TO). Analisando este gráfico frente aos modelos de gestão adotados pelos estados, mesmo reconhecendo que, quanto maior o município, mais complexa é a transferência da gestão, observamos que, em alguns estados que têm número significativo de municípios com população acima de 100 mil habitantes os municípios têm a gestão de mais de 90% dos recursos da assistência (SC, ES, AM, GO, PA, RS, RO e RJ), enquanto que em outros estados que têm características parecidas com os demais os municípios gerem menos de 50% dos recursos (CE, PE e SE).

4.5. COMPARAÇÃO ENTRE OS MODELOS IDENTIFICADOS EM 1995 E A SITUAÇÃO ENCONTRADA EM 2001

Analisando todos estes fatores, que influenciam no processo de descentralização nos estados e por consequência nos modelos de pactos de gestão estabelecidos entre cada um e seus municípios, não tem como não comparar com os modelos identificados pelo Ministério da Saúde, em 1995 e registrado através de relatório apresentado à CIT, naquele ano.

Para que os modelos possam ser comparados, serão novamente citados aqui:

- A- Gestão municipalizada do sistema, com ênfase na regionalização;
- B- Gestão municipalizada do sistema, sem ênfase na regionalização, também chamada de “*Atomizada*”;
- C- Gestão descentralizada, por nível de hierarquia;
- D- Gestão descentralizada, por partilha;
- E- Gestão centralizada do sistema.

Analisando os dados encontrados, foi percebido que, se a análise dos modelos de gestão fosse feita unicamente a partir da divisão de responsabilidades sobre os prestadores, acordada entre o estados e os seus municípios em GPSM, seriam desconsiderados aspectos fundamentais do processo de descentralização, aspectos esses que influenciam de forma decisiva a análise do modelo adotado. O avanço na implantação do SUS fez com que a metodologia adotada no estudo de 1995 não fosse mais suficiente para dar conta da complexidade dos fatores a serem considerados em uma análise de pactos entre os dois atores: estado e municípios em GPSM.

A seguir, no quadro 11, será apresentado um quadro síntese sobre a situação da gestão descentralizada nos estados brasileiros, a partir dos dados de 2001. Este quadro tem o objetivo de facilitar a análise. O quadro, além de sintetizar os dados encontrados neste estudo relativos da divisão de responsabilidade sobre a gestão dos recursos financeiros nos municípios em GPSM, buscou sintetizar outros dados significativos para a análise. Os dados incorporados foram os seguintes:

- o índice de transferência de recursos para os municípios, fundo a fundo (< 50% baixo, entre 50% e 60% médio e > 60% alto);
- o percentual de municípios habilitados em GPSM (<15% dos municípios do estado, baixo; entre 15% e 25% dos municípios do estado, médio e > que 25% dos municípios do estado em GPSM, alto);
- a situação de habilitação da capital;
- o percentual de população residente em municípios habilitados em GPSM;
- estados com PPI implantada sob coordenação do estado.

Região	Estado e % recursos transferidos a munic.	Nº munic. GPSM / pop. residente	Divisão de responsabilidade	Modelo identificado
N O R T E	AC 37% dos recursos transferidos F/F para os municípios	1 munic.em GPSM (capital não incluída) 3,5 % pop.	- Municípios gerem 100% dos recursos da assistência. - Município analisado não tem nenhum serviço de alta complexidade. -No município analisado, os prestadores hospitalares c/ município e ambulatoriais divididos c/estado.	Baixo percentual de recursos f/f p/ munic. - Baixo percentual de munic.GPSM (4,55%). Centralizado Pequena descentralização não caracteriza partilha.
	AP 43% dos recursos transferidos F/F para os municípios	1 munic. em GPSM (capital não incluída) 17% pop.	- Municípios gerem 35% dos recursos da assistência, sendo que a gestão hospitalar está toda c/ o estado e 61% dos recursos ambulatoriais estão com os municípios. Município analisado não tem nenhum serviço de alta complexidade. -No município analisado não tem prestador hospitalar e os ambulatoriais estão divididos c/ estado	-Baixo percentual de recursos f/f p/ munic -Baixo percentual de munic. GPSM (6,25%). Centralizado Pequena descentralização caracteriza partilha.
	AM 35% dos recursos transferidos F/F para os municípios	7 munic. em GPSM (capital não incluída) 10,2% pop.	- Municípios gerem 97% dos recursos da assistência, tendo 96,5% da gestão hospitalar e 98% da gestão ambulatorial. - Rede básica não transferida na capital. Município analisado não tem nenhum serviço de alta complexidade. --No município analisado, os prestadores hospitalares c/ município e ambulatoriais divididos c/estado.	-Baixo percentual de recursos f/f p/ munic., -Baixo percentual de municípios. GPSM (11,29%). - Rede básica não transferida. Centralizado Pequena descentralização caracteriza partilha (até na rede básica).
	PA 76% dos recursos transferidos F/F para os municípios	44 munic. em GPSM 63% pop.	- Municípios gerem 89% dos recursos da assistência, tendo 90% da gestão hospitalar e 85% da gestão ambulatorial. - Rede básica não transferida na capital. - Na capital, alta complexidade hospitalar 100% com o município e ambulatorial 78% . -No município analisado os prestadores hospitalares divididos e ambulatoriais c/ município.	-Alto percentual de recursos f/f p/ munic . - Alto percentual de municípios. GPSM (30,77%) Descentralizado Caracteriza partilha
	RO 55% dos recursos transferidos F/F para os municípios	11 munic. em GPSM (capital não incluída) 38,6% pop.	-Municípios gerem 93% dos recursos da assistência, tendo 92% da gestão hospitalar e 92% da gestão ambulatorial. - Município analisado não tem nenhum serviço de alta complexidade. -No município analisado os prestadores hospitalares divididos e ambulatoriais c/ município.	-Índice médio de transferência f/f p/ munic. -Alto percentual de municípios. GPSM (21,15%) Descentralização intermediária Caracteriza partilha

	<p>RR 67% dos recursos transferidos F/F para os municípios</p>	<p>1 munic. em GPSM 61,8 pop.</p>	<p>-Municípios gerem 33% dos recursos da assistência, tendo 11% da gestão hospitalar e 50% da gestão ambulatorial. - Na capital estado gere 100% da alta complexidade ambulatorial e hospitalar. -No município analisado os prestadores hospitalares e ambulatoriais divididos c/ estado</p>	<p>Alto índice de transferência f/f p/ munic. Baixo percentual de municípios. GPSM (6,67%)</p> <p>Descentralização intermediária Caracteriza partilha</p>
	<p>TO 40% dos recursos transferidos F/F para os municípios</p>	<p>9 munic. em GPSM 23,5% pop.</p>	<p>-Municípios gerem 51 % dos recursos da assistência, tendo 51% da gestão hospitalar e 48% da gestão ambulatorial. -Hospitais estaduais /organizações sociais gestão estadual. -Na capital estado gere 64% da alta complexidade ambulatorial e 30% da hospitalar. --No município analisado os prestadores hospitalares e ambulatoriais divididos c/estado.</p>	<p>Baixo índice de transfer. f/f p/ munic. Baixo percentual de municípios. GPSM (6,47%)</p> <p>Centralizado Caracteriza partilha</p>
N O R D E S T E	<p>AL 76% dos recursos transferidos F/F para os municípios</p>	<p>15 munic. em GPSM 50,9% pop.</p>	<p>- Municípios gerem 79 % dos recursos da assistência, tendo 88% da gestão hospitalar e 68% da gestão ambulatorial. -Hospitais estaduais não transferidos. -Na capital estado gere 40% da alta complexidade ambulatorial e 3% da hospitalar . --No município analisado os prestadores hospitalares e ambulatoriais divididos c/ estado.</p>	<p>Alto índice de transf. f/f p/ municípios. Baixo percentual de municípios. GPSM (14,71%). Estado como coordenador da PPI</p> <p>Descentralização intermediária Caracteriza partilha</p>
	<p>BA 40% dos recursos transferidos F/F para os municípios</p>	<p>19 munic. em GPSM (capital não incluída) 15,5% pop..</p>	<p>- Municípios gerem 68 % dos recursos da assistência, tendo 80% da gestão hospitalar e 55% da gestão ambulatorial. - Hospitais de gerência estadual não transferidos. -No município analisado estado gere 98% da alta complexidade ambulatorial . --No município analisado os prestadores hospitalares c/ município e ambulatoriais divididos c/ estado.</p>	<p>Baixo índice de transf. f/f p/ munic. Baixo percentual de municípios GPSM (4,56%).</p> <p>Centralizado Pequena descentralização c/ partilha</p>
	<p>CE 60% dos recursos transferidos F/F para os municípios</p>	<p>29 munic. em GPSM 49% pop.</p>	<p>- Municípios gerem 50 % dos recursos da assistência, tendo 62% da gestão hospitalar e 36% da gestão ambulatorial. -Hospitais de gerência estadual não transferidos. -Na capital estado gere 98% da alta complexidade ambulatorial e 80% da hospitalar. No município analisado os prestadores hospitalares e ambulatoriais divididos c/ estado.</p>	<p>Baixo índice de transf. f/f p/ munic. Médio percentual de municípios em GPSM (15,76%). Estado como coordenador da PPI</p> <p>Descentralização intermediária Caracteriza partilha</p>

<p>PB 62% dos recursos transferidos F/F para os municípios</p>	<p>6 munic. em GPSM 32,7% pop.</p>	<p>-Municípios gerem 59 % dos recursos da assistência, tendo 84% da gestão hospitalar e 35% da gestão ambulatorial. -Hospitais estaduais não transferidos. - Na capital estado gere 100% da alta complexidade ambulatorial e da hospitalar. No município analisado, os prestadores hospitalares e ambulatoriais divididos c/estado.</p>	<p>Alto índice de transf. F/f p/ munic. Baixo percentual de municípios. GPSM (2,69%)</p> <p>Descentralização intermediária Caracteriza partilha</p>
<p>PE 41% dos recursos transferidos F/F para os municípios</p>	<p>19 munic. em GPSM 42,2% pop.</p>	<p>-Municípios gerem 27 % dos recursos da assistência, tendo 33% da gestão hospitalar e 19% da gestão ambulatorial -Hospitais e ambulatórios de especialidades estaduais não transferidos -Na capital, estado gere 100% da alta complexidade ambulatorial e hospitalar No município analisado, os prestadores hospitalares e ambulatoriais divididos c/ estado</p>	<p>Baixo índice de transf. f/f p/ munic Baixo percentual de municípios GPSM (10,27%)</p> <p>Centralizado Caracteriza partilha</p>
<p>RN 64% dos recursos transferidos F/F para os municípios</p>	<p>10 munic. em GPSM 49,9% pop.</p>	<p>-Municípios gerem 60 % dos recursos da assistência, tendo 99% da gestão hospitalar e 27% da gestão ambulatorial. -Hospitais estaduais não transferidos. -Hosp. universitários não transferidos. -Hospitais privados c/ gestão dividida -Na capital, estado gere 100% da alta complexidade ambulatorial e da hospitalar. --No município analisado, os prestadores hospitalares c/ município e ambulatoriais divididos c/estado.</p>	<p>Alto índice de transf. f/f p/ munic. Baixo percentual de municípios GPSM (5,99%).</p> <p>Descentralização intermediária Caracteriza partilha</p>
<p>SE * 50% dos recursos transferidos F/F para os municípios</p>	<p>2 munic. em GPSM 30,4% pop.</p>	<p>-Municípios gerem 10 % dos recursos da assistência, tendo 18% da gestão hospitalar e 7% da gestão ambulatorial. -Hospitais e ambulatórios de especialidades estaduais não transferidos. -Na capital estado gere 100% da alta complexidade ambulatorial e hospitalar. --No município analisado, os prestadores hospitalares c/ município e ambulatoriais divididos c/estado.</p>	<p>Baixo índice de transf. f/f p/ munic. Baixo percentual de municípios GPSM (2,67%).</p> <p>Centralizado Pequena descentralização c/ partilha</p>
<p>PI 72% dos recursos transferidos F/F para os municípios</p>	<p>1 munic. em GPSM 25,4% pop.</p>	<p>-Municípios gerem 98 % dos recursos da assistência, tendo 100% da gestão hospitalar e 98% da gestão ambulatorial. -Na capital, o município gere 100% da alta complexidade ambulatorial e hospitalar. --No município, analisado, os prestadores hospitalares c/ município e ambulatoriais divididos c/ estado.</p>	<p>Alto índice de transf. f/f p/ munic. Baixo percentual de municípios GPSM (0,45%).</p> <p>Descentralização intermediária Não caracteriza partilha</p>

	DF	• (A análise não se aplica)		
CENTRO OESTE	MT 53% dos recursos transferidos F/F para os municípios	1 munic. em GPSM 19,3% pop.	- Municípios gerem 68 % dos recursos da assistência, tendo 99% da gestão hospitalar e 52% da gestão ambulatorial. - Hospitais estaduais universitários não transferidos. - Na capital estado gere 51% da alta complexidade ambulatorial e município 100% da hospitalar. No município analisado os prestadores hospitalares e ambulatoriais divididos c/ estado.	Índice médio de transferência f/f p/ munic. Baixo percentual de municípios. GPSM (0,72%) Estado como coordenador da PPI Descentralização intermediária Caracteriza partilha
	MS 74% dos recursos transferidos F/F para os municípios	9 munic. em GPSM 52,6% pop.	- Municípios gerem 84 % dos recursos da assistência, tendo 99% da gestão hospitalar e 70% da gestão ambulatorial. - Na capital, estado gere 41% da alta complexidade ambulatorial e município 100% da hospitalar. No município analisado, os prestadores hospitalares e ambulatoriais divididos c/ estado.	Alto índice de transf. f/f p/ munic. Baixo percentual de municípios GPSM (11,69%). Descentralização intermediária Caracteriza partilha
	GO 74% dos recursos transferidos F/F para os municípios	15 munic. em GPSM 41,6% pop.	-Municípios gerem 94 % dos recursos da assistência, tendo 100% da gestão hospitalar e 89% da gestão ambulatorial. -Na capital, do estado gere 21% da alta complexidade ambulatorial e município 100% da hospitalar. -No município analisado, os prestadores hospitalares c/ município e ambulatoriais divididos c/ estado (é provável que seja medicamentos).	Alto índice de transf. f/f p/ munic. Baixo percentual de municípios GPSM (6,68%). Descentralização intermediária Pode não caracterizar partilha
SUDESTE	RJ 75% dos recursos transferidos F/F para os municípios	21 munic. em GPSM 72,7% pop.	-Municípios gerem 89 % dos recursos da assistência, tendo 91% da gestão hospitalar e 89% da gestão ambulatorial. -Na capital, estado gere 26% da alta complexidade ambulatorial e município 100% da hospitalar. No município analisado, os prestadores hospitalares c/ município e ambulatoriais divididos c/ estado.	Alto índice de transf. f/f p/ munic. Alto percentual de municípios GPSM (22,83%). Estado como coordenador da PPI Descentralizado Caracteriza partilha
	SP 40% dos recursos transferidos F/F para os municípios	161 munic. em GPSM (capital não incluída) 45% pop.	-Municípios gerem 59 % dos recursos da assistência, tendo 63% da gestão hospitalar e 55% da gestão ambulatorial. -Hospitais estaduais, filantrópicos e universitários não transferidos. -Na capital, estado gere 89% da alta complexidade ambulatorial e 82% da hospitalar. No município analisado, os prestadores hospitalares e ambulatoriais divididos c/ estado.	Baixo índice de transf. f/f p/ munic. Alto percentual de municípios GPSM (24,96%). Descentralização intermediária Caracteriza partilha
	MG 70% dos recursos transferidos F/F para os municípios	57 munic. em GPSM 46,7 pop.	-Municípios gerem 89 % dos recursos da assistência, tendo 98% da gestão hospitalar e 82% gestão ambulatorial -Na capital, estado gere 50% da alta complexidade ambulatorial e o município 100% da hospitalar No município analisado, os prestadores hospitalares e ambulatoriais divididos c/ estado.	Alto índice de transf. f/f p/ munic. Baixo percentual de municípios GPSM (6,68%). Descentralização intermediária Caracteriza partilha

	ES 36% dos recursos transferidos F/F para os municípios	35 munic. em GPSM (capital não incluída) 44,9% pop.	-Municípios gerem 98 % dos recursos da assistência, tendo 100% da gestão hospitalar e 92% da gestão ambulatorial. -Na capital o município gere 100% da alta complexidade ambulatorial e hospitalar. No município analisado os prestadores hospitalares e ambulatoriais c/ município.	Baixo índice de transf. f/f p/ munic. Alto percentual de munic. GPSM (44,76%) maior percentual de municípios em GPSM no Brasil. Descentralização intermediária Não caracteriza partilha
S U L	PR 61% dos recursos transferidos F/F para os municípios	13 munic. em GPSM 32,3% pop.	-Municípios gerem 89 % dos recursos da assistência, tendo 97% da gestão hospitalar e 77% da gestão ambulatorial. -Na capital estado gere 31% da alta complexidade ambulatorial e o município 100% da hospitalar. No município analisado os prestadores hospitalares e ambulatoriais divididos c/ estado.	Alto índice de transf. f/f p/ municípios. Baixo percentual de municípios GPSM (3,26%). Descentralização intermediária Caracteriza Partilha
	SC 57% dos recursos transferidos F/F para os municípios	20 munic. em GPSM (capital não incluída) 37,1% pop.	-Municípios gerem 99,5 % dos recursos da assistência, tendo 99,5% da gestão hospitalar e 100% da gestão ambulatorial. -O município analisado gere 100% da alta complexidade ambulatorial e hospitalar. -No município analisado os prestadores hospitalares e ambulatoriais divididos c/ estado .	Índice médio de transferência f/f para municípios. Baixo percentual de municípios GPSM (6,83%). Descentralização intermediária Caracteriza partilha
	RS 61% dos recursos transferidos F/F para os municípios	11 munic. em GPSM 24,1% pop.	-Municípios gerem 92 % dos recursos da assistência, tendo 100% da gestão hospitalar e 84% da gestão ambulatorial. -Na capital estado gere 31% da alta complexidade ambulatorial e o município 100% da hospitalar No município analisado os prestadores hospitalares c/ município e ambulatoriais divididos c/ estado (é provável que sejam medicamentos).	Alto índice de transf. f/f p/ municípios. Baixo percentual de municípios GPSM (2,21%). Descentralização intermediária Pode não caracterizar Partilha

FONTE: *Elaboração Própria*

- Os dados de Sergipe ficaram comprometidos, considerando que os dois municípios foram habilitados no final de 2001

Lembrando que foram considerados estados centralizados aqueles que apresentam baixo índice de transferência de recursos para os municípios e baixo percentual de municípios habilitados em GPSM (AC, AP, AM, TO, BA, PE e SE), e estados descentralizados aqueles que apresentam alto índice de transferência de recursos para os municípios e alto percentual de municípios habilitados em GPSM (PA e RJ). Os demais estados (RO, RR, AL, CE, MA, PB, RN, PI, MT, MS, GO, SP, MG, ES, PR, SC e RS) encontram-se em fases intermediárias da descentralização e é difícil nomeá-los de forma mais taxativa.

Do ponto de vista dos pactos estabelecidos entre os gestores municipais e os gestores estaduais, observamos que, em apenas seis estados, estes pactos não caracterizam partilha (AC, PI, ES, PR, SC, RS), sendo que em somente em três (PI, PR e RS) a capital encontra-se habilitada em GPSM. Nos demais estados, a forma com que os serviços foram divididos e/ou o volume de recursos sob gestão estadual comprometeram a caracterização de um modelo de gestão estruturante e organizativo. A escolha dos serviços que deveriam ficar com o estado teve como principal critério a natureza jurídica dos prestadores, o seu porte (muitas vezes dado mais pelo volume de atendimentos, do que pela complexidade). Os estados que foram rigorosos em não transferir os serviços de alta complexidade (RR, PE e SE) e que poderiam ser enquadrados, portanto, conforme os modelos identificados em 1995, como “gestão descentralizada por nível de hierarquia” mantiveram sob sua gestão um percentual de recursos tão alto (77%, 73% e 90% respectivamente) que fica impossível dizer que tiveram algum critério que considere a organização dos serviços. O que se concluiu com o estudo é o que já vinha se observando durante o processo de implantação do SUS: os estados que retiveram parte importante dos recursos sob sua gestão não o fizeram com um único critério; houve uma soma de critérios que acabou por descaracterizar propostas defendidas inicialmente como organizativas.

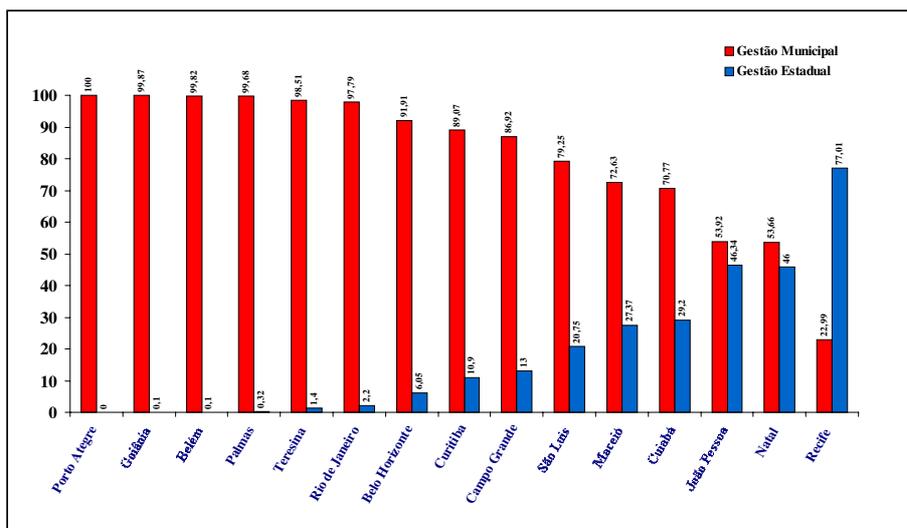
4.6. Evolução da divisão de responsabilidades na gestão da saúde nas capitais brasileiras, em GPSM, comparando 1999 e 2001

A seguir serão analisadas quinze capitais brasileiras que estavam habilitadas em GPMS em abril de 1999 e se mantiveram habilitadas até dezembro de 2001. Estas capitais foram analisadas em 1999, através de um estudo realizado pelo Ministério da Saúde a pedido da CIT, e voltaram a ser analisadas neste estudo, através da mesma metodologia, o que permite agora comparar os percentuais de recursos federais faturados no SIA e SIH/SUS, sob gestão municipal, nos dois períodos.

A seguir será mostrado o gráfico 15, com os dados obtidos no estudo realizado em 1999.

Gráfico 15

Percentual de Recursos Financeiros Faturados no SIA e SIH/SUS nas Capitais Analisadas*, por Responsabilidade de Gestão - Janeiro a Abril de 1999

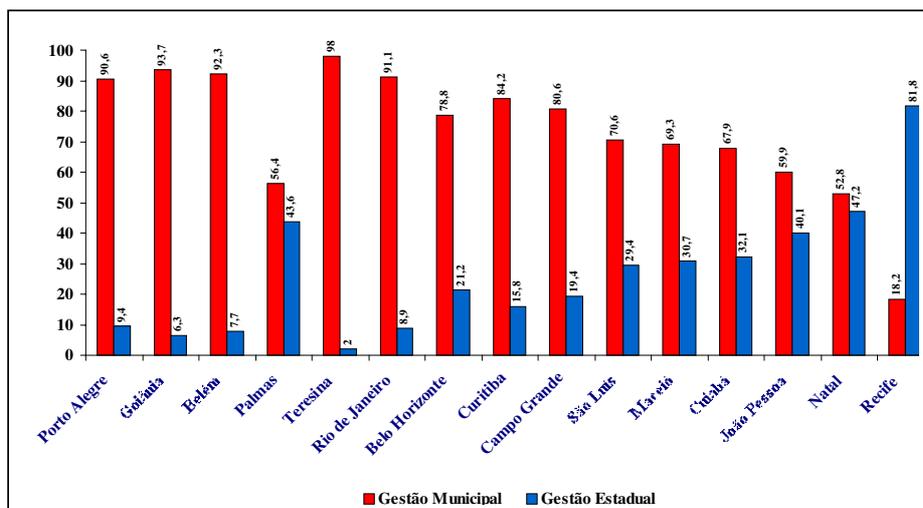


FONTE: DDGA/SAS/MS

Na seqüência, está o gráfico 16, referente à divisão de responsabilidades entre estados e municípios nas capitais analisadas:

Gráfico 16

Percentual de Recursos Financeiros Faturados no SIA e SIH/SUS nas Capitais Analisadas*, por Responsabilidade de Gestão - Competência 2001



FONTE: DDGA/SAS/MS

*As capitais quando habilitadas em GPSM e nos estados em que isto não ocorre, o maior município habilitado em GPSM

Abaixo, o quadro 12 lista e compara o percentual de recursos sob gestão municipal nas quinze capitais analisadas .

Quadro 12

Quadro comparativo entre o percentual de recursos financeiros para a assistência ambulatorial e hospitalar sob gestão municipal nas capitais que constam dos estudos de 1999 e de 2001

Estado	Capital	% recursos em 1999	% recursos em 2001	Situação do % em 2001 em relação a 1999
RS	Porto Alegre	100%	90,6%	<
GO	Goiânia	99,9%	93,7%	<
PA	Belém	99,8%	92,3%	<
TO	Palmas	100%	56,4%	<
PI	Teresina	98,5%	98%	<
RJ	R. Janeiro	97,8%	91,2%	<
MG	B. Horizonte	91,9%	78,8%	<
PR	Curitiba	89,1%	84,2%	<
MS	C. Grande	86,9%	80,6%	<
MA	São Luís	79,2%	70,6%	<
AL	Maceió	72,6%	69,3%	<
MT	Cuiabá	70,8%	67,9%	<
PB	J. Pessoa	53,9%	59,9%	>
RN	Natal	53,7%	52,8%	<
PE	Recife	23%	18,2%	<

Das quinze capitais analisadas, quatorze apresentam percentuais de gestão inferiores àqueles que tinham no estudo realizado em 1999 e apenas uma capital (João Pessoa) ampliou o percentual de gestão de 53,9% para 59,9%. Algumas capitais perderam um grande percentual na gestão (Palmas – 45,6% e Belo Horizonte –13,1%). Quais seriam as causas, que podem estar determinando a redução do percentual de recursos sobre gestão municipal, em municípios em GPSM? Recomenda-se que, no mínimo, três hipóteses devam ser analisadas:

1. Alguns serviços atualmente considerados como de responsabilidade estadual, como é o caso dos medicamentos excepcionais, TFD interestadual e laboratório de saúde pública, estiveram em um primeiro momento sob gestão municipal e depois retornaram para a gestão do estado. Estes procedimentos são faturados no SIA/SUS e aparecem nos dados da capital. Algumas dessas áreas foram até contempladas com recursos novos do Ministério da Saúde.
2. Alguns municípios podem ter devolvido parte dos serviços para o gestor estadual.
3. Recursos novos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o estado sofreram uma destinação que pode ter privilegiado os serviços sob gestão estadual na referida capital.

Este não é o tema deste estudo e, portanto, não será aprofundado, mas é, sem dúvida, uma questão instigante para todos os atores que acompanham o processo de descentralização no Brasil.

5. A NOAS-SUS 01/02 E AS PERSPECTIVAS PARA SUPERAÇÃO DO PROBLEMA DOS PACTOS DE GESTÃO ENTRE ESTADOS E MUNICÍPIOS

Como pudemos ver no item anterior a NOB-SUS 01/96, trouxe grandes avanços para o processo de implantação do SUS no Brasil, mas deixou alguns problemas a serem equacionados. No final da década de 90, os atores envolvidos com a implantação do SUS, já registravam os problemas percebidos, problemas estes, que contribuíram para acentuar o debate e abrir a discussão, quanto a oportunidade da elaboração de uma nova norma operacional. Ao longo de todo o ano 2000, o Ministério da Saúde, particularmente através da SAS, em articulação com outras secretarias (SPS, SE), coordenou um intenso processo de debate e negociação com as representações nacionais dos secretários estaduais e municipais de saúde no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, e no Conselho Nacional de Saúde, acerca do aperfeiçoamento e consolidação do processo de descentralização no Sistema Único de Saúde.

A seguir, serão descritos os maiores desafios que se colocavam para os gestores do SUS, na perspectiva da elaboração de uma nova norma operacional:

- 1 Divisão de responsabilidades entre estados e municípios: parcela significativa dos pactos de gestão entre estados e municípios foi estabelecida segundo critérios pouco adequados à organização funcional do sistema e ao comando efetivamente público do gestor, tais como partilhas de gestão por natureza jurídica dos prestadores de serviços. Em alguns estados, ainda existem unidades básicas de saúde sob gestão estadual e/ou conflitos relacionados à persistência de hospitais estaduais que não foram repassados aos municípios.
- 2 Processo de habilitação: em muitos casos se deu de forma cartorial. O processo de habilitação dos estados nem sempre apresentou uma relação direta com a capacidade efetiva da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de exercer todas as suas funções gestoras. A maciça habilitação dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica representou um avanço do ponto de vista da responsabilização de milhares de gestores municipais e aumento da equidade na alocação de recursos por meio da implantação do PAB, mas não assegurou a qualidade e efetividade da atenção básica em todos esses municípios, e não foi suficiente para garantir o acesso dos cidadãos aos demais níveis de atenção. A habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal, por sua vez, representou um avanço para centenas de municípios que passaram a dispor de maior autonomia de gestão; por outro lado, não foi suficiente para assegurar sua inserção e papel de referência nas redes regionais/estaduais de serviços.
- 3 Financiamento do sistema: a alocação dos recursos financeiros permanece vinculada à lógica da oferta, à capacidade instalada existente e às necessidades de receita dos prestadores de serviços de saúde, o que mantém a concentração de recursos nas áreas mais desenvolvidas e em ações nem sempre compatíveis com as necessidades da população. No âmbito dos estados, os critérios adotados para a distribuição de recursos entre os municípios em geral são pouco explícitos. Os mecanismos de transferência fundo a fundo alteraram o fluxo de recursos, mas nem sempre transformaram a lógica de sua alocação, por terem se baseado em séries históricas contaminadas pelo perfil vigente de oferta. Isso dificulta a seleção de prioridades de intervenção e a reorganização da rede de unidades e tende a manter as iniquidades distributivas e a ineficiência alocativa.
- 4 Planejamento e organização funcional do sistema: embora muitos estados tenham conduzido processos de “Programação Pactuada e Integrada (PPI)”, sua implementação foi efetiva em poucos casos, dificultando a integração intermunicipal. As limitações da capacidade de planejamento e coordenação das SES aumentam o risco de atomização dos sistemas municipais, de incorporação tecnológica irracional e de adoção de barreiras de acesso entre municípios. A prática de contratação de serviços privados e da construção de unidades públicas sem a prévia análise da adequação do perfil da oferta existente às necessidades da população dificulta a estruturação de uma rede regionalizada e resolutive de unidades. A expansão de serviços nas décadas precedentes produziu um conjunto de unidades com oferta desordenada e relações frágeis entre os serviços, dificultando a reorientação do modelo de atenção e a conformação de redes regionalizadas e resolutivas.
- 5 Resolutividade e acesso aos serviços: a atual configuração do elenco de procedimentos incluídos na atenção básica (Piso de Atenção Básica fixo – PAB fixo) é restrita, apresentando baixa capacidade de resolução dos problemas mais frequentes dos usuários. Simultaneamente, ocorrem dificuldades de acesso à assistência de média e de alta complexidade, relacionada à concentração desses serviços em poucos municípios ou mesmo à inexistência de determinados serviços de alta complexidade em diversos estados. O instrumental utilizado para as referências intermunicipais e interestaduais tem sido insuficiente para garantir o acesso, carecendo de mecanismos efetivos de relação entre gestores e entre serviços.
- 6 Monitoramento e avaliação contínua de desempenho: em geral não existe avaliação rotineira e sistemática do desempenho dos órgãos gestores e de monitoramento da implementação das atividades previstas nos Planos de Saúde e processos de programação. O controle e a auditoria da prestação de serviços por terceiros e dos consequentes faturamentos apresentam fragilidades e descontinuidades. Em síntese, tanto o Ministério da Saúde (MS), quanto a maior parte dos estados, não dispõem de diagnósticos precisos do funcionamento dos sistemas estaduais e municipais para o desenvolvimento adequado de estratégias de cooperação técnica e decisões de investimento.
- 7 Processo de habilitação das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e transferências fundo a fundo: o atual processo de habilitação dos municípios atingiu seu ápice, sendo residual o número de municípios que ainda não se encontra em uma das condições de gestão previstas na NOB 96. A

taxa de crescimento do volume de recursos transferidos fundo a fundo, bastante significativa no primeiro ano de vigência da referida Norma, apresentou uma desaceleração no período de dezembro de 1998 a dezembro de 2000, indicando a importância de se desenvolver novos mecanismos para ampliar a descentralização dos recursos financeiros e buscar a superação progressiva dos mecanismos de repasse entre gestores por produção de serviços.

acordos que mantêm unidades básicas de saúde sob gestão estadual.

Como pode se ver o problema do comando único aparece como um dos problemas a serem superados pela NOASSUS 01/01.

A publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde -NOAS SUS 01/01 através da Portaria GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001, é fruto desse longo processo de negociação. O objetivo geral da referida norma é: *“Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”* (MS, 2001).

Para atingir esse objetivo, a NOAS reconhece a regionalização como macro-estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização, nesse momento específico da implantação do SUS e propõe três grupos de estratégias articuladas, como forma de promover a descentralização com equidade no acesso:

- Elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando a conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis.
- Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, que compreende um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores.
- Atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS, visando torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas.

A NOAS SUS 01/01 propôs, como estratégia de garantia da universalidade no acesso para toda a população, a ampliação e a melhoria da qualidade da atenção básica, assegurada em todos os municípios brasileiros, propõem a formação de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que garantam no âmbito microrregional o acesso ágil e oportuno de todos os cidadãos a um conjunto de ações de saúde frequentemente necessárias para atender os problemas de saúde mais comuns. A proposta de qualificação de regiões/microrregiões na assistência à saúde apresentada na referida Norma se fundamenta, portanto, na busca de garantia de acesso a ações resolutivas para além dos limites municipais, considerando critérios de qualidade e economia de escala.

Ainda no que tange à assistência à saúde, a NOAS SUS 01/01 estabelece diretrizes gerais para a organização das demais ações de média e alta complexidade, buscando fortalecer os princípios de integralidade e da equidade, preconizando a elaboração do Plano Diretor de Regionalização –PDR, que compreenda o mapeamento das redes de referência em áreas estratégias específicas (gestação de alto risco, urgência e emergência, hemoterapia, entre outras).

Esse tipo de regionalização, incentivado pela NOAS SUS 01/01, requer a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação estadual, que deve se dar através da programação pactuada e integrada. Além disso, é necessário o fortalecimento da capacidade gestora de estados e municípios para exercer as funções de regulação, controle e avaliação do sistema, em uma nova perspectiva.

Toda a estratégia pensada e negociada durante a elaboração da NOAS SUS 01/01, teve como forte objetivo, diminuir as áreas nebulosas entre os papéis do estado e dos municípios, principalmente aqueles habilitados em GPSM. Reconhecendo os graves problemas trazidos para a gestão do SUS, devido à divisão de comando sobre os prestadores dentro do território de um município a NOAS SUS radicalizou, fazendo dois movimentos: o primeiro, no sentido de fortalecer o papel do estado em suas funções coordenadoras e o segundo determinando que os municípios habilitados em GPSM, deveriam ser os responsáveis pela gestão de todos os prestadores localizados no âmbito de seu município. Desta forma a NOAS –SUS 01/01 propõe este item como um de seus objetivos: *“Definir a divisão de responsabilidades entre estados e municípios na gestão do SUS, de forma clara e coerente com a organização de sistemas funcionais de atenção”*.

Durante o processo de negociação, com a finalidade de garantir as funções do estado, na coordenação do acesso para a população de referência, foram criados dois mecanismos importantes. O primeiro diz respeito ao cuidado que se teve ao pensar o instrumento da PPI, separando os recursos destinados à população própria do município dos recursos destinados à população de referência segundo e o segundo quando criou o “Termo de Garantia de Acesso” a ser assinado gestor estadual e pelos gestores dos municípios habilitados em GPMS pela NOAS SUS. Além disto, como havia muita resistência por parte de alguns gestores estaduais, em transferir a gestão dos serviços estaduais para os municípios em GPMS, se criou o “Termo Entre Entes Públicos”, pelo qual, mesmo mantendo os recursos destinados aos serviços estaduais nos tetos municipais, os municípios depois de elaborar os planos operativos dos serviços estaduais autoriza ao FNS a repassar diretamente ao respectivo estado, mensalmente, os recursos definidos para o prestador estado.

Apesar de todos os mecanismos criados na NOAS SUS 01/01 e confirmando a importância deste ponto na construção do SUS continuou a falta de consenso em torno da melhor divisão de responsabilidades a ser adotada entre estados e municípios. Poucos meses depois de ser publicada a NOAS SUS 01/01, antes mesmo de ser implantada, começou a surgir no CONASS um movimento para que se fizesse a alteração do texto da NOAS em dois pontos: o primeiro, pedindo o fortalecimento dos instrumentos definidos pela norma para que o estado pudesse controlar os recursos alocados nos municípios em GPMS identificados como recursos destinados à “população de referência”, e o segundo ponto, no sentido de permitir que módulos assistenciais pudessem ser qualificados, mantendo a gestão de sua sede com o estado. No processo de negociação, o Ministério da Saúde radicalizou a posição em defesa do comando único. Não fosse este fato, talvez, teria se criado novamente um parágrafo na NOAS SUS 01/01, permitindo que o comando sobre os prestadores fosse dividido, de acordo com a vontade de cada CIB, ou até mesmo de cada gestor estadual. O CONASEMS, durante este período, devido a questões internas, esteve menos organizado do que o CONASS e portanto, com menor possibilidade de defender os interesses dos municípios.

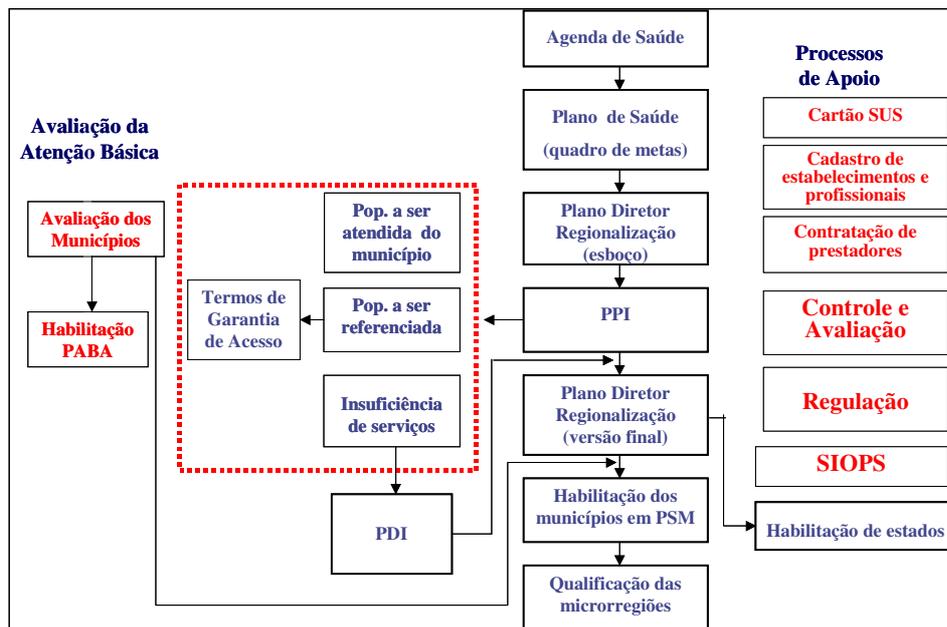
Depois de fortes debates, a NOAS foi rediscutida e proposta pela CIT sua alteração. Em consequência deste debate, foi publicada uma nova portaria do Ministro, denominada NOAS-SUS 01/02, através da portaria GM nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Esta norma fortaleceu os instrumentos de gestão do estado e permitiu que os municípios sede de módulo pudessem ficar sob gestão estadual.

A seguir, será apresentado um fluxograma que pontua as principais ações desencadeadas com a implantação da NOAS e outras, que apesar de terem sido iniciadas antes mesmo da publicação desta, ganharam força a partir do movimento sistêmico que a NOAS proporcionou.

Um fato que vale a pena registrar, é que durante o debate da NOB -SUS 01/96, da NOAS SUS 01/01 e da NOAS SUS 001/02, os atores que defenderam a não transferência de alguns serviços e se colocaram contra o comando único não mudam muito. Apesar de toda a flexibilização que cada norma trouxe, alguns estados, principalmente aqueles que mais brigaram para que as normas fossem alteradas, continuam com a mesma posição de antes do debate e mantém a mesma divisão de pactos anteriormente implantada. A verdade é que, apesar do esforço realizado pelos vários atores envolvidos na construção do SUS, este ponto está longe de ser equacionado e sua discussão continua merecendo toda atenção.

A figura 2, abaixo, apresenta o fluxograma do processo de implantação da NOAS 1/2.

Figura 2
Fluxograma do Processo de Implantação da NOAS SUS 01/02

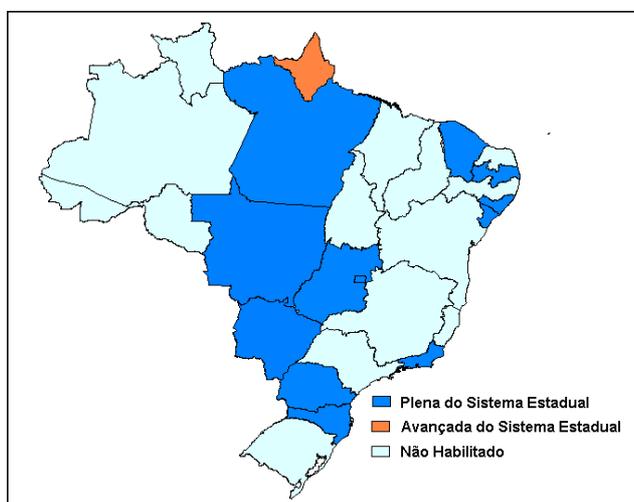


FONTE: DDGA/SAS/MS

O movimento de implantação se traduz em um processo de planejamento, que articula as prioridades definidas pela Agenda Nacional da Saúde à elaboração do PDR, onde são desenhadas as redes assistenciais e pactuados os fluxos de pacientes entre os gestores. Na seqüência, é realizada a PPI que quantifica a necessidade de atendimentos, balizando estas necessidades com os recursos financeiros disponíveis. O Plano Diretor de Investimento –PDI deve surgir a partir das lacunas assistenciais identificadas pela PPI. Durante o processo, os municípios são avaliados, considerando as novas responsabilidades que devem assumir. Os processos de apoio (Cartão SUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde –CNES, Contratação de prestadores de serviços ao SUS, controle regulação e avaliação e SIOPS), nasceram antes do surgimento da NOAS mas gradativamente, passaram a integrar a agenda de sua implantação em cada estado, dado a importância desses processos para a implantação efetiva daquilo que se programou.

A situação da habilitação dos estados a NOAS será apresentada no mapa 1, abaixo.

Mapa 1
Situação da Habilitação dos Estados na NOAS – Setembro 2002



FONTE: DDGA/SAS/MS

Atualmente, treze estados estão habilitados na NOAS SUS 01/02. Doze deles se habilitaram à gestão plena do sistema estadual (PA, MS, MT, GO, DF, PR, SC, RJ, CE, AL, SE e PB) e um se habilitou à gestão avançada do sistema estadual (AP). Outros três estados deram entrada com seus pedidos de habilitação na CIT (RS, AM e MG). Existe expectativa de que até o final do ano pelo menos mais quatro estados se habilitem.

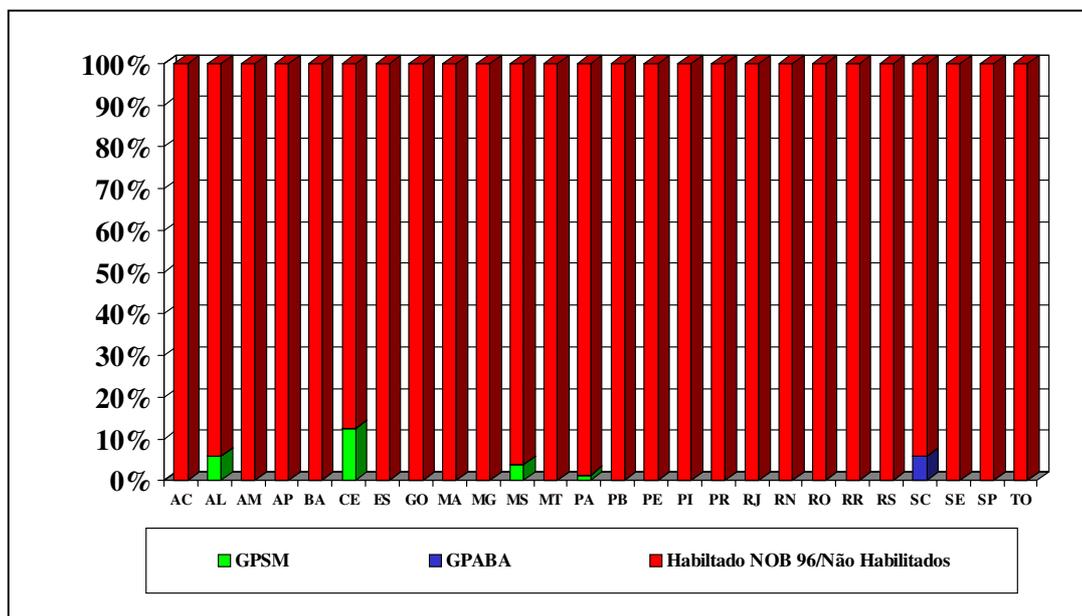
Os estados que se habilitam têm que encaminhar, junto do processo de habilitação, o “cronograma de ajuste do comando único no estado”, aprovado pelo estado. Este instrumento pretende superar a divisão de comando nos municípios habilitados em GPSM, pela NOB –SUS 01/96. Em alguns estados os ajustes já se fizeram (Ex: CE, MS e PB), mas é bom que fique claro que a maioria dos estados que têm partilhas muito fortes, com grande participação do estado na gestão dos prestadores em municípios habilitados em GPSM, não se habilitaram. Existem estados (Ex: PE e MA) que nem mesmo aprovaram o PDR (primeiro passo para a implantação da NOAS no estado). É bom lembrar que, em alguns dos estados habilitados, esta questão do comando já estava superada, enquanto debate político e o entendimento já era de que o comando sobre os prestadores, devesse ficar com os municípios quando habilitados em GPSM. Nestes estados o ajuste é bem mais tranqüilo e representa um esforço menor (EX: RJ, PR, AL e SC)

Com tudo isto, podemos dizer que a NOAS está sendo um importante instrumento de indução no planejamento das ações do estado. Ela fortaleceu o seu papel coordenador e o instrumentalizou para exercer este papel.

O mesmo não se pode dizer sobre a participação dos municípios na NOAS. Para que o município passe a exercer seu novo papel no sistema de saúde regionalizado, ele deve se habilitar a uma das formas de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPBABA, quando amplia suas responsabilidades ampliando a resolutividade da atenção básica e Gestão Plena o Sistema Municipal –GPSM assumindo, no mínimo as responsabilidades pelo módulo estadual. As adesões às habilitações na NOAS estão muito aquém do esperado, conforme demonstra o gráfico 17, a seguir.

Gráfico 17

Distribuição Percentual dos Municípios, segundo Tipo de Habilitação na NOAS 01/02, por Estado – Brasil Setembro de 2002



Fonte: DDGA/SAS/MS

Passaremos a enumerar alguns fatores que podem explicar as razões que levaram tão poucos municípios e se habilitarem na NOAS – SUS 01/02, até agora:

- 1- O processo de habilitações de municípios na NOAS deixa de ser uma iniciativa isolada de cada município, passando a estar condicionada ao seu papel no PDR do estado a avaliação de seu desempenho como município habilitado. Para que isto seja possível, o estado tem que cumprir seu papel e se habilitar antes. Esta decisão, portanto, atrelou a habilitação dos municípios à habilitação do estado. Um processo que deveria durar 180 dias (prazo dado pela NOAS 01/01 para os estados se habilitarem), com a negociação da NOAS 01/02, só foi possível habilitar o primeiro estado na NOAS em abril de 2002, um ano e três meses depois de publicada a NOAS 01/01. Com isto, acabou havendo uma interrupção de dezoito meses, sem que ocorressem habilitações municipais.
- 2- Outro problema grave identificado foi o fato de que nem todos os estados se esforçaram para se habilitarem na NOAS e os municípios desses estados ficaram inteiramente prejudicados. Recentemente foi negociada uma alteração na NOAS, no sentido de permitir que municípios possam ser habilitados, em estados não habilitados.
- 3- O processo de avaliação da atenção básica nos municípios trouxe uma realidade muito pior do que se esperava. A maioria dos municípios não apresenta indicadores (acordados no pacto da atenção básica e já reduzidos) adequados, para se habilitarem. Para que ocorra o processo de regionalização de forma efetiva, cada município tem que resolver as questões mais simples e de maior volume. Sem isto, todo o esforço de criar serviços de referência para as ações de maior complexidade ficará perdido, uma vez que estes serviços serão consumidos pelos atendimentos de menor complexidade e maior volume. É importante mencionar que foi a NOAS que permitiu a avaliação dos resultados da descentralização, principalmente com a avaliação da atenção básica. Até então, alguns estados até avaliavam municípios, mas priorizando aqueles habilitados em GPSP e fazendo avaliação dos municípios habilitados em GPAB apenas por amostragem. A NOAS incluiu na agenda dos estados a avaliação de todos os municípios. É verdade que alguns estados não fizeram esta avaliação ainda, porque não estão cumprindo o cronograma de implantação da NOAS. A situação da atenção básica nos municípios vem apresentando melhora, mas de forma muito lenta.
- 4- Também contribui para o baixo número de municípios habilitados, os baixos valores adicionados ao PAB em relação às novas responsabilidades que o município assume e aos valores que atualmente ele recebe por produção, relativos aos procedimentos que são adicionados ao PAB (estes procedimentos deixam de ser pagos por produção e passam a ser pagos percapita quando o município habilita). Da mesma forma, não foram indutores os valores propostos para a implantação do Módulo assistencial frente às exigências propostas (adicional de recursos aos tetos estaduais, que permitissem o financiamento de R\$6,00 percapita, para os procedimentos definidos pela NOAS como média complexidade 1, a serem repassados de forma gradual, a medida que as micro regiões de qualificassem). Vale dizer que até a presente data, nenhuma microrregião foi qualificada e portanto, os recursos propostos no valor aproximado de R\$234 milhões não foram repassados aos municípios.
- 5- A referência unicêntrica para o município sede do módulo assistencial enfrentou grandes problemas durante o processo de negociação da PPI. Parece não ser viável o deslocamento do financiamento dos procedimentos do M1 dos municípios satélites, que já dispõem de serviços que executam procedimentos incluídos no elenco do M1, para os municípios sede de módulo. É provável que a NOAS sofra mudanças, no sentido de permitir o financiamento de serviços atualmente implantados e passe a restringir apenas a implantação de novos serviços nos município satélites.
- 6- A estrutura do Ministério da Saúde que dificultou um processo de acompanhamento da NOAS de forma mais articulada, principalmente em relação a atenção básica e ao SIOPS, que são requisitos para a habilitação dos estados e municípios.
- 7- A Lei de Responsabilidade Fiscal, que começou a vigorar recentemente, tornou os gestores muito mais cautelosos em assumirem novas responsabilidades, principalmente sabendo que, os limites financeiros da maioria dos municípios está bastante comprimido.
- 8- A última questão a registrar é que os primeiros estados se habilitaram durante o ano de 2002 e, portanto, durante um ano eleitoral. É claro que as relações entre estados e municípios são afetadas durante um ano de disputas sempre muito acirradas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1. QUANTO AO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

- As evidências sobre as relações entre o processo de descentralização dos serviços e das ações de saúde e a ampliação de cobertura e melhoria das condições de saúde não só se fazem notar no âmbito assistencial, mas talvez adquiriram mais nitidez na dimensão gerencial. As distintas trajetórias das estratégias que foram sucessivamente desenhadas para viabilizar o SUS nos últimos 10 anos revelam as complexas possibilidades de reinterpretação das diretrizes de descentralização.

- A descentralização foi proposta pela Constituição Brasileira em 1988, fortalecida pela Lei Orgânica da Saúde, em 1990, regulamentada pelas normas operacionais e é, ainda hoje, um ponto de muita polêmica e conseqüentemente de muita negociação nas instâncias deliberativas do SUS.

- O SUS se organiza para a população e sofre as influências da sociedade. Desta forma a descentralização é permeável às influências político, sociais e culturais, fazendo com que sua implantação seja diferente em cada canto deste país. É importante lembrar também que fora do circuito restrito dos gestores do SUS, existem prestadores de serviços ao SUS, fornecedores, os interessados na saúde suplementar, os prefeitos, vereadores, deputados e tantos outros, que ficam muito atentos e querem influenciar no modo como o sistema se organiza. Infelizmente não se percebe ainda um amplo movimento de usuários em defesa da organização do SUS e muitas vezes o sistema se move por interesses de caráter privado, que não são os da maioria da população. A oferta de serviços é ainda hoje um eixo mais forte no sistema, do que a necessidade da demanda.

- Portanto, não se pode deixar de reconhecer que a descentralização altera as relações de poder na área da saúde e que, em alguns casos, as secretarias estaduais e até mesmo os governadores lutam para manter o mando sobre determinados serviços ou sobre determinadas funções. O poder de atender as pessoas, ou de contratar prestadores, ou de autorizar AIHs é, às vezes, mais concreto do que o poder de coordenar o Sistema Estadual de Saúde. Os estados que descentralizaram para os municípios a relação com os usuários do sistema, com os prestadores e fornecedores mudaram sua forma de fazer política. Suas relações mais importantes passam a ser com os prefeitos e secretários de saúde e sua legitimidade se dá pela capacidade de coordenação e liderança. Estas atribuições são difíceis de serem assumidas, quando o estado é forte prestador de serviços e disputa os recursos com os demais gestores, ao invés de equilibrar as relações entre eles.

- Por seu turno, tampouco é plausível supor um comportamento uniforme do Ministério da Saúde. Durante a implantação do SUS, ora mais, ora menos, ele demonstra ambivalência da condução do processo. Sem dúvida nenhuma, desde 1992, o Ministério da Saúde induz o processo de descentralização, inclusive com incentivos financeiros. Por outro lado, o Ministério da Saúde induz também ações de caráter local, com repercussão direta sobre os prestadores de serviços. Estas ações, em alguns casos, alcançam ótimos resultados e repercutem na ampliação do acesso para os usuários do SUS. Por outro lado, podem dificultar a gestão do sistema local. Uma importante questão que se coloca é até que ponto o Ministério da Saúde pode induzir ações assistenciais, sem ferir a peculiaridade ou as especificidades dos sistemas locais? Quais ações devem ser induzidas diretamente pelo Ministério da Saúde? Se ficar entendido que o Ministério da Saúde deve induzir políticas para melhoria do acesso da população ao sistema, qual a melhor forma de fazê-lo? Outro aspecto que ilustra a dubiedade do processo de trabalho do Ministério da Saúde pôde ser observado durante a implantação da PPI. A SAS coordenou a implantação da PPI dos recursos assistenciais e conduziu, paralelamente, estratégias que continuavam fatiando os tetos financeiros, já descentralizados. É provável que este fato seja característico apenas de uma fase incipiente na mudança de lógica que se pretende com a PPI, mas é importante que os atores/gestores do SUS estejam atentos a este fato. O componente federal de auditoria mantém como prática a auditoria de serviços inclusive em estados e municípios habilitados em GPMS. Este tema deve merecer atenção dos atores/gestores do SUS, durante o próximo ano.

- O fato de a representação da CIT ser paritária entre os três níveis de governo, não garante automaticamente igual peso para os três gestores, nas decisões. Normalmente o Ministério da Saúde tem maior peso nas decisões da CIT, assim como os estados têm maior peso nas decisões das CIBs. A representatividade dos COSEMS é muito mais difícil do que a do Ministério da Saúde e dos estados. Entre os gestores municipais a diversidade de interesses é muito maior: municípios de partidos políticos dife-

rentes, grandes e pequenos, plenos do sistema e plenos da atenção básica e tantas outras diferenças. Esta diversidade faz com que, em alguns momentos, integrantes da representação municipal se aliem ao gestor estadual na CIB e quebrem a unidade da referida representação.

- O espaço de negociação das comissões intergestores é, ainda hoje, quase que exclusivamente, espaço para discussão da destinação dos recursos federais a serem alocados no SUS. A discussão da alocação dos recursos estaduais e municipais para o SUS não é objeto de pauta da CIT e nem da maioria das CIBs.

- A transferência de recursos do fundo nacional de saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde, deixou de ser uma prerrogativa exclusiva do processo de habilitação regulamentado pelas normas operacionais, e passou a ser utilizado para outras transferências, regulamentadas de forma diferente. Este fato exige cuidado na análise do processo de descentralização, quando usado como indicador de descentralização as transferências fundo a fundo.

6.2. QUANTO AOS PACTOS DE GESTÃO ESTABELECIDOS ENTRE ESTADOS E MUNICÍPIOS DURANTE A VIGÊNCIA DA NOB 96

- As normas operacionais publicadas, são aquelas possíveis de serem pactuadas em um determinado momento da história da implantação do SUS. A diversidade de realidades apresentada pelos estados brasileiros faz com que as normas sejam, muitas vezes, ambivalentes e até contraditórias. A NOB SUS 01/96 definiu que a gestão da prestação de serviços deveria ser municipal, mas abriu prerrogativas às CIBs para definirem pactos diferentes.

- A habilitação dos municípios na gestão plena do sistema municipal -GPSM não se deu da mesma forma em todos os municípios brasileiros, que aderiram a esta modalidade de gestão. A flexibilização das determinações contidas na NOB-SUS 01/96, permitiu, que as CIBs aprovassem pactos de gestão diferentes daqueles que ela trazia em seu bojo, fazendo com que a divisão de responsabilidades entre estados e municípios fosse bastante variada em todo o Brasil.

- A descentralização dos serviços e funções do estado para as capitais é, quase sempre, mais conflitiva do que para os demais municípios. De um modo geral, os municípios de maior porte enfrentam mais dificuldades para assumirem a totalidade dos serviços, quando se habilitam.

- Na maioria dos casos, a divisão de responsabilidades observada, entre estados e municípios habilitados em GPMS, não se apresentou com uma lógica pautada em uma razão sistêmica. Em grande parte dos estados, houve mais de um critério para a retenção dos serviços pelo estado. Parece que não houve um só critério mais relevante e sim uma soma de critérios. Naqueles estados em que o comando está dividido nos municípios em GPSM, não se encontrou uma lógica que ajudasse a organizar o sistema, ao contrário, esta divisão dificulta a estruturação do sistema e parece, quase sempre, fruto de casuísmos locais.

- Existe dificuldade maior em transferir a gestão dos serviços que são de gerência estadual, para os municípios. A dificuldade em negociar aumento de limites financeiros para os serviços estaduais e o atraso do pagamento dos serviços, são as principais dificuldades alegadas pelos estados.

- A questão de a gestão dos serviços estar com o município habilitado em GPSM ou com o estado ou até mesmo dividida entre os dois não interfere no acesso dos pacientes referenciados. Melhor dizendo, não se pode afirmar que a restrição de acesso é característica nos municípios em GPSM, que assumiram a totalidade dos serviços em seu território.

- A metodologia utilizada para definir os modelos de gestão identificados pelo Ministério da Saúde, em 1995, não foi suficiente para a análise da descentralização neste momento. Foram identificados estados centralizados, descentralizados ou em fase intermediária de descentralização. Em todos os casos, pode-se identificar se houve ou não “partilha” sobre os prestadores.

- A comparação entre um estudo realizado em 1999, em quinze capitais brasileiras, habilitadas em GPSM e este, realizado com base nos dados de 2001, mostrou que os percentuais de recursos sob gestão municipal reduziram em quatorze delas. Este fenômeno parece importante, sugere novos e detalhados estudos e merece atenção por parte dos gestores do SUS.

- Uma questão que pode, em parte, explicar esta redução de recursos sob gestão municipal, é que algumas ações que foram inicialmente transferidas aos municípios são atualmente reconhecidas como de responsabilidade do estado. Este é, por exemplo, o caso da gestão dos medicamentos excepcionais.

6.3. QUANTO À IMPLANTAÇÃO DA NOAS 01/02, NA SUPERAÇÃO DA DIVISÃO DE COMANDO, PERMITIDA PELOS PACTOS FIRMADOS ENTRE ESTADOS E MUNICÍPIOS EM GPSM

- A divisão de responsabilidades estabelecida entre estados e municípios habilitados em GPSM, durante a vigência da NOB SUS 01/96, foi identificada como um problema a ser enfrentado durante a elaboração da NOAS 01/01 e 01/02. Reconhecendo os graves problemas trazidos para a gestão do SUS, devido à divisão de comando sobre os prestadores dentro do território de um município, a NOAS - SUS radicalizou, fazendo dois movimentos: o primeiro, no sentido de fortalecer o papel do estado em suas funções coordenadoras e o segundo determinando que os municípios habilitados em GPSM sejam os responsáveis, pela gestão de todos os prestadores, localizados no âmbito de seu município.

- Não se tem dúvida de que a NOAS trouxe a regulamentação adequada para a superação dos conflitos de comando sobre os prestadores. Os estados que se habilitaram e que já tiveram municípios habilitados em GPSM pela NOAS - SUS 01/02, superaram a divisão de comando sobre os prestadores. Alguns estados podem servir como exemplo, como é o caso dos municípios do Ceará e Mato Grosso do Sul. Há, no entanto que se perguntar, se os estados que resistem à lógica do comando único sobre os prestadores irão aderir a NOAS.

- Não se tem dúvida também de que a NOAS está sendo um importante instrumento de indução no planejamento das ações do estado, fortalecendo o seu papel coordenador.

- A dúvida que se coloca hoje, quanto à NOAS, diz respeito ao pequeno número de municípios que pediram a sua habilitação. Vários são os fatores que podem estar trazendo esta dificuldade, mas a verdade é que a NOAS só se implanta de fato, a partir do momento em que regiões de saúde estiverem qualificadas, fato que não pode ocorrer sem que os municípios estejam habilitados. É muito importante que os atores/gestores do SUS estejam atentos e possam continuar modificando a NOAS (ela já sofreu duas modificações neste sentido), fazendo dela um instrumento de organização dos sistemas municipais e regionais de saúde.

- A NOAS estimulou, em quase todos os estados brasileiros, forte debate sobre o acesso da população aos serviços. Esta norma foi sem dúvida, a que mais trabalhou as questões referentes à organização dos serviços e ao acesso. No entanto, tem um fato curioso: A NOAS influenciou menos a prática do Ministério da Saúde do que a dos estados e municípios. Apesar da norma conter importante estratégia para organização do sistema, a maioria dos atos normativos do Ministério referentes à assistência, publicados neste período de vigência da NOAS, não fizeram referência a ela. Não podemos dizer que ela foi o eixo orientador nem mesmo de toda a assistência. O papel de condução para a elaboração, negociação e implantação da NOAS, ficou quase que, restrito à Secretaria de Assistência à Saúde. Esta prática do Ministério da Saúde induziu processos divergentes nos estados e municípios e é alvo de muitas críticas por parte dos gestores estaduais e municipais. Apesar disso, se acredita que a NOAS, gradativamente, possa servir de eixo estruturante no processo normativo da assistência à saúde e continue influenciando estados e municípios na organização do SUS.

Agregando-se esse conjunto de reflexões com as observações sobre os desafios estruturais e os contingenciamentos antepostos ao processo de descentralização do SUS, nota-se que as significativas mudanças convivem, em muitos casos, com a preservação de uma lógica assistencial assentada na dicotomia entre prevenção e cura, entre o individual e o coletivo e entre o público e o privado. Daí a importância de um maior detalhamento das trajetórias da descentralização consideradas a partir da análise da interação das três esferas de governo. A vigência de “pactos desorganizativos” com a conformação de sistemas de saúde baseados nas necessidades de saúde compreendida em espaços-população territorialmente definidos parecem expressar à primeira vista, que as variáveis político-institucionais locais são as que definem os reais modelos de habilitação/gestão e portanto, uma certa inocuidade da capacidade indutora do Ministério da Saúde.

No sentido contrário das teses que destacam as condições locais dos estados e municípios, se situam os que julgam que o Ministério da Saúde determina os rumos do processo de descentralização. O poder de indução deste Ministério seria diretamente proporcional aos recursos financeiros controlados pelo poder central. Alguns autores ressaltam características democratizantes da descentralização, como o funcionamento de milhares de conselhos de saúde, mas reafirmam que o processo em curso não rompe com a tradição centralizadora das políticas de saúde (Elias, 2001).

O presente trabalho procurou conjugar uma avaliação dos determinantes locais com aqueles definidos pelo Governo Central objetivando, em primeiro lugar, proceder uma análise mais realista da diversidade

dos processos de descentralização em curso. Em segundo lugar, busca-se associar um conjunto de condições afetas à capacidade de planejamento e gestão e do porte dos municípios com variáveis de cobertura e gastos com assistência à saúde no sentido de conferir uma base empírica às categorizações dos pactos de gestão de assistência à saúde.

Tal empreendimento, ainda que restrito, nem resulta no desvendamento de todas as dúvidas sobre os pactos inter-gestores e muito menos na resolução dos intrincados problemas afetos à reprodução nos níveis sub-nacionais da fragmentação das ações assistenciais, de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica que estruturaram o sistema de saúde brasileiro. Temas como a ausência de integralidade dos cuidados e ações de saúde, têm sido exaustivamente tratados, entre outros, por Teixeira, Paim et alii (2000).

A possível contribuição do presente trabalho é buscar categorias mais adequadas para interrogar uma parte do processo de descentralização dos sistemas assistenciais em curso e certamente estimular a avaliação crítica e a formulação de novas estratégias de descentralização voltadas à construção de um sistema de saúde universal e equânime.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Avaliação do Processo de Implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Relatório, Brasília. 1995”. Disponível em: www.saude.gov.br/sas/ddga/homeddga.htm
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Pesquisa de Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal”, coordenação Prof. Ana Luiza d'Ávila Viana. Brasília. 2002 Disponível em: www.saude.gov.br/sas/ddga/homeddga.htm -Estudos e Projetos.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Análise de alguns aspectos do processo de descentralização no sistema único de saúde” Relatório conjunto realizado pela SAS/SPS. Brasília. 1999 Disponível em: www.saude.gov.br/sas/ddga/homeddga.htm
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde”. Brasília, 1991
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde”. Brasília, 1992
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei. Brasília. 1993”.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde”. Brasília, 1993
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde”. Brasília, 1996
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Norma Operacional da Assistência à Saúde Sistema Único de Saúde”. Brasília, 2001
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. “Norma Operacional da Assistência à Saúde Sistema Único de Saúde”. Brasília, 2002
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE – Relatório de gestão da Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília 2002. Disponível em: www.saude.gov.br
- CARVALHO, G. (2001) A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através das normas operacionais. *Ciência e Saúde Coletiva* 6 (2): 435-444.
- CORDEIRO, H. (1991) Sistema único de saúde. Ayuri Editorial: Rio de Janeiro. 184 pp.
- CORDEIRO, H. (2001) Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 6 (2): 319-328.
- ELIAS, P. E.(2001) Afinal de que descentralização falamos? *Ciência e Saúde Coletiva* 6 (2): 310-312.
- LEVCOVITZ E. (1997) Transição X consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde – 1974/1996. Tese De Doutorado. IMS/UERJ; 286 pp.
- LEVCOVITZ E., LIMA, L.D., MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas *Ciência e Saúde Coletiva* 6 (2): 269-291
- MENDES, E. V. (2001) Os grandes dilemas do SUS. Casa de Qualidade Editora: Salvador, 176 pp
- NORONHA, J. C e SOARES, L T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva* 6 (2): 445:450
- PIOLA, S. F.e BIASOTO, G. Jr. (2001) Financiamento do SUS nos anos 90. In NEGRI, B. e Di GIOVANNI, G (orgs) Brasil: Radiografia da Saúde, Unicamp. IE: Campinas
- TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. e VILLASBÔAS, A. I. .(2000) SUS modelos assistenciais e vigilância à saúde IN ROZENFELD, S. (org) Fundamentos da vigilância sanitária. Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro.