

DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE  
SAÚDE NO  
BRASIL: GERENCIAMENTO E GASTO EM  
MUNICÍPIOS SELECIONADOS (1994-1997)

CADERNODE PESQUISA

Nº 45



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP  
NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP

2000

Texto original do Relatório Final da Pesquisa:  
Descentralização dos Serviços de Saúde no Brasil: A Efetividade do  
Gerenciamento e Gasto nos Municípios Habilitados para a Gestão  
Semiplena no Período de 1994-1997

# CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO E PRINCIPAIS CONCLUSÕES

---

## APRESENTAÇÃO

Como indicado pelo título, este capítulo retoma – de forma resumida, objetiva e seqüencial – as principais características deste estudo e seus resultados mais importantes nesta ordem: *introdução*, que trata das características do estudo; *metodologia*, que resume a organização do trabalho e os procedimentos de coleta e análise dos dados; *fundamentos*, que aborda a trajetória e o marco jurídico institucional da descentralização, destacando os principais instrumentos que sustentam o sistema único de saúde; finalmente, o tópico *resultados*, que retoma os principais achados da pesquisa à luz das hipóteses que nortearam o estudo. Este sumário inclui dados quantitativos que, embora tenham sido utilizados para fundamentar as conclusões do estudo, ao longo do relatório, não foram explicitados sistematicamente para não dificultar a leitura.

## 1. INTRODUÇÃO

- 1.1. Este documento constitui o relatório final da pesquisa “*Descentralização dos Serviços de Saúde no Brasil - gerenciamento e gasto em Municípios selecionados (1994-1997)*” realizada pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP/UNICAMP) em convênio financiado pelo Ministério da Saúde.
- 1.2. Esta pesquisa se orienta pelos procedimentos técnico-metodológicos característicos dos estudos de avaliação formativa voltados para a decisão, cujo papel é oferecer aos centros decisórios elementos que possam aprimorar o desempenho da política e dos programas que formulam e implementam.
- 1.3. Os objetivos detalhados deste estudo podem ser assim resumidos: oferecer ao Ministério da Saúde, e aos gestores centrais do SUS informações sobre as dificuldades encontradas pelos gestores locais para implementar a política descentralizada de saúde, visando ao aprimoramento dos mecanismos e procedimentos que possam removê-las.
- 1.4. Assim se localizam as avaliações *formativas* no marco geral dos estudos de avaliação (Quadro 17).

**Quadro 17**

Características dos Estudos de Avaliação

Dimensão Examinada	Ex-ante Diagnósticos, Cenários	Monitoramento	Avaliação Formativa (Processo, Implementação)	Avaliação Somativa (Ex-post, Resultado)
Caracterização	Levantamento de dados prévios para conceber o programa. Dado fundamental para decidir executar ou vetar um programa	Acompanhamento de ações e tarefas referentes ao plano de execução (fazer certo as coisas – eficiência)	Acompanhamento de ações e tarefas referentes ao conteúdo, método, recursos, fluxos, instrumentos e procedimentos durante a etapa de implementação do programa (fazer a coisa certa – eficácia)	Exame e análise de objetivos, impacto e resultados ao término e depois do término do programa (alcance das metas/efetividade)
Momento/ Tempo	Antes da concepção e formulação do programa	Processo contínuo durante a execução	Coleta e registro de dados específicos para avaliação, durante o processo de implementação	Coletas pontuais de dados – antes, durante e depois do “tratamento”, sendo que antes e durante podem contar com o aporte de séries históricas e coletas de avaliações formativas
Objetivo	Definir o cenário de implementação do programa; precisar o foco	Identificar o progresso com respeito ao plano de trabalho	Identificar os aspectos do programa que devem ser aprimorados	Analisar o impacto do programa e suas relações com o processo e os resultados
Atitude	Prospectiva	Gerencial	Descritiva, clínica, corretiva	Análítica, normativa, prescritiva
Recomendações	Características do programa à luz do cenário	Ajuste do plano e das condições operacionais. Correção dos rumos	Aprimoramento do programa (conteúdo, foco, método, objetivos)	Revisão ou confirmação de ações, recursos e metas

Fonte: FARIA [1998].

## 2. METODOLOGIA

### (A) Eixos de Análise e Dimensões Estudadas

2.1 Para avaliar o processo recente de descentralização do sistema de saúde pública no Brasil, no referente à eficácia de seu gerenciamento, o desenho desta pesquisa foi organizado a partir de três dimensões (*Quadro 18*):

- 2.1.1. caracterização dos 141 municípios que foram habilitados para o regime de gestão Semiplena no período 1994-1997 e que constituem nosso universo de estudo (*Tabelas 55 e 56*).
- 2.1.2. análise do arcabouço jurídico-institucional que sustenta o processo de responsabilização da instância local para implementar o sistema de saúde representado pela Lei 8080/90 e pelas NOBs 01/93 e 01/96.
- 2.1.3. análise de aspectos específicos de gerenciamento da implementação em 30 municípios - selecionados a partir dos 141 - e que constituem a amostra aleatória estratificada utilizada neste estudo (*Tabela 57*).

**Quadro 18**

## Dimensões Analíticas Orientadoras do Estudo

<ul style="list-style-type: none"> <li>Compreensão do Universo de Estudo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perfil Sócio-Demográfico dos Municípios</li> <li>Características da Oferta de Serviços de Saúde nos Municípios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Municípios Organizados em 6 Classes</li> <li>Δ dos equipamentos municipais (básicos e especializados: MUNIC);</li> <li>ACS por 10.000 hab. (&lt; ou = a 11,6) ACS por 10.000 hab. (&gt; 11,6)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Compreensão dos Instrumentos de Sustentação do Desenho e Implementação do SUS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Marco Jurídico</li> <li>Marco Institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lei 8080/90</li> <li>NOB 01/93</li> <li>NOB 01/96</li> <li>Instâncias Governamentais</li> <li>Instâncias de Representação</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Compreensão da Dimensão Gerencial da Implementação da Política: Determinantes e Condicionantes da Descentralização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trajetória Municipal no Processo de Habilitação</li> <li>Financiamento</li> <li>Instâncias de Representação</li> <li>Capacidade Operacional do Poder Local: Inovação Gerencial</li> <li>Qualidade: Assimilação e Introdução de Inovações Assistenciais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprendizagem gradual</li> <li>Aprendizagem por iniciativa municipal</li> <li>Aprendizagem com habilitação Semiplena</li> <li>Mecanismo de projeção</li> <li>Capitais (constituem um grupo especial)</li> <li>Fluxo de recursos</li> <li>Gestão e Gasto</li> <li>Participação dos Agentes – Conselhos/Comissões</li> <li>Organização da rede institucional e dos recursos disponíveis; informática; micro-região; consórcios;</li> <li>Crescimento e Inovação: Novos Programas, Novos Serviços</li> </ul>

**Tabela 55**

Distribuição dos Municípios Enquadrados na Condição Semiplena (por data de habilitação), 1994- 1997

Mês/Ano	1994	1995	1996	1997
Janeiro				7
Fevereiro			6	
Março			25	
Abril		13	5	
Maiο			10	
Junho	9	5	11	
Julho		1	5	
Agosto			6	
Outubro	2	1	13	
Novembro	13	8		
Dezembro		4		
Total	24	32	81	7

Fonte: Ministério da Saúde, 1998

**Tabela 56**

Distribuição e Percentual dos Municípios em Condição Semiplena por Região e Estado, 1997

Estado/Região	Norte			Nordeste			C. Oeste			Sudeste			Sul		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Pará	2	143	1,4												
Rondônia	3	52	5,8												
Tocantins	1	139	0,7												
Ceará				12	184	6,5									
Maranhão				9	217	4,1									
Paraíba				1	223	0,4									
Pernambuco				5	185	2,7									
Piauí				1	221	0,5									
Rio G. do Norte				5	166	3,0									
Mato G. Sul							8	77	10,4						
Mato Grosso							1	126	0,8						
E. Santo										3	77	3,9			
Minas Gerais										18	853	2,1			
Rio de Janeiro										7	91	7,7			
São Paulo										50	645	7,8			
Paraná													3	399	0,8
Rio G. do Sul													4	467	0,9
Santa Catarina													11	293	8,9
Total	6	334	1,8	33	1.196	2,8	9	203	4,4	78	1.666	4,7	18	1.159	1,1

Fontes: Nepp, 1998; IBGE, 1996. Primeiro relatório parcial desta pesquisa.

Notas:(1) Número de municípios em condição Semiplena; (2) Número de municípios existentes no estado, segundo a Contagem Populacional do IBGE de 1996, incluindo os municípios emancipados em 1997; (3) Proporção de municípios do estado enquadrados na condição Semiplena = (1)/(2)\*100

**Tabela 57**

Características da Amostra

Distribuição dos municípios pela taxa de crescimento dos equipamentos municipais (MUNIC) segundo a classe

Classe	Total de Municípios	“N “ Amostral	MUNIC Negativo		MUNIC Abaixo da Média		MUNIC Acima da Média	
			Universo	Amostr a	Univers o	Amostr a	Univers o	Amostr a
1	40	9	8	2	25	5	7	2
2	19	4	5	1	11	2	3	1
3	15	3	3	1	7	1	5	1
4	44	9	5	1	22	5	17	3
5	14	3	0	0	9	2	5	1
6	09	2	1	0	5	1	3	1
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>30</b>	<b>22</b>	<b>5</b>	<b>79</b>	<b>16</b>	<b>40</b>	<b>9</b>

**(B) Coleta e Organização dos Dados**

2.1.4. No universo de 141 municípios coletamos informação mediante a remessa de um questionário auto-aplicado respondido pelo prefeito e/ou secretário municipal de saúde. Obtivemos um retorno de 77 questionários, correspondente a 54,6% do total de municípios (*Tabela 58*). Estas informações foram utilizadas como subsídio indireto para o estudo de caso. A definição das variáveis resultantes destas informações encontra-se no Anexo I deste relatório.



**Tabela 58**  
Retorno do Questionário Auto-Aplicado Por Variáveis Seleccionadas

Por Classe	Sim (%)	Não (%)	Sim	Não	Total
1	67,5	32,5	27	13	40
2	47,4	52,6	9	10	19
3	33,3	66,7	5	10	15
4	61,4	38,6	27	17	44
5	28,6	71,4	4	10	14
6	55,6	44,4	5	4	9
Total	54,6	45,4	77	64	141
Por Forma Espacial - NESUR	Sim (%)	Não (%)	Sim	Não	Total
A. U.M.	38,1	61,9	8	13	21
A .U.N.M.	56,8	43,2	21	16	37
Centro Urbano	69,2	30,8	9	4	13
Não Centro Urbano	55,7	44,3	39	31	70
Total	54,6	45,4	77	64	141
Índice BASIC	Sim (%)	Não (%)	Sim	Não	Total
Abaixo da mediana	51,4	48,6	36	34	70
Acima da mediana	57,7	42,3	41	30	71
Total	54,6	45,4	77	64	141
Índice ESPEC	Sim (%)	Não (%)	Sim	Não	Total
Abaixo da mediana	48,2	51,8	27	29	56
Acima da mediana	57,9	42,1	33	24	57
não se aplica	60,7	39,3	17	11	28
Total	54,6	45,4	77	64	141
Mortalidade Infantil	Sim (%)	Não (%)	Sim	Não	Total
Abaixo da mediana	56,3	43,7	40	31	71
Acima da mediana	52,9	47,1	37	33	70
Total	54,6	45,4	77	64	141
Habitação	Sim (%)	Não (%)	Sim	Não	Total
Baixa qualidade	51,8	48,2	43	40	83
Alta qualidade	58,6	41,4	34	24	58
Total	54,6	45,4	77	64	141
Taxa Agentes Comunitários de Saúde Por 10.000 Habitantes					
	Sim (%)	Não (%)	Sim	Não	Total
Abaixo da mediana	56,1	43,9	32	25	57
Acima da mediana	42,9	57,1	9	12	21
não se aplica	57,1	42,9	36	27	63
Total	54,6	45,4	77	64	141
Taxa Equipes de Saúde da Família por 10.000 Habitantes					
	Sim (%)	Não (%)	Sim	Não	Total
Abaixo da mediana	58,1	41,9	18	13	31
Acima da mediana	40,9	59,1	9	13	22
não se aplica	56,8	43,2	50	38	88
Total	54,6	45,4	77	64	141
Tempo de Permanência na Habitação Semiplena					
	Sim (%)	Não (%)	Sim	Não	Total
Até 2 anos	54,5	45,5	30	25	55
De 2 a 3 anos	54,9	45,1	28	23	51
Mais de 3 anos	54,3	45,7	19	16	35
Total	54,6	45,4	77	64	141

2.1.5. Na amostra aleatória estratificada (por classe e variação do crescimento dos equipamentos municipais de saúde básica e especializada, conforme vimos anteriormente na *Tabela 58*), realizamos o estudo de caso, coletando informação mediante entrevistas e aplicação de questionários estruturados a um conjunto de membros da comunidade local (atores sociais): prefeito ou secretário de saúde; diretor de centro de saúde; diretor de hospital (em caso de existência); conselheiro do CMS; usuários presentes no centro ou hospital (*Tabela 59*). Além disso, os pesquisadores de campo puderam observar, *in loco*, o funcionamento dos serviços de saúde.

**Tabela 59**  
Atores Entrevistados

Município	Prefeito	Secretário Municipal	Diretor Posto ou Centro	Diretor Hospital ou Substituto	Conselheiro	Usuário
Baturité		X	X		7	6
Caicó		X	X		2	5
Capistrano		X	X	X	3	4
Ceará-Mirim		X	X	X	1	5
Itapiúna	X	X	X		3	4
Mossoró		X	X		3	5
Santana do Acaraú	X	X	X	X	4	5
Belo Horizonte		X	X	X	2	10
Cons. Lafaiete		X	X	X	3	6
Dourados	X	X	X	X	3	7
Nova Andradina		X	X	2	16	7
Cruzeiro	X	X	X	X	5	7
Diadema	X	X	X	X	1	4
Lorena		X	X	X	2	6
Peruíbe		X	X	X	2	5
Santos		X	X	X	2	7
São Vicente		X	2	X	1	6
Balneário Camboriú	X	X	X	X	1	8
Concórdia	X	X	X	X	4	7
Jaraguá do Sul	X	X	X	X	3	12
Lages	X	X	X	X	11	10
Pato Branco	X	X	X	X	1	8
Porto Alegre		X	X	X	4	10
Angra dos Reis		X	X	X	4	5
Niterói		X	X	X	1	5
Cajuru		X	X	X	3	5
Dumont	X	X	X		20	5
Guariba		X	X	X	4	5
Jardinópolis	X	X	X	X	8	7
Cacoal	X	X	X	X	4	15
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>26</b>	<b>128</b>	<b>201</b>

### 3. FUNDAMENTOS DA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

- 3.1. O SUS já é considerado um esforço de democratização e reforma bem sucedido tanto do ponto de vista de extensão das medidas tomadas, quanto do conjunto de políticas efetivamente implementadas para modificar estruturalmente o sistema anterior.
- 3.2. Principais aspectos do debate e das medidas dele decorrentes e que, nas duas últimas décadas, gerou o SUS em sua conformação atual.
- 3.2.1. no início dos anos oitenta o marco institucional da saúde é descrito como centralizador; com duplo comando; elitista (enquanto voltado para a atenção individualizada-curativa em detrimento da atenção coletiva-preventiva) e, finalmente, com acentuada superposição de atribuições entre os três níveis de governo;
- 3.2.2. o processo de modificação deste quadro - em direção a um modelo regionalizado, descentralizado e hierarquizado - inicia-se com a criação do SUDS (1987);
- 3.2.3. prossegue, após intenso debate vencido pelos defensores da ideologia sanitarista, com a Constituição de 1988, que estabelece os princípios: *da universalização do direito à saúde e ao atendimento médico gratuito e o dever do Estado na sua provisão; da realização das ações de saúde em sistema único, em rede regionalizada e hierarquizada; da descentralização com direção única em cada esfera; do atendimento integral com ênfase preventiva e com a participação da comunidade; do comando único do sistema de saúde, com um MS forte e descentralizado, controlando a assistência individual e coletiva, com autonomia política e administrativa; da admissão em caráter complementar dos serviços privados no SUS; da proibição de alocar recursos públicos para auxílio e subvenção de instituições privadas e, finalmente, da criação do Fundo de Seguridade Social.*
- 3.2.4. em 7 de agosto de 1990 é criado o Conselho Nacional de Saúde; em setembro do mesmo ano, a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde/LOS) dispõe sobre a organização do SUS e o seu funcionamento. Em seu artigo 4º a LOS estabelece que *“o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público constitui o Sistema Único de Saúde (SUS);*
- 3.2.5. a LOS regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais e jurídicas de direito público ou privado. Reconhece como

determinantes e condicionantes da saúde, fatores como a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, lazer, transporte e o acesso a bens e serviços essenciais;

- 3.2.6. a LOS define, ainda as atribuições comuns e específicas de cada esfera de governo;
- 3.2.7. a participação da comunidade na gestão do SUS é regulamentada pela Lei 8142/90, através de duas instâncias principais: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.
- 3.3. Em janeiro de 1997, 58% dos municípios brasileiros haviam aderido ao SUS, em alguma das modalidades de habilitação previstas pela NOB 01/93. Destaca-se que os municípios estudados nesta pesquisa são os únicos que - no período 1994/97 - foram habilitados no regime de gestão Semiplena (direta ou gradualmente) e que hoje se encontram no regime de gestão Plena do Sistema. (Tabela 60).
- 3.4. O processo de descentralização da execução dos serviços estabelecidos pela LOS tem sido disciplinado por um conjunto de institutos jurídicos, dentre os quais destacamos a NOB 01/93 e a NOB 01/96, cuja distribuição de atribuições entre as três esferas de governo estão, comparativamente, resumidas nos (Quadros 19 e 20).

**Tabela 60**

Evolução da Condição de Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde 1994-1996 (\*)

Número de Municípios Habilitados Conforme a NOB 01/93												
Regiões	Posição em Dezembro de 1994				Posição em Dezembro de 1995				Posição em Dezembro de 1996			
	I	P	SP	Total	I	P	SP	Total	I	P	SP	Total
Norte	20	11	0	31	25	14	1	40	34	17	4	55
Nordeste	595	26	7	628	733	34	17	784	846	40	32	918
Sudeste	724	248	13	985	800	270	29	1.099	802	260	75	1.137
Sul	373	192	4	569	429	228	7	664	477	236	18	731
C. Oeste	124	60	0	184	144	66	2	212	164	65	8	237
Brasil	1.836	537	24	2.397	2.131	612	56	2.799	2.323	618	137	3.078

Fonte: Levcovitz, E. (1997)

Notas: I (Incipiente), P (Parcial), SP (Semiplena).

(\*) Em janeiro de 1997 foram habilitados 07 (sete) municípios em gestão Semiplena (**137 + 7 = 144**)

**Quadro 19**

Marco Jurídico- Institucional: Distribuição de Atribuições do Sistema Único de Saúde Segundo os Níveis de Governo  
NOB 01/93

União		Estados		Municípios	
Funções	Órgãos	Funções	Órgãos	Funções	Órgãos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formular, planejar, regular, normatizar e avaliar a política nacional de saúde</li> <li>• Regular as relações público-privado e a atividade privada</li> <li>• Pagar os serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares da rede conveniada (pública e privada)</li> <li>• Acompanhar, fiscalizar, controlar, avaliar e aplicar os recursos federais</li> <li>• Coordenar em nível nacional do Sistema de Informações em Saúde</li> <li>• Cooperar técnica e financeiramente com Estados e municípios</li> <li>• Apoiar o desenvolvimento científico e tecnológico</li> <li>• Formular e executar a política nacional de produção de insumos e equipamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministério da Saúde</li> <li>• Conselho Nacional de Saúde</li> <li>• Comissão Intergestores Tripartite</li> <li>• Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS</li> <li>• Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS</li> <li>• Conferência de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formular a política estadual de saúde</li> <li>• Acompanhar, controlar e avaliar a regionalização e hierarquização do SUS no estado</li> <li>• Coordenar e planejar a rede e o processo de programação integrada</li> <li>• Estabelecer padrões de atenção à saúde no âmbito estadual</li> <li>• Supervisionar e apoiar técnica e financeiramente os municípios</li> <li>• Coordenar as negociações entre os gestores</li> <li>• Coordenar e executar ações em saúde, em caráter supletivo aos municípios</li> <li>• Gerenciar as unidades públicas de maior complexidade, os sistemas de referência regional e a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaria Estadual de Saúde</li> <li>• Conselho Estadual de Saúde</li> <li>• Comissão Intergestores Bipartite – CIB</li> <li>• Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formular, planejar, organizar, controlar, executar e avaliar as ações e serviços de saúde, por meio do gerenciamento e execução dos serviços públicos ambulatoriais e hospitalares de assistência à saúde, dos laboratórios de saúde pública e dos hemocentros, da gestão da rede contratada de produtores privados, da execução dos serviços de vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária, de acordo com a condição de gestão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Órgão executivo municipal</li> <li>• Cons. Municipal de Saúde</li> <li>• Fundo Municipal de Saúde</li> </ul>

Fonte: NEPP/UNICAMP, 1999. Primeiro Relatório Parcial desta pesquisa

**Quadro 20**

Marco Jurídico-Institucional: Distribuição de Atribuições do Sistema Único de Saúde Segundo os Níveis de Governo  
NOB 01/96

União		Estados		Municípios	
Funções	Órgãos	Funções	Órgãos	Funções	Órgãos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional</li> <li>Promover o gestor estadual em seu papel de incentivador dos sistemas municipais</li> <li>Exercer as funções de normatização e coordenação da gestão nacional o SUS</li> <li>Financiar o sistema, com a correspondente definição dos fluxos financeiros de seus mecanismos de operação</li> <li>Elaborar o Plano Nacional de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministério da Saúde</li> <li>Conselho Nacional de Saúde</li> <li>Comissão Intergestores Tripartite</li> <li>Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS</li> <li>Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS</li> <li>Conferência de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exercer a gestão do SUS no âmbito estadual</li> <li>Promover condições e incentivar o poder municipal em seu papel de gestor da atenção à saúde</li> <li>Executar ações de saúde de caráter transitório nos municípios impossibilitados</li> <li>Operacionalizar o componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria; dos sistemas de processamento de dados, de informação, de produção de serviços e de insumos críticos; dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, alimentar e nutricional; dos sistemas de recursos humanos e tecnologia, da rede de laboratórios de saúde pública, de assist. farmacêutica</li> <li>Executar serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo</li> <li>Executar políticas de integração das políticas municipais</li> <li>Financiar os serviços de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Secretaria Estadual de Saúde</li> <li>Conselho Estadual de Saúde</li> <li>Comissão Intergest. Bipartite – CIB</li> <li>Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formular, planejar, organizar, controlar, executar e avaliar as ações e serviços de saúde, por meio do gerenciamento e execução dos serviços públicos ambulatoriais e hospitalares de assistência à saúde, dos laboratórios de saúde pública e dos hemocentros, da gestão da rede contratada de produtores privados, da execução dos serviços de vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária, de acordo com a condição de gestão</li> <li>Responsabilidade pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde</li> <li>Financiar os serviços de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Órgão executivo municipal</li> <li>Cons. Municipal de Saúde</li> <li>Fundo Municipal de Saúde</li> </ul>

Fonte: NEPP/UNICAMP, 1999. Primeiro Relatório Parcial desta pesquisa

## 4. PRINCIPAIS RESULTADOS DO ESTUDO DE CASO REALIZADO EM 30 MUNICÍPIOS<sup>1</sup>

### 4.1. Política de Descentralização e Arquitetura do SUS

Conforme hipotetizamos neste estudo - (item 1.3, capítulo 1, parte 1) - o impacto de um determinado regime de habilitação na eficácia gerencial e, em consequência, na qualidade do serviço prestado depende

- do ritmo e grau de amadurecimento do processo de descentralização;
- do papel indutor ou constrangedor desempenhado pelo Estado e pelas instâncias de representação;
- do papel desempenhado pelo financiamento (potencializador ou repressor);

Por sua vez, o grau de amadurecimento decorre, principalmente,

- de um processo de emancipação gradual que implica o envolvimento responsável das instâncias municipais de governo e representação;
- do grau de adesão e da natureza do compromisso com o processo de descentralização, sendo indicadores de amadurecimento gerencial da instância local a introdução de inovações administrativas e assistenciais que acarretem impactos na qualidade do serviço ofertado;

Finalmente, hipotetizamos que a natureza do compromisso e o grau de adesão são habilidades adquiridas que demandam capacitação.

Os resultados foram examinados à luz destas suposições e, neste resumo, estaremos assinalando alguns dados que confirmam ou infirmam nossas hipóteses, mas que - principalmente - sugerem alternativas de ação mais eficazes.

- O caminho de adesão ao SUS, através da habilitação, percorrido pelos municípios brasileiros não é homogêneo. Dos 30 municípios estudados, 9 se habilitaram diretamente na modalidade Semiplena, incluindo neste conjunto as duas capitais (Belo Horizonte e Porto Alegre); 6 foram habilitados na modalidade Incipiente e passaram, a

---

<sup>1</sup> Amostra aleatória proporcional (estratificada).

seguir para a Semiplena; 13 passaram de Parcial a Semiplena; apenas 2 passaram gradualmente pelas três modalidades contempladas pela NOB 01/93 (*Quadro 21*).

**Quadro 21**

Processo de Habilitação dos Municípios da Pesquisa (Número da Portaria e Data da Habilitação)

UF	Municípios	NOB 01/93			NOB 01/96.
		Incipiente	Parcial	Semiplena	Plena
CE	Itapiúna	P. 109 27/06/94		P. 207 16/11/94	P. 2422 23/03/98
	Capistrano	P. 109 27/06/94		P. 196 31/10/96	P. 2821 02/06/98
	Baturité	P. 109 27/06/94		P. 63 28/03/96	P. 2422 23/03/98
	Santana do Acaraú	P. 109 27/06/94		P. 63 28/03/96	P. 2422 23/03/98
MG	Conselheiro Lafaiete		P. 109 27/06/94	P. 97 30/05/96	P. 3061 24/06/98
	Belo Horizonte			P. 109 27/06/94	P. 3261 28/07/98
MS	Dourados		P. 153 09/09/94	P. 97 30/05/96	P. 2801 14/05/98
	Nova Andradina			P. 79 29/04/96	P. 2801 14/05/98
PR	Pato Branco		P. 109 27/06/94	P. 81 29/04/96	P. 2564 04/05/98
RJ	Niterói		P. 109 27/06/94	P. 31 25/04/95	P. 5 05/01/99
	Angra dos Reis			P. 31 25/04/95	P. 2509 17/04/98
RN	Caicó		P. 109 27/06/94	P. 137 07/11/95	P. 3260 28/07/98
	Mossoró	P. 109 27/06/94		P. 185 08/10/96	P. 2821 02/06/98
	Ceará-Mirim		P. 153 09/09/94	P. 137 07/11/95	P. 3260 28/07/98
RO	Cacoal		P. 109 27/06/94	P. 155 21/12/95	P. 2509 17/04/98
RS	Porto Alegre			P. 130 31/07/96	P. 2422 23/03/98
SC	Jaraguá do Sul			P. 31 25/04/95	P. 2801 14/05/98
	Lages	P. 109 27/06/94	P. 32 03/05/95	P. 150 29/08/96	P. 2801 14/05/98
	Balneário Camboriú	P. 32 03/05/95	P. 109 27/06/94	P. 196 31/10/96	P. 2801 14/05/98
	Concórdia		P. 109 27/06/94	P. 110 28/06/96	P. 2801 14/05/98
SP	Cruzeiro			P. 63 28/03/96	P. 2553 04/05/98
	São Vicente			P. 162 05/10/94	P. 2553 04/05/98
	Santos		P. 109 27/06/94	P. 153 09/09/94	P. 2553 04/05/98
	Lorena		P. 234 22/12/94	P. 30/05/96	P. 2553 04/05/98
	Diadema			P. 153 09/09/94	P. 2553 04/05/98
	Cajuru		P. 234 22/12/94	P. 63 28/03/96	P. 2553 04/05/98
	Guariba		P. 207 16/11/94	P. 63 28/03/96	P. 2553 04/05/98
	Dumont		P. 207 16/11/94	P. 63 28/03/96	P. 2553 04/05/98
	Jardinópolis	P. 234 22/12/94		P. 196 31/10/96	P. 2553 04/05/98
Peruíbe			P. 110 28/06/96	P. 2553 04/05/98	

Fonte: Ministério da Saúde, 1999.

- Seja pelas diferentes datas em que foram habilitados, seja pelas diferentes trajetórias percorridas, o tempo de permanência dos municípios na modalidade de habilitação Semiplena também difere de um a outro (*Tabela 61*).
- Contudo, isoladamente, o tempo de permanência como hipotetizamos, não é determinante de um aprendizado que ocasionaria um desempenho gerencial mais eficaz (traduzido pela introdução de inovações assistenciais e administrativas) (*Tabela 62*).



**Tabela 61**  
Tempo de Permanência por Grupo

Grupos	Até 2 Anos	De 2 a 3 Anos	Mais de 3 Anos	Total
1	6	1	1	8
(%)	75,0	12,5	12,5	100,0
2	0	1	3	4
(%)	0,0	25,0	75,0	100,0
3	4	7	2	13
(%)	30,8	53,8	15,4	100,0
4	2	1	0	3
(%)	66,7	33,3	0,0	100,0
5	1	0	1	2
(%)	50,0	0,0	50,0	100,0
Total	13	10	7	30
(%)	43,3	33,3	23,3	100,0

**Tabela 62**  
Tempo de Permanência e Desempenho

Ação	Até 2 Anos		De 2 a 3 Anos		Mais de 3 Anos	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Expansão dos Equipamentos Medicamentos e Farmácia						
Sim	6	20.0	9	32.1	6	31.6
Não	24	80.0	19	67.9	13	68.4
Total	30	100.0	28	100.0	19	100.0
Modernização Gerencial Área Financeira						
Sim	15	50.0	11	39.3	13	68.4
Não	15	50.0	17	60.7	6	31.6
Total	30	100.0	28	100.0	19	100.0
Modernização Gerencial Gestão Própria e/ou contratação de serviços						
Sim	15	50.0	13	46.4	11	57.9
Não	15	50.0	15	53.6	8	42.1
Total	30	100.0	28	100.0	19	100.0
Modernização Gerencial Informatização						
Sim	13	43.3	13	46.4	10	52.6
Não	17	56.7	15	53.6	9	47.4
Total	30	100.0	28	100.0	19	100.0
Interação com os Municípios na Oferta e Recebimento de Serviços						
Sim	9	30.0	6	21.4	7	36.8
Não	19	63.3	21	75.0	9	47.4
Não respondeu	2	6.7	1	3.6	3	15.8
Total	30	100.0	28	100.0	19	100.0
Impactos da Semiplena na transição para a Plena - difíc. Fase interna						
Sim	9	30.0	11	39.3	4	21.1
Não	21	70.0	17	60.7	15	78.9
Total	30	100.0	28	100.0	19	100.0

- Levando em consideração a trajetória seguida pelos municípios e a opinião dos entrevistados, é possível distinguir **quatro tipos de experiência de descentralização**, além do caso mais complexo das capitais. No (Quadro 22) apresentamos estes quatro tipos, distinguindo:
  - Os municípios que apresentaram um processo de **aprendizagem gradual**, porque passaram por diferentes formas de habilitação ao longo do tempo (27% - grupo 1) ;
  - Os municípios cujas lideranças locais tomaram iniciativas autônomas para o desenvolvimento do sistema e que, portanto, apresentaram um processo de **aprendizagem por iniciativa municipal** (10% - grupo 2);
  - Os municípios que atribuem sua capacidade de inovação a um processo de **aprendizagem que adquiriram com a habilitação Semiplena**, decorrente do exercício responsável de suas prerrogativas (40% - grupo 3);
  - Os municípios cuja adesão ao processo de descentralização significou a **oportunidade de se projetar e receber benefícios** e que, ao não apresentarem qualquer iniciativa de inovação, deixam de acusar qualquer tipo de aprendizagem (10% - grupo 4);
- As capitais (Belo Horizonte e Porto Alegre) integram o quinto grupo que completa a tipologia estabelecida.

### Quadro 22

Classificação dos Municípios por Grupo<sup>2</sup>

Processo de Aprendizagem			Mecanismo de Projeção
Através das Habilitações	Por Iniciativa Municipal	Com a Semiplena	
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Lages	Diadema	Peruibe	Jardinópolis
Concórdia	Niterói	Jaraguá do Sul	Lorena
Santana do Acaraú	Angra dos Reis	Dourados	Ceará-Mirim
Baturité	Santos	Nova Andradina	
Itapiúna		Cons. Lafaiete	
Capistrano		Dumont	
Caicó		Cajuru	
Balneário Camboriú		Mossoró	
		Pato Branco	
		São Vicente	
		Guariba	
		Cacoal	
		Cruzeiro	

<sup>2</sup> Excluídas as duas capitais (Belo Horizonte e Porto Alegre).

- Nos municípios do **grupo 1** - cuja experiência de descentralização foi vivida como um ***processo gradual de aprendizagem***, destacam-se os seguintes resultados:
  - Percepção do novo enquadramento como entrada numa etapa superior;
  - Cada etapa prepara o município para assumir responsabilidades crescentes;
  - Cada etapa capacita melhor os agentes envolvidos para uma gestão autônoma;
  - Cada etapa aprimora a capacidade de melhor escolher prioridades quanto aos serviços de saúde locais.
  
- Nos municípios do **grupo 2** a aprendizagem é enfatizada como um processo endógeno resultante de iniciativas locais, que independem do caminho percorrido no sistema de habilitações. Neste caso, as **iniciativas municipais** criam uma tradição que leva à constituição de modelos próprios de atenção à saúde. Nesta experiência, a gestão hierarquizada e descentralizada pode preceder a NOB 01/93 e *fornece subsídios para críticas mais agudas à descentralização sob o comando federal: afirmam que os recursos repassados pela União são insuficientes e que sua vinculação a determinados programas estreita a capacidade gerencial dos municípios.*
  
- O **grupo 3** reúne os municípios para os quais a habilitação na modalidade Semiplena, segundo seu testemunho, significou um ganho de experiência útil para seu desempenho na etapa seguinte (Plena do Sistema). Este percurso, embora mais curto, pode reforçar a hipótese da importância formativa da gradualidade.
  
- O **grupo 4**, agrega os municípios que perceberam a habilitação proposta pelo nível federal como mecanismo para obter algum tipo de vantagem. A habilitação, entendida como adesão ao processo de responsabilização, não significou, neste caso, qualquer oportunidade de aprimoramento dos serviços de saúde.
  
- Finalmente, os dois municípios que constituem o **grupo 5** conformam um caso especial por se tratarem de capitais, com seus problemas específicos e complexos.

Os Quadros 23, 24, 25, 26 e 27 assinalam as ações dos grupos de municípios em função do seu processo de aprendizagem ou de seu interesse em projetar-se.

**Quadro 23**

## IMPACTO DA DESCENTRALIZAÇÃO

## Grupo 1 – A Experiência de Descentralização Como Processo de Aprendizagem Gradual

Municípios	Assistência			Administração/gerenciamento	
	Novos Programas	Novos Serviços	Consórcios/Parcerias/ Cooperativas	Informática	Gerenciamento/Outros
Lages – SC (3)*	Serviços na área do Câncer (1994-1998) Hepatite AIDS Programa de orientação sexual aos adolescentes Programa de combate às Drogas para crianças da 4ª série Programa de Orientação Psico Social Programa de combate a desnutrição Programa de Saúde da Família	Serviços especializados	Lages mais 19 municípios da região compram consultas especializadas e exames (referentes a câncer) pelo mesmo preço.	Informatização mediana (Secretaria Municipal de Saúde)	Encontro bimestral dos secretários municipais de Santa Catarina
Concórdia – SC (2)	Programa com Idosos Programa de Controle de Hipertensão e Diabetes Programa de Combate a Tuberculose e Hanseníase Programa de DST/AIDS Programa de Pré-Natal Programa de Saúde Bucal	Serviços Especializados (endocrinologia, pneumologia, dermatologia, neurologia, radiologia, anestesia.			A empresa Sadia possui uma fábrica na cidade e oferece convênio médico aos seus funcionários. Segundo o SMS, isso foi bom para o município já que desobstruiu as internações.
Santana do Acaraú – CE (2)	Programa de Agentes Comunitários de Saúde (90) Programa de Saúde da Família (94) Programa de Combate à Desnutrição Programa de Combate à Mortalidade Infantil		Fórum dos pequenos municípios da bacia do baixo rio Acaraú (amontada, uruoca, senador Sá, barroquinha, massapé, miraima e Santana do Acaraú): reuniões mensais onde se discutem e se programam ações na área da saúde, educação, ação social, produção, etc. Contratação de 9 médicos cubanos (cardiologia, oftalmologia, neurologia, e serviços públicos de saúde) para o município. Eles ganharão um salário de R\$ 2.000,00.		Município dividido em 10 zonas administrativas comunitárias onde estão distribuídas 6 áreas de vigilância à saúde
Baturité – CE (2)	Programa “Pra nené” de Agentes Comunitários de Saúde. Programa de Saúde da Família				Secretaria Estadual de Saúde criou 22 micro-regiões no Ceará. Existem Bipartites Regionais.

Continua

(\*)Número de Habilitação.

**Quadro 23** - continuação  
 IMPACTO DA DESCENTRALIZAÇÃO  
 Grupo 1 – A Experiência de Descentralização Como Processo de Aprendizagem Gradual

Municípios	Assistência			Administração/gerenciamento	
	Novos Programas	Novos Serviços	Consórcios/Parcerias/Cooperativas	Informática	Gerenciamento/Outros
Itapiúna – CE (2) *	Programa de Agentes Comunitários de Saúde Programa de Saúde da Família Programa de Saúde do Adolescente Programa de Controle da tuberculose	No tratamento da tuberculose o município da uma cesta básica durante o tratamento dos pacientes (que são muito pobres). Entretanto, segundo o prefeito, os pacientes não querem melhorar para não perderem a cesta.			Possui um modelo assistencial estruturado com o PSF como porta de entrada. Formação de Gestores na Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará. Processo de formação da micro-região e da Bipartite microregional. Itapiúna terá referência da Zoonose.
Capistrano – CE (2)	Programa de Saúde da Família Programa de Agentes Comunitários de Saúde Programa de Planejamento Familiar Programa de Controle do Câncer Programa de Combate à Desnutrição Programa de Combate à Mortalidade Infantil		Pró-Qualis – parceria de agências internacionais com o governo do estado do Ceará para ajuda financeira para reforma de hospitais, capacitação de recursos humanos e melhora na qualidade dos serviços.		Secretaria Estadual de Saúde criou 22 micro-regiões no Ceará Existem Bipartites Regionais
Caicó – RN (2)	Programa de Agentes Comunitários de Saúde Programa de Combate à Carência Nutricional Programa de Controle de Tuberculose e Hanseníase				
Balneário Camboriú – SC (3)	Programa Agito Bairro: em um dia são oferecidos: teste do pezinho, foto para RG, regulamentação de certidões, denúncias, lazer, etc. Programa Odontobaby Programa Anjo da Família: equipe vai às casas para fazer prevenção (tipo PACS/PSF)	Especialidades: Centro de Atendimento à AIDS, Centro de Fisioterapia, Centro de Atendimento à Mulher, Centro de Atendimento Psicossocial.	Parceria com universidade (não explicita qual e nem que tipo de parceria)		

(\*) Número de Habilitações

**Quadro 24**

## IMPACTO DA DESCENTRALIZAÇÃO

## Grupo 2 - Aprendizagem Autônoma Por Iniciativa Municipal

Municípios	Assistência			Administração/gerenciamento	
	Novos Programas	Novos Serviços	Consórcios/Parcerias/ Cooperativas	Informática	Gerenciamento/Outros
Diadema – SP (1)	Programa de Agentes Comunitários de Saúde Programa de Saúde da Família Hortas medicinais Programa de Combate à transmissão a dengue Programa de Combate à tuberculose Programa de Controle da hipertensão Programa de Saúde bucal Campanha contra a diabetes, catarata e câncer da mulher Projeto Catarata Projeto Amigo da criança		Projeto Catarata: parceria com o banco de olhos – população alvo: acima de 50 anos. Atualmente estão desenvolvendo um projeto com a Escola Paulista de Medicina; Capacitação dos recursos humanos: recentemente foi realizado um curso para melhorar a capacidade gerencial, promovido em parceria com o Banco Itaú e Fiocruz.		Sistemas locais de Saúde: processo de territorialização com definição de áreas de abrangência, identificação de micro áreas de risco e ações de vigilância Mudança na recepção do paciente – entrada no sistema Planejamento participativo: estabelecimento de prioridades com a população de bairros; Capacitação dos recursos humanos: cursos, seminários e oficinas de trabalho.
Angra dos Reis – RJ (1)	Programa de Saúde da Família (1999) Programa da criança Programa da saúde da mulher Programa do adulto Programa saúde mental Programa saúde oral (todos antes da Semiplena)			Informatização mediana (Secretaria Municipal de Saúde)	A saúde foi organizada em 5 distritos sanitários, baseada em critérios demográficos e na distribuição da rede de serviços. Co-gestão entre Prefeitura e a Irmandade desde 1993 para a gerir a Santa Casa Os serviços terceirizados na Santa Casa são: cirurgia (dois cirurgiões); ortopedia (2 ortopedistas que montaram uma firma e contrataram mais um profissional); radiologia e anestesia (que é um contrato pesado para a instituição, quem faz é uma firma). Há Orçamento Participativo
Santos – SP (2)	Programa DST/AIDS Programa de Saúde da Criança Programa do Recém-Nascido de Risco Programa de Saúde Bucal Programa de Saúde Mental Programa de Saúde da Mulher Programa de Internação Domiciliar	Serviços especializados		Rede de Saúde interligada por software específico para agendamentos eletrônicos de consultas e atendimentos	
Niterói – RJ (2)	Programa Médico de Família Programas de Ações Coletivas (tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão) Programa de AIDS	Central de regulação de consultas e internação (em construção uma central regional)		Alta informatização: controle de contas dos serviços contratados/conveniados; central de internação e de marcação de consultas	Projeto Niterói (1989) A Secretaria Municipal de Saúde é uma Fundação, desde 1991. Em busca de um modelo de Cidade Saudável (intersectorialidade)

**Quadro 25****IMPACTO DA DESCENTRALIZAÇÃO****Grupo 3 - Aprendizagem Com a Habilitação Semiplena Pelo Exercício de Suas Prerrogativas**

Municípios	Assistência			Administração/gerenciamento	
	Novos Programas	Novos Serviços	Consórcios/Parcerias/ Cooperativas	Informática	Gerenciamento/Outros
Peruíbe – SP (1)	Programa de Agentes Comunitários de Saúde Programa de Controle da tuberculose e Hanseníase Programa de Educação e Controle do Diabético e Hipertenso Programa de Saúde da Mulher Programa de Saúde da Criança Planejamento Familiar Programa de Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico.	Serviços Especializados		Informatização mediana (Secretaria Municipal de Saúde)	Há orçamento participativo
Jaraguá do Sul – SC (1)	Programa de DST/AIDS Programa de Tuberculose e hanseníase Programa Odontológico (não menciona outros)	Teste do pezinho Cartão SUS (distribuídos para 1/3 da população = 27 mil)	Campanha anti-drogas da SMS com FIESP e SESC OBJESUS – consórcio que proporcionou dinheiro para elaborar um trabalho com a Vigilância de saúde de informatização para ajudar a controlar epidemias. (não menciona com quem fez o consórcio). As empresas da cidade (Marisol, Malwee, Motores Weg) possuem ambulatórios onde atendem a família de seus empregados, o que desobstrui a rede pública. Campanha de acuidade visual nas escolas: convênio da SMS – que dá consultas – e o clube Lions (doa os óculos).	Alta informatização: controle de contas dos serviços contratados/ conveniados; central de internação e de marcação de consultas	
Conselheiro Lafaiete – MG (2)	Programa de Hipertensão e Diabetes Programa de Combate às Carências Nutricionais Programa de Tuberculose e Hanseníase Programa de Odontologia Preventiva dos procedimentos coletivos (1993) Programa de Saúde da Família	Serviços especializados	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto paraíba – CISAP. ( não explicam o que é mas o CMS critica dizendo que tem fins políticos e que não há boa divulgação )	Informatização mediana (Secretaria Municipal de Saúde)	

Continua

**Quadro 25** - continuação

## IMPACTO DA DESCENTRALIZAÇÃO

## Grupo 3 - Aprendizagem Com a Habilitação Semiplena Pelo Exercício de Suas Prerrogativas

Municípios	Assistência			Administração/gerenciamento	
	Novos Programas	Novos Serviços	Consórcios/Parcerias/ Cooperativas	Informática	Gerenciamento/Outros
Dourados – MS (2)	Programa de Saúde da Família (1998) Programa de Agentes Comunitários de Saúde Programa de Assistência Integral à Criança-PAISC; Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM; Programa de Controle da tuberculose e Hanseníase; Programa de Educação e Controle do Diabético e Hipertenso; Programa Nacional de Vacinação-PNI; Programa de Assistência Integral ao Adolescente; Planejamento Familiar; Programa CTA/SAE; Programa de Assistência a Saúde Bucal; Programa de vigilância Sanitária; Programas Especiais – vigilância sanitária odontológica, vigilância sanitária em farmácias, drogarias, hospitais e estabelecimentos que comercializam carnes.	Reorganização do modelo assistencial: os serviços básicos foram separados da média e alta complexidade. (há 1 centro homeopático) No hospital filantrópico funcionou durante 4 anos uma farmácia, que foi fechada pela vigilância sanitária (federal)			Bipartites Regionais
Cajuru – SP (2)	Programa de Saúde Mental Programa de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Puericultura Planejamento Familiar Prevenção de Câncer Uterino Programa de Agentes Comunitários de Saúde	Serviços especializados		Informatização mediana (Secretaria Municipal de Saúde)	

continua



**Quadro 25** - continuação

## IMPACTO DA DESCENTRALIZAÇÃO

## Grupo 3 - Aprendizagem Com a Habilitação Semiplena Pelo Exercício de Suas Prerrogativas

Municípios	Assistência			Administração/gerenciamento	
	Novos Programas	Novos Serviços	Consórcios/Parcerias/ Cooperativas	Informática	Gerenciamento/Outros
Nova Andradina – MS (1)	Programa de Assistência Integral à Criança Programa de Controle da Tuberculose e Hanseníase Programa de Controle da Diabetes Mellitus Programa de Controle de Hipertensão Arterial Programa de Imunização Programa de Saúde Mental Programa de DST/AIDS Programa de Controle do Tabagismo e outros fatores de Risco de Câncer Programa de Controle das Doenças da Próstata Programa de Agentes Comunitários de Saúde	Serviços especializados		Informatização mediana (Secretaria Municipal de Saúde)	Foi construído um hospital regional mas não esta funcionando.
Dumont – SP (2)	Programa de Hipertensão e Diabetes Programa de Controle da Tuberculose e Hanseníase Programa de Saúde da Mulher Programa de Nutrição Programa de Vacinação do Idoso Programa de Erradicação da Raiva	Serviços especializados			Ajuda da DIR para a capacitação de profissionais e auxílio e orientação na burocracia. Introdução de um Administrador na Unidade Básica para melhorar o tratamento com os médicos, com convênios e buscar mais recursos para melhorar o trabalho profissional.
Mossoró – RN (2)	Programa de Agentes Comunitários de Saúde Programa de Saúde da Família Programa Mossoró – Vida Programa de Aleitamento Materno Programa de Controle de Tuberculose e Hanseníase Programa de Diabetes				

continua

**Quadro 25** - continuação

## IMPACTO DA DESCENTRALIZAÇÃO

## Grupo 3 - Aprendizagem Com a Habilitação Semiplena Pelo Exercício de Suas Prerrogativas

Municípios	Assistência			Administração/gerenciamento	
	Novos Programas	Novos Serviços	Consórcios/Parcerias/ Cooperativas	Informática	Gerenciamento/Outros
Pato Branco – PR (2)	Programa de Hipertensão Programa de Diabetes Programa de AIDS Programa de Combate à Carências Nutricionais Programa de Saúde da Família Programa de Agentes Comunitários de Saúde	Serviços especializados	Consórcio Paraná de Medicamentos – com a gerência do estado e dos 399 municípios compram todos os medicamentos e distribuem. Consórcio com os 15 municípios da região para o gerenciamento dos exames de alto custo (1994) Parceria com um empresário que doa frutas e verduras para uma escola, onde se faz uma multimistura e ajuda a combater a desnutrição	Informatização mediana (Secretaria Municipal de Saúde)	A Secretaria Municipal de Saúde é uma Fundação desde 1992
São Vicente – SP (1)	Programa de Saúde da Família Programa de Agentes Comunitário de Saúde Programa de Combate às Carências Nutricionais Programa de Controle da Tuberculose Programa de Controle da Hanseníase Programa de Hipertensão Programa do Recém-Nascido de Risco Programa de Aleitamento Materno Programa de Odontologia para bebês	Serviços especializados			
Guariba – SP (2)	Programa de Hipertensão Programa de Diabetes Programa de Saúde da Mulher Programa de Saúde da Criança Programa de Planejamento Familiar Programa de Saúde Mental				

continua

**Quadro 25** - continuação

## IMPACTO DA DESCENTRALIZAÇÃO

## Grupo 3 - Aprendizagem Com a Habilitação Semiplena Pelo Exercício de Suas Prerrogativas

Municípios	Assistência			Administração/gerenciamento	
	Novos Programas	Novos Serviços	Consórcios/Parcerias/ Cooperativas	Informática	Gerenciamento/Outros
Cacoal – RO (2)	Programas de medicina preventiva (Fitoterapia) Programa de Prevenção e Combate das infecções respiratórias agudas Programa de atenção materno-infantil Casa da Gestante (1992) (abriga grávidas da zona rural que vão à cidade para fazer o parto até terem condições de voltarem para casa) Programa Vale Vida (cidadãos compram um vale na Prefeitura e dão aos meninos de rua em lugar de dinheiro) Programa de Agentes Comunitários de Saúde		Parcerias de alguns centros de saúde com a Pastoral da Criança (CNBB), voluntários e agentes comunitários nas ações preventivas.	Informatização mediana (Secretaria Municipal de Saúde)	Programa de capacitação de gerentes de unidades de saúde - GERUS
Cruzeiro – SP (2)	Programa Saúde do Adulto Programa de Saúde Bucal Programa de Saúde Mental Programa de Saúde da Mulher Programa de Saúde da Criança Programa de Vigilância Epidemiológica Programa de Vigilância Sanitária Programa de Combate à Tuberculose e Pneumonia Programa de Atendimento Médico Domiciliar e Social				

**Quadro 26**

## IMPACTO DA DESCENTRALIZAÇÃO

Grupo 4 - Municípios cuja Descentralização Serviu como Mecanismo de Projeção

Municípios	ASSISTÊNCIA			ADMINISTRAÇÃO/GERENCIAMENTO	
	Novos Programas	Novos Serviços	Consórcios/Parcerias/ Cooperativas	Informática	Gerenciamento/Outros
Jardinópolis – SP (2)	Programa de Saúde da Mulher Programa de Controle da Tuberculose (não menciona outros)				
Lorena – SP (2)	Programa Municipal DST/AIDS Programa da Saúde da Família Programa de Saúde Mental Programa de Combate às Carências Nutricionais Programa Social Campo-Cidade: Visa distribuir leite para crianças filhas de famílias carentes da zona rural; Programa de Vigilância Sanitária Programa de orientação com visitas domiciliares Programa de vacinação anti – rábica Programa Pró – Água: controle da qualidade da água servida à população, e monitoramento Programa de Saúde Bucal Programa Saúde da Mulher				
Ceará-Mirim – RN (2)	Programa de ACS; Prog. Municipal DST/AIDS Prog. Combate à tuberculose; Programa de Controle da hipertensão; Planejamento Familiar	Vigilância Sanitária Serviços especializados: ortopedia e oftalmologia.			

**Quadro 27**  
**IMPACTO DA DESCENTRALIZAÇÃO**  
 Grupo 5 - Municípios Capitais

Municípios	Assistência			Administração/gerenciamento	
	Novos Programas	Novos Serviços	Consórcios/Parcerias/Cooperativas	Informática	Gerenciamento/Outros
Belo Horizonte – MG (1)	<p>Projeto BH-Saúde (adaptação do PSF) - 1998</p> <p>Projeto Vida (redução da mortalidade infantil)-1993</p> <p>Programa do Recém-Nascido de Risco</p> <p>Programa de Planejamento Familiar</p> <p>Programa de Combate à Desnutrição</p> <p>Projeto de Reorganização da Assistência às Doenças Respiratórias</p> <p>Teste do Pezinho (parceria com a Faculdade de Medicina da UFMG)</p>	<p>Após 1993: criação de centros de referências (saúde mental e do trabalhador); farmácias distritais; laboratórios distritais; sistema de resgate (parceria com Bombeiros); referência em Urgência/emergência</p>	<p>Teste do Pezinho (parceria com a Faculdade de Medicina da UFMG)</p> <p>Sistema de resgate (parceria SMS com Bombeiros)</p>	<p>Alta informatização: controle de contas dos serviços contratados/conveniados; central de internação e de marcação de consultas</p>	<p>Organização do Sistema de Saúde em 9 distritos sanitários (com farmácias e laboratórios distritais)</p> <p>Há orçamento participativo. ESPECIFICIDADE: BH tem 1 hospital municipal. Os hospitais públicos representam 5% do total de hospitais na cidade. SMS é um pouco refém disso. A rede de saúde estadual é muito grande e há uma grande polêmica se devem ou não municipalizá-la.</p>
Porto Alegre – RS (1)	<p>Programa “Pra nené” de puericultura.</p> <p>Programa de DST/AIDS</p> <p>Programa de Saúde da Família</p>	<p>Exame de prevenção do colo do útero nos ambulatorios básicos</p> <p>O programa de AIDS distribui para cada área de saúde 12 preservativos por mês para os cadastrados.</p>			<p>Há orçamento participativo</p> <p>Organização de uma porta de entrada para a assistência.</p>

## 4.2. Condicionantes do Processo de Descentralização

### 4.2.1. Papel dos Estados

- Com exceções - o Estado do Ceará é uma delas - os Estados são os grandes ausentes no processo de descentralização: *“o Estado dá o remédio e a dor de cabeça, nada mais”* nas palavras de uma gestora. São indicadores desta ausência:
  - Pouca expressão dos programas PACS e PSF;
  - Pouco - ou nenhum - empenho na organização e desenvolvimento de áreas supramunicipais de saúde (construção da intergestão);
  - Escassa contribuição para o suprimento, formação e capacitação de recursos humanos, embora seja este um problema crucial para os municípios, especialmente os menores, (Tabela 63);
  - Acomodação a um esvaziamento de seu papel enquanto intermediário entre o poder local e o poder central (o esvaziamento é atribuído - lamuriosamente - à criação das Comissões Intergestoras Tripartites e o Estado nada faz para “recuperar” e/ou ampliar seu espaço).
  - Atuação obstaculizadora do Estado nas Comissões Bipartites.
  
- As razões ou indicadores da ausência da esfera estadual, embora diversos, têm sua expressão máxima traduzida pela irrelevância dos recursos alocados pelo Estado na área de saúde (5-7% dos orçamentos estaduais).
  
- Uma comparação entre dois Estados do Nordeste, mostra a importância do papel do Estado no processo de descentralização:
  - O único Estado onde há uma política de saúde como braço auxiliar no processo de descentralização é o Ceará onde, independentemente de colorações político-partidárias, atesta-se a presença e o papel absolutamente essencial do Estado nas seguintes ações:
    - Formulação de políticas e programas;
    - Orientação quanto às políticas e programas existentes;
    - Qualidade do serviço prestado;
    - Atuação da Escola de Saúde Pública Estadual na formação de recursos humanos;

- Formação de micro-regiões de saúde;
  - Funcionamento excepcional da CIB;
  - Fomento aos programas PACS e PSF.
- Em contraposição, no Estado do **Rio Grande do Norte** assinalamos uma preponderância dos equipamentos da antiga FNS que o Estado se recusa a assumir e cujos municípios não têm condição de fazê-lo.

**Tabela 63**

Forma Espacial e Desempenho dos Municípios

Perfil do Município – Variável explicativa: Forma Espacial - NESUR	Forma Espacial – Municípios					Total
	Aglomeracão Urbana Metropolitana	Aglomeracão Urbana Não Metropolitana	Centros Urbanos	Não Constituem Centros Urbanos	Total (%)	
Total de municípios	8	21	9	39	-	77
<b>Percentual de municípios que declaram ter enfrentado problemas (%)</b>						
Preenchimento de documentação *	12,5	38,1	33,1	61,5	46,8	36
Gerenciamento financeiro *	87,5	81,0	88,9	76,9	80,5	62
<b>Recursos humanos (falta de pessoal) *</b>	37,5	66,7	55,6	69,2	63,6	49

Nota: Número de municípios que não responderam: (\*) 5.

#### 4.2.2. As Instâncias de Representação

- A existência de Conselhos Municipais de Saúde, em si mesma, não garante importância automática para essa instância de representação. Essa importância depende tanto de fatores históricos relacionados com a tradição cívica já existente, quanto do papel que o executivo municipal desempenha, valorizando - no processo decisório - esta instância de representação ou qualquer outro tipo de organização da sociedade civil. Neste estudo, chama a atenção o fato de que quase dois terços do total de 201 usuários entrevistados ou não conhecem a existência de Conselho Municipal de Saúde de sua cidade ou deixam de responder a esta pergunta (*Tabela 64*).

**Tabela 64**  
Visibilidade das Instâncias de Representação

Conselho Municipal de Saúde	Grupos										Total	I (%)
	1	(%)	2	(%)	3	(%)	4	(%)	5	(%)		
Conhece	16	32.7	6	28.6	29	31.2	3	16.7	6	30.0	60	29.9
Não conhece	32	65.3	15	71.4	61	65.6	8	44.4	14	70.0	130	64.7
Não existe	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.5
Não se aplica	0	0.0	0	0.0	1	1.1	0	0.0	0	0.0	1	0.5
Não respondeu	0	0.0	0	0.0	2	2.1	7	38.9	0	0.0	9	4.5
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>	<b>93</b>	<b>100.0</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>	<b>20</b>	<b>100.0</b>	<b>201</b>	<b>100.0</b>

As comparações com os respondentes no grupo IV ficam prejudicadas em virtude da elevada proporção (7 em 18) que não responderam aos quesitos.

- A presença do prefeito ou do secretário de saúde na presidência do conselho parece inibir a participação cidadã.
- A renovação freqüente dos conselheiros dificulta o aprendizado e a formação de uma tradição. Por outro lado, a permanência prolongada de membros, se não forem selecionados por critérios universalistas e não envolver compromisso social com os projetos, pode dar margem a formação de “panelinhas”. (No trabalho de campo encontramos referências, ainda que escassas, ao uso político dos conselhos seja como mecanismo clientelista, seja como trampolim para outros projetos políticos).
- Como regra geral, nos municípios objeto desta pesquisa de campo, os conselhos não dispõem de estrutura física e assessoria técnica que lhes permita atuar com mais propriedade acerca das políticas de saúde do município e, sobretudo, compreender as prestações de contas.
- Vale registrar que os conselhos municipais de saúde ainda não incorporaram o sistema local de auditoria e não demandam serviços aos auditores municipais.

#### 4.2.3. Financiamento e Fiscalização do Sistema

- O financiamento do sistema é objeto de muitas críticas por parte dos gestores locais. As principais são:
  - Indefinição de fontes de financiamento, especialmente depois do estabelecimento do orçamento único da seguridade social;
  - Desigual participação das três esferas de governo no financiamento;



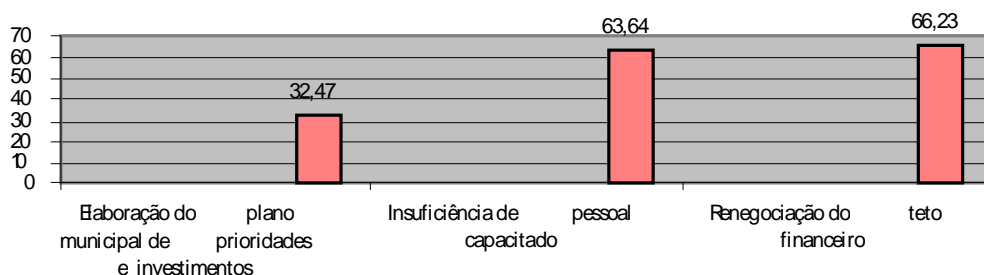
- Os mecanismos de transferência de recurso limitam a autonomia dos gestores municipais.
- A introdução recente do PAB fixo possibilitou uma melhor distribuição de recursos e este é reconhecido como uma inovação que tornou o sistema mais flexível. Persistem, contudo, reclamações quanto ao valor estabelecido para o PAB fixo e quanto ao critério de contagem da população (desconsideração dos não residentes que recebem atenção no município).
- O atendimento de pessoas de outros municípios e a inexistência de mecanismos compensatórios são objeto de crítica, tanto nos municípios de destino como nos de origem.
- Quanto ao PAB variável, reclama-se do condicionamento que isto representa para a autonomia da gestão municipal e da exigüidade dos recursos.
- Tanto as tabelas de remuneração dos procedimentos, quanto os tetos de recursos que cada esfera de governo deve receber são freqüentemente mencionados nas reclamações.
- Todos os atores em todos os municípios pesquisados apontam a aprovação da PEC 169, que vincula recursos para a saúde nas três esferas de governo, como uma saída para o problema do financiamento.

#### **4.2.4. Gerenciamento e Qualidade dos Serviços**

Os principais problemas assinalados pelo universo (77 municípios) que retornaram dos questionários auto-plicado apontam para questões de finanças e pessoal como mostra o *Gráfico 3*.

**Gráfico 3**

## Dificuldades Encontradas pelos Municípios



- Existem diferenças quanto ao impacto da descentralização sobre o gerenciamento e a qualidade dos serviços: este impacto positivo foi maior nos municípios que utilizaram as habilitações como processo de aprendizagem, em comparação com os municípios que utilizaram a habilitação apenas como mecanismo de projeção. Assim:
  - Nos municípios que usaram a habilitação em Semiplena como instrumento de aprendizado, em média, foram implantados 7 novos programas, 9 novos serviços, 4 experiências de consórcio, 7 sistemas de informatização e 6 inovações gerenciais;
  - Nos municípios em que as experiências municipais propiciaram esta aprendizagem, foram implantados em média 7 novos programas, pelo menos 2 novos serviços e 1 consórcio, 3 experiências de informatização e 3 inovações gerenciais;
  - Nos municípios que usaram a passagem por diferentes habilitações como instrumento de aprendizagem, em média, foram implantados 4 novos programas, 3 novos serviços, 3 experiências de consórcio e ocorreram 6 inovações gerenciais;
  - Nos municípios onde a descentralização foi percebida como mecanismo de projeção e obtenção dos benefícios, não houve inovações autônomas (aprimoramento por iniciativa local) ou busca de alternativas de aprimoramento (consórcios, parcerias, sistemas de informação).

- Para os atores entrevistados, a experiência dos municípios com a habilitação Semiplena e Plena do Sistema ocasionaram impactos positivos na organização do sistema tanto do ponto de vista da assistência básica de saúde, quanto do ponto de vista administrativo. Criaram, contudo, novas demandas de nível mais elevado para o qual os municípios podem não estar preparados.
- Os municípios também alegam que essa melhoria pode acarretar aumento de demanda por serviços de nível secundário derivada da procura de seus serviços por habitantes de outros municípios vizinhos, o que remete ao problema assinalado quanto ao PAB fixo e a contagem populacional.
- As grandes inovações apontadas pelos dirigentes municipais ocorreram, sobretudo, em programas e ações novas, estimuladas ou induzidas pelo nível central, através dos incentivos do PAB variável. As inovações (poucas) de livre iniciativa dos municípios são, em geral, de natureza intersetorial, relacionadas com a forma de gestão e com a garantia do PAB fixo.
- Mas de 80% dos municípios constitutivos do universo (77) consideram ter adquirido maior autonomia e independência nas inter-relações e entre 40 e 62% dos mesmos municípios consideram ter obtido aprimoramento e capacitação com o processo de descentralização.

**Tabela 65**  
Forma Espacial e Desempenho dos Municípios

Perfil do Município – Variável explicativa: Forma Espacial - NESUR	Forma Espacial – Municípios					Total
	Aglomeración Urbana Metropolitana	Aglomeración Urbana Não Metropolitana	Centros Urbanos	Não Constituem Centros Urbanos	Total (%)	
<b>Percentual de municípios que declararam como benefícios resultantes (%)</b>						
Maior autonomia e indep. nas inter-relações	87,5	85,7	88,9	89,7	88,3	68
Aprimoramento e capacitação	62,5	52,4	44,4	46,2	49,4	38

- Os pontos positivos e negativos (que sugerem esforços para solução) extraídos do estudo de caso, encontram-se resumidos no (Quadro 28) .

- Entretanto, é importante assinalar que - independentemente de sua configuração espacial - a maioria dos municípios que responderam o questionário auto-aplicado (universo) percebe como principal benefício da descentralização *a maior autonomia adquirida e a independência nas inter-relações com as demais esferas de governo*, o que, por si, é razão suficientemente boa para justificar o esforço de descentralização e responsabilização do poder local.

**Quadro 28**

Pontos Positivos e Negativos Mais Mencionados

Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reorganização da assistência básica, principalmente após a Plena do Sistema Municipal com ênfase nas ações preventivas e nos programas do PAB variável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escassez de recursos e baixa autonomia para gerir recursos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ganhos no gerenciamento : aprendizado das técnicas de controle e registro dos serviços e capacitação de equipes (por iniciativa municipal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dificuldades com o estabelecimento dos sistemas de referência e contra-referência (dentro e fora do município)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fixação de profissionais no município, principalmente médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dificuldade em fixar profissionais; baixa remuneração dos profissionais da área e ausência de capacitação</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Micro-regionalização (principalmente no Ceará)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausência do Estado</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reorganização da oferta e demanda de serviços (aumento especialidades e da implantação de novos programas; agendamento; organização da demanda por área geográfica; sistema de referência e contra referência)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Carência de medicamentos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumento dos consórcios e parcerias</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Melhor fiscalização de prestadores; maior transparência na prestação de contas; regularidade nos repasses</li> </ul>	

## 5 - Resumo Executivo - Gasto

Considerando os objetivos da pesquisa como um todo, esta parte do estudo visou avaliar, pela ótica do financiamento, o grau de adesão à política de descentralização por parte dos municípios que assumiram o sistema de gestão semiplena dos serviços de atenção à saúde<sup>3</sup>.

Para tanto, seu objetivo específico foi o de desenvolver análises quantitativa e qualitativa do gasto realizado em saúde por esses municípios, durante o período em que se mantiveram sob o sistema de gestão semiplena dos serviços de atenção à saúde. Na análise quantitativa, buscou-se verificar a evolução dos gastos realizados em saúde, bem como o comportamento de suas fontes de financiamento: as transferências aos municípios de recursos federais e estaduais vinculadas à saúde, e os recursos provenientes dos próprios tesouros municipais.

Na análise qualitativa, o objetivo foi o de identificar os aspectos relacionados à eficiência externa do gasto, ou seja, em que medida o conjunto de atividades ou programas desenvolvidos estariam contribuindo para a concretização das metas da política de saúde. Para tanto, foram solicitados dados da despesa em saúde detalhados por programas e subprogramas, o que possibilitaria a identificação de mudanças no padrão de gasto, bem como a direção apontada por tais mudanças.

Um primeiro resultado desta pesquisa foi a constatação da grande dificuldade de obtenção de informações sobre o financiamento do setor saúde junto aos municípios que assumiram o sistema de gestão semiplena.

Do total de 144 municípios, 71 responderam ao menos parcialmente ao questionário para auto-preenchimento sobre o financiamento da saúde no município. Foram mantidos contatos com todos eles visando solucionar os problemas identificados nas informações prestadas - principalmente lacunas e inconsistências. Apesar disso, apenas as informações referentes a 22 municípios puderam ser utilizadas com segurança para efeito desta pesquisa<sup>4</sup>. E,

---

3 Assumiu-se, na pesquisa, que “o impacto (de um determinado regime de habilitação) na eficácia gerencial (e, em conseqüência, na qualidade do serviço prestado) depende: (i) do ritmo e *grau de amadurecimento* do processo de descentralização; (ii) do papel indutor ou constrangedor desempenhado pelo Estado e pelas instâncias de representação; (iii) do papel desempenhado pelo financiamento (potencializador ou repressor). Por sua vez, o *grau de amadurecimento* decorre, principalmente (i) de um processo de emancipação gradual, com o envolvimento responsável das instâncias municipais de governo e representação; (ii) do grau de adesão e da natureza do compromisso com o processo de descentralização (...)” (item 1.3, capítulo 1, parte 1, deste relatório).

4 Em função das dificuldades na obtenção de dados, a estratégia de investigação, que consistia inicialmente em trabalhar com a mesma amostra definida para o estudo de campo realizado, teve de ser alterada. Trabalhou-se com os municípios para os quais foi possível a obtenção de dados consistentes.

mesmo para esses 22 municípios, constatou-se a dificuldade de se trabalhar com os dados da despesa em saúde detalhados por programas e subprogramas.

Outro resultado diz respeito ao financiamento da política de descentralização visto como um aspecto inibidor ou potencializador da eficácia gerencial da política no município<sup>5</sup>. Verificou-se que para esse conjunto de municípios, no período 1994 a 1997, a mediana dos gastos em saúde financiados com recursos municipais cresceu 8,22%, enquanto a relativa aos gastos financiados com recursos transferidos pelo SUS cresceu a uma taxa bem superior, de 85,57%. A mediana do comprometimento de receita líquida municipal com o financiamento da saúde, de 10,8% em 1994, apresentou ligeira queda ao longo do período, chegando a 10,3% em 1997. A julgar por esses dados, conclui-se que, ao menos em termos de montantes repassados pelo Governo Central, ao aspecto “financiamento da política” não se pode atribuir papel repressor, ou inibidor, para o alcance de eficácia gerencial nos 22 municípios em gestão semiplena.

No estudo, foram desenvolvidas análises individuais relativamente padronizadas para cada município, visando identificar o grau de comprometimento de cada um deles com a política em questão. Isso, a partir dos indicadores considerados e levando em conta as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1:** A adesão ao sistema de gestão semiplena tem por implicação a melhoria nas condições de gestão financeira dos recursos alocados no setor saúde.

O compromisso de elaboração de balancetes do Fundo Municipal de Saúde, os quais deveriam compor “Relatórios de Gestão” do município, em tese deveria implicar melhorias no sistema de gestão financeira do setor saúde. O fato de se trazer para o setor a responsabilidade pela gestão financeira dos seus recursos orçamentários tenderia a ser positivo na medida em que “separaria” os recursos da saúde dos demais recursos municipais, o que tenderia a significar que a sua utilização independe, em algum grau, das prioridades de outros setores da administração municipal. Além disso, pelo fato do setor ser responsável pela gestão e pela prestação de contas dos recursos financeiros a ele destinados, supõe-se que a elaboração de balanços do FMS tenderia a aproximar os procedimentos contábeis da realidade do próprio FMS, ou seja, possibilitaria uma maior correspondência entre os demonstrativos contábeis e as atividades de atenção à saúde.

---

<sup>5</sup> Ver Nota 51.

De fato, constatou-se que é relativamente elevado, no setor saúde, o domínio e o envolvimento dos responsáveis com as questões relativas ao seu financiamento, especialmente se comparado com a situação verificada nos demais setores sociais. Tanto a necessidade de se estruturar um sistema contábil independente para o Fundo Municipal de Saúde, quanto o fato da parcela mais relevante dos recursos para o setor ser oriunda das transferências realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde vêm contribuindo para essa postura dos dirigentes setoriais.

Apesar disso, persiste o problema de que os instrumentos existentes de prestação de contas não possibilitam uma melhor visibilidade sobre o processo de aplicação dos recursos segundo os programas e subprogramas. A partir do cotejamento das informações sobre os programas e atividades desenvolvidas pelos municípios, colhidas na pesquisa de campo, com aquelas fornecidas nos balanços do Fundo Municipal de Saúde<sup>6</sup>, constata-se a impossibilidade de análise dos dados do balanço para a identificação das atividades efetivamente realizadas.

Os principais fatores identificados que contribuem para agravar o problemas são dados por: (i) a multiplicidade de unidades executoras (FMS, Secretaria Municipal, Fundações, etc.), na maioria dos casos atuando nos mesmos programas e subprogramas, acaba por acarretar a pulverização das informações e, muito provavelmente, da própria ação; (iii) a adoção de procedimentos contábeis muito distintos, seja por falta de definições legais mais específicas, seja por conta de deficiências na formação dos responsáveis.

**Hipótese 2 :** A adesão ao sistema de gestão semiplena incentiva a priorização do setor saúde, expressa na alocação de recursos financeiros próprios do município.

Supõe-se que pelo fato de ter assumido a gestão da atenção à saúde, o município tenha um certo grau de comprometimento com o setor e que esse comprometimento se expresse também em termos de suas prioridades na alocação de recursos próprios, no caso, a contrapartida aos recursos transferidos pelo SUS.

---

<sup>6</sup> Esse cotejamento foi possível para os municípios de Angra dos Reis, Diadema, Cajuru e Balneário Camboriú, que constam em os 22 municípios estudados na parte da pesquisa sobre financiamento e nos quais foi realizada pesquisa de campo.

Com relação a esta hipótese, os indicadores utilizados foram principalmente: (i) a variação das despesas realizadas em saúde financiadas com recursos próprios; (ii) a variação da relação (recursos próprios para saúde / receita líquida municipal); e (iii) a variação da relação (despesa em saúde financiada com recursos próprios / despesa em saúde financiada com recursos SUS). Os indicadores de despesa em saúde por habitante, ainda que considerados na análise desenvolvida para cada município, não foram levados em conta para o conjunto pelo fato de que captam variações já explicitadas pelos demais indicadores.

Com base nos indicadores considerados, constatou-se que não se pode concluir que a adesão ao sistema de gestão semiplena tenha tido como consequência, necessariamente, o maior comprometimento de recursos municipais ao setor saúde. Nos 22 municípios considerados, verificam-se situações que vão desde a substituição, em diversos graus, de recursos municipais por recursos transferidos pelo SUS (verificada em 9 municípios), até outras em que o município claramente aumenta o comprometimento de recursos próprios com o financiamento do setor, ampliando inclusive a sua relação (recursos próprios/recursos transferidos pelo SUS) ao longo do período sob o sistema de gestão semiplena (4 municípios: Diadema, Jaguariúna, São Bernardo do Campo e Blumenau).

Ainda que presente na legislação, a questão sobre a contrapartida de recursos municipais aos recursos transferidos pelo SUS é aberta, permitindo toda essa gama de situações observadas.

**Hipótese 3:** A adesão ao sistema de gestão semiplena incentiva a melhor focalização dos programas de saúde do município.

Supõe-se que pelo fato de ter assumido a gestão da atenção à saúde, o município passaria a ter condições de implementar uma política mais eficaz para o setor. Isso poderia ser captado por mudanças no perfil dos principais programas na função saúde e na alocação dos recursos financeiros entre eles, privilegiando por exemplo, programas inovadores e com conformação mais adequada às características da população do município, bem como os programas associados ao PAB variável.

Com base nas informações sobre os 22 municípios e nos demais que responderam à pesquisa de forma insatisfatória, constatou-se que as deficiências no detalhamento de contas presentes nos balanços municipais, bem como a forte variação ano a ano na



alocação de recursos entre elas, constituem-se em impedimento para verificação dessa hipótese. Como regra geral, verifica-se forte concentração nas rubricas de “Assistência Médica e Sanitária”, “Manutenção do Fundo Municipal de Saúde” e “Manutenção dos Serviços de Saúde”, seja no âmbito do FMS, seja na Secretaria de Saúde. Ou seja, a abertura dos balanços por programas é deficiente no sentido de contribuir para a visibilidade das ações de saúde desenvolvidas pelos municípios. Programas municipais novos, bem como programas associados ao PAB variável, identificados na pesquisa de campo não aparecem explicitados nos demonstrativos contábeis apresentados.

Por conta dessa deficiência naquilo que, em tese, deveria constituir-se num importante instrumento de prestação de contas por parte dos municípios, não se pôde avaliar satisfatoriamente a 3ª hipótese levantada neste trabalho.

De forma geral, as deficiências apontadas nos demonstrativos contábeis do Fundo Municipal de Saúde associam-se a: (i) deficiências na sistemática de registro contábil; (ii) falta de capacitação dos gestores e contadores do Fundo no que se refere aos registros contábeis; (iii) falta de interesse dos gestores em explicitarem as atividades desenvolvidas e os respectivos montantes despendidos.



**UNICAMP**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

**NEPP**

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

TEL: (019) 3788-2495 / 3788-2496 / 3289-3901 / 3289-3143

FAX: (019) 3289-4519

Caixa Postal - 6166

E-mail: [nucleo@nepp.unicamp.br](mailto:nucleo@nepp.unicamp.br)

Homepage: [www.nepp.unicamp.br](http://www.nepp.unicamp.br)