

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Instituto de Economia

FINANCIAMENTO, GASTO E GESTÃO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)
a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema
municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)

Áquilas Nogueira Mendes

Tese de Doutorado apresentada ao
Instituto de Economia da UNICAMP
para obtenção do título de Doutor em
Economia, sob a orientação da Prof^a Dr^a
Sônia Miriam Draibe.

Campinas, 2005

ii
BC
MADA
EX
BC/ 67697
e. 123-06
11,00
29/03/06

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO DO INSTITUTO DE ECONOMIA UNICAMP

M522f

Mendes, Áquilas Nogueira

Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) : a gestão descentralizada semiplena e plena do Sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001) / Áquilas Nogueira Mendes. – Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador : Sônia Miriam Draibe.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia.

1. Economia da saúde. 2. Saúde – Financiamento. 3. Política de saúde – São Paulo (Estado) – 1995-2001. 4. Saúde Pública – São Paulo (Estado) – 1995-2001. I. Draibe, Sônia Miriam. II Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. III Título.

“Tudo desde sempre. Nunca outra coisa. Nunca ter tentado. Nunca ter falhado. Não importa. Tentar outra vez. Falhar outra vez. Falhar melhor.”

Samuel Beckett, *Pioravante Marche*

*À Shirley, minha esposa de todas as batalhas,
pelas suas palavras com grande carga emotiva,
por dizer sempre o que tem que ser dito,
enfim, pela sua terna alma.*

*À Manuela, minha doce e linda filha, pela vitalidade, pela ternura e
por seus olhos com sentido de vida.*

*Aos meus pais
Adib e Maria Lucia,
pela passagem transmitida de muita energia.*

À minha irmã Almara, de longas e densas jornadas.

AGRADECIMENTOS

Esta tese teve a colaboração direta e indireta de muitas pessoas. A todas, eu agradeço a disponibilidade e o conhecimento compartilhado.

À professora Sônia Draibe, minha orientadora, pela oportunidade de sua orientação, pela firmeza intelectual e pela enorme paixão que me despertou pelo estudo da política social. Não me esqueço que a trajetória de minha vida acadêmica e profissional ganhou novos rumos com a sua certa indicação: “há que aprofundar seus conhecimentos em um dos setores da política social!”, ... e lá fui eu para a saúde pública.

Estendo meus agradecimentos às pessoas e instituições que colaboraram para a concretização deste trabalho, de forma especial:

- aos professores do Instituto de Economia da Unicamp, pelos firmes caminhos apresentados do pensamento crítico e pelo aprendizado adquirido;
- aos funcionários do Instituto de Economia da Unicamp — Alberto e Cida — pelo constante apoio generoso;
- aos meus colegas professores, funcionários e alunos da Faculdade de Economia da FAAP, por assegurarem a minha “chama” e paixão pelo ensino permanentemente acesa;
- ao professor Luiz Alberto Machado, da Faculdade de Economia, pelo seu apoio constante ao meu desempenho como professor e pesquisador;
- ao Cepam, pelos anos de convívio e aprendizado profissional no campo da realidade municipal. Agradeço, também, a generosidade dessa Instituição para a realização desta tese. Destacamos: à Marli Aguiar, por seu profissionalismo e dedicação; a Marcos Castro, por sua cooperação, e a Alexandre Araújo, por sua compreensão;
- à amiga Suzana, pelo apoio incondicional à realização desta tese e pelos ensinamentos, há muito tempo, sobre a responsabilidade de um pesquisador. Mais uma vez, um abraço terno;

- à professora Rosa Maria Marques, pela parceria sempre original, com grande carga de ensinamentos. Estendo o elogio à sua amizade, à nossa identidade pela poesia do trabalho e pelo “grito” da cidadania;
- aos profissionais e amigos da saúde em Assis, pela eficiência no atendimento das informações necessárias à realização desta tese;
- aos “soldados” assisenses, pela luta na construção do Sistema Único de Saúde, em especial à Denise Leme, Diléa Manfio, Célia Penso, Márcia, Adriane, Lenilda, Almir, Dorival e todos os outros funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Assis;
- ao Antonio, pela sua honrosa e carinhosa contribuição a distância;
- à professora Amélia Cohn, pela oportunidade da discussão do tema desta tese;
- ao mestre Gilson Carvalho, pela sua paixão e pela defesa da saúde universal;
- a todos os companheiros que defendem e lutam pela saúde pública neste País.

SUMÁRIO

Lista de Figuras	xi
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Quadros	xv
Lista de Gráficos	xvii
Lista de Siglas	xix
Resumo	xxiii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - AVANÇOS E RECUOS DO FINANCIAMENTO E GASTO NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS	41
1.1 - Características legais e estruturais do financiamento da saúde	42
1.2 - Os tenso caminhos do financiamento do SUS	45
1.3 - O financiamento e a descentralização da política de saúde	70
CAPÍTULO 2 - DA CARACTERIZAÇÃO GERAL DO SUS À EVOLUÇÃO DA GESTÃO DESCENTRALIZADA NO ESTADO DE SÃO PAULO	111
2.1 - O caminho do SUS no Estado de São Paulo	112
2.2 - A evolução da gestão municipal descentralizada no Estado de São Paulo	124
2.3 - Aspectos gerais dos 11 municípios paulistas mais antigos em gestão semiplena / plena do sistema: características gerais e da política de saúde	136
CAPÍTULO 3 - A CAPACIDADE DE GASTO DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS EM GESTÃO SEMIPLENA / PLENA DO SISTEMA	161
3.1 - Orientações metodológicas e características da pesquisa	162
3.2 - A capacidade da receita disponível dos municípios	167
3.3 - As transferências federais do SUS para os municípios selecionados	180
3.4 - Os municípios selecionados e os seus gastos do SUS	195
3.5 - Principais evidências verificadas sobre a capacidade de gasto dos municípios selecionados	208
CAPÍTULO 4 - A EFICIÊNCIA TÉCNICA E SOCIAL DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS EM GESTÃO SEMIPLENA / PLENA DO SISTEMA	215
4.1 - Material e métodos para a avaliação da eficiência	216
4.2 - Avaliação de desempenho em saúde nos municípios: o grau de eficiência	222
4.3 - Os determinantes da eficiência técnica dos 11 municípios selecionados	245
4.4 - O comportamento da eficiência social nos municípios selecionados	254
4.5 - Considerações gerais sobre a eficiência técnica e social dos municípios selecionados	264

CAPÍTULO 5 - EFICIÊNCIA, EFICÁCIA E GESTÃO: O ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE ASSIS	273
5.1 - Aspectos estruturais e legais da gestão orçamentário-financeira integrada no SUS	277
5.2 - Características gerais da gestão municipal de saúde de Assis na dimensão recursos	285
5.3 - Avaliação da gestão orçamentário-financeira integrada de Assis	292
5.4 - Comentários gerais sobre a eficiência, eficácia e a gestão orçamentário-financeira de Assis	315
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 321
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 343
 Apêndice 1	 357
Apêndice 2	363
Apêndice 3	395
Apêndice 4	397
Apêndice 5	403
Apêndice 6	417
Apêndice 7	421

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Agrupamentos dos 11 municípios selecionados por três grupos, segundo variáveis de estrutura e resultado em saúde semelhantes – 1995	223
Figura 2 – Agrupamentos dos 11 municípios selecionados por semelhanças dos indicadores de estrutura e resultado – 1995	225
Figura 3 – Agrupamentos dos 11 municípios selecionados por três grupos, segundo variáveis de estrutura e resultado em saúde semelhantes – 1997	227
Figura 4 – Agrupamentos dos 11 municípios selecionados por semelhanças dos indicadores de estrutura e resultado – 1997	229
Figura 5 – Distribuição dos 11 municípios selecionados por três grupos, segundo variáveis de estrutura e resultado em saúde semelhantes – 1995 e 1997	231
Figura 6 – Agrupamentos dos 11 municípios selecionados por três grupos, segundo variáveis de estrutura e resultado em saúde semelhantes – 1999	232
Figura 7 – Agrupamentos dos 11 municípios selecionados por semelhanças dos indicadores de estrutura e resultado – 1999	235
Figura 8 – Distribuição dos 11 municípios selecionados por três grupos, segundo variáveis de estrutura e resultado em saúde semelhantes – 1995, 1997 e 1999	237
Figura 9 – Agrupamentos dos 11 municípios selecionados por três grupos, segundo variáveis de estrutura e resultado em saúde semelhantes – 2001	238
Figura 10 – Agrupamentos dos 11 municípios selecionados por semelhanças dos indicadores de estrutura e resultado – 2001	240
Figura 11 – Distribuição dos 11 municípios selecionados por três grupos, segundo variáveis de estrutura e resultado em saúde semelhantes – 1995, 1997, 1999 e 2001	242
Figura 12 – Funções integradas da gestão orçamentário-financeira	279

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Ministério da Saúde – Distribuição das fontes de financiamento (1993-2001), em percentagem	50
Tabela 2 –	Ministério da Saúde – Gasto em Saúde Total, <i>per capita</i> e em proporção do PIB (1993-2001)	53
Tabela 3 –	Ministério da Saúde – Gasto em Saúde Total, <i>per capita</i> e em proporção do PIB (1995-2001)	54
Tabela 4 –	Receitas e Despesas da Seguridade Social – 1999, 2000, 2001, em R\$ bilhões de dez. 2001	55
Tabela 5 –	Brasil – Gasto Público com Saúde, segundo a esfera de governo (1995-2001), em percentagem (%)	71
Tabela 6 –	Ministério da Saúde – Distribuição das despesas por categoria econômica (1993-2001), em %	92
Tabela 7 –	Recursos federais SUS transferidos, por tipo de despesa (1997-2001)	94
Tabela 8 –	Recursos federais SUS transferidos para a Atenção Básica, por tipo de despesa (1998-2001), em R\$ 1.000	98
Tabela 9 –	Despesas realizadas pela SES, por fonte, 1986-1994 – Estado de São Paulo –, em percentagem	122
Tabela 10 –	Despesas realizadas pela SES, por fonte, 1995-2000 – Estado de São Paulo –, em percentagem	123
Tabela 11 –	Modalidades de gestão do SUS segundo a NOB 93, por unidades dos municípios e por representação em percentagem – Estado de São Paulo – 1994 e 1997	126
Tabela 12 –	Modalidades de gestão do SUS, por unidades dos municípios e por representação em percentagem, segundo a NOB 96 – Estado de São Paulo – 1998 a 2001	128
Tabela 13 –	Distribuição dos municípios habilitados em gestão <i>semiplena</i> no Estado de São Paulo, segundo o ano de adesão e o porte populacional – 1994 a 1997	130
Tabela 14 –	Recursos federais SUS transferidos ao Estado de São Paulo, por tipo de despesa (1997-2001), em R\$ milhões de dez. 2001	132
Tabela 15 –	Recursos federais SUS transferidos ao Estado de São Paulo, por tipo de transferência, (1997-2001), em R\$ milhões de dez. 2001	134
Tabela 16 –	Recursos federais SUS transferidos ao Estado de São Paulo e seus municípios, segundo o grupo de despesa (1997-2001), em R\$ milhões de dez. 2001	134
Tabela 17 –	População dos 11 municípios paulistas gestão <i>semiplena</i> e <i>plena</i> do sistema municipal de saúde selecionados e do Estado de São Paulo (1994-2001)	164
Tabela 18 –	Receita disponível dos 11 municípios paulistas gestão <i>semiplena</i> e <i>plena</i> do sistema (1995-2001), em R\$ 1.000 de dez. 2001	168
Tabela 19	Evolução do Produto Interno (PIB) – Brasil (1994-2002), em R\$ bilhões de dez. 2001	170
Tabela 20 –	Receita disponível <i>per capita</i> dos 11 municípios paulistas gestão <i>semiplena</i> e <i>plena</i> do sistema (1995-2001), em R\$	172
Tabela 21 –	Indicadores sobre o grau de dependência médio da receita disponível em relação a ICMS, FPM, IPTU e ISS nos municípios selecionados no período de 1995 a 2001	176
Tabela 22 –	Comparação entre indicadores do grau de dependência da receita disponível em relação a ICMS, FPM, IPTU e ISS nos 11 municípios selecionados e no total do estado sem a capital (1995-2001)	177
Tabela 23 –	Razão transferências federais SUS/ FPM, nos municípios selecionados, segundo faixas populacionais	181
Tabela 24 –	Transferências federais SUS <i>per capita</i> nos municípios selecionados (1995-2001), em R\$ de dez. 2001	185
Tabela 25 –	Transferências federais do MS destinadas à média e alta complexidade a Assis, Diadema e Itu (1998-2001), regime de competência, em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos	188

Tabela 26 –	Transferências federais do MS destinadas à média e alta complexidade a Jundiaí, Mauá e São Caetano do Sul (1998-2001), regime de competência, em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos	188
Tabela 27 –	Transferências federais do MS destinadas à média e alta complexidade a Santos, São Vicente e São José dos Campos (1998-2001), regime de competência, em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos	189
Tabela 28 –	Transferências federais do MS destinadas à média e alta complexidade a Sertãozinho e Votorantim (1998-2001), regime de competência, em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos	190
Tabela 29 –	Transferências federais do MS destinadas à atenção básica a Jundiaí, Mauá e São Caetano do Sul (1998-2001), regime de competência, em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos	191
Tabela 30 –	Transferências federais do MS destinadas à atenção básica a Assis, Diadema e Itu (1998-2001), regime de competência, em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos	191
Tabela 31 –	Transferências federais do MS destinadas à atenção básica a Santos, São Vicente e São José dos Campos (1998-2001), regime de competência, em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos	192
Tabela 32 –	Transferências federais do MS destinadas à atenção básica a Sertãozinho e Votorantim (1998-2001), regime de competência, em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos	193
Tabela 33 –	Transferências federais do MS destinadas a ações estratégicas aos municípios selecionados, 2001, regime de competência, em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos	194
Tabela 34 –	Gasto total <i>per capita</i> do SUS realizado pelos 11 municípios selecionados (1995-2001), em R\$ de dez. 2001	196
Tabela 35 –	Percentual da receita disponível aplicada em ações e serviços de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29/2000 nos municípios selecionados e no total dos municípios do estado com a capital, em %	202
Tabela 36 –	Gasto do SUS realizado pelos municípios, segundo despesas correntes e de capital (1995-2001), em percentagem e em R\$ 1.000 de dez. 2001	204
Tabela 37 –	Gasto do SUS realizado pelos municípios selecionados, segundo despesas correntes e de capital (1995-2001), em %	206
Tabela 38 –	Índice de Eficiência Técnica em Saúde (IETS) dos 11 municípios selecionados, segundo sua posição e a composição dos índices de estrutura (IEE) e de resultado (IER), no período 1995, 1997, 1999 e 2001	247
Tabela 39 –	Índice de Eficiência Social (IES) dos 11 municípios selecionados, de acordo com sua posição no período 1995, 1997 e 1999	258
Tabela 40 –	Índice de Eficiência Técnica em Saúde (IETS) médio dos 11 municípios selecionados, segundo sua posição e a composição dos índices de estrutura (IEE) e de resultado (IER), no período 1995, 1997, 1999 e 2001	268
Tabela 41 –	Teto financeiro e produção ambulatorial e hospitalar em Assis e no conjunto dos 11 municípios selecionados, em valores mensais de dezembro (1998-2001)	290
Tabela 42 –	Valor médio da Autorização de Internação Hospitalar em Assis e no conjunto dos municípios selecionados (1998-2001)	290
Tabela 43 –	Número de pacientes residentes internados no próprio município e fora dele, em Assis e no conjunto dos municípios selecionados (1998-2001)	291
Tabela 44 –	Número de pacientes <i>não</i> residentes internados no Município de Assis e no total dos 11 municípios selecionados (1998-2001)	292
Tabela 45 –	Gasto do SUS realizado pelo Município de Assis, segundo subprogramas, projetos e atividades (1994-1997), em %	301
Tabela 46 –	Gasto do SUS realizado pelo Município de Assis, segundo subprogramas, projetos e atividades (1998-2001), em %	302

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Municípios habilitados nas condições de gestão da NOB 93, por região e unidade federada, 1995 a 1997	78
Quadro 2 –	Municípios habilitados nas condições de gestão da NOB 96, por região e unidade federada, 1999 e 2000	85
Quadro 3 –	Primeiros municípios do Estado de São Paulo habilitados na modalidade de gestão do SUS <i>semiplena</i> , por porte populacional e data de adesão	126
Quadro 4 –	Organização do setor municipal de saúde em Assis (1999)	139
Quadro 5 –	Organização do setor municipal de saúde em Diadema (1999)	142
Quadro 6 –	Organização do setor municipal de saúde em Itu (1999)	144
Quadro 7 –	Organização do setor municipal de saúde em Jundiaí (1999)	146
Quadro 8 –	Organização do setor municipal de saúde em Mauá (1999)	147
Quadro 9 –	Organização do setor municipal de saúde em Santos (1999)	150
Quadro 10 –	Organização do setor municipal de saúde em São Caetano do Sul (1999)	152
Quadro 11 –	Organização do setor municipal de saúde em São José dos Campos (1999)	154
Quadro 12 –	Organização do setor municipal de saúde em São Vicente (1999)	156
Quadro 13 –	Organização do setor municipal de saúde em Sertãozinho (1999)	157
Quadro 14 –	Organização do setor municipal de saúde em Votorantim (1999)	159
Quadro 15 –	Municípios paulistas gestão <i>semiplena</i> e <i>plena</i> do sistema municipal selecionados, segundo a data de ingresso nessas modalidades do SUS	163
Quadro 16 –	Taxa de crescimento e participação relativa média das transferências do Ministério da Saúde destinadas à média e alta complexidade e atenção básica dos municípios selecionados (1998-2001)	187
Quadro 17 –	<i>Ranking</i> dos seis primeiros itens das transferências do Ministério da Saúde destinadas à atenção básica dos municípios selecionados (1998-2001)	193
Quadro 18 –	Gastos médios <i>per capita</i> do SUS total e com recursos municipais realizados pelos municípios selecionados, segundo o período 1995-2001 e seus subperíodos 1995-1997, e 1998-2001	208
Quadro 19 –	Receita disponível e transferências federais SUS médias <i>per capita</i> dos 11 municípios segundo o período 1995-2001 e seus subperíodos 1995-1997 e 1998-2001	209
Quadro 20 –	Indicadores selecionados para a análise da eficiência técnica	218
Quadro 21 –	Situação das médias dos indicadores de estrutura e resultado dos 11 municípios selecionados ao longo de 1995, 1997, 1999 e 2001	243
Quadro 22 –	Posição do IETS de cada um dos 11 municípios gestão <i>semiplena/plena</i> do sistema (1995, 1997, 1999 e 2001), em relação ao IETS médio de cada ano	249
Quadro 23 –	Indicadores selecionados para a análise da eficiência social	256
Quadro 24 –	Síntese da capacidade de gasto do Município de Assis (1995-2001)	286

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Evolução do número de municípios habilitados nas condições de gestão do SUS – <i>semiplena</i> (NOB 93) e <i>plena do sistema municipal</i> (NOB 96), segundo a distribuição por região brasileira – 1995, 1997, 1999, 2000	87
Gráfico 2 –	Evolução das transferências federais do SUS, segundo o nível de atenção à saúde – 1997-2001	95
Gráfico 3 –	Evolução das transferências federais do SUS para a Atenção Básica (1998-2001)	97
Gráfico 4 –	Evolução do número de municípios do Estado de São Paulo habilitados às condições de gestão do SUS (NOB 93), 1994 e 1997	127
Gráfico 5 –	Evolução do número de municípios do Estado de São Paulo habilitados às condições de gestão do SUS <i>semiplena</i> (NOB 93) e <i>plena do sistema municipal</i> (NOB 96) (1994-2001)	129
Gráfico 6 –	Evolução da receita disponível total dos 11 municípios paulistas gestão <i>semiplena/plena</i> do sistema (1995-2001)	169
Gráfico 7 –	Receita disponível média <i>per capita</i> anual dos municípios selecionados, entre 1995 e 2001, em R\$ 1.000 de dez. 2001, sem centavos	172
Gráfico 8 –	Evolução da receita disponível <i>per capita</i> total dos municípios selecionados (1995, 1998, 2001), em R\$ 1.000 de dez. 2001	174
Gráfico 9 –	Evolução do grau de dependência da receita disponível em relação a ICMS, FPM, IPTU e ISS no total dos municípios selecionados (1995-2001)	178
Gráfico 10 –	Evolução das transferências federais SUS <i>per capita</i> no total dos municípios selecionados (1995-2001)	184
Gráfico 11 –	Evolução das transferências federais SUS <i>per capita</i> no total dos municípios selecionados (1995, 1998, 2001), em R\$ 1.000 de dez. 2001	186
Gráfico 12 –	Evolução do gasto total <i>per capita</i> do SUS realizado pelo total dos municípios selecionados e pelo total dos municípios do estado sem a capital (1995-2001)	197
Gráfico 13 –	Evolução do gasto médio <i>per capita</i> do SUS realizado pelo total dos municípios selecionados, segundo a fonte de recursos (1995-2001)	200
Gráfico 14 –	Evolução do gasto médio <i>per capita</i> do SUS realizado com recursos municipais em cada um dos municípios selecionados e o total dos municípios do estado sem a capital (1995, 1998, 2001)	201
Gráfico 15 –	Evolução do teto financeiro e da produção ambulatorial e hospitalar da gestão plena do sistema municipal de Assis referente a valores de dezembro (1998-2001)	289

LISTA DE SIGLAS

Abrasco –	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
Abres –	Associação Brasileira de Economia da Saúde
ADCT –	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADIN –	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIH –	Autorização de Internação Hospitalar
AIS –	Ações Integradas de Saúde
Anfip –	Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social
ANS –	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASPS –	Ações e Serviços Públicos de Saúde
Atricon –	Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil
BID –	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BNDES –	Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social
CAPS –	Centro de Apoio Psicossocial
CEPAL –	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
Cepam –	Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal
CIAPS –	Centro Integrado de Apoio Psicossocial
CIBs	Comissão Intergestores Bipartite (representantes da Secretaria de Estado da Saúde e dos secretários municipais de Saúde)
CIMS –	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIR –	Comissão Intergestores Regional
CIS –	Comissões Interinstitucionais de Saúde
Cisama –	Comissão Intersetorial de Saneamento e meio Ambiente
CIT	Comissão Intergestores Tripartite (representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde — Conass —, e dos secretários municipais de Saúde — Conasems)
COAS –	Centro de Orientação de Apoio Sorológico
Cofin –	Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde
Cofins –	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
Conasems –	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass –	Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde
Concidades –	Conselho Nacional das Cidades
Cosems –	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo
CPMF –	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CRIS –	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CSLL –	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CSM –	Conselho Municipal de Saúde
Datasus –	Departamento de Informática do SUS
DES –	Departamento de Economia da Saúde
DIR –	Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde
DPVAT –	Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestre
DRU –	Desvinculação das Receitas da União
EC 29 –	Emenda Constitucional nº 29/2000
EPU –	Encargos Previdenciários da União
Ersas –	Escritórios Regionais de Saúde
FAE –	Fração de Assistência Especializada
FAEC –	Fundo de Ações Estratégicas e de Compensatórias
FAT –	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FEF –	Fundo de Estabilização Fiscal
Finsocial –	Fundo de Investimento Social
FMI –	Fundo Monetário Internacional
FPAS –	Fundo de Previdência e Assistência Social
FPM –	Fundo de Participação dos Municípios

FSE –	Fundo Social de Emergência
Fundef –	Fundo do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério
Fundes –	Fundo Estadual de Saúde
GM –	Gabinete do Ministro
GPABA –	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM –	Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde
GTIs –	Grupos de Trabalho Interinstitucionais
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH –	Índice de Desenvolvimento Humano
IEE –	Índice de Eficiência de Estrutura
IER –	Índice de Eficiência de Resultado
IES –	Índice de Eficiência Social
IETS –	Índice de Eficiência Técnica em Saúde
IGP-DI –	Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna
INAMPS –	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS –	Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA –	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPI –	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU –	Impostos Predial e Territorial Urbano
IPVA –	Imposto sobre Veículos Automotores
IR –	Imposto de Renda
IRRF –	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS –	Imposto sobre Serviços
ITBI –	Imposto sobre Transferência de Bens Intervivos
ITR –	Imposto Territorial Rural
LDO –	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA –	Lei Orçamentária Anual
LRF –	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC –	Média e Alta Complexidade
MC –	Ministério das Cidades
MPAS –	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS –	Ministério da Saúde
NOAS –	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB –	Norma Operacional Básica do SUS
ONU –	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB –	Piso da Atenção Básica
PABA –	Piso da Atenção Básica Ampliado
PACS –	Programa de Agentes Comunitários
PASEP –	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIB –	Produto Interno Bruto
PIS –	Programa de Integração Social
PLC –	Projeto de Lei Complementar
PMS –	Programa Metropolitano de Saúde
PMU –	Pesquisa Municipal Unificada
PNUD –	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POF –	Pesquisa de Orçamento Familiar
PPA –	Plano Plurianual
PPI –	Programação Pactuada e Integrada
PSF –	Programa de Saúde da Família
Qualis –	Qualidade Integral à Saúde
SCTS –	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde
SES – SP	Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo
SIA –	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAFI –	Sistema de Informações da Administração Financeira da União
SIH –	Sistema de Informação Hospitalar

SINPAS –	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIOPS –	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS –	Secretaria Municipal de Saúde
SPAD –	<i>Statistical Package for Administration</i>
STN –	Secretaria do Tesouro Nacional
SUDS –	Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
TFA –	Teto Financeiro da Assistência
UBS –	Unidade Básica de Saúde
UTI –	Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

A análise empreendida nesta tese aborda o processo de descentralização da Saúde em que os municípios foram levados à condição de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), executando todas as ações e os serviços de saúde em seu território. Esse tipo de modalidade de gestão foi definido pelo SUS como gestão municipal semiplena e plena do sistema municipal. Esta tese avalia esse tipo de gestão do SUS no Estado de São Paulo, entre 1995 e 2001, com o objetivo de verificar se ocorreu melhoria da capacidade de gasto e maior eficiência, eficácia e gestão dos recursos financeiros para o adensamento do sistema municipal de saúde. Para tanto, analisa os 11 primeiros municípios paulistas que se enquadraram na gestão semiplena em 1995 — de acordo com a NOB 93 — e que continuaram habilitados na gestão plena do sistema municipal do SUS a partir de 1998, na vigência da NOB 96 até 2001. Com a finalidade de aprofundar o estudo da avaliação da eficiência, eficácia e gestão dos recursos locais, analisa-se, de forma geral, a problemática trajetória do financiamento do SUS, a partir da Constituição de 1988 até os primeiros anos de 2000, e o quadro de referência da gestão municipal descentralizada no Estado de São Paulo. De maneira específica, trata do comportamento da gestão orçamentário-financeira na prática da gestão de um dos 11 municípios selecionados: o Município de Assis. Parte-se da premissa de que, para medir a eficiência e a eficácia dos recursos locais, é fundamental acompanhar de perto desde o planejamento da política local, seu orçamento e execução, até seu controle e sua avaliação.

Para a avaliação desses 11 municípios, foram utilizados indicadores associados à eficiência técnica e social e dois índices, criados especificamente para este trabalho: o Índice de Eficiência Técnica em Saúde (IETS) e o Índice de Eficiência Social. Por fim, esta tese se concentra na análise do Município de Assis, abrangendo o estudo sobre a gestão orçamentário-financeira, de materiais e de recursos humanos do SUS local.

Palavras-chave: economia da saúde; financiamento do SUS; gasto em saúde; eficiência, eficácia, gestão semiplena e plena do sistema; municípios do Estado de São Paulo.

INTRODUÇÃO

I

O Sistema Único de Saúde (SUS) atravessa uma fase histórica de impasses e ansiedade. A ninguém escapa que a sua consolidação depende de lidar-se com uma série de problemas ainda muito mal trabalhados. O tema do financiamento é um deles, mas, certamente, há que se avançar também na sua relação com a gestão da política de saúde. É natural que nos interroguemos sobre os obstáculos enfrentados no campo do financiamento do SUS ou até que ponto a responsabilidade pelos impasses, na situação em que se encontra, pode ser imputada somente a embates externos que condicionam os caminhos de institucionalização do nosso sistema de saúde universal. Devemos admitir, também, que há muito a ser corrigido no sistema, até mesmo na temática do financiamento, do gasto e da gestão. Nosso interesse específico centra-se na gestão municipal mais descentralizada e qualificada do SUS: a gestão *semiplena e plena do sistema* municipal de saúde. Esta tese tem como ponto de partida indagar em que medida a descentralização implementada no SUS, a partir dos anos 1990, por meio da gestão *semiplena e plena do sistema*, contribui para a melhoria da eficiência e eficácia dos recursos locais.

Passados 17 anos de construção do SUS e 11 anos de desenvolvimento da gestão municipal descentralizada, muito foi feito, mas, por outro lado, há também muito a se avançar ou até a se corrigir quanto aos rumos para que não haja desvio do fundamento principal do sistema: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Durante a década de 1990 e os primeiros anos de 2000, o desenvolvimento do SUS foi marcado por um intenso processo de descentralização das responsabilidades de gestão e dos recursos financeiros do governo federal para os municípios. A lógica que norteou a decisão do Ministério da Saúde foi a da reorganização do modelo assistencial do SUS, no qual o município passava a ser o principal executor. Para dar prosseguimento a essa reforma, o Ministério estimulou o enquadramento dos municípios nos níveis de gestão mais qualificados nas dimensões institucionais, operacionais e de responsabilidades em ações e serviços de saúde, como as estabelecidas na Norma Operacional Básica 93, sob a denominação de gestão *semiplena*, e na Norma Operacional Básica 96, sob a titulação de gestão *plena do sistema municipal*. As duas normas atribuem aos municípios incluídos nessas condições de gestão a responsabilidade por todos os serviços de saúde em seu território. Por sua vez, foram criadas em 1995 — no primeiro

ano de exercício dessas gestões — as transferências de recursos financeiros “fundo a fundo” (automáticas, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde), para que esses municípios pudessem exercer as responsabilidades definidas nessas modalidades de gestão.

A gestão municipal mais descentralizada e qualificada do SUS não conta com muitas avaliações que permitam ampliar o conhecimento e aprimoramento de suas práticas de financiamento e gestão ao longo dos anos 1990. Nesse sentido, consideramos importantes algumas indagações específicas:

- A adoção por parte de municípios de modalidades mais descentralizadas do SUS — *semiplena e plena do sistema* municipal — permitiu a melhoria da capacidade de gasto e maior eficiência dos recursos financeiros para o desenvolvimento do sistema municipal de saúde?

- É possível identificar nesses municípios instrumentos e mecanismos institucionalizados de gestão dos recursos e da política de saúde mais eficazes, que possibilitem o alcance dos objetivos reformistas na saúde, formulados pelo SUS?

- O estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento da saúde desses municípios pelo Ministério da Saúde, por meio de incentivos, campanhas e outras formas de direcionamento de recursos, beneficiam ou prejudicam a autonomia municipal na alocação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde?

- A sistemática de transferência de recursos do governo federal, principalmente a partir de 1998, que estimula os municípios, particularmente os habilitados na modalidade *plena do sistema municipal*, a adotar programas que lhes acrescentem receita financeira, facilita ou inibe a formulação da política local de saúde?

As respostas ao conjunto dessas indagações motivaram a realização desta tese. O seu ponto de partida foi o interesse pela análise dos 11 municípios paulistas mais antigos no enquadramento na gestão *semiplena/plena do sistema*.

Nosso objetivo foi avaliar a gestão municipal mais descentralizada qualificada do SUS — *semiplena/plena do sistema* — no Estado de São Paulo, entre 1995 e 2001, com a finalidade de verificar se ocorreu melhora da capacidade de gasto e maior eficiência, eficácia e gestão dos recursos financeiros para o adensamento do sistema municipal de saúde. Para tanto, esse trabalho analisa os 11 primeiros municípios paulistas que se enquadraram na gestão *semiplena* em 1995 — de acordo com a NOB 93 — e que continuaram habilitados na gestão *plena do sistema*

municipal do SUS a partir de 1998, na vigência da NOB 96, até 2001. São eles: Assis, Diadema, Itu, Jundiaí, Mauá, São Caetano do Sul, São José dos Campos, Santos, São Vicente, Sertãozinho e Votorantim. Com a finalidade de analisar os instrumentos e mecanismos institucionalizados da gestão dos recursos e da política local de saúde, em termos de sua eficiência e eficácia, o trabalho vai deter-se na análise do estudo de caso do Município de Assis.

Cinco hipóteses orientaram a investigação aqui apresentada. A primeira é a de que os municípios em gestão *semiplena/plena do sistema* ampliaram suas despesas com saúde, constituindo um padrão elevado de gasto local com a área. Espera-se que, no conjunto dos municípios pesquisados, a magnitude do gasto seja ainda maior que a média do total dos municípios do estado, sem a capital, mas que as diferenças entre esses municípios venham se reduzindo a partir de 1995.

A segunda hipótese é de que esses 11 municípios selecionados apresentam considerável eficiência técnica e social, em termos dos recursos alocados em saúde. Essa premissa se baseia no fato de que o crescimento do gasto total *per capita* em saúde não apenas contribuiu para a melhoria dos indicadores de estrutura e de resultado das ações e serviços de saúde, mas também para que as diferenças entre os 11 municípios, quanto aos resultados desses indicadores, venham diminuindo, ou seja convergindo.

A terceira hipótese, verificada especialmente no estudo de caso do Município de Assis, é de que ainda são limitados os instrumentos e mecanismos de gestão dos recursos, principalmente no que se refere à integração das funções da gestão orçamentário-financeira da saúde, restringendo a eficiência e a eficácia da política de saúde. Entende-se que a eficiência e a eficácia devam ser analisadas como subordinadas à política de saúde e integradas ao complexo contexto do processo de gestão dessa política. Parte-se da premissa que essa política deva ser valorizada em todas as funções compreendidas no conceito de gestão. São elas: o planejamento, o processo orçamentário, a prestação de contas, o controle, a fiscalização e a avaliação.

A quarta hipótese é de que as modificações nas sistemáticas de financiamento, induzidas pelo governo federal com a NOB 96 (1998), dificultam o exercício da autonomia do município na alocação de recursos e na implementação de uma política de saúde localmente definida, prejudicando a eficiência e eficácia dos recursos.

Por fim, a quinta hipótese é a de que as indefinições legais quanto ao esquema de financiamento geral do SUS, tais como o que deve ser considerado como conceito de gasto em saúde, para efeito de aplicação dos recursos, e a ausência de padronização dos instrumentos de controle e fiscalização dos recursos, propiciam a alocação de recursos por parte dos municípios em ações e serviços que não correspondem à área da saúde e, muitas vezes, não se encontram relacionadas no Plano Municipal de Saúde.

O período coberto pela investigação é o de 1995 a 2001. O ano de 2002 foi considerado tão-somente no estudo de caso do Município de Assis. A relevância do período 1995 a 2001 dá-se em razão de que é quando ocorre, de um lado, o enquadramento na gestão descentralizada *semiplena* (NOB 93) e *plena do sistema municipal* (NOB 96), e, de outro, o seu desenvolvimento. Desde o final de 2001, inicia-se o processo de habilitação dos municípios segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS/2001), que, embora não tenha alterado a denominação “gestão *plena do sistema municipal*”, modifica em parte a lógica de financiamento dos recursos transferidos, isto é, descarta a sistemática de repasse global para todos os níveis de gestão do sistema. A partir de 2002, os municípios em gestão *plena do sistema municipal* deixam de contar com os recursos das ações e serviços de saúde que cobrem a alta complexidade. Dessa forma, esses municípios não dispõem de todos os recursos para executar as ações e serviços de saúde definidos localmente, constituindo-se numa fase distinta da norma anterior em relação ao campo do financiamento.

A título de esclarecimento geral do tema desta tese, desenvolvemos a seguir uma reflexão sobre o quadro referencial da descentralização da saúde em que se apóia a análise empreendida sobre os municípios paulistas com gestão descentralizada *semiplena/plena do sistema municipal* do SUS. Nessa reflexão sintética, buscaremos apenas explicitar as idéias gerais que acreditamos serem necessárias para verificar-se a respeito do entendimento da especificidade da descentralização da política de saúde.

II

A descentralização da saúde é resultado de um longo processo de construção, especialmente a partir dos anos 1980. Seu contexto insere-se na descentralização das políticas públicas, iniciado no período anterior à Constituição de 1988 e consolidado a partir de então,

sendo orientado pela questão federativa. A rigor, o processo de descentralização das políticas públicas, entre elas as políticas sociais, é uma conquista que se deu junto com o processo de redemocratização do País, marcado tanto pela recuperação das questões políticas, fiscais, técnicas e administrativas, por parte dos estados e municípios, bem como pela diminuição da elevada margem de centralização da União.

Nos anos 1990, a descentralização das políticas sociais adquire um lugar de destaque na agenda pública brasileira, sendo por esse motivo objeto de tratamento amplo e diversificado da literatura¹. São crescentes os novos esquemas de forma e conteúdo da descentralização das políticas sociais, principalmente na área da saúde, cuja gama de experiências locais de gestão é significativa. Ao mesmo tempo, a literatura corrente chama a atenção para os aspectos contraditórios que vêm marcando o processo de descentralização, especialmente quanto aos interesses e estratégias conflitivas entre os níveis de governo — federal, estadual e municipal.

Não é evidente a existência de um projeto coordenado de descentralização por parte do governo federal, delimitando as responsabilidades de cada esfera de governo, processo que Cohn (2000) representa por meio da figura de um pêndulo. Por outro lado, é importante reconhecer a particularidade de que, no ambiente em que se opera a implementação da descentralização da política de saúde — como diretriz do SUS e com base na municipalização² —, são também aperfeiçoados os mecanismos de construção de um sistema de caráter nacional de saúde. Dessa maneira, o SUS impõe modificações constantes no papel das esferas de governo, exigindo uma forma particular de relacionamento entre elas, de tal modo que sejam asseguradas a integração, a regionalização e a hierarquização das ações e dos serviços de saúde. Diante disso, é possível verificar constantes tensões entre os níveis de governo, sobretudo se considerarmos a realidade heterogênea de cada região, estado e município, obrigando com que a configuração da política de saúde ocorra de forma específica e diferenciada³.

¹ Para uma abordagem geral da descentralização das políticas públicas sociais ver Almeida (1995); Arretche (1998) e Kulgemas e Sola (1999); para uma análise da descentralização da saúde, ver Viana (1994) e Elias (1996).

² A Seção Saúde da Constituição é a única a explicitar a diretriz da descentralização (art.198), ainda que ela permeie toda a Constituição. A descentralização do SUS opera com base na municipalização, motivada pelas atribuições estabelecidas na Constituição, na sua Lei Orgânica nº 8.080/90 e nas normas operacionais do sistema. Conforme o artigo 30 da Constituição, as ações e os serviços de saúde são de competência dos municípios; e o artigo 18 da Lei Orgânica traz que aos municípios compete, dentre outras responsabilidades, gerir e executar os serviços públicos de saúde.

³ Essa idéia já era clara no estudo de Viana (1994) quando analisou a descentralização da política de saúde até a primeira metade da década de 1990. O que se faz aqui é reconhecer a atualidade de seu argumento no âmbito da análise da descentralização ao longo de todos aqueles anos.

Sabe-se que os municípios possuem realidades bastante diversificadas, além de apresentarem oferta de serviços e capacidades fiscal, técnica e administrativa muito diferentes. Esse quadro é significativo para explicitar o grau de tensão entre as três esferas de governo que emerge dessa descentralização com base na municipalização e, simultaneamente, da pretensão que se tem em instituir um sistema nacional de saúde. Além disso, deve ser considerado como elemento integrante dessa tensão o grau de autonomia das esferas locais, especificamente na dimensão da descentralização fiscal⁴.

Vários estudos indicam que o Brasil constitui uma federação acentuadamente descentralizada no âmbito fiscal. O alto grau de autonomia fiscal sobressai-se, até mesmo quando comparado a federações como os Estados Unidos e a Alemanha⁵. Os dados do banco federativo do BNDES revelam que, desde 1988, tem sido crescente o grau de descentralização fiscal no Brasil em termos de aumento dos recursos à disposição dos governos estaduais e municipais. A rigor, os municípios foram os que mais se beneficiaram com o processo de descentralização fiscal. A receita disponível (impostos mais transferências constitucionais), quando comparada à da União e à dos estados, foi a que mais cresceu entre 1988 e 2001, isto é, 112,7% enquanto os estados aumentaram 84,7% e a União, 56,8%⁶.

No momento em que se reconhece a avançada descentralização fiscal no País, em termos do grau de autonomia do município, de um lado, e da necessidade de construção de um sistema nacional de saúde, de outro, tornam-se evidentes as tensões entre as esferas de governo. De fato, é perceptível, ao longo dos anos 1990, que o Ministério da Saúde, em nome da continuidade da descentralização da política de saúde, num País marcadamente heterogêneo, acabe impondo mecanismos de financiamento para as esferas subnacionais, a fim de garantir a execução da política de saúde. Isso porque o financiamento é dependente da esfera federal, mas a operação do sistema é, sobretudo, de responsabilidade local, situação que provoca tensões constantes no sistema de saúde.

⁴ Ver Affonso (2000) e Afonso et al. (1998a e 1998b).

⁵ Ver Afonso (1994); Afonso et al. (1998b). Para um balanço crítico da literatura internacional sobre federalismo fiscal, na perspectiva das teorias hegemônicas no século XX, ver Affonso (2003).

⁶ Disponível em: <www.federativo.bndes.gov.br>. Acesso em: 11/2/2005. Ainda, para se ter uma idéia do crescimento da participação dos governos estaduais e, principalmente, municipais no total de toda a receita disponível das três esferas de governo, entre 1988 e 2001, ressalta-se a seguinte situação: a União diminuiu de 67,2% para 62,4%; os estados cresceram pouco, de 22,4% para 24,61%, e os municípios aumentaram de 10,3% para 13,0%. Disponível em: <www.federativo.bndes.gov.br>. Acesso em: 11/2/2005.

Nessa perspectiva, é possível reconhecer que a descentralização da política de saúde vem sendo operada, principalmente ao longo da década de 1990, pela lógica do financiamento do sistema. As transferências de recursos da esfera federal para os municípios acabam efetivando-se com grande parte de seu montante predefinido, como será analisado no Capítulo 1. Dito de outra maneira, o Ministério da Saúde determina o montante específico para ser utilizado em algumas ações e serviços de saúde. Nesse sentido, mantém-se uma relação de dependência da esfera municipal de poder em relação à esfera federal, o que pode ser denominado de “descentralização tutelada”⁷. Contudo, autores como Vianna et al. (1991) já indicavam, no começo da década, que o financiamento baseado na maior participação da esfera federal facilita a aplicação da equidade na distribuição regional dos recursos financeiros do sistema.

Diante desse quadro, em que pese o processo de descentralização na dimensão do federalismo fiscal ter obtido êxito nos anos 1990, a descentralização efetiva da política de saúde foi modesta, nas suas dimensões política e financeira, na esfera municipal. A esse respeito, Elias (1996) aponta para o fato de que não se pode entender uma descentralização efetiva do setor sem que haja liberdade de tomada de decisão política e financeira por parte da esfera local, mesmo que se possa admitir um processo de descentralização focado apenas no âmbito da autonomia administrativa. Para esse autor, essas três dimensões do processo de descentralização — política, financeira e administrativa — são independentes, ainda que devam estar articuladas entre si. A *dimensão política* deve abranger as questões relativas à autonomia na sua formulação e nas decisões; a *dimensão financeira* deve respeitar a liberdade para alocação de recursos e o estabelecimento de critérios de aplicação; e a *dimensão administrativa* envolve a autonomia para a inclusão de diretrizes voltadas para a organização da máquina administrativa.

Nesses termos, de acordo com a visão de Elias, a qualificação do processo de descentralização da política de saúde exige um tratamento voltado para a necessidade de clarificar as lógicas de operação dessa política. Isto significa não priorizar o enfoque rígido de categorias determinadas pelas dimensões administrativas, políticas e financeiras da descentralização.

Ademais, diante das tensões entre descentralização e centralização, como mencionado anteriormente, a análise dos resultados do processo de descentralização da saúde exige a

⁷ Para uma visão mais detalhada sobre a utilização da terminologia “descentralização tutelada”, ver Medici (1994) e, para o seu contexto, ver Viana (1994).

identificação do contexto mais geral em que se opera, tanto no campo da descentralização fiscal como no espaço mais específico de desenvolvimento da política de atenção à saúde no País.

De um ponto de vista amplo do quadro, cabe enfatizar que o processo de descentralização no Brasil se realizou, ao longo das décadas de 1980 e 1990, em bases problemáticas e, por esse motivo, não apresenta condições na atualidade que permitam demonstrar todos os seus aspectos em termos de eficiência e eficácia. A crescente tendência de descentralização de receitas e despesas das políticas sociais e da saúde, em especial, não tem sido acompanhada, como mencionado, pela correspondente redefinição dos papéis a serem executados pelos três níveis de governo. Acrescente-se a isso o fato de o processo de descentralização ocorrer numa conjuntura tumultuada, em que se somava, à agenda da redemocratização, uma profunda crise fiscal e financeira do Estado desenvolvimentista (AFFONSO, 2000).

Especificamente, no tocante à política de saúde, cabe assinalar o quadro geral que cerca a operação efetiva da descentralização. Segundo Elias (1996), pode-se apreender a trajetória da descentralização da saúde nas duas últimas décadas por meio da adoção de duas vertentes: a democratizante e a racional. A ênfase da primeira é posta na possibilidade de ampliar o controle público do sistema, e a segunda assenta-se na forma de identificar o alcance de mecanismos de eficiência econômica para o Estado. É bastante ilustrativo seu relato da situação caótica do sistema de saúde, disseminada pelos órgãos de comunicação, principalmente nos casos de fraudes e desperdícios financeiros. Sendo assim, as vertentes democratizante e racional acabam por defender a descentralização como forma alternativa importante para o desempenho do Estado, prestigiando a ação dos governos municipais, por várias razões, dentre elas: a efetiva aproximação entre governante e governados; a reduzida complexidade administrativa; o menor grau de burocratização; e a maior capacidade para fiscalizar e prover os serviços de saúde. Contudo, como sublinha Elias,

“ainda que esses atributos possam ser encontrados, em maior ou menor grau nos municípios de médio e grande portes, e se considerando a manutenção da perspectiva do processo de descentralização em curso restrita apenas à lógica do financiamento diante dos desvios financeiros disseminados no Sistema de Saúde, configura-se uma situação que mais do que nunca exige a implementação deste processo em moldes a contemplar ganhos concretos aos municípios, sem o que as fraudes continuarão vicejando com a mesma importância social que apresentam sob a pressão moral exercida ao município no sentido de que cumpra a função de coibir as fraudes e os desvios financeiros” (ELIAS, 1996, p. 120).

É importante lembrar novamente que os recursos financeiros a serem acompanhados e fiscalizados, na sua maior parte, são provenientes da esfera federal e, portanto, o comprometimento dos municípios nessa tarefa necessita de recompensa financeira explícita. Para isso, mais uma vez, é necessário citar Elias:

“A despeito, portanto, de todas as restrições de ordem moral e ética pertinentes serem formalizadas, os governos locais só se sentirão comprometidos com sua fiscalização em moldes mais eficientes na medida em que recebam uma compensação equivalente à mesma lógica que permeia todo o sistema, ou seja, de ordem estritamente financeira.” (Idem, p. 120)

Assim, a necessidade da racionalização do sistema de saúde emerge como consenso, colocando a descentralização por meio do financiamento como a questão-chave para a implementação do SUS.

É importante admitir que a gênese e o desenvolvimento do SUS ocorre num quadro conjuntural de reforma do Estado, em que a escassez dos recursos financeiros é acentuada e os valores da política neoliberal de racionalidade e eficiência econômica estão fortemente presentes. É possível admitir que o SUS acabe remando contra a maré dos atuais ditames econômicos, uma vez que sua implementação — seguindo os princípios constitucionais de universalidade do seu acesso — exige um volume considerável de recursos financeiros.

Nessa perspectiva, é importante agregar, ao contexto de operação da descentralização do SUS, o entendimento do quadro de reformas do Estado, que vem se configurando no mundo ao longo das duas últimas décadas. Vários estudos estabelecem uma relação entre o tipo de descentralização existente, nesse período, e o estágio correspondente da reforma do Estado⁸.

Autores como Souza e Carvalho (1999) e Almeida (1999) chamam a atenção para o fato de que a alteração do papel do Estado, intensificada na década de 1990, faz parte de um longo processo de reformas que deve ser entendido em dois estágios. O primeiro diz respeito às propostas construídas no âmbito da hegemonia das políticas neoliberais dos anos 1980 (governos Reagan, nos Estados Unidos, e Thatcher, no Reino Unido), quando, de um lado, o discurso ideológico anunciava a falência do Estado de Bem-Estar Social e, de outro, predominavam

⁸ Ver SOUZA, Celina; CARVALHO, Inaiá. M. M. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. **Lua Nova**, São Paulo: Cedec, n. 48, p. 187-212, 1999; e ALMEIDA, Célia. Reforma do estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Abrasco, v. 4, n. 2, 1999.

políticas centradas na contenção de custos e controle dos gastos, deixando para segundo plano as políticas sociais.

Não cabe discutir aqui o contexto geral em que se situam essas propostas de reforma do Estado, porém não se pode esquecer que integram a lógica que permeia a fase contemporânea de transformação do capitalismo, entendida como a “mundialização financeira do capital” (CHESNAIS, 1996)⁹. Como bem retratam Tavares e Melin (1997), esse movimento de globalização financeira tem beneficiado os Estados Unidos, que, há quase duas décadas, têm sido o maior receptor de capitais do mundo. Isto levou a que o esforço de manutenção de sua hegemonia mundial pressionasse os demais países em defesa da crescente liberalização dos movimentos de capital, exigindo que fossem adotadas medidas de redução do desequilíbrio fiscal e de criação de condições macroeconômicas incompatíveis com o alargamento do Estado de Bem-Estar Social. Nesta perspectiva, essas exigências levaram a que os países, principalmente os situados na periferia do sistema capitalista, concentrassem esforços na promoção de elevado superávit primário (acordado com o Fundo Monetário Internacional – FMI), de forma a permitir maior espaço para a adoção de uma política fiscal contracionista e de taxas de juros elevadas, constringendo o gasto e o desenvolvimento das políticas sociais.

O segundo estágio de reforma do Estado, conforme relatado por Souza e Carvalho (1999) e Almeida (1999), é intensificado nos anos 1990. Nesse período, o conjunto das reformas concentra-se mais numa abordagem gerencial, voltada para a ampliação da capacidade institucional do Estado. Dessa forma, o conteúdo diz respeito a uma “refundação” das responsabilidades estatais com a respectiva reestruturação organizacional. Os modelos reformadores que emergem nos anos 1990 suavizam o discurso ideológico exacerbado durante os anos 1980, procurando lidar com os novos problemas que as políticas restritivas da década

⁹ A maior parte da literatura convencional anglo-saxônica, diferente da visão crítica francesa, relaciona as transformações do capitalismo contemporâneo à expressão “globalização”, quando se enfatiza a aceleração da internacionalização e o acirramento da competição, visto como um processo natural provocado pelo mercado na atual fase do capitalismo (BATISTA JR., 1997). Já os economistas críticos franceses preferem atribuir aos traços mais característicos da globalização a predominância dos movimentos transnacionais de capital monetário especulativo e na hipertrofia da dimensão financeira, em que o capital monetário vem impondo o ritmo do investimento industrial e produtivo. Assim, na definição de Chesnais, essas transformações econômicas devem ser concebidas como “mundialização financeira do capital”, e, ao contrário da visão americana, deve estabelecer-se o controle sobre os movimentos de capital para resolver os problemas decorrentes das crises cambiais, bolhas especulativas, crises bancárias e crises fiscais permanentes. Para uma compreensão mais aprofundada dessa abordagem, ver Chesnais (1996, 1998); para uma síntese das posições associadas ao regime de acumulação financeirizado, evidenciando tanto os problemas como as potencialidades das teorias que tratam desse regime, ver Chesnais (2002).

anterior maximizaram, recuperando, sob novas bases, a perspectiva do Estado mínimo. As principais características dessa agenda são: a centralidade da perspectiva econômica e o deslocamento do foco da formulação para a operacionalização das políticas.

De certa forma, os dois estágios diferenciam-se no âmbito do conteúdo de suas propostas de reformas. Segundo Souza e Carvalho (1999), no primeiro, a ênfase recai sobre a racionalização dos recursos fiscais e, no segundo, o enfoque é dirigido, principalmente, para a eficiência dos serviços públicos, entendida por: otimização dos recursos humanos e financeiros; democratização, envolvendo a comunidade nas decisões das políticas públicas; e descentralização para os governos subnacionais das responsabilidades de provisão dos serviços sociais.

No caso da América Latina, a agenda de reformas institucionais tem sido fortemente influenciada, dentre vários aspectos, pela descentralização das políticas públicas, particularmente da política de saúde¹⁰. No Brasil, isso também é perceptível, principalmente nos anos 1990, não obstante a descentralização ter se iniciado nos anos 1980, prioritariamente em termos fiscais¹¹.

Diante desse quadro, é preciso, portanto, caracterizar melhor o papel destinado ao Estado brasileiro na provisão das ações e serviços de saúde nos anos 1990. Isto significa evidenciar a forma e o conteúdo da descentralização da saúde e desvendar os aspectos que a sustentam como um processo desacompanhado de um projeto geral de implementação do SUS, restringindo-se apenas à lógica do seu financiamento.

Somente a partir da segunda metade dos anos 1990, o governo federal passa a introduzir modificações no processo de reforma do SUS. É possível verificar que a descentralização da saúde no Brasil, além de seu conteúdo de expansão da democratização da esfera municipal, é utilizada como instrumento importante para garantir a integralidade do atendimento. É nesse período que a descentralização da saúde, com base na municipalização, ganha evidência, trazendo para o conjunto do SUS suas ricas experiências de participação da sociedade nas decisões da política local de saúde, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde e da implantação dos

¹⁰ Para um estudo específico do processo de descentralização da saúde na América Latina, ver Cominetti (1997).

¹¹ De acordo com Affonso (2000), nos anos 1990, especificamente no Brasil, o processo de descentralização fiscal ocorre em um cenário de esgotamento das estratégias de adiamento de reformas estruturais e pela presença vitoriosa da visão neoliberal. Como diz Affonso, “a emergência com Collor e a consolidação com FHC das reformas liberalizantes possuem, *grosso modo*, as seguintes características: a abertura externa da economia; a desregulação (acentuada no mercado financeiro); a privatização de empresas estatais federais e, mais recentemente, de empresas e bancos estaduais; e as sucessivas tentativas de reduzir as ‘Redes de Proteção Social’ ...” (AFFONSO, 2000, p. 138).

programas Saúde da Família e Agentes Comunitários, como forma de possibilitar a atenção da saúde integrada. Contudo, o que se nota é que a descentralização, na prática, passa a ser valorizada, sobretudo por parte do governo federal, pelo seu aspecto racionalizador e menos pelos outros motivos mencionados (ELIAS, 2000).

Como bem ressalta Elias, a descentralização não se materializa somente pela inspiração de suas idéias, mas, principalmente, pela relação com as condições políticas e sociais em que se encontra. Isto porque, nas palavras de Elias “a descentralização nada molda, antes se amolda à realidade histórica determinante da sua implementação” (Idem, p. 217).

Dessa forma, é preciso admitir que o processo de descentralização da saúde, nesse período mais recente da segunda metade dos anos 1990 em diante, vem se configurando de uma série de experiências municipais de gestão da saúde, com a implantação de modelos de programas mais voltados à integralidade da atenção. Essas experiências atestam que, se a descentralização não garante de forma automática a democratização das políticas de saúde, ela favorece esse processo e possibilita, diante da heterogeneidade brasileira, a formulação de políticas que respondam de forma mais adequada, ou pelo menos mais próxima, às especificidades locais.

Se, de um lado, a descentralização pode significar a possibilidade de garantir maior controle e fiscalização do dispêndio de recursos para a política de saúde, de outro, os municípios acabam sendo mais cobrados na execução de seus serviços e ações, tanto pela comunidade como pelo governo federal. Isto porque, em relação ao governo federal, é o Ministério da Saúde a instância que responde pela coordenação do sistema nacional e o que dispõe da maior parte do financiamento das ações e dos serviços do SUS. De certa forma, esse é o quadro geral que contribui para que se utilize o financiamento como o principal instrumento da descentralização da saúde.

Assim, o sucesso da descentralização do SUS, operada pela via da transferência de recursos financeiros, depende não só da quantidade de recursos financeiros necessários para responder aos compromissos assumidos no atendimento à população, mas também da regularidade do financiamento e da capacidade de incremento de recursos destinados à saúde pelas três esferas e de gestão dos recursos financeiros dos municípios, em termos de eficiência e eficácia de sua alocação.

Nesse caso, a discussão sobre os aspectos de melhor gestão dos recursos financeiros, entendida em termos de eficiência e eficácia, merece uma análise mais cuidadosa do processo de descentralização durante os anos 1990, particularmente da esfera municipal descentralizada da saúde.

Do nosso ponto de vista, o argumento da importante ampliação da capacidade de gestão eficiente e eficaz dos recursos financeiros do SUS nos municípios não contradiz, necessariamente, o desenvolvido anteriormente, isto é, o que reconhece que a descentralização se inspira nos dois estágios de reforma do Estado e, particularmente no Brasil, numa descentralização concentrada na obediência à lógica do financiamento federal.

Nos anos 1990, a descentralização das políticas públicas e da saúde, em particular, é marcada pela agenda de reformulação de sua eficiência. Tanto a eficiência quanto a eficácia, em termos gerais, constituem-se na conquista dos melhores resultados em saúde como cobertura e qualidade dos serviços públicos, com uma quantidade determinada de recursos. Ambas resultam de um longo processo de construção das reformas do Estado. É preciso, porém, admitir que os seus conceitos, a depender de quem os utilizem, podem significar conteúdos e práticas distintas.

Diante dessa discussão, este trabalho procura formular respostas a uma indagação central: em que medida a descentralização que vem sendo operada no SUS — via a instalação da gestão mais descentralizada e qualificada do SUS (*semiplena/plena do sistema*) —, ao longo dos anos 1990, contribui para a melhoria da eficiência e eficácia dos recursos, principalmente locais? O exame dessa questão de forma mais específica é realizado nos capítulos 3, 4 e 5. No entanto, o seu detalhamento requer a análise prévia das bases conceituais da eficiência e eficácia abordadas na literatura e as utilizadas neste trabalho.

III

Na literatura sobre avaliação de políticas públicas, os termos eficiência e eficácia são tratados sob as mais distintas abordagens e, muitas vezes, são até tomados como sinônimos. Não são poucos os estudos que tratam de suas definições, no entanto, não é fácil extrair da literatura uma discussão ordenada desses termos. Para que se possa mapear as diferentes visões do que se convencionou chamar de eficiência e eficácia dos recursos públicos, serão analisadas a seguir as contribuições dos campos da ciência econômica; da economia da saúde; dos estudos de avaliação

de políticas públicas; e de cada uma das agências internacionais — Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Banco Mundial e Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal).

- **Na ciência econômica**

Inicialmente, na ciência econômica, de forma geral, o conceito de eficiência — menor custo possível para o máximo de resultado possível (eficiência econômica) — é originário das análises microeconômicas¹².

Segundo Sen (1998), a visão do campo da economia que destaca a eficiência econômica, identificada com a “otimalidade” de Pareto, se refere diretamente à noção de otimização dos recursos disponíveis, segundo o cálculo de utilidade, ou seja, o que é útil para os indivíduos¹³. Dessa forma, o comportamento dos indivíduos deve-se pautar pelo conhecimento de que, para a produção de bens e serviços, crescerão tanto os benefícios como os custos, sendo os primeiros considerados desejáveis/úteis e os segundos, evitáveis. Quando a sociedade escolhe a quantidade de bens e aloca recursos de produção de forma apropriada, segundo a visão neoclássica da economia, isto se refere ao grau de eficiência do produto desse bem, ou melhor, quando há uma alocação eficiente de recursos na produção desse bem. Essa visão econômica insiste em colocar que, ao se determinar o grau de produção que é eficiente, se deve considerar ambos os aspectos: os benefícios dos novos bens e o custo—oportunidade em produzi-los¹⁴.

É importante notar que, na literatura sobre a avaliação de políticas públicas, em grande parte dos estudos, não se atribui ao termo eficiência a visão isolada de custo—benefício, isto é, custos menores possíveis e melhores resultados obtidos. Isso porque se trata a política pública como identificada com a redução de desigualdades do coletivo, o que se distancia de uma noção

¹² Cohen e Franco, ao descrever a eficiência no plano abstrato, explicam que, originalmente, a sua noção apóia-se na filosofia utilitarista de Bentham e no seu princípio de valorização do indivíduo em maximizar o prazer (benefício) e minimizar a dor (custo). Nesse caso, a eficiência é tida como um critério no qual os indivíduos escolhem, em razão de sua própria felicidade, incrementar sua produtividade e aumentar assim os bens e serviços disponíveis (COHEN e FRANCO, 1993). Já, de acordo com Sen (1998), são duas as principais abordagens de eficiência utilizadas em economia: a) *eficiência técnica*, em que não é possível prover mais de um específico produto sem produzir em menor escala um outro; b) *eficiência econômica*, que se relaciona com o “ótimo de Pareto”, situação na qual ninguém pode melhorar seu estado sem piorar o de alguma outra pessoa.

¹³ Entre os que discutem o conceito de Pareto, Cohen e Franco destacam Thurow, em seu livro *Generating Inequality: Mechanisms of distribution in the U.S. Economy* (1975). Segundo esse autor, a partir da segunda metade dos anos 1970, os valores da eficiência paretiana parecem estar mais presentes no cenário econômico, caracterizando a sociedade individualista e liberal (THUROW 1975 apud COHEN e FRANCO, 1993).

¹⁴ Para uma discussão sucinta dos conceitos econômicos sobre eficiência e seu custo—oportunidade, ver Propper, Carol (1998).

de eficiência que busca somente reduzir custos de bens individuais. A passagem do setor privado para o público demanda uma nova concepção do conceito de eficiência, pois o Estado é sempre solicitado para responder às demandas sociais e pressões políticas enquanto as instituições privadas não se vêem na obrigação de atender a essas demandas coletivas e pressões.

A partir dos anos 1980, com a crise fiscal do Estado, a noção de eficiência como critério de avaliação do setor público acaba sendo tratada, na maioria das vezes, como eficiência fiscal. A busca pela eficiência dos governos, muito mais que uma resposta às necessidades sociais, significou priorizar os melhores resultados possíveis de suas contas — receitas superiores às despesas¹⁵. De acordo com o receituário das agências internacionais — FMI, Banco Mundial e Bird —, a eficiência requer uma adequada transparência e responsabilidade fiscal. De outra maneira, quanto maior a transparência dos recursos fiscais, maior a garantia de conseguir resultados eficientes na execução dos recursos públicos. Neste caso, trata-se do imperativo da eficiência como racionalidade econômica imposta às políticas públicas.

Esse quadro dos anos 1980 e 1990 acirra o problema marcado pelo *trade-off* entre eficiência e equidade, traço característico dos países avançados nos “anos dourados do capitalismo”. Segundo Ferrera e Rhodes (2000), o enfrentamento desse *trade-off* foi uma das aspirações das economias no século XX, especificamente das políticas sociais. De certa forma, a marcante presença do *Welfare State*, construído e desenvolvido no período do pós-guerra, acabou minimizando essa contradição entre taxas aceleradas de crescimento (eficiência) e redistribuição (melhores níveis de equidade social). Contudo, nos últimos 25 anos, desde que o mundo capitalista foi surpreendido pelos primeiros sintomas de que algo não andava bem no círculo virtuoso do padrão de acumulação fordista, esse *trade-off* se tornou gigantesco. Nessa perspectiva, como sugerem Ferrera e Rhodes, o novo século XXI apresenta-se com o ressurgimento da “sombra” desse *big trade-off*¹⁶, tanto mais compreensível quando se considera a hegemonia do pensamento neoliberal na condução das economias centrais no período. Ainda, na

¹⁵ Para uma descrição da questão da eficiência da política fiscal, ao longo das diversas correntes de pensamento econômico no século XX, ver Tavares, Martus; Afonso, José Roberto e Nunes, Selene. Princípios e Regras em Finanças Públicas: a proposta da Lei de Responsabilidade Fiscal no Brasil In: V Encontro da Sociedade Brasileira de Economia Política. **Anais...** Fortaleza: SEP, 2000.

¹⁶ Expressão utilizada pelos autores Ferrera e Rhodes (2000, p. 258) para acentuar o tamanho do *trade-off* entre eficiência e equidade.

compreensão desses autores, para o novo milênio, “esta lógica do *trade-off* é inescapável. Mas encontrar uma saída para isso não é certamente simples” (FERRERA; RHODES, 2000, p. 258)¹⁷.

- **Na disciplina da economia da saúde**

Na literatura especializada sobre a avaliação econômica em saúde, o critério de eficiência soma-se a outros dois: eficácia e efetividade. Não são poucos os estudos que buscam estabelecer um ordenamento desses critérios de avaliação¹⁸.

Em primeiro lugar, cabe assinalar a importância de organizar a visão dos autores conforme o tratamento dado perante a questão do conceito de avaliação em saúde. Na verdade, esse conceito foi originalmente utilizado pelas ciências econômicas e depois adaptado para outros campos disciplinares, como é o caso da saúde.

Contandriopoulos et al. (1997), por sua vez, atribuem a origem do conceito de avaliação dos programas públicos ao período pós-Segunda Guerra Mundial, quando o Estado acaba desempenhando importante papel nas áreas sociais. Para esses autores, “o Estado, que passava a substituir o mercado, devia encontrar meios para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível” (p. 29). Dessa forma, a avaliação foi tratada como instrumento profissional, sendo disseminada no Canadá e nos Estados Unidos por meio de associações como a *American Evaluation Association* ou a *Canadian Evaluation Society* (DORNELLES DE CASTRO, 2000, p. 61).

As definições sobre avaliação da saúde começam, então, a ganhar uma elaboração conceitual mais sofisticada, como a elaborada por Holland (1983 apud DORNELLES DE CASTRO, 2000, p. 62). De acordo com esse autor, “a avaliação da atenção à saúde decorre de uma determinação formal da efetividade, eficiência e aceitabilidade de uma intervenção/ação planejada para alcançar determinados objetivos”.

Bem mais específico é o entendimento de Cohen e Franco (1993 apud DORNELLES DE CASTRO, 2000). Para eles, a noção de avaliação é aquela que leva em consideração a eficiência e a eficácia. A primeira é tratada como “a minimização dos custos dos insumos ou maximização dos produtos”, e a segunda, como “o grau em que são alcançados os objetivos do projeto” (p. 62).

¹⁷ Para uma análise dos problemas e desafios que circundam os *Welfare States* dos países europeus, ver FERRERA, Maurizio; RHODES, Martin Building a Sustainable Welfare State. In: FERRERA, Maurizio; RHODES, Martin (Ed.). **Recasting European Welfare States**. London: Frank Cass, 2000.

¹⁸ Entre eles, destaca-se o realizado por Dornelles de Castro (2000), no qual se apóia a discussão que se segue.

Assim, esses autores definem avaliação como a atividade que tem a finalidade de maximizar a eficácia dos programas ao tentarem alcançar seus fins e a eficiência na alocação de recursos para a sua obtenção.

Entre os que consideram a avaliação uma noção incorporada por “juízo de valor” e “julgamento de mérito” destacam-se Contandriopoulos et al. (1997). Esses autores atribuem ao conceito de avaliação o ato de estabelecer um julgamento de valor de uma intervenção — conjunto de meios físicos, humanos e financeiros que produzem bens ou serviços para modificar uma situação-problema — tendo como finalidade contribuir para a tomada de decisões. Tal julgamento ou avaliação pode ser efetuado por meio de uma avaliação normativa e/ou de uma pesquisa avaliativa. A avaliação normativa utiliza normas e critérios, e é composta por três tipos: 1) de estrutura (recursos empregados e sua organização); 2) de processo (serviços/bens produzidos); e 3) de resultados (efeitos obtidos). Já a pesquisa avaliativa enfoca a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, como também as relações entre os diferentes componentes de uma intervenção e seu contexto. A pesquisa avaliativa pode ser composta por seis tipos de análise, a saber: 1) estratégica; 2) da intervenção; 3) da produtividade; 4) dos efeitos; 5) do rendimento; e 6) da implantação. Para o interesse de nossa discussão, merecem destaque a *análise dos efeitos e do rendimento*, pois incorporam no seu tratamento as noções de eficácia e eficiência.

Segundo Contandriopoulos et al. (1997), a *análise dos efeitos* consiste em determinar a eficácia dos serviços para alterar os quadros de saúde. A eficácia deve ser tomada em razão do contexto no qual a pesquisa é realizada, do procedimento escolhido, da natureza da intervenção avaliada e da finalidade do exercício de avaliação. Nesse caso, os autores falam de quatro tipos de eficácia, medidos pelos efeitos de uma intervenção: 1) *eficácia teórica*, experimento realizado no contexto de um laboratório, configurando-se em intervenção pura, isolada de seu contexto, com a finalidade de adquirir novos conhecimentos; 2) *eficácia experimental*, ensaios clínicos em que a intervenção é controlada, objetivando obter um efeito puro de uma intervenção sobre o ser humano; 3) *eficácia de utilização*, é aquela que é realizada na prática normal por meio de procedimentos quase-experimentais, sendo a intervenção realizada num contexto normal, cuja finalidade seja a de contribuir para a decisão e avaliação da intervenção; e 4) *eficácia populacional*, na qual os efeitos de uma intervenção são sentidos não só por aqueles que se

beneficiaram dela, mas também por toda aceitabilidade e acessibilidade da população e comunidade-alvo.

No tocante à *análise do rendimento*, os autores a relacionam à análise da eficiência, pois permite medir os recursos empregados e os efeitos obtidos. A análise de rendimento de uma intervenção incorpora as análises custo–benefício, custo–utilidade e custo–eficácia. Essas análises, em grande parte da literatura, são tomadas como métodos de avaliação econômica.

As *análises de custo–benefício* são as mais gerais e expressam, em termos monetários, todos os custos da intervenção e todas as suas vantagens. A idéia principal é permitir a otimização dos recursos empregados. Sabe-se que esse tipo de análise é complicado de ser adotado no campo da saúde, uma vez que a atribuição de valores monetários às variações de saúde nos estados não é uma tarefa simples (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Conforme destaca Ugá (1995 apud DORNELLES DE CASTRO, 2000, p. 69), as *análises de custo–benefício* servem para “avaliar a viabilidade econômica de projetos sociais (...), pressupõem a concepção de programas na área social (...) como investimentos em capital humano (...)”, e “têm por objetivo mostrar a relação entre custos totais de cada programa e benefícios diretos e indiretos gerados”¹⁹. Como exemplo, Dornelles de Castro (2000) ressalta a implantação de um programa de atenção primária de saúde em área específica, cujos benefícios diretos relacionam-se à eliminação de gastos com doenças evitáveis e, indiretos, ao incremento da capacidade produtiva da sociedade.

Nas *análises custo–utilidade* o efeito de um programa é medido em termos do valor para o indivíduo de um determinado nível de saúde. O conceito de utilidade permite incorporar os diferentes efeitos possíveis de uma intervenção em um só indicador. Os seus resultados são obtidos no custo por dia saudável ou anos de vida ajustados pela qualidade. Há autores que compreendem esse tipo de método de avaliação econômica como parte do campo teórico de uma economia de bem-estar, na qual os resultados são medidos em termos de seu valor social. Hartz e Pouvouville (1998 apud DORNELLES DE CASTRO, 2000)²⁰ são exemplos representativos desse pensamento. Dornelles de Castro (2000) destaca que as dificuldades metodológicas dessa

¹⁹ Ver UGÁ, Maria Alícia. Instrumento de avaliação econômica dos serviços de saúde; alcances e limitações. In: PIOLA, S.; VIANNA, S. **Economia da saúde**: conceitos e contribuições para a gestão em saúde. Brasília, DF: IPEA, 1995.

²⁰ Ver HARTZ, M. A.; Pouvouville, G. Avaliações dos programas de saúde: a eficiência em questão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 68-82, 1998.

análise, tal como entendidas por Contandriopoulos et al. (1997) e Hartz e Pouvouville (1998), são grandes. Segundo os últimos, os problemas das análises custo-utilidade referem-se à construção de uma “função coletiva de utilidade”, uma vez que não se consegue utilizar a “unanimidade usando a média das preferências individuais” (DORNELLES DE CASTRO, 2000, p. 69). Neste sentido, Hartz e Pouvouville acreditam que esse tipo de análise deva ser empregado como uma visão participativa no processo decisório, sendo aplicado depois do método de custo-efetividade.

As *análises custo-eficácia*, abordadas por Contandriopoulos et al. (1997), são também chamadas por outros autores como “custo-efetividade”²¹. Essas análises comparam os custos de atividades ou procedimentos, expressos em unidades monetárias, com os efeitos não expressos na mesma medida, podendo ser definidos conforme os objetivos de determinada política considerados importantes. São exemplos de seus indicadores: unidades de “produto”, “vidas salvas”, “carga de morbidade” medida por “anos de vida ajustados por qualidade de vida” – *QALYS*, *Daly Adjusted life years* - *DALYS*.

Dornelles de Castro (2000, p. 68) salienta que, conforme abordado por Ugá, as análises de custo-efetividade respondem à indagação: “para se alcançar o objetivo ‘z’, qual é a estratégia mais custo-efetiva: a, b ou c?”. É importante notar que essa concepção de efetividade dispõe na literatura de várias definições, sendo utilizada por essa autora a contribuição de Reynolds e Gaspari²². Para tanto, efetividade deve ser tomada como “a eficiência vista à luz da eficácia”, pois “ocupa-se ao mesmo tempo com o custo unitário de um determinado serviço e com o seu desempenho em termos do cumprimento das metas preestabelecidas”.

Como se viu, o trabalho de Dornelles de Castro aponta os principais aspectos do campo de avaliação econômica em saúde. O quadro de referência exposto evidencia que a avaliação de uma intervenção é propiciada pelos resultados de várias análises/métodos distintos, nos quais a eficiência e a eficácia figuram como critérios centrais. De forma diferenciada da abordagem da ciência econômica pura, o campo de avaliação econômica em saúde determina que a eficiência não pode ser lida somente nos termos do âmbito microeconômico, senão entendê-la como a capacidade para maximizar os objetivos de saúde com recursos escassos. A noção de eficiência

²¹ Para uma descrição pormenorizada da análise custo-efetividade, cuja finalidade se destina a avaliar alternativas de decisão para as políticas sociais (*ex-ante* e *ex-post*), ver Cohen, E.; Franco, R. (1993).

²² Ver Ugá, Maria Alicia. op. cit. em Nota 19.

entra em cena na área da atenção à saúde acompanhada do nível de eficácia atingido pela provisão dos serviços de saúde.

Ainda, do lado específico da eficiência como uma resposta tradicional para justificar qualquer sistema de saúde, Campos (1995) a define em duas dimensões: a eficiência técnica, sendo a minimização dos *inputs* para um dado *output*, e a eficiência econômica distributiva, como a maximização dos ganhos em bem-estar social nos diferentes arranjos alternativos de recursos.

A eficiência técnica no campo da economia da saúde não se diferencia da definição empregada na ciência econômica. Isso porque, para a economia da saúde, ela também se refere à avaliação da relação entre recursos utilizados e resultados obtidos, buscando a maximização dos resultados previamente definidos. De outra forma, a eficiência distributiva avalia a relação entre recursos gerais da sociedade e resultados alcançados com a sua utilização na obtenção máxima de bem-estar para todos os indivíduos. A eficiência na combinação de recursos é decorrente da superioridade da soma dos acréscimos de bem-estar individual obtidos em relação à soma das eventuais reduções de bem-estar praticadas em outros ou nos mesmos indivíduos.

Dessa idéia, Giraldes (1995) deduz que a redistribuição dos recursos com base na eficiência técnica tem a finalidade de recompensar os serviços prestadores que apontem ser mais *produtivos*, sem se preocupar com o objetivo final desses serviços, isto é, satisfazer as necessidades da população, em termos de dimensão e estrutura demográfica e padrão de morbidade.

No tocante aos aspectos da eficiência distributiva relacionada ao contexto de um serviço público de saúde, Ludbrook (1985 apud GIRALDES, 1995) afirma que a destinação de seus recursos está voltada para a satisfação das necessidades que apresentem maior rendimento por unidade monetária. No momento em que se consiga mais recursos, eles seriam alocados à prioridade seguinte, ou seja, à medida que uma região fosse sobrefinanciada, estaria destinando recursos para a satisfação de necessidades mais prioritárias numa região subfinanciada. Essa redistribuição de recursos entre regiões aumentaria a eficiência distributiva.

Nessa linha, Culyer (1980 apud GIRALDES, 1995) define sua proposta para a distribuição de recursos de saúde inter-regiões, isto é: igualar o impacto marginal no nível de saúde por unidade monetária. Essa forma de redistribuição de recursos corresponde à satisfação de necessidades marginais, a qual se diferencia da abordagem de avaliação de necessidades totais

e da satisfação de uma determinada parcela dessas necessidades, de acordo com os recursos disponíveis. Cabe destacar que a satisfação das necessidades marginais deve ser a mesma entre as diferentes regiões quando com o orçamento disponível possibilitar satisfazer até a última necessidade. Neste sentido, todas as regiões devem ordenar as suas necessidades de acordo com as prioridades a serem satisfeitas — e a ordem dessas prioridades deve ser a mesma entre as regiões. Isto porque, quanto mais recursos essas regiões receberem, mais necessidades de baixa prioridade poderão satisfazer.

Em síntese, Giraldes (1995) adverte que, dentre as diversas alternativas de redistribuição de recursos, o processo “teoricamente” mais correto é aquele que promove a eficiência distributiva, uma vez que maximiza o bem-estar social. Contudo, essa mesma autora salienta a sua difícil aplicação prática quando busca abranger a totalidade da população ou o conjunto dos serviços de saúde primários/preventivos.

Mais uma vez, o campo da avaliação econômica da saúde procura distanciar-se do conceito de eficiência tratada na abordagem da ciência econômica pura. A preferência pelo enfoque da eficiência distributiva, na visão de Giraldes (1995), rejeita o entendimento que a eficiência em saúde possa se resumir em recompensar os serviços prestadores que se apresentem mais produtivos. Ao contrário, a eficiência nesse campo, particularmente num sistema público de saúde, deve ser orientada por uma operacionalização de critérios de distribuição da despesa baseada em princípios de maximização dos resultados em bem-estar social, nas diversas combinações alternativas de recursos escassos.

- **No campo de avaliação das políticas públicas**

No Brasil, a literatura no campo de avaliação das políticas públicas, embora seja mais recente, vem se ampliando com o crescimento do processo de descentralização ao longo dos anos de 1980 e 1990. Os trabalhos de Figueiredo e Figueiredo (1986) e Rico (1998) são representativos dessa produção. O universo dos modelos de avaliação de políticas, tal como entendido por Figueiredo e Figueiredo, deve ser compreendido sob dois enfoques: as políticas com propósitos de produção de bens ou serviços públicos e as com propósito de mudanças e avaliação de impactos. Com base nessa lógica, os autores estabelecem a distinção entre critérios de avaliação: eficiência, eficácia e efetividade.

De acordo com Figueiredo e Figueiredo (1986), a avaliação das políticas com *propósitos de produção de bens ou serviços públicos* enquadra-se no que se pode denominar de avaliação de processo. Essa avaliação divide-se em três grupos, nos quais se utilizam os critérios de eficácia e eficiência.

Quanto ao primeiro grupo, esses autores o classificam como avaliação de metas da política ou programas. Dessa forma, o critério utilizado seria o da *eficácia objetiva*, pois consiste em aferir se a diferença entre meta atingida e proposta está dentro de limites estabelecidos, medindo assim o sucesso ou o fracasso da política. O segundo grupo avalia os meios, ou seja, a metodologia de implantação e execução da política ou programa, utilizando três critérios de *eficácia: funcional, administrativa e contábil*. Todos esses critérios possibilitam medir a eficácia da intenção instrumental da política ou programa. Por último, os autores salientam a avaliação de processo aferida na relação custo–benefício e custo–resultado. Nessa avaliação, o destaque é dado para o critério da eficiência, entendido em duas dimensões: a *eficiência instrumental*, dada pela relação entre custos econômicos e benefícios; e a *eficiência política*, resultante da relação entre os “custos”, sociais ou políticos, e os benefícios deles decorrentes. Segundo Figueiredo e Figueiredo, “em uma palavra, não basta que as políticas públicas sejam instrumentalmente eficientes. Elas devem ser também politicamente eficientes” (FIGUEIREDO e FIGUEIREDO, 1986, p. 114).

No tocante ao enfoque das políticas *com propósito de mudanças e avaliação de impactos*, Figueiredo e Figueiredo (1986) utilizam-se do critério de *efetividade*. Esta vertente de avaliação tem como finalidade principal medir os efeitos e/ou impactos/resultados provocados pela ação governamental na população-alvo e/ou no ambiente socioeconômico. Em decorrência do resultado que se almeja, esses autores classificam o critério *efetividade* em *objetiva, subjetiva e substantiva*. A *efetividade objetiva* diz respeito à mudança quantitativa entre antes e depois da execução da política ou programa. A *efetividade subjetiva* relaciona-se ao critério de medição de mudanças psicológicas, nas crenças, nos valores e na percepção da população dos resultados objetivos dos programas às suas demandas. A *efetividade substantiva* é tratada, por esses autores, como o critério de aferição mais profundo, pois refere-se às mudanças qualitativas nas condições sociais de vida da população envolvida na política ou programa.

Em síntese, o estudo sobre a avaliação de políticas públicas ou programas, realizado por Figueiredo e Figueiredo (1986), embora tenha o mérito de esclarecer os diferentes enfoques de

avaliação e seus critérios, não possibilita uma compreensão integrada entre as diferentes fases da política (processo e resultado) que estão sendo avaliadas²³. Isto porque o tipo de avaliação analisado tem uma relação direta com o estágio em que se encontra a política, isto é, *avaliação de processo* — política em execução (critérios de eficácia e eficiência) — e *avaliação de resultado/impacto* — política/intervenção realizada (critério de efetividade).

A relevância dos estudos de avaliação de políticas públicas nas várias etapas de uma política é tratada nos diversos trabalhos do livro de Rico (1998), conforme mencionado. Inspirada na reflexão de Figueiredo e Figueiredo, Arretche (1998a), além de considerar a avaliação como uma etapa posterior à implementação das políticas e programas, com a finalidade de influenciar sua reformulação, tanto durante como posteriormente, destaca, também, a sua relevância como instrumento de valorização do exercício democrático. Segundo essa autora, “[...] a produção e divulgação de avaliações, tal como demonstrado, disponibilizam instrumentos que capacitam o eleitorado a exercer o princípio democrático de controle sobre a eficiência da ação dos governos [...]” (ARRETCHÉ, 1998a, p. 37). Portanto, a realização de estudos de avaliação das políticas públicas permite que a população possa contar com mais instrumentos de acompanhamento e controle das realizações governamentais, exercendo assim a sua cidadania e contribuindo para alcançar a eficiência, eficácia e efetividade da política. Para essa autora, a análise sobre esses critérios de avaliação, na sua essência, apresenta o mesmo conteúdo de Figueiredo e Figueiredo (1986) e também se aproxima da abordagem comentada de Contandriopoulos et al.(1997)²⁴.

Entre os que dão importância relativamente significativa para os atributos da avaliação, como instrumentos democráticos, encontram-se também autores que fazem questão de colocar a avaliação como forma de ampliar o controle da sociedade nos programas sociais. São eles: Faria, Lobo, Brandt de Carvalho e Saul, todos com artigos publicados no livro de Rico (1998)²⁵. De forma sintética, todos esses autores chamam a atenção para os seguintes aspectos: a concepção da avaliação de políticas públicas sociais como atividade de controle administrativo e institucional

²³ A discussão sobre a importância da análise da relação entre as diversas fases da política pública será desenvolvida no Capítulo 5, em que se explicita o argumento a respeito das noções de eficiência e eficácia que serão utilizadas neste trabalho.

²⁴ A abordagem de Arretche aproxima-se daquilo que foi denominado por Contandriopoulos et al. (1997) como *avaliação normativa*. Esta avaliação utiliza normas e critérios compostos por três tipos: 1) de estrutura (recursos empregados e sua organização) — eficiência; 2) de processo (serviços/bens produzidos) — eficácia e 3) de resultados (efeitos obtidos) — efetividade.

²⁵ Ver Faria, R. *Avaliação de programas sociais*; Lobo, T. *Avaliação de processos e impactos em programas sociais: algumas questões para reflexão*; Brandt de Carvalho, M. C. *Avaliação participativa: uma escolha metodológica*; e Saul, A. M. *Avaliação participante: uma abordagem crítico-transformadora*. In: Rico (1998).

dos programas sociais; o sentido de ampliar sua capacidade em oferecer melhor atenção aos cidadãos; a visão sobre os princípios da eficiência, eficácia e efetividade das realizações do governo nas políticas sociais. Entre outras questões, a observação dessas premissas remete à necessidade de se levar em consideração o ambiente político-institucional de democratização pelo qual vem experimentando, cada vez mais, a administração pública brasileira ao longo das duas últimas décadas.

- **No campo das agências internacionais**

- *A visão da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)*

O documento da Organização Pan-Americana da Saúde de 1994, ao tratar da saúde e da equidade no contexto da transformação produtiva, explicita ser necessário, na busca do crescimento e da equidade para a América Latina e o Caribe, redefinir o papel do Estado. Este deveria abandonar sua forte presença em diversas políticas econômicas e sociais, concentrar-se em algumas funções-chave e desempenhá-las com maior eficácia e eficiência, em especial naquelas que promovem a equidade. Outro argumento colocado se refere à superação do conflito entre Estado e mercado, pois, no seu entendimento, a criação de mercados transparentes, competitivos e de fácil acesso pode contribuir para a equidade (Opas, 1994).

Quanto ao setor saúde, contudo, além de indicar sua importância na geração de mercados e no aumento da produtividade, o documento reconhece que certas características impedem que o livre funcionamento do mercado assegure a eficiência e a equidade. Entre elas, destaca a existência de externalidades, o fato da informação ao consumidor ser imperfeita e de sempre existir um “terceiro pagador”, de modo que o consumidor não é quem decide que serviço vai receber (quem decide não é quem consome e quem paga não decide e não se beneficia diretamente do consumo). Esse conjunto de características aponta para que, na área da saúde, somente é possível se obter soluções subótimas em matéria de eficiência microeconômica, eficácia e equidade.

Mesmo reconhecendo as dificuldades da utilização do mercado como elemento regulador da saúde, a Opas defende que, para a eficiência da saúde, os indivíduos e as famílias de maior renda contribuíssem para o financiamento do setor. Isso permitiria que o Estado reduzisse sua participação e destinasse os recursos para promover a atenção à saúde mais pagamentos de licença por enfermidade e maternidade. Essa cobertura contemplaria uma cesta básica de atenção

à saúde. Dessa forma, a Opas estaria, em nome da universalidade da atenção básica em saúde e da eficiência do Estado, ferindo o princípio da integralidade, sem o qual uma política pública de saúde não pode ser pensada.

- *A visão do Banco Mundial*

Para conhecer a visão do Banco Mundial sobre eficiência na área da saúde, é preciso destacar três relatórios importantes: *Invertir en Salud* (BANCO MUNDIAL, 1993), *Envejecimiento sin Crisis* (BANCO MUNDIAL, 1994) e *Inequality in Latin America & the Caribbean: Breaking with History?* (BANCO MUNDIAL, 2003). Esses relatórios chamam a atenção para suas propostas para a América Latina²⁶.

O relatório *Envejecimiento sin Crisis* analisa o processo de envelhecimento da população mundial e defende que os sistemas de proteção aos idosos caminham para o seu esgotamento. Diante disso, propõe a criação de um sistema de proteção organizado sob três pilares, isto é: 1) um sistema de pensões administrado pelo governo, no qual a participação é obrigatória e que tem como objetivo limitado reduzir a pobreza entre os idosos; 2) um sistema de poupança obrigatório administrado pelo setor privado; e 3) a poupança voluntária. Embora não trate especificamente da política de saúde, esse documento alerta para a tendência ao aumento do custo em saúde, como decorrência do fato de que as doenças em idosos são crônicas e mais caras. Ao mesmo tempo, ao defender a privatização de parte da proteção ao idoso, está atuando na mesma linha de argumentação daqueles que consideram a privatização de parte da saúde a maneira pela qual pode tornar o setor mais eficiente.

No caso do relatório *Invertir en Salud*, o diagnóstico e as propostas do Banco Mundial com relação à saúde são explícitos:

“(...) o gasto público em saúde, em função dos custos, deveria reorientar-se para programas mais eficazes, que contribuam em maior medida para ajudar aos pobres. (...) Se o conjunto dos países em desenvolvimento reorientarem, para programas de saúde pública e serviços clínicos essenciais, mais ou menos 50%, em média, do gasto público que hoje se destina a serviços de escassa eficácia em função dos custos, a taxa de morbidade poderia se reduzir em mais de 20%, porcentagem que equivale a evitar a morte de mais de 9 milhões de crianças menores que um ano.” (BANCO MUNDIAL, 1993, p. iii)

²⁶ Os dois primeiros relatórios do Banco Mundial (1993 e 1994) apresentados apóiam-se na discussão apresentada por Marques e Mendes (2002).

“(...) os governos têm que facilitar maior diversidade e concorrência no financiamento e na prestação dos serviços de saúde. Se os governos financiarem um conjunto de medidas de saúde pública e serviços públicos essenciais, o restante dos serviços dessa índole poderia ser coberto mediante financiamento privado, melhorando os incentivos para ampliar a cobertura e controlar os custos. Inclusive no caso dos serviços clínicos financiados com fundos públicos, os governos podem fomentar a concorrência e a participação do setor privado na prestação dos serviços e ajudar a melhorar a eficiência do setor privado mediante a geração e divulgação de informação importante. Com essa combinação de elementos, podem melhorar os resultados em matéria de saúde e conter os custos, aumentando ao mesmo tempo o grau de satisfação dos consumidores.” (Idem)

As propostas defendidas pelo Banco Mundial no campo da proteção à velhice e da saúde — que foram implementadas no Chile, no Peru, na Argentina, na Colômbia, no Uruguai e no México — fundamentam-se na mais convencional teoria econômica. Essa teoria adota como método discutir, em primeiro lugar, as condições eficientes do funcionamento da economia, para somente depois conhecer e classificar os mecanismos pelos quais a realidade se afasta do modelo idealizado. O problema é que o setor saúde seja talvez aquele que menos correspondência tenha com a teoria convencional da eficiência econômica.

Enquanto essa teoria econômica convencional se baseia no fato de que a informação adequada é condição essencial para o equilíbrio entre oferta e demanda em situações de concorrência e, portanto, para o estabelecimento do justo preço dos bens e serviços, o setor saúde apresenta um comportamento bem diferente desse processo. Isso porque o indivíduo que busca a assistência médica não o faz porque assim o deseja, e sim por necessidade, de forma que não sabe que tipo de intervenção sofrerá ou que tipo de exames terá que realizar. Quem conhece é o agente de saúde, que, de uma forma ou de outra, define o preço. O indivíduo está destituído da informação sobre o preço, a quantidade e a natureza do serviço. No lugar de ser um consumidor, como invoca o Banco Mundial, ele é um paciente, isto é, aquele que se coloca nas mãos de outro e/ou outros para ser cuidado. Essas características do setor saúde são simplesmente desconhecidas pelo Banco Mundial no documento que animou as reformas da América Latina.

Por fim, no mais recente relatório do Banco Mundial (2003), intitulado *Inequality in Latin America & the Caribbean: Breaking with History?*, a questão da eficiência da política social, em geral, e da saúde, em particular, é posta no contexto da discussão de rompimento da longa história de desigualdade social na América Latina e no Caribe. O relatório examina os motivos por que a região sofre de uma desigualdade persistente; revela como isso prejudica o

desenvolvimento; e, recomenda meios de conseguir maior igualdade na distribuição de riqueza, renda e oportunidades.

Dentre as sugestões gerais, o relatório aponta quatro áreas de ação por parte dos governos e da sociedade civil. São elas:

1. empreender reformas das instituições políticas, sociais e econômicas, buscando maior igualdade, por meio de uma eficaz gestão macroeconômica e de instituições equitativas e eficientes de resolução de crises;
2. melhorar o acesso dos pobres a bens e serviços públicos, particularmente a educação e à saúde;
3. adotar políticas específicas de apoio às populações indígenas e afro-descendentes; e
4. reformar os programas de transferências de renda, de forma que alcancem as famílias mais pobres, por meio da utilização de critérios que condicionem o acesso às transferências à permanência dos filhos na escola e à utilização dos serviços de saúde, buscando a melhoria de sua capacidade de geração de renda no futuro.

É em relação à última recomendação que a questão da eficiência da política de saúde ganha destaque. De forma geral, o relatório afirma:

“... este documento sugere o planejamento de abordagens alternativas para melhorar a gestão de risco das transferências condicionais em dinheiro, que têm potencial para fazer parte de um sistema de proteção social abrangente e equitativo. Além disso, como foi mencionado anteriormente, faz sentido combinar essas **transferências condicionais em dinheiro com a expansão geral dos serviços** de educação básica e **de saúde, tanto do ponto de vista da eficiência** (porque, do contrário, os pobres talvez não solicitem esses serviços, devido aos altos custos de oportunidade) quanto da sustentabilidade política dos programas seletivos.” (BANCO MUNDIAL, 2003, p. 41, grifo nosso)

Nessa perspectiva, o relatório propõe uma reforma do que ele denomina de “Estado de bem-estar social incompleto e elitista” na América Latina, de forma que a seguridade social e a assistência social atinjam as pessoas de baixa renda e os domicílios dependentes do setor informal. Ao abordar essa agenda complexa, o relatório focaliza a expansão dos programas que alcance os pobres. De forma específica, o relatório do Banco Mundial indica:

“Uma área em particular que tem chance de preencher o hiato existente nos sistemas atuais é a das **transferências de recursos condicionadas** à

participação das camadas mais pobres da sociedade nos programas de investimento em capital humano e social. **Se forem bem planejadas e integradas à oferta de serviços básicos**, essas transferências em dinheiro condicionais podem formar a base para um sistema de proteção social e de gestão de risco verdadeiramente progressivo na América Latina.” (Idem, grifo nosso)

Ao defender o uso ampliado de transferências monetárias condicionadas, o relatório do Banco Mundial cita como exemplo vários programas bem-sucedidos, dentre eles os brasileiros, tais como o Bolsa Escola e o Bolsa Alimentação²⁷. Para o Banco Mundial, se esses programas de transferências monetárias condicionais forem bem formulados e integrados com a expansão de serviços de saúde, por exemplo, atingirão de forma mais eficiente os pobres da América Latina.

Esta análise tem como consequência a necessidade de reversão do padrão do gasto social dos governos da América Latina, de forma a focalizá-lo nos grupos mais vulneráveis. Isso porque, para o relatório do Banco Mundial, apesar do montante dos recursos alocados aos programas sociais por esses governos não ser pequeno, sua eficácia e eficiência em diminuir a pobreza ainda é bastante reduzida. Pode-se dizer que, para o Banco Mundial, a pouca capacidade dos gastos sociais dos governos centrais em reduzir a desigualdade de renda decorre do fato de que boa parte dos recursos é destinada aos não-pobres, assim como da gestão ineficiente dos recursos destinados aos programas sociais. Assim, a efetividade desses programas depende tanto da sua focalização nos grupos de menor renda quanto do seu impacto sobre os beneficiários, ou seja, do seu acesso a bens e serviços básicos, como os de saúde²⁸.

No entanto, os fundamentos dessa análise são bastante discutíveis quando se observa o Brasil. Em primeiro lugar, não se pode considerar o gasto social direto como a maior rubrica das despesas da União, deixando de lado sua relação com as despesas financeiras representadas pelo serviço da dívida. Para se ter uma idéia, enquanto o último aumentou em 32%, entre 2001 e 2002, o aumento do gasto social direto foi de 13% no mesmo período²⁹. Em segundo, não se pode

²⁷ Em 2004, o governo Lula determinou que os programas de transferência de renda então em vigor, tais como o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e o Auxílio Gás fossem unificados em um único, o Bolsa Família (Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004). O Bolsa Escola foi instituído em 11 de abril de 2001 e era vinculado à Educação; o Bolsa Alimentação, vinculado à Saúde, foi instituído em 6 de setembro de 2001 e o Auxílio Gás em janeiro de 2002. Todos esses programas foram criados durante o governo Fernando Henrique Cardoso. Para uma descrição desses programas, ver Marques et al. (2004).

²⁸ Para uma mesma abordagem do relatório do Banco Mundial (2003) no Brasil, ver documento do Ministério da Fazenda (2003). Esse documento identifica o crescimento do gasto social nos anos 2001 e 2002, mas busca demonstrar que as transferências têm caráter regressivo, terminando assim por não alterar a distribuição de renda. Para uma abordagem crítica ao documento do Ministério da Fazenda, ver Pochmann (2003).

²⁹ Ver Pochmann (2003).

restringir a análise do gasto social ao governo federal, uma vez que a execução desses gastos tem sido cada vez menor em relação à participação dos gastos dos estados e municípios, que, no caso da saúde, representaram juntos, em 2001 e 2002, 43,8% e 46,9%, respectivamente, do gasto total das três esferas de governo³⁰. Por último, o relatório do Banco Mundial não leva, devidamente, em conta o impacto da estrutura tributária que aumenta a concentração de renda³¹.

- *A visão da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe – Cepal*

A visão da Cepal parte de premissas distintas daquelas da Opas e do Banco Mundial. É importante registrar que esse organismo vem dando ênfase à questão da eficiência no tratamento da política social e seu processo de descentralização no contexto da região latino-americana, discutida em seu documento publicado em 2000, *Equidad, desarrollo y ciudadanía*.

O documento sintetiza as reflexões da Cepal ao longo da década de 1990, na qual a noção de eficiência é entendida como um dos princípios da política social integrada, ao lado dos demais princípios de universalidade e solidariedade e também da equidade³². Para ilustrar esse pensamento da Cepal, de forma sintética, transcreve-se a seguir um trecho desse documento:

“La eficiencia debe orientar la organización y gestión global de los servicios y prestaciones sociales, para asegurar los principios de universalidad y solidaridad, los estándares de calidad, y asimismo la minimización de los costos y la maximización de los resultados. La eficiencia entra en juego en las esferas macroeconómica, social y política, cuando se definen las estructuras y mecanismos de financiamiento y distribución de los recursos, de incentivos, de acceso y transparencia. Para mejorar la eficiencia se debe contar con autoridades especializadas, e independizar las responsabilidades de planeación, regulación, financiamiento y provisión de servicios, cualquiera sea la participación de agentes públicos y privados, con o sin ánimo de lucro.” (CEPAL, 2000, p. 52).

No tocante à melhoria da eficiência, é importante assinalar que esse trecho do documento chama a atenção para a necessidade de separação das funções da política social referentes a: planejamento, regulação, financiamento e provisão de serviços. Em certo sentido, a proposição cepalina não reconhece como eficiente a gestão integrada dessas funções, podendo ser exercidas por intermédio dos responsáveis pelas políticas do setor público e privado. Isso significa que a

³⁰ Dados extraídos do SIOPS/MS.

³¹ Para um aprofundamento do debate sobre a desigualdade de renda e gastos sociais no Brasil, ver Pochmann (2003).

³² Para o entendimento da concepção de uma política social integrada abordada pela Cepal, ver *Equidad, desarrollo y ciudadanía* (LC/G. 2.071/Ver. 1-P), Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas, ago. 2000.

política social será mais eficiente quando operacionalizá-las por intermédio de diferentes agentes públicos ou privados especializados.

Em seu anuário, publicado posteriormente, intitulado *Panorama Social da América Latina 1999-2000* (2000a)³³, a Cepal chama a atenção para o quadro de vulnerabilidade social, no qual a noção de eficiência deve estar presente na gestão dos serviços sociais como forma de melhor contribuir para seus resultados.

Passados alguns anos de experiência do modelo de desenvolvimento imposto à região pelo Fundo Monetário Internacional – FMI, o documento alerta para o fato da precarização do mercado de trabalho e das elevadas taxas de desemprego na América Latina provocarem, entre outros problemas, dificuldades crescentes no acesso à saúde, seja ela pública ou privada, para parcela significativa da população latino-americana. Na área da saúde pública, essa situação se manifesta quando o direito ainda é fundado no vínculo formal; no setor privado, é provocada pela crescente entrada e saída no mercado de trabalho, dificultando ao trabalhador manter o seguro saúde, por exemplo. Mesmo que o trabalhador não se veja desempregado por período de tempo muito prolongado, a volatilidade de sua renda provoca constantes transtornos e incertezas, tornando comum a “rotina” da mudança de seguro ou de tipo de plano de saúde.

Considerando essa realidade — que a Cepal atribui ao aumento da pobreza e da vulnerabilidade social na região —, depreende-se a necessidade do resgate das políticas públicas universais e solidárias, com destaque, entre outras, para a área da saúde. Esse resgate, tendo em vista a situação econômica dos países em análise, teria como fundamento a eficiência orientar a gestão dos serviços sociais, garantindo assim os princípios de universalidade e solidariedade e a minimização dos custos e maximização dos resultados. Isso seria feito com base no aumento da progressividade tributária, exigindo maior contribuição das rendas e patrimônios de pessoas e empresas com maior poder econômico. Com a elevação progressiva de alíquotas de impostos aos mais ricos, portanto, seria promovida a universalização de políticas públicas essenciais e sua eficiência.

Aplicando esse pensamento à área da saúde, constata-se que a Cepal, embora tenha premissas diferentes daquelas da Opas e do Banco Mundial, também supõe a participação dos segmentos de maiores rendas no financiamento e na universalização de sua parte essencial.

³³ Para uma descrição da “vulnerabilidade social” na América Latina, ver CEPAL, **Panorama social da América Latina 1999-2000**. Santiago: Cepal, 2000a.

Mesmo na ausência de uma definição do que seja essencial, lembra a já antiga proposta de cesta básica, financiada pelo Estado e dirigida aos mais carentes.

- A Cepal e a metodologia referente à questão da eficiência

O trabalho de Draibe (1997) estabelece um ordenamento das definições sobre eficiência sugeridas pela Cepal. Essa autora, ao elaborar um estudo relativo à avaliação do processo de descentralização na saúde e educação fundamental no Brasil, utiliza critérios de avaliação sugeridos pelo trabalho da Cepal.³⁴

De acordo com o destaque dado por Draibe à metodologia da Cepal, a eficiência do processo de descentralização das áreas de saúde e educação fundamental pode ser analisada no âmbito de sua eficiência social e técnica. Em termos de *eficiência social* devem ser incluídos indicadores que possam medir o grau de satisfação dos usuários e da participação da comunidade na gestão e no controle dos sistemas locais da saúde e educação. Para atingi-la, é necessário avaliar os graus e os mecanismos de autonomia das autoridades e gestores locais, tanto no uso dos recursos como na gestão administrativa (DRAIBE, 1997).

A *eficiência técnica*, resultante de um processo de descentralização de políticas sociais, pode ser a expressão do resultado de diversos indicadores. Draibe, em seu estudo, classifica-os em três tipos: de estrutura, de processo e de resultado. Na área de saúde, os primeiros podem ser medidos por meio de: gasto *per capita*; capacidade instalada por habitante, medida por número de médicos, enfermeiros e leitos por mil habitantes. Os indicadores de processo dizem respeito a: estimativas das capacidades administrativas; dimensões relativas da organização; grau de burocratização das decisões e da implementação, etc. No caso dos indicadores de resultado, fazem parte da análise: a taxa de mortalidade; de esperança de vida ao nascer; e dados de cobertura, incluindo consultas e vacinas (DRAIBE, 1997, p.74).

Como bem especifica essa autora — em acordo com o projeto da Cepal —, a avaliação do processo de descentralização, sob a ótica da eficiência técnica, deve levar em consideração os seguintes aspectos das relações entre as diferentes esferas de governo: a) a descentralização de encargos, avaliada pelo grau de transferência de obrigações e deveres do governo central para os

³⁴ O trabalho de Draibe é resultado de uma pesquisa de campo em seis municípios localizados nos Estados brasileiros de São Paulo e Bahia e faz parte do conjunto de estudos nacionais do Projeto *Estudios de Descentralización de servicios sociales*, dirigido por Emanuela Di Gropello e Rossella Cominetti na Divisão de Estudos Econômicos da Cepal, ver Draibe (1997).

governos subnacionais; b) as competências administrativas e de recursos, sendo as primeiras expressas pelo poder e pela capacidade de proposição, definição e implementação de programas, e as segundas, pelo percentual dos recursos gastos nos níveis locais em relação aos transferidos; proporção entre encargos e recursos transferidos; e graus de autonomia sobre a utilização dos recursos, mensurados pela dimensão do poder de alocação, de contratação e de dispensa de funcionários, de definição de salários, etc.

Assim, ao utilizar esses indicadores de eficiência técnica, a preocupação central de Draibe é levantar evidências que expliquem em que medida a descentralização está contribuindo para a melhoria da eficiência e da alocação de recursos. Para exame específico dessas questões, a autora destaca três dimensões institucionais da descentralização: 1) seus impactos sobre a modernização e as capacidades administrativas; 2) a extensão da capacitação para as funções descentralizadas, com destaque para aquelas que são demandadas pela integração dos serviços e programas; 3) a implementação de sistemas de monitoramento, supervisão e controle (DRAIBE, 1997, p. 103, 104).

Vários são os autores que desenvolvem suas análises sobre o processo de descentralização baseados nesse entendimento da Cepal sobre eficiência social e técnica. Além de Draibe (1997), destaca-se Cominetti (1997), com seu trabalho específico na área da saúde³⁵. Segundo essa autora, espera-se que uma política de descentralização da saúde gere ganhos de eficiência sem que se deteriore a equidade. Esta deve ser medida pelo impacto da descentralização sobre as disparidades regionais (diferenças fiscais e de localização dos serviços das unidades subnacionais; diferenças socioeconômicas da população, etc.). Embora essa autora reconheça a possibilidade de “ganhos” de eficiência com o processo de descentralização, cabe assinalar sua preocupação com a relação entre aumento de eficiência e redução da equidade³⁶. Na realidade, Cominetti apóia-se na visão cepalina apresentada, insistindo no argumento de que a descentralização deve ser vista como um instrumento de uma gestão eficiente e equitativa que se constitui eixo central das reformas sociais em curso na América Latina.

³⁵ Para uma análise comparativa da descentralização da saúde entre os diferentes processos latino-americanos, utilizando a metodologia do projeto da Cepal, ver Cominetti (1997).

³⁶ Essa preocupação também é expressa por Ferrera e Rhodes (2000), como mencionado no fim da discussão do campo da ciência econômica. Esses autores, especialistas na área de estudos do *Welfare State*, especialmente dos países europeus, colocam que, para o futuro desse Estado de Bem-Estar Social reformado, o *trade-off* entre aumento da eficiência econômica e redução da equidade deverá ser enfrentado. Ver Nota 17.

Visto sob esse ângulo, a metodologia da Cepal procura distanciar-se da concepção pura de eficiência da ciência econômica, defendida pelo Banco Mundial. Nessa linha, admite-se o importante papel que a contribuição da Cepal propiciou para o alargamento do conteúdo da noção de eficiência nos processos de descentralização das políticas sociais. De acordo com essa visão, a análise dos 11 municípios em gestão *semiplena/plena do sistema* do SUS, realizada no Capítulo 4 desta tese, segue as definições metodológicas sugeridas pela Cepal.

Ainda, cabe ressaltar que todas as contribuições analisadas, que procuram explicar as concepções de eficiência e eficácia, descartam a perspectiva de análise conjunta desses termos. Perdem o rico atributo que seria a sua percepção no conjunto do processo de construção e desenvolvimento da política pública e, no caso deste trabalho, da política de saúde a partir da segunda metade dos anos 1990 — anos marcados por um número considerado de municípios habilitados ao SUS³⁷.

IV

Há quem defenda que a criação e implantação do SUS nos anos 1990 constitui uma reforma democrática e contra-hegemônica do Estado à crescente liberalização da economia, em razão das alterações verificadas no campo da saúde. Destacam-se, entre elas, os seguintes aspectos: crescimento dos serviços públicos, mesmo os estatais, tendo o Estado assumido um papel regulador na área de saúde; alargamento das bases solidárias do sistema (universalidade e equidade); criação de mecanismos de participação democrática no sistema pelo envolvimento da comunidade; e ampliação das responsabilidades do poder público municipal para as ações e os serviços de saúde e aperfeiçoamento da organização de seu sistema, de forma a consolidar a noção de gestão da política de saúde³⁸.

Parece não haver dúvidas de que a avaliação da eficiência e eficácia dos recursos financeiros da gestão local em saúde deva ser realizada no contexto lógico do desenvolvimento do SUS, especialmente de sua gestão descentralizada. Nesse sentido, é preciso que se considere, no contexto da complexidade do processo de gestão, o conceito normativo de gestão definido

³⁷ Para se ter uma idéia, entre 1994 e 2000, o número de municípios habilitados cresceu de 24 para 5.454 (dados do Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, apresentados no Capítulo 1).

³⁸ Há inúmeros trabalhos/pesquisas que indicam resposta parcialmente positiva a algumas dessas questões. Para citar apenas dois, ver Barros (1996) e Heimann et al. (2000).

pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96³⁹. Esta norma, ao consolidar a plena responsabilidade do poder público municipal por ações e serviços de saúde e aperfeiçoar a própria organização do sistema, definiu gestão como a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, por meio das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, execução, acompanhamento, controle e avaliação⁴⁰. Entende-se, neste trabalho, que esse conceito normativo de gestão vem sendo apreendido e utilizado pelo conjunto dos municípios ao longo da implementação da gestão descentralizada do SUS. Dito de outra maneira, no âmbito do sistema de saúde do País, esse conceito vem sendo socialmente construído.

Resta verificar, aqui, em que medida a gestão orçamentário-financeira dos municípios enquadrados na modalidade *semiplena/plena do sistema* estão relacionando — de forma articulada — as funções de planejar, orçar, executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde. Dessa forma, o processo de descentralização da saúde pode ser observado e avaliado mediante sua melhoria em termos de eficiência, eficácia e gestão dos recursos financeiros. Ou seja, a gestão orçamentária e financeira deve ser examinada como um dos instrumentos que garanta a eficiência e eficácia social da política de saúde.

De fato, Campos (2000) defende que a construção dessa política depende de um salutar embricamento das noções de eficácia, eficiência e do modo de produção da saúde. A finalidade primordial dos serviços de saúde não deve dirigir-se somente à questão do gasto eficiente de recursos. Segundo esse autor, a política de saúde ganha muito quando a sua análise é realizada em termos de resgate de seus fins (eficácia social) e dos sentidos de suas práticas (eficiência — aqui gerencial). Dessa forma, ambas, eficiência e eficácia, devem ser entendidas no conjunto da *gestão* da política de saúde.

De certa forma, o que esse autor pretende ressaltar é que investigar uma política pública de saúde significa reconhecer a complexidade de seu processo de gestão e, nesse sentido, a necessidade de ampliação dos seus referenciais. De fato, Campos (1991) argumenta que, para se

³⁹ As NOBs do SUS são portarias do Ministério da Saúde que regulamentam a operacionalização da descentralização do sistema. Anterior à NOB 96, em termos de valorização da descentralização, foi significativa a NOB 93. Essas NOBs serão discutidas no Capítulo 1.

⁴⁰ Ver BRASIL. MS (1996). **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS 01/96**, de 6/11/96.

compreender a implantação de um sistema público de saúde, a gestão é o seu componente estratégico⁴¹.

Do ponto de vista do contexto, a gestão do sistema de saúde é o resultado da política hegemônica em vigor. No entanto, não se pode desprezar a lógica interna do próprio sistema de saúde. Há que se considerar as contradições internas desse sistema, que atuam no sentido de transformá-lo, ou até mesmo de manter ou reproduzir um determinado estado de coisas. Nesse sentido, a adoção de um padrão de gestão torna-se um elemento-chave para o desempenho do sistema de saúde, fazendo valer a idéia de que deve haver uma adequação dos meios aos fins que se persegue (CAMPOS, 1991).

Segundo Campos (1989), a gestão de um sistema de saúde considera importante o planejamento como instrumento gerencial para ordenar a produção de serviços de saúde. O planejamento deve contribuir para alcançar melhor alocação e distribuição de recursos, utilizando como ferramentas os diagnósticos epidemiológicos e das necessidades de saúde. Nesta perspectiva, é possível afirmar que a política de saúde é eficaz quando a ação planejada for realizada (CAMPOS, 1989, 1991). No caso do SUS, é fundamental não desconhecer que os recursos financeiros são escassos e que a busca pela sua otimização ocorre com um planejamento que responda às necessidades de saúde da população. Nesta perspectiva, as funções da gestão orçamentária devem ser avaliadas segundo sua integração, indicando a existência de um fluxo permanente do planejamento até a avaliação, produzindo o resultado esperado em saúde.

O presente estudo realizado sobre a avaliação da eficiência e eficácia dos recursos financeiros locais analisa a dinâmica entre as diferentes fases da gestão da política de saúde, considerando, particularmente, a preocupação orçamentária e financeira. Assim, admite-se a importante contribuição de Regonini (1989) ao definir como fundamental a análise de todo o “ciclo de vida” da gestão da política de saúde.

A expressão “ciclo de vida” de Regonini é utilizada ao argumentar que a análise da política pública deve ser realizada numa abordagem mais integrada de suas fases. Para a autora, essas fases se referem a: emergência de uma situação-problema; ingresso da questão na agenda de

⁴¹ Para fortalecer a importância da gestão no desenvolvimento de um sistema público de saúde, Campos (1991) a conceitua como um meio/instrumento necessário para se efetivar ou transformar um determinado processo de produção de ações de saúde, devendo ser utilizadas distintas técnicas, instrumentos e conteúdos de gerência. O conceito de gestão, aqui utilizado, incorpora a noção de gerência. Como destaca Campos, para se desenvolver a gestão, são necessários os instrumentos de gerência.

decisão; formulação da proposta; adoção da escolha vinculada; sua implementação; valorização do resultado; eventual extinção da política empreendida. Segundo Regonini (1989, 1993), ao se analisar somente algumas dessas fases da política, corre-se o risco de não se perceber as articulações de agregação dos interesses, decisão das instituições representativas, sua execução da parte administrativa orgânica. Nesse sentido, a autora enfatiza a idéia de reconstrução das várias passagens da *policy making* sem excluir a possibilidade da sua sobreposição. A idéia é que, antes que se recorra à análise nas suas várias fases, deve ser analisada a integralidade da política.

Nessa perspectiva, baseando-se na contribuição de Regonini, é possível afirmar que a avaliação da gestão orçamentário-financeira deve ser realizada de forma integrada, ou seja, analisando cada uma de suas fases — planejamento, orçamento, execução orçamentária, controle e avaliação — buscando entendê-las no todo complexo da “vida” da gestão da política de saúde. Dessa forma, é preciso reconstruir a dinâmica interna do “ciclo de vida” dessa gestão orçamentário-financeira (dinâmica entre as fases), cujo significado desvenda a relação entre as várias fases/passagens nas quais se articulam e, portanto, valorizam o aspecto da interdependência entre elas. Esse é o enfoque sobre o qual este trabalho se apóia, especialmente na análise desenvolvida sobre o estudo de caso do Município de Assis, no Capítulo 5.

O reconhecimento e a utilização do enfoque mencionado para a avaliação da eficiência e eficácia dos recursos financeiros dos municípios nas gestões *semiplena/plena do sistema* do SUS não significa o descarte das contribuições da literatura aqui analisadas. Dessa forma, cabe destacar que o estudo empírico dos 11 municípios paulistas mais antigos na modalidade *semiplena/plena do sistema*, discutido no Capítulo 4, desenvolve uma avaliação sobre a eficiência, nas suas dimensões da eficiência técnica e social, com base nas definições metodológicas sugeridas pela Cepal e utilizadas por Draibe (1997), conforme as noções apresentadas no item “No campo das agências internacionais” desta introdução⁴². Desta forma, são considerados, para a avaliação do Capítulo 4, os indicadores de estrutura, entendidos como recursos financeiros empregados, e os de resultado, abordados na dinâmica da relação entre as funções da gestão orçamentário-financeira integrada⁴³.

⁴² Ver, especificamente, a parte desta Introdução apresentada no item “A Cepal e a metodologia referente à questão da eficiência”, baseada no trabalho de Draibe (1997).

⁴³ Os conceitos de estrutura e processo são utilizados, também, pela visão de Contandriopoulos et al. (1997), quando se refere ao que denomina de “avaliação normativa”. Sua visão é discutida nesta Introdução, particularmente no item “Na disciplina da economia da saúde”.

São ressaltados, ainda, para a avaliação da gestão municipal mais descentralizada/qualificada do SUS, os aspectos das relações entre as diferentes esferas de governo, evidenciando a descentralização do financiamento do governo federal para os governos municipais, a capacidade de planejar e implementar programas e de alocar recursos locais em relação aos transferidos.

A discussão dos termos eficiência, eficácia e gestão que fizemos constitui diretrizes conceituais que observaremos nos três últimos capítulos.

Esta tese está dividida em cinco capítulos. O Capítulo 1 discute o financiamento e o gasto do SUS durante os anos 1990 e os primeiros anos de 2000, bem como são evidenciadas as mudanças ocorridas nos mecanismos de financiamento e gasto da saúde no seu processo de descentralização. Esse capítulo contempla a trajetória dessas mudanças, partindo da premissa de que é importante compreender o cenário do financiamento sob o qual se apóia a gestão municipal descentralizada do SUS. O capítulo está estruturado em três partes: a primeira trata das características estruturais e legais do financiamento da saúde antes e após a Constituição de 1988. A segunda parte resgata os 17 anos de tensão nos caminhos percorridos pelo financiamento e institucionalização do SUS enquanto a terceira aborda o financiamento sob a dimensão da descentralização da política de saúde, com particular destaque para o campo do financiamento determinado pelas Básicas Normas Operacionais 93 e 96 do SUS e as normas operacionais de assistência à saúde (2001, 2002).

O Capítulo 2 apresenta a trajetória específica da implementação do SUS no Estado de São Paulo. São examinados os principais caminhos percorridos pelo sistema de saúde no estado, destacando a evolução do processo de adesão dos municípios paulistas à gestão *semiplena e plena do sistema municipal* do SUS, assim como os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde ao Estado de São Paulo e aos municípios enquadrados naqueles tipos de gestão municipal. Esse capítulo traz na última parte uma caracterização socioeconômica e do setor saúde dos 11 municípios paulistas em gestão *semiplena/plena* do sistema, selecionados para o nosso estudo empírico.

O Capítulo 3 examina a capacidade do gasto desses municípios entre 1995 e 2001, verificando o comportamento das finanças municipais em geral e do padrão do gasto em saúde e das transferências federais do SUS. O capítulo está dividido em cinco partes. A primeira contém,

de forma detalhada, as orientações metodológicas e as características da pesquisa desenvolvida nos capítulos 3, 4 e 5. A segunda parte elabora um diagnóstico da capacidade de receita disponível, incluindo a arrecadação tributária e as transferências constitucionais dos municípios selecionados. A terceira analisa o comportamento das transferências SUS do governo federal para os municípios, com o intuito de dimensionar a sua importância para o desenvolvimento do sistema municipal de saúde. São apresentados os volumes dessas transferências, associados aos níveis de atenção em saúde: média e alta complexidade e atenção básica. A quarta parte é dedicada à análise do gasto do SUS realizado pelos 11 municípios. A quinta parte expõe as considerações gerais sobre as análises elaboradas.

O Capítulo 4 analisa a evolução de alguns indicadores de estrutura, resultado e controle público da gestão nos 11 municípios selecionados. Esse capítulo se apóia no trabalho de Draibe (1997), elaborado para a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal). São evidenciados os principais resultados da avaliação sobre a eficiência técnica e social desses municípios, em 1995, 1997, 1999 e 2001. Para a análise da eficiência técnica, utilizou-se o método estatístico da análise fatorial combinada com a técnica de análise de correspondência múltipla, descrito no Apêndice 1. Esse método permite que se elabore uma síntese dos diversos indicadores de estrutura e resultado e facilita a análise agregada da evolução da eficiência técnica nos municípios, ao longo dos três anos selecionados. Esse capítulo também examina os resultados do Índice de Eficiência Técnica em Saúde (IETS) desses municípios, construído nesta tese para facilitar a compreensão do desempenho de cada município em relação aos dois eixos da eficiência técnica — estrutura e resultado. Ainda, o Capítulo 4 destaca o desempenho da eficiência social nesses municípios nos anos selecionados, por meio da criação de uma medida denominada Índice de Eficiência Social (IES). Por fim, trata das considerações gerais evidenciadas ao longo deste capítulo.

O Capítulo 5 apresenta os resultados do exame sobre a eficiência e eficácia dos recursos financeiros no Município de Assis. Esses critérios de avaliação são analisados como partes do complexo processo de gestão da política local de saúde local, entre 1998 e 2002. A análise abrange a gestão orçamentário-financeira, a de materiais e a de recursos humanos do SUS local. Este estudo se detém no exame das funções da gestão dos recursos, entendidas como: o planejamento, o orçamento, a execução orçamentária, a prestação de contas, o acompanhamento

e fiscalização e a avaliação. Por sua vez, a integração dessas funções possibilita a avaliação dos recursos em termos de eficiência e eficácia.

Nossas considerações finais têm por objetivo sintetizar o percurso do referencial teórico trabalhado, passando pelos principais aspectos que evidenciam a construção do financiamento do SUS e até seus embates no interior da Seguridade Social e no plano da descentralização/municipalização. Na seqüência, são apresentados os principais resultados encontrados em relação às hipóteses postuladas nesta tese, bem como são apontados alguns aspectos para a agenda futura de reforma da gestão local do SUS.

CAPÍTULO 1

AVANÇOS E RECUOS DO FINANCIAMENTO E GASTO NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS

Nos anos 1990, a questão do financiamento e gasto foi um dos temas mais debatidos e problemáticos na agenda de implementação da política de saúde no Brasil. Ao longo desse período, a crise do financiamento do SUS foi explicitada por meio de montantes insuficientes e indefinidos e de modificações significativas na sistemática de repasses financeiros do governo federal para os governos municipais, distanciando-se dos objetivos determinados pelas leis infraconstitucionais do SUS — as Leis Federais n^{os} 8.080/90 e 8.142/90. Ainda, cabe destacar a reduzida participação dos recursos fiscais no financiamento da saúde no País, em contraposição à destacada participação da fonte de contribuições sociais — mais de dois terços do financiamento total. Esse esquema do financiamento dificulta a efetivação dos princípios do SUS — a universalização e a equidade.

Estimativas mais recentes sobre o gasto nacional com saúde indicam significativa participação do gasto privado no País. Segundo Ugá e Santos (2005), o gasto nacional com saúde estimado em 2002 foi da ordem de R\$ 115,3 bilhões correntes. Nesse ano, o gasto privado respondeu pela maior parte do gasto nacional com saúde, composto pela assistência médica suplementar, em 21,7%, e o gasto das famílias — *out of pocket* — com 34,5%⁴⁴. O gasto público com saúde (SUS) corresponde a 43,8% do total e a 3,5% do Produto Interno Bruto (PIB)⁴⁵.

⁴⁴ O segmento da assistência médica suplementar é composto por quatro modalidades: medicina de grupo, cooperativas, autogestão e seguros de saúde. A fonte dos dados utilizada por Ugá e Santos (2005) é da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com base no faturamento dessas modalidades. Já o gasto direto das famílias — no mesmo trabalho dessas autoras — é extraído da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) – IBGE 2002-2003, subtraído o gasto declarado com planos e seguros de saúde.

⁴⁵ A fonte do gasto público, utilizada por Ugá e Santos (2005) compreende: União — dados calculados pelo IPEA com base no Sistema de Informações da Administração Financeira da União (SIAFI) —; estados — estimados pela equipe do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), com base nos balanços estaduais —; e municípios — dados informados até 17/12/2003 ao SIOPS por 4.770 municípios que representam 93% da população. Há que se considerar que o gasto público ainda é subestimado, uma vez que os dados do SIOPS excluem os gastos com o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios servidores — os denominados sistemas de “clientela fechada”. Para outra fonte de dados sobre a estimativa do gasto nacional com saúde, ver OMS (2004). A Organização Mundial de Saúde estima, para 2001, que o gasto público (SUS) corresponda a 41,6% do gasto total, e que o gasto privado responda por 58,4% do gasto total em saúde, sendo 37,4% o gasto direto das famílias (*out of pocket*) e 21,0% o gasto com planos e seguros saúde. Além disso, para uma análise da metodologia sobre o gasto nacional com saúde, ver Marques e Mendes (2000). Especificamente para o gasto da assistência médica suplementar, ver Almeida (1998); e, para o gasto privado, ver Dain (2000).

O gasto público em saúde é, sem dúvida, um dos instrumentos importantes por meio do qual o Estado influencia na distribuição de renda. Dessa forma, pode-se dizer que o impacto distributivo do gasto em saúde dependerá de sua magnitude, sua distribuição e seu financiamento, assim como de sua eficiência e eficácia na aplicação dos recursos correspondentes.

Com o objetivo de abordar o financiamento e gasto do SUS ao longo da década de 1990 e os primeiros anos de 2000, este capítulo está dividido em três partes. A primeira trata das características estruturais e legais do financiamento da saúde antes e pós-Constituição de 1988. A segunda parte resgata os 17 anos de tensão nos caminhos percorridos pelo financiamento e institucionalização do SUS, reconhecido como um sistema público, universal e gratuito, com base nos princípios da seguridade social consolidados na Constituição de 1988. Entende-se que a trajetória do financiamento do SUS somente pode ser compreendida se for analisada como parte integrante de um processo que tem início quase imediatamente após a promulgação da Constituição, marcado por várias investidas contra o que nela foi determinado. A terceira parte aborda o financiamento sob a dimensão da descentralização da política de saúde, com particular destaque para o papel desempenhado pelas Normas Operacionais Básicas do SUS no campo do financiamento, especialmente durante os anos 1990 até os primeiros anos da década de 2000.

1.1 – Características legais e estruturais do financiamento da saúde

A Constituição Federal de 1988 fez o Brasil avançar na consagração de novos direitos sociais e princípios de organização da política social, os quais, pelo menos quanto às suas definições, modificaram alguns pilares básicos do sistema anterior de proteção social⁴⁶. Influenciada pelo ambiente político-social da abertura e com um discurso de que era preciso resgatar a enorme dívida social brasileira herdada do regime militar, a Constituição procurou garantir direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde, assistência social e previdência em um capítulo específico — da Seguridade Social.

No tocante à área da saúde, a Constituição e, em seguida, as Leis Federais n^{os} 8.080/90 e 8.142/90⁴⁷, apontaram as diretrizes gerais para a organização de um Sistema Único de Saúde, que

⁴⁶ Para essa discussão, ver Draibe (1999); e para uma abordagem mais recente, ver Draibe (2003).

⁴⁷ A Constituição brasileira estabeleceu que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um comando único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade (BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988, art. 198). Os instrumentos jurídico-legal básicos, que

deveria propiciar respostas mais adequadas aos problemas de saúde do Brasil. Como se verá adiante, a trajetória desse sistema no período pós-constitucional foi bastante tumultuada em relação ao problema de seu financiamento — insuficiência de recursos — e no tocante ao relacionamento entre as esferas de governo e o setor privado prestador de serviço.

Qualquer que seja o diagnóstico, no entanto, é crescente a percepção de que a área da saúde enfrenta problemas no seu esquema de financiamento, inviabilizando a realização de uma política mais efetiva. Em outras palavras, o quadro deteriorado do financiamento da saúde, acrescido do agravamento das questões sociais no País — deterioração das condições de vida; desemprego; baixos salários; e concentração na distribuição de renda —, aliadas ao aumento populacional e ao surgimento de antigas doenças e novas epidemias, evidencia, ainda mais, a crise da saúde.

Nessa situação, é preciso analisar o fio condutor que dá origem ao problemático financiamento da saúde nos anos 1990. Para tanto, esse quadro é abordado com base em sua relação com a Previdência social, tanto no período anterior como posterior à Constituição de 1988.

1.1.1 – O financiamento no período anterior à Constituição de 1988

Ao longo da década de 1980, o financiamento do gasto federal em saúde foi em grande parte viabilizado por meio dos recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). A participação média dessa fonte no financiamento foi de 80%, o que indica a extrema dependência do financiamento da saúde do comportamento das receitas do complexo previdenciário⁴⁸.

Nesse período, houve um aumento da participação dos recursos do Tesouro: de 13%, em 1980, para 21%, em 1990. Isso não significa, entretanto, que tenha havido um maior aporte de recursos fiscais. O aumento da participação é explicado pelo fato de o governo federal ter incorporado o Finsocial⁴⁹, como se fosse um recurso do Tesouro, e pela queda do volume de recursos provindos do FPAS.

regulam a implementação do SUS, foram concluídos em fins de 1990, com a edição da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) e da Lei nº 8.142/90. Esta dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

⁴⁸ Para uma análise do financiamento da saúde nos anos 1980, ver Medici (1994) e Marques (1999).

⁴⁹ Finsocial significa “Fundo de Investimento Social”. Trata-se de uma contribuição social criada em 1982 para custear programas sociais federais. Em 1992, seu nome foi modificado para Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins).

A acentuada dependência do financiamento do FPAS sugere a importância de se analisar o financiamento do sistema de proteção social como um todo. Registre-se, em primeiro lugar, que, a partir da criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), o conjunto de benefícios e ações concedidos pela Previdência Social, Assistência Social e pelo antigo INAMPS era garantido por contribuições de empregados e empregadores, contribuição da União e outras receitas. Nesse ponto, é preciso assinalar que a legislação que regulava o financiamento da área previdenciária determinava que o custo com pessoal, as insuficiências financeiras e as pensões e aposentadorias do funcionalismo federal (Encargos Previdenciários da União – EPU) deveriam ser financiadas por recursos fiscais, o que caracterizaria a contribuição da União. Contudo, pode-se verificar que, durante os anos 1980, o governo federal quase sempre desconsiderou essa determinação.

Nesse período, de longe, a principal fonte de financiamento do SINPAS foi constituída por recursos da contribuição de empregado e empregador. Uma vez que essa receita é produzida pela aplicação de alíquotas sobre o salário, o volume arrecadado depende do nível de emprego do mercado formal de trabalho e do salário médio. Isso significa que a disponibilidade para o financiamento do SINPAS e, por decorrência, da saúde, nos anos 1980, dependia do movimento cíclico da economia.

Dessa forma, se a economia estivesse crescendo, aumentando o nível de emprego e o salário médio, a principal fonte de recursos que sustentaria o gasto do conjunto da proteção social estaria em expansão. Por outro lado, se a economia estivesse em recessão ou em dificuldades, as receitas de contribuições passariam a cair, pois as empresas tenderiam a reduzir os postos de trabalho e o salário como primeira medida na tentativa de cortar despesas.

Com essa lógica, a queda de 4,41% no PIB de 1981, em relação a 1980, provocou uma retração do volume de recursos de contribuições de 1,98%. Em 1982, a continuidade da crise econômica só não acarretou nova queda dessa receita como foram aumentadas as alíquotas, o teto e foi exigida a contribuição do aposentado (MARQUES, 1999).

Em relação aos anos 1980, portanto, é importante ressaltar que o financiamento da saúde, ao ser realizado basicamente por meio de recursos do FPAS, era extremamente dependente da evolução das contribuições de empregados e empregadores.

1.1.2 – O financiamento no período posterior à Constituição de 1988

Tendo em vista os novos direitos introduzidos na universalização da saúde e na área previdenciária, a Constituição de 1988 preocupou-se em ampliar os recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social — saúde, previdência e assistência social. Assim, além das fontes tradicionalmente utilizadas pelo SINPAS, foi criada a Contribuição sobre o Lucro Líquido e incorporada à receita do Finsocial (hoje Cofins) para seu único uso.

Vejamos de forma clara como se estrutura o financiamento da saúde com a Constituição Federal, em 1988.

De acordo com a Constituição, a Saúde integra, juntamente com a Previdência e a Assistência Social, a Seguridade Social. Em seu artigo 195, está definido que o financiamento da Seguridade Social será realizado “mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios”, e das contribuições sociais dos empregadores (incidentes sobre a folha de salários, o faturamento — Cofins — e o lucro — Contribuição sobre o Lucro Líquido – CSLL), dos trabalhadores e 50% da receita de concursos e prognósticos (loteria). Dizia, ainda, a Constituição que esses recursos da Seguridade Social não integrariam o orçamento da União e sim da Seguridade Social. Sua proposta de orçamento seria elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social.

Diante desse quadro do financiamento, a incorporação das novas fontes Cofins e CSLL também visava tornar o financiamento menos dependente das variações cíclicas da economia. Contudo, estudos posteriores indicaram que as novas fontes também foram bastante sensíveis ao desempenho da economia.

De qualquer forma, a diversificação das fontes poderia melhorar sensivelmente o aporte de recursos para a Seguridade. No entanto, não foi isso que ocorreu, o que será demonstrado na próxima seção.

1.2 – Os tensos caminhos do financiamento do SUS

A implementação do SUS, ao longo desses 17 anos de sua existência, não foi isenta de tensões políticas e econômicas. Particularmente após a Constituição, durante os anos 1990 e a primeira metade dos anos 2000, o financiamento foi um dos temas mais repletos de controvérsias na agenda da política de saúde. Como mencionado no início deste capítulo, a crise do

financiamento do SUS revelou-se por apresentar montantes insuficientes e indefinidos e alterações importantes na sistemática de repasses financeiros do governo federal para os governos municipais.

Para abordar o financiamento do SUS a partir da Constituição de 1988, consideramos importante, antes de tudo, identificar a existência de um duplo movimento em seu caminho, resultado de ação permanente e contraditória de dois princípios que se embricam, embora cada um deles aponte para objetivos específicos⁵⁰. Por um lado, destaca-se o “princípio da construção da universalidade”, que afirma o direito de cidadania às ações e os serviços de saúde, viabilizando o acesso de todos, por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros e suficientes. De outro lado, identifica-se o princípio da “contenção de gasto”, uma reação defensiva que se articula em torno da defesa da racionalidade econômica, com base em uma visão contábil-financeira, na qual a diminuição das despesas públicas é o instrumento-chave para combater o déficit público, propiciado por uma política fiscal contracionista, e a manutenção de alto superávit primário em todas as esferas de atuação estatal. Entende-se que esse “princípio” está diretamente associado à política econômica desenvolvida pelo governo federal durante os anos 1990 até os primeiros anos de 2000. Entre os vários argumentos na defesa desse princípio, destaca-se aquele que atribui aos direitos introduzidos pela Constituição a forte causa dos desequilíbrios nas contas do governo, provocando o déficit público. Desse modo, decorre a idéia de redução do gasto em saúde e, em consequência, indaga-se sobre qual deveria ser a extensão da cobertura dos serviços realizados pelo SUS.

Essa idéia do duplo movimento no caminho do financiamento do SUS após a Constituição de 1988 não deve ser entendida como se fosse uma seqüência no tempo ou um movimento pendular. Trata-se de um movimento dialético, pois os dois princípios têm raízes materiais e sociais que convivem de forma permanente e contraditória, ao longo do processo de implementação do SUS. A defesa do princípio da construção da universalidade das ações e dos serviços de saúde, que acaba corrigindo a expansão da política econômica ortodoxa, manifesta-se,

⁵⁰ A idéia do duplo movimento utilizada aqui se apóia na contribuição de Polanyi (1980 apud FIORI, 1999) quando procura explicar as origens da “grande transformação/crise” que destruiu a civilização liberal do século XIX, entre as duas grandes guerras mundiais do século XX e, ainda, sobre as forças de longo prazo que levaram a surgir, depois dos anos 1930 e das guerras, um novo consenso econômico e político favorável à construção dos Estados do Bem-Estar Social. Para Polanyi, é possível identificar um duplo movimento na história do capitalismo. São eles: o princípio do liberalismo econômico e o princípio da autoproteção social. Essa idéia de Polanyi contribui para que se reflita sobre a trajetória de embates políticos e econômicos do financiamento do SUS — ancorado na universalização do direito à saúde.

principalmente, no embate contra os ditames dessa política econômica, por meio da defesa da garantia de recursos financeiros.

1.2.1 – *Os embates por recursos financeiros suficientes e definidos*

Desde a instituição do SUS pela Constituição de 1988, a insuficiência e a indefinição de recursos ganharam principalidade nos debates sobre o financiamento. Sem dúvida, a situação financeira da área da saúde, ao longo de todos os anos posteriores à Constituição, tem sido orientada por dois determinantes: a preocupação dada à Previdência no interior do orçamento da seguridade social e a política fiscal contracionista implementada pelo governo federal no campo social, decorrente de sua meta de reduzir despesas.

1.2.1.1 – RELAÇÃO ENTRE SUS E ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL

No que diz respeito à relação entre SUS e orçamento da Seguridade Social, verifica-se uma tensão constante pela disputa de recursos ao longo de todos esses anos. Tendo em vista os novos direitos introduzidos na área previdenciária, a universalização da saúde e a criação da assistência social como política pública, a Constituição de 1988 preocupou-se em ampliar os recursos por meio de financiamento específico da Seguridade Social, como mencionado na seção 1.1.2. Contudo, de 1989 a 2004, os cuidados estabelecidos pelos constituintes foram sendo deixados de lado, não só pela utilização dos recursos em fins distintos à Seguridade Social como também pelo rompimento do próprio conceito de Seguridade⁵¹.

O primeiro enfrentamento verificou-se em 1989 e 1990, quando recursos do então Finsocial não foram totalmente destinados ao financiamento da Seguridade Social. Isto porque esses recursos contribuíram para o financiamento dos encargos previdenciários da União – despesa que não faz parte do orçamento da Seguridade Social. Ainda que a Constituição de 1988 tenha determinado, em suas Disposições Transitórias, que pelo menos 30% do total de recursos da Seguridade Social, com exceção da receita do PIS/PASEP, que é vinculada⁵², deveriam ser destinados à área da saúde, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em fins de 1990, foi

⁵¹ Esse conceito, que concebe a proteção como uma totalidade, se expressava no plano do financiamento, no entendimento de que nenhuma fonte de recurso da Seguridade poderia ser considerada como de uso exclusivo de um de seus setores, isto é, Previdência, Saúde ou Assistência.

⁵² O PIS/PASEP destina-se ao financiamento do seguro-desemprego e ao pagamento do abono do próprio PIS/PASEP. Além disso, 40% de sua arrecadação é transferida ao BNDES para ser utilizada sob a forma de empréstimo às empresas.

possível, ao então Ministério da Previdência Social, reduzir o volume desse repasse. A transferência para o Ministério da Saúde, que representava 33,1% da receita de contribuições, em 1991, passou para apenas 20,9%, em 1992.

O segundo momento de tensão e enfrentamento aconteceu em 1993. Nesse ano, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) estipulava que 15,5% do total arrecadado a título de contribuições deveriam ser repassados para a área da saúde. Contudo, apesar do disposto na LDO, não foi efetuado nenhum repasse para a saúde em maio de 1993. A justificativa alegada foi que a Previdência Social estava apresentando problemas de caixa de tal ordem que, caso as transferências prosseguissem, acabaria por encerrar o ano com déficit. Com a situação financeira estabelecida na saúde, buscou-se a liberação de recursos sob a forma de empréstimo do Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT). A medida adotada pelo governo federal — de cessar o repasse para a área da Saúde — foi bastante criticada por vários analistas⁵³. Segundo eles, o governo perdeu a oportunidade de demonstrar para a sociedade que o conjunto da Seguridade Social apresentava dificuldades de financiamento e que essas se originavam na Previdência Social⁵⁴.

As dificuldades financeiras da Previdência Social não pararam, aprofundando-se nos anos posteriores a 1993, tornando ainda mais difícil o financiamento da saúde. O baixo resultado da receita de contribuições de empregados e empregadores e o aumento da despesa com benefícios resultaram em alteração estratégica da Previdência Social no interior da Seguridade Social. Além de, na prática, ficar definido que as contribuições de empregados e empregadores seriam de uso exclusivo da Previdência, esta passou a avançar sobre as demais fontes da Seguridade Social.

⁵³ Dentre vários analistas, ver CARVALHO, Gilson. A crise da saúde em 1993: previdência subtrai recursos da saúde. **Pronunciamento na Comissão do Congresso Nacional** em 22/6/1993. Disponível em: <www.idisa.org.br>. Acesso em: 18/5/2003; e NASSIF, Luís O ajuste fiscal e a saúde. **Folha de S. Paulo**, p. 2-3, 14/1/1994. Disponível em: <www.idisa.org.br>. Acesso em: 18/5/2003.

⁵⁴ Também defendiam que o tratamento das fontes de financiamento da Seguridade Social não é distinto de seu conceito. Em outras palavras, consideravam que, ao ser eleita a cidadania, e não o mérito, como a referência para o direito à proteção social, estabeleceu-se que a sociedade deveria, a cada ano, discutir e definir de que forma seria realizada a partilha do conjunto de receitas previstas para a Seguridade Social. Isso significa dizer que os constituintes se colocaram contra o estabelecimento de vinculação de receitas internas da Seguridade Social. A única exceção ficou por conta do PIS/PASEP, que passou a ter uso exclusivo do programa seguro-desemprego e do pagamento do abono do PIS/PASEP, sendo 40% de sua arrecadação destinada a empréstimos realizados pelo BNDES às empresas. Dessa forma, quando foi estabelecido o vínculo entre a área previdenciária e as contribuições de empregados e empregadores, em 1993, foi rompido o conceito de seguridade social. Para eles, a priorização de áreas internas da Seguridade Social é uma ação que conceitualmente se opõe à compreensão do que historicamente se intitulou como proteção social.

Além disso, entre 1989 e 1993, houve uma certa especialização das fontes da Seguridade Social: os orçamentos destinaram a maior parte dos recursos do Cofins para a Saúde, da Contribuição sobre o Lucro para a Assistência e das contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social. Essa forma de utilizar as fontes de financiamento da Seguridade Social teve consequências, especialmente para a saúde.

Um ano após a crise dos recursos para a área da saúde, em 1993, cria-se o Fundo Social de Emergência (FSE), instituindo que 20% da arrecadação das contribuições fossem desvinculadas para uso do governo federal. Esse fundo foi mais tarde chamado de “Fundo de Estabilização Fiscal” (FEF) (1997) e depois de “Desvinculação das Receitas da União” (DRU) (2000), denominação ainda atual — e a partir da reforma tributária do governo Lula prorrogada até 2007. A criação desse Fundo significou o rompimento do estabelecido na Constituição Federal, permitindo que o governo federal dispusesse de parte dos recursos da Seguridade Social, os quais, pela Constituição de 1988, seriam de seu uso exclusivo. Dito de outra maneira, possibilitou-se a flexibilização dos recursos.

A deterioração das contas da Previdência Social e seu impacto sobre a saúde e demais áreas da Seguridade Social foi reflexo direto da política econômica do governo Fernando Henrique Cardoso. Ao definir a estabilização econômica como único objetivo a ser perseguido, o governo colocou a economia refém de juros elevados e de uma moeda sobrevalorizada, inviabilizando o crescimento econômico e a geração de empregos.

As dificuldades enfrentadas pela saúde continuaram durante todos os anos 1990. A partir da segunda metade da década, o Ministério da Saúde não poderia mais continuar tomando empréstimos do Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT)⁵⁵, e foi nesse cenário que o então ministro Adib Jatene sugeriu a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que vigorou a partir de 1997. Neste ano, a participação da CPMF, em bilhões de reais de dezembro de 2001, foi de R\$ 7,9 bilhões, correspondendo a 27,8% do total das fontes do financiamento da saúde. Em 1998, essa participação passou para 37,0% e, em 1999, significou 22,6%. Nesse último ano, essa redução foi proveniente da ausência de arrecadação durante alguns meses. Nos anos seguintes, sua participação em relação ao total das fontes de financiamento recuperou-se, correspondendo a 31,5%, em 2000, e 27,6%, em 2001 (Tabela 1).

⁵⁵ Os empréstimos contraídos do FAT explicam a alta participação dos Títulos do Tesouro e Operações de Crédito Internas, nos anos de 1995 (10,2%) e 1996 (11,5%) (Tabela 1).

Tabela 1
Ministério da Saúde – Distribuição das fontes de financiamento (1993-2001), em percentagem

Fontes	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Recursos Ordinários	8,9	1,0	3,2	0,2	1,0	10,8	14,7	5,2	14,3
Títulos do Tesouro Nacional	15,1	1,6	2,6	3,3	2,8	0,5	0,8	0,7	0,9
Oper. Crédito Inter. – Moeda	2,6	-	7,6	8,3	-	-	-	-	-
Oper. Crédito Exter. – Moeda	0,5	1,2	1,1	0,9	0,5	1,1	1,3	2,6	2,1
Recursos Diret. Arrecadados	1,0	2,1	2,4	2,5	2,4	2,6	3,5	3,2	3,1
Contribuições Sociais	67,4	54,5	69,4	63,4	73,1	71,0	62,5	81,5	74,1
Contrib. s/ Lucro Líquido P.Juríd.	10,7	12,9	20,2	20,8	19,3	8,0	13,2	12,3	7,1
Cofins	25,1	34,0	49,2	42,6	25,9	26,0	26,6	37,7	39,5
Contrib.Empr.e Trab. p/ Seg.Social	31,6	-	-	-	-	-	-	-	-
CPMF	-	-	-	-	27,8	37,0	22,6	31,5	27,6
Finsocial – Recup. Dep. Judiciais	-	7,6	-	-	-	-	-	-	-
Fundo de Estabilização Fiscal	-	36,8	11,9	17,7	19,5	13,3	14,2	-	-
Fundo de Combate e Erradic. Pobreza	-	-	-	-	-	-	-	-	4,3
Demais Fontes	4,5	2,8	1,8	3,7	0,7	0,7	3,0	6,8	1,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Siafi. Para 1993 e 1994, apud Piola e Biasoto Jr. (2001, p. 224); para 1995 a 2001, apud Ribeiro, Piola e Servo (2005).

É importante lembrar que a entrada dos recursos da CPMF não significou o volume de recursos esperado, uma vez que Cofins e CSLL foram reduzidas — especialmente em 1997, que passaram a ser transferidas crescentemente para a área previdenciária. A Tabela 1 evidencia essa redução. Além disso, parte dos recursos da CPMF foi destinada a atividades alheias à saúde, pela desvinculação do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) — de 1998 a 1999 —, isto é, antigo Fundo Social de Emergência (FSE) — de 1994 a 1997 — e da atual Desvinculação das Receitas da União (DRU) — a partir de 2000 —, mecanismos já comentados.

Observa-se na Tabela 1 que, entre 1993 e 2001, as contribuições sociais de longe constituíram a principal fonte de financiamento da saúde, muito embora a presença de recursos fiscais seja significativa em alguns anos, principalmente quando dificuldades de continuidade da CPMF se apresentavam (1999)⁵⁶. De forma específica, em 2001, 74,1% dos recursos tiveram origem nas contribuições sociais. Essa participação já foi maior (81,5% em 2000), e, desde a instituição da CPMF, as contribuições sociais correspondem a uma participação superior a 70%: em 1997, 73,1%; e, em 1998, 71%.

⁵⁶ A CPMF, como fonte exclusiva para a saúde, vigorou até o fim de 1998. Após embates no Legislativo, foi prorrogada, sem que continuasse como uma contribuição exclusiva da saúde. Já em prorrogações subsequentes, a CPMF teve sua alíquota acrescida, participando do financiamento das despesas da Previdência a partir de 1999, e do Fundo de Combate à Pobreza, a partir de 2001.

Outra fonte de financiamento do MS que merece destaque, no período, refere-se ao Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), anteriormente denominado de Fundo Social de Emergência (FSE) (ver Tabela 1). A participação dessa fonte atingiu patamares significativos: no primeiro ano, correspondeu a 36,8%, e, nos demais anos, variou entre 11,9% e 19,5%⁵⁷. Com a reformulação do FSE/FEF, passando a DRU, a nova sistemática de funcionamento prejudicou a transparência da execução orçamentária. Isso porque os recursos desvinculados pela DRU não fizeram parte de fonte específica, como o caso do FSE/FEF. Ao contrário, foram executados por meio da fonte Recursos Ordinários. Antes da criação da DRU, essa fonte de recursos integrava, fundamentalmente, os recursos provenientes de impostos federais — Imposto de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). Após o ano de 2000, não foi possível perceber para determinada área ou programa, tanto as parcelas de recursos oriunda de impostos gerais como a proveniente da desvinculação, dado que ambas integram a mesma fonte de Recursos Ordinários.

O aumento da participação dos Recursos Ordinários, que passou de 10,8%, em 1998, para 14,7%, em 1999, deveu-se a ausência de arrecadação do CPMF durante alguns meses, como mencionado, sendo compensada pelo maior aporte dos recursos do Tesouro Nacional no Ministério da Saúde. Em 2000, essa participação foi reduzida para 5,2% em virtude do crescimento das Contribuições Sociais e dos itens agregados em “Demais Fontes”, principalmente pela existência de Saldo de Exercícios Anteriores. Já em 2001, a participação dos Recursos Ordinários volta ao patamar de 1999, respondendo por 14,3% do total das fontes. Embora essa fonte recupere os percentuais significativos alcançados em 1999, ela integra também os recursos do antigo FSE/FEF. Dito de outra maneira, o volume de recursos aplicados por Recursos Ordinários no Ministério da Saúde, após o ano de 2000, contempla não somente a participação anterior dessa fonte, mas também a parcela dos recursos do FSE/FEF. Dessa forma, é importante destacar que, a partir de 2000, o volume dos Recursos Ordinários ao financiamento do MS não corresponde ao grau de participação anteriormente verificada para essa fonte e o FSE/FEF. Essa situação indica que os recursos dos impostos (principalmente o IR e o IPI) ou os recursos da desvinculação, ou talvez os dois juntos, tiveram a sua destinação ao Ministério da Saúde diminuída.

⁵⁷ Pelo fato de seus recursos serem provenientes da desvinculação de receitas, caberia visualizar a proporção em que os recursos desvinculados retornaram para a saúde. Contudo, uma análise sobre o conjunto da Seguridade Social permitiria perceber até que montante o FSE/FEF voltou à área social.

Dentre as Contribuições Sociais, verifica-se que as fontes Cofins e CSLL apresentam trajetória irregular, e em 1995 alcançavam, respectivamente, 49,2% e 20,2% do total das fontes do financiamento da saúde, retraindo-se, a partir daí, até 1999. A COFINS aumentou sua participação em 2000 e 2001, para quase 40%, enquanto a CSLL indicou um movimento inverso nesses anos, isto é, diminui sua importância para 12,3% e 7,1%, respectivamente.

É interessante notar que, em 1996, quando não havia ainda a CPMF, a fonte Cofins representava 42,6% dos recursos. No momento em que o Ministério da Saúde passou a contar com a CPMF, menor volume de recursos da Cofins foi transferido para a saúde (–39% em 1997) e o mesmo aconteceu com a CSLL (–7,2% em 1997). A evolução da participação dessas fontes no financiamento da saúde — fontes vinculadas à Seguridade Social, mas não exclusivas da Saúde — indica uma certa instabilidade, não estando claramente definido qual é sua principal base de sustentação. Tal situação reforça a necessidade de uma reflexão mais aprofundada sobre a Seguridade Social, em que muitos a avaliam como um conceito ultrapassado desde a Emenda Constitucional nº 29 enquanto outros consideram que a prevista solidariedade de recursos entre as áreas nunca esteve presente⁵⁸.

Ainda, vale lembrar que, como mencionado anteriormente, parte da arrecadação da Cofins e da CSLL tem sido, ao longo dos anos 1990, crescentemente transferida para a Previdência Social. Para se ter uma idéia, em 2000, os dados da Secretaria do Tesouro Nacional indicam que foram repassados, do total das contribuições Cofins e CSLL, 23,7% e 22,8%, respectivamente⁵⁹. Essa realidade torna o financiamento da saúde, principalmente o federal, ainda mais incerto e dependente das demais fontes de financiamento.

A crise provocada pelo não recebimento do repasse das contribuições, pela diminuição da presença de outras fontes da Seguridade e ainda pela desvinculação da CPMF, Cofins e CSLL teve repercussões no desempenho do gasto federal com saúde, a partir da segunda metade da década.

Em relação ao gasto bruto realizado pelo Ministério da Saúde (MS), verifica-se um desempenho satisfatório entre 1993 e 1995 (Tabela 2 – em milhões constantes de dezembro de 2001). Em 1996, esse gasto diminuiu, recuperando-se em 1997. No entanto, a partir desse ano, observa-se uma trajetória de instabilidade (avanços e recuos) até 2001. Nota-se que o gasto não

⁵⁸ Ver Fleury et al. (2004).

⁵⁹ Ver Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social – Anfip (2001).

conseguiu atingir, em 2001, um nível superior ao observado em 1997. Esse esforço do Ministério resultou num crescimento pequeno do seu gasto *per capita*, passando de R\$ 150,64, em 1993, para R\$ 158,74, em 2001, a preços de dezembro desse ano; e, em relação ao PIB, elevou-se apenas 4,7%, passando de 2,11% para 2,21%.

Tabela 2
Ministério da Saúde – Gasto em Saúde Total, *per capita* e em proporção do PIB^(*) (1993-2001)

Ano	R\$ milhões Correntes	R\$ milhões^(a) Constantes dez. 2001	<i>Per capita</i> R\$ de dez. 2001	% PIB
1993	297	22.722	150,64	2,11
1994	7.498	22.884	148,86	2,15
1995	14.937	27.224	174,71	2,31
1996	14.376	23.584	150,15	1,85
1997 ^(b)	18.569	28.230	176,84	2,13
1998 ^(c)	17.541	25.669	158,66	1,92
1999	20.334	26.731	163,04	2,11
2000	22.669	26.193	154,26	2,09
2001	26.136	27.364	158,74	2,21

Fonte: Relatórios da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do MS.

Notas: (*) Refere-se ao *gasto bruto* em saúde, incluindo os valores de dívida e de inativos e pensionistas; projeção da população – IBGE (*Brasil em Números*, RJ, v. 9, 2001); PIB 2001 estimado pelo Ministério Fazenda, posição de setembro de 2001.

(a) Todos os dados foram deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2001, conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas.

(b) Não inclui o valor de R\$ 226 milhões correspondente à dívida do MS, amortizada diretamente pela Secretaria do Tesouro Nacional.

(c) Não inclui o valor de R\$ 1,782 milhão correspondente à dívida do MS, amortizada diretamente pela Secretaria do Tesouro Nacional.

No tocante ao gasto líquido — excluindo os valores da dívida e de inativos e pensionistas —, realizado pelo Ministério da Saúde, no período 1995-2001, cresceu apenas 5,7%, indicando um esforço bem mais modesto do Ministério (Tabela 3). O resultado desse pequeno esforço do Ministério resultou em queda do dispêndio *per capita*, a preços de dezembro de 2001. Registre-se: R\$ 142,83, em 1995, e R\$ 136,50, em 2001. Como percentual do PIB, o índice obtido em 1995 (1,89%) foi praticamente o mesmo de 1999 e 2001.

Tabela 3

Ministério da Saúde – Gasto líquido em Saúde Total, *per capita* e em proporção do PIB^(*) (1995-2001)

Ano	R\$ milhões Correntes	R\$ milhões ^(a) Constantes dez. 2001	<i>Per capita</i> R\$ de dez. 2001	% PIB
1995	12.212	22.257	142,83	1,89
1996	12.407	20.354	129,59	1,59
1997 ^(b)	15.464	23.509	147,27	1,78
1998 ^(c)	15.245	22.309	137,89	1,67
1999	18.350	24.122	147,13	1,90
2000	20.351	23.515	138,49	1,87
2001	22.474	23.530	136,50	1,90

Fonte: Relatórios da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do MS.

Notas: * Refere-se ao *gasto líquido* em saúde, excluindo os valores de dívida e de inativos e pensionistas; projeção de população – IBGE (*Brasil em Números*, RJ, v. 9, 2001); PIB 2001 estimado pelo Ministério da Fazenda, posição de setembro de 2001.

(a) Todos os dados foram deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2001, conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas.

(b) Não inclui o valor de R\$ 226 milhões correspondente à dívida do MS, amortizada diretamente pela Secretaria do Tesouro Nacional.

(c) Não inclui o valor de R\$ 1,782 milhão correspondente à dívida do MS, amortizada diretamente pela Secretaria do Tesouro Nacional.

O reduzido esforço do gasto em “ações e serviços de saúde”, realizado pelo Ministério da Saúde, pode ser verificado também pelo comportamento das despesas de seus subprogramas. Observa-se a perda de importância do subprograma Assistência Médica e Sanitária: 72,1% da despesa total do MS, em 1993, e apenas 63,7%, em 1999. Os itens que mais cresceram foram, dentre vários: Encargos e Pensionistas da União (de 7,3% para 9%) e Outros (de 11% para 14,5%) (MARQUES e MENDES, 2000)⁶⁰.

Contudo, as maiores alterações ocorreram internamente no subprograma Assistência Médica e Sanitária, refletindo a mudança de política do governo federal em relação ao financiamento e à descentralização da política de saúde. Isto porque é nesse subprograma que se concentram os recursos financeiros repassados às ações e aos serviços de saúde dos municípios referentes ao atendimento Ambulatorial e Hospitalar; à Atenção Básica e aos programas Agentes Comunitários em Saúde e Saúde da Família.

A instabilidade do financiamento da saúde, além de ser produto das “disputas” entre as três áreas, evidencia a fragilidade do próprio esquema de financiamento da Seguridade Social, dificultando a adoção do conceito que lhe dá fundamento: aquele inspirado sob a idéia da universalidade.

⁶⁰ Para uma análise detalhada do gasto do Ministério da Saúde por subprogramas, ao longo dos anos 1990, ver trabalho de Marques e Mendes (2000), apresentado à 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000.

É interessante destacar que, apesar da retração econômica, com seus reflexos no precário mercado de trabalho brasileiro, o conjunto da Seguridade Social não foi deficitário ao longo desses anos. Para se ter uma idéia, nos anos após a década de 1990, caso fosse aplicado o conceito escrito na Constituição de 1988 e desconsiderado o confisco dos 20% do FEF/DRU, o superávit seria cerca de R\$ 21,0 bilhões (1999), R\$ 30,9 bilhões (2000) e R\$ 32,2 bilhões (2001), todos a preços médios de dezembro de 2001 (Tabela 4). Esses superávits permitiram que a Previdência respondesse mais tranqüilamente a seus compromissos (MARQUES e MENDES, 2001).

Tabela 4
Receitas e despesas da Seguridade Social^(a) – 1999, 2000, 2001,
em R\$ bilhões de dez. 2001

I - RECEITAS	1999	2000	2001
RECEITA PREVIDENCIÁRIA LÍQUIDA ^(b)	64,583	64,376	65,427
OUTRAS RECEITAS DO INSS ^(c)	0,484	0,619	0,647
MULTAS SOBRE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA	-	0,759	-
COFINS	40,485	44,640	48,898
CONTRIBUIÇÃO SOCIAL SOBRE O LUCRO LÍQUIDO	8,855	10,013	9,493
CONCURSO DE PROGNÓSTICO	1,303	0,542	0,545
RECEITA PRÓPRIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	0,760	0,662	1,007
OUTRAS CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS ^(d)	0,774	1,207	(nd)
CPMF	10,450	16,634	17,963
TOTAL DAS RECEITAS	127,693	139,453	143,980
II - DESPESAS			
PAGAMENTO TOTAL DE BENEFÍCIOS ^(e)	78,988	79,156	82,394
1. BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS ^(f)	76,955	74,277	77,154
* URBANOS	62,740	62,230	62,173
* RURAIS ^(g)	14,216	12,047	14,981
2. BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS/	2,032	4,056	4,526
3. EPU ^(h)	-	0,823	0,714
SAÚDE ⁽ⁱ⁾	24,122	23,515	23,530
ASSISTÊNCIA SOCIAL GERAL	1,294	1,180	1,963
CUSTEIO E PESSOAL DO MPAS ^(j)	2,311	4,711	3,661
AÇÕES DO FUNDO DE COMBATE À POBREZA	-	-	0,244
TOTAL DAS DESPESAS	106,714	108,561	111,792
SALDO FINAL	20,979	30,892	32,188

Fonte: Siafi, 1999, 2000 e 2001 (dados preliminares) e Fluxo de Caixa do INSS (dados de previdência) e Anfip.

Notas da Tabela 4 ⁶¹. Deflator Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV.

⁶¹ Notas: (a) Receitas e despesas da Seguridade Social, conforme preceitua o artigo 195 da CF.

(b) Receita líquida = arrecadação, bancária + simples + depósitos judiciais – restituições de arrec. – transferências a terceiros.

(c) Corresponde a rendimentos financeiros, antecipação de receita e outros, segundo o Fluxo de Caixa do INSS.

(d) Contribuições sobre o depósito de veículos automotores — DPVAT — (para a saúde), contribuições sobre prêmios prescritos, bens apreendidos (parcela da assistência social) (dado não disponível).

(e) Referem-se aos benefícios previdenciários + assistenciais + parcela de EPU (legislação especial) (1 + 2 + 3).

(f) O valor difere do Fluxo de Caixa do INSS por causa da separação das RMVs em item próprio.

(g) Dados sujeitos a alteração.

(h) Encargos previdenciários da União: benefícios concedidos por leis especiais, pagos pelo INSS com recursos da Seguridade Social, e repassados pelo Tesouro.

(i) Inclui ações de saúde do SUS, saneamento e custeio do Ministério da Saúde.

(j) Reúne pagamentos realizados a ativos, inativos e pensionistas do INSS, bem como despesas operacionais consignadas.

Apesar dos resultados expressivos da Seguridade Social, o governo federal, durante os anos de 1999, 2000, 2001, continuou a anunciar a “não nova” crise da Previdência e a confundir a opinião pública. Suas diversas declarações a respeito do déficit da Previdência Social acabaram por facilitar a aprovação de reformas, seja durante o governo FHC, seja no período do governo Lula.

De maneira geral, portanto, a falta de perspectiva de crescimento da economia brasileira e o aprofundamento do desemprego e da precarização do mercado de trabalho tenderão a dificultar o financiamento da Previdência Social e a tornar cada vez mais tensa a relação dessa área com as demais da Seguridade Social.

1.2.1.2 – OS CONFLITOS DA VINCULAÇÃO DOS RECURSOS PARA A SAÚDE E SUA APLICAÇÃO

A partir de 1993, conhecido como o ano da grande crise do financiamento da Saúde, como mencionado na seção anterior, os deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires elaboraram uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC) que, em resumo, definia a destinação de 30% do conjunto dos recursos da Seguridade Social à área da saúde. A partir dessa PEC, várias propostas de vinculação de recursos foram elaboradas e discutidas no Congresso Nacional, mas somente após sete anos, em 2000, logrou-se aprovar uma emenda constitucional (EC 29)⁶².

Admite-se que a EC 29 inovou ao vincular recursos para o financiamento da saúde, definindo o quanto das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais dos estados e municípios deveria ser destinado à saúde. Há quem considere que a importância e os objetivos da EC 29 não se restringem ao volume, à definição e à segurança dos recursos no financiamento da saúde. Segundo Biasoto Jr. (2003), a EC 29, ao determinar uma efetiva maior participação das esferas subnacionais no financiamento do SUS, fortalece a participação e a responsabilidade delas no arranjo federativo que apóia o sistema de saúde no País⁶³.

Contudo, apesar dessa importante conquista para o SUS, a EC 29 não está isenta de críticas. Cabe destacar que, no tocante às contribuições da Seguridade Social, a EC 29 é omissa, não definindo nenhuma vinculação, como se não houvesse nenhuma disputa por seus recursos (MARQUES e MENDES, 2000a; DAIN, 2001). Especificamente, de acordo com DAIN (2001), a

⁶² Para a caracterização de cada proposta de vinculação/reordenamento de recursos para o financiamento do SUS, durante o período 1993-2000, ver Marques e Mendes (1999).

⁶³ Para uma abordagem sobre o federalismo fiscal e o SUS, ver Oliveira (2003).

EC 29 apresentou três ordens de problemas: 1) o abandono do Orçamento da Seguridade Social, que estabelecia solidariedade no financiamento das três áreas que o compõe (Previdência Social, Saúde e Assistências Social); 2) a dissociação da trajetória dos recursos da saúde *vis-à-vis* à elevação da arrecadação das contribuições sociais, que tem se configurado maior⁶⁴; e 3) a vinculação ao PIB nominal, que se constitui em um problema diante do processo de estagnação econômica.

Conforme determina a EC 29, estados e municípios devem alocar, no primeiro ano, pelo menos 7% dessas receitas de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, e o percentual deve crescer anualmente até atingir, no mínimo, para os estados, 12%, em 2004, e, para os municípios, 15%⁶⁵. Quanto à União, define, para o primeiro ano, o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. Contudo, para a União, a EC 29 não explicita a origem dos recursos federais, o que acabou criando, nos anos 2000, incertezas em relação ao financiamento da saúde, dada a importância dessa instância no gasto público total com saúde.

A aprovação da EC 29 não indicou que tudo estaria resolvido em termos de aplicações de ações e serviços de saúde. Isto porque, na sequência, não faltaram contestações. Do ponto de vista da área econômica do governo — Fazenda/Planejamento —, a divergência recaiu sobre o ano-base para ser calculada a participação da União no financiamento do SUS. Do ponto de vista dos estados e municípios, a polêmica foi sendo travada em torno dos itens que devem ser considerados, para efeito de aplicação em ações e serviços de saúde. Dessa forma, a lógica desses

⁶⁴ Para se ter uma idéia do crescimento da arrecadação das contribuições sociais, o documento do Cebes, Abrasco, Rede Unida e Abres (2004) indica que, de 2000 a 2004 (estimativa), essas receitas aumentaram de R\$ 77 bilhões para R\$ 150 bilhões. Por sua vez, a arrecadação federal (Receitas Correntes) cresceu entre 1995 e 2004 (estimativa), de 19,7% para 26,7% do PIB enquanto as despesas do Ministério da Saúde reduziram-se, no mesmo período, de 9,6% para 7,5% das receitas correntes.

⁶⁵ A apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, de que tratam o art. 198, § 2º da Constituição Federal e o art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, tem como base de cálculo as seguintes receitas: para os municípios, as receitas dos impostos ISS, IPTU, ITBI e Imposto de Renda Retido na Fonte (servidores municipais), as receitas de transferências da União, quotas-partes do FPM, do ITR e da Lei Complementar nº 87/1996 (Lei Kandir); as receitas de transferências do estado referentes às quotas-partes do ICMS, do IPVA e do IPI – Exportação; e a receita da Dívida Ativa Tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária (BRASIL, Emenda Constitucional nº 29, 2000). A inclusão dessas quatro últimas fontes de receita — receita da dívida tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária — é recente. Essas fontes foram incorporadas ao cálculo após a decisão consensada entre o Ministério da Saúde e os tribunais de contas. Essa decisão está estabelecida em Portaria do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro de nº 2.047, de 5 de novembro de 2002.

entes federados era conseguir um subterfúgio pelas avessas para desrespeitar a vinculação, qual seja: a inclusão de tudo na saúde.

- *O descumprimento da EC 29 pela União*

Tal como está redigida a EC 29, não há dúvidas quanto à base de cálculo dos percentuais que os estados e municípios necessitam destinar às ações e aos serviços de saúde do SUS. Já em relação à União, embora os autores da emenda considerassem sua redação precisa, o texto deu origem à acirrada discussão entre os ministérios da Saúde e da Fazenda. É importante perceber que esse momento deve ser caracterizado já como o primeiro embate entre Ministério da Saúde e área econômica do governo, logo após a promulgação da emenda.

Na interpretação do Ministério da Saúde, o ano-base para efeito da aplicação do adicional de 5% seria 2000, e o valor apurado para os demais anos seria sempre o do ano anterior, ou seja, calculado ano a ano. Para o Ministério da Fazenda, contudo, o ano-base seria 1999, somente acrescido das variações nominais do PIB ano a ano.

O resultado dessa diferença de interpretação — pela qual a Advocacia Geral da União (AGU) deu ganho de causa para o Ministério da Fazenda —, foi de R\$ 1,19 bilhão já para o orçamento de 2001 (valores correntes). Essa quantia permitiria, por exemplo, que o Ministério da Saúde dobrasse os recursos do Programa Agentes Comunitários em relação a 2000. Para o Ministério da Fazenda, no entanto, significava mais uma vitória no caminho do superávit primário acordado com o Fundo Monetário Internacional. Chama, sim, a atenção de que esse movimento na direção da “contenção de gastos” fortalece a defesa dos interesses de mercado, em detrimento da defesa da construção da universalidade da saúde.

Além do embate sobre a base de cálculo entre Ministérios da Fazenda/Planejamento e Ministério da Saúde, um problema sério, de natureza interna ao Ministério da Saúde, foi tomando corpo no debate sobre a aplicação da EC 29, qual seja: a necessidade de esclarecer a abrangência do conceito de saúde. Nesse aspecto, não faltaram as orientações do Conselho Nacional de Saúde em não incluir o gasto com os inativos e a dívida como despesas em saúde, o que será discutido mais adiante.

De acordo com os dados da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde⁶⁶, passados os quatro primeiros anos de vigência da EC 29, observa-se que a União vem descumprindo a sua aplicação a cada ano, indicando um valor de R\$ 1,8 bilhão como a diferença acumulada com o não cumprimento nos anos de 2001, 2002 e 2003.

- *O descumprimento da EC 29 pelos estados e municípios*

O embate da EC 29, com relação aos estados e municípios, é também bastante problemático em relação ao financiamento da saúde. No caso dos estados, considerando que sua maioria vinha destinando, até 2000, 6% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais para a saúde, de fato, a EC 29 contribuiu para ampliar sua participação. Contudo, dada a ausência de crescimento econômico observado nos anos que se seguiram à promulgação da emenda, o cumprimento por parte dos estados tem sido difícil.

Para se ter uma idéia do descumprimento, ao longo de 2000, 2001, 2002 e 2003, de acordo com as informações do SIOPS-MS⁶⁷, os estados indicaram um valor acumulado de 5,4 bilhões (valores correntes). Em 2003, apenas 11 estados cumpriram a EC 29 enquanto 15 e o Distrito Federal deixaram de aplicar o percentual mínimo no mesmo período⁶⁸. Isto representa para 2003 o descumprimento de R\$ 1,7 bilhão (dados do SIOPS sobre despesa empenhada, a preços correntes⁶⁹). Em 2002, o número de estados que cumpriu a emenda também foi 11 enquanto 15 e o Distrito Federal não o fizeram⁷⁰. A rigor, de acordo com a determinação da EC 29, os estados, na média, deveriam ter aplicado em ações e serviços públicos de saúde 9,62% das receitas de impostos, compreendidas as transferências, mas não passaram de 8,97%. A diferença entre mínimo a aplicar, conforme a EC 29, e valor aplicado, é de R\$ 1,7 bilhão.

⁶⁶ Relatório nº 142 da Comissão de Orçamento e Finanças (Cofin) do Conselho Nacional de Saúde. Mimeografado.

⁶⁷ Dados extraídos das Notas Técnicas do SIOPS. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso em: dez. 2004.

⁶⁸ Os estados que descumpriram a EC 29 em 2003 foram: Alagoas, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e o Distrito Federal.

⁶⁹ Ver Nota Técnica nº 09/2005 do SIOPS. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso em: maio 2005.

⁷⁰ Os estados que descumpriram a EC 29 em 2002 foram: Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Roraima, Santa Catarina, Sergipe e o Distrito Federal.

Em 2001, o número de estados que descumpriram se refere a 17 e o Distrito Federal⁷¹, cuja diferença entre o mínimo a aplicar, conforme a emenda, e o valor aplicado foi de R\$ 1,1 bilhão. Mesmo em 2000, quando o percentual mínimo de aplicação deveria corresponder a 7% das receitas de impostos, compreendidas as transferências, o descumprimento foi uma realidade. Nesse ano, 11 estados deixaram de cumprir a emenda, correspondendo a um passivo de R\$ 889 milhões⁷².

De forma sintética, cabe assinalar que, durante os anos pós-EC 29, alguns estados descumpriram de forma sistemática, isto é, a cada ano. Registre-se: Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

Se somados os valores referentes ao descumprimento da EC 29 pela União e estados, ao longo de 2000-2004, o montante refere-se à ordem de R\$ 7,2 bilhões (R\$ 1,8 da União e R\$ 5,4 dos estados). Dessa forma, é possível dizer que o financiamento do SUS continua sendo contestado ou colocado em dúvida, prejudicando a saúde dos cidadãos brasileiros.

Por outro lado, alguns estados, para cumprirem a EC 29 nesses anos, incluíram indevidamente como despesas em ações e serviços de saúde os gastos com inativos da área da saúde, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, alimentação de presos, hospitais de “clientela fechada” (como hospitais de servidores estaduais). Em que pese naquele momento já haver parâmetros claros e acordados entre o Ministério da Saúde, os estados e seus tribunais de contas⁷³ — para o que devesse ser incluído como despesas de ações e serviços de saúde, os estados desconhecaram e acabaram incluindo gastos inapropriados para atingirem sua meta de despesa.

Já nos municípios, diferentemente da União e dos estados, o cumprimento da EC 29 sempre foi uma realidade desde 2000. Nesse ano, o percentual médio destinado à saúde foi de 13,64% das receitas de impostos e transferências constitucionais. Em 2001, esse percentual passou para 14,71%; em 2002, atingiu 15,97%; e, em 2003, 17,58%. Isso demonstra que, para os municípios, a vinculação de recursos não alterou o quadro do financiamento da saúde.

⁷¹ Os estados que descumpriram a EC 29 em 2001 foram: Alagoas, Amapá, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e o Distrito Federal.

⁷² Os estados que descumpriram a EC 29 em 2000 foram: Alagoas, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Sergipe.

⁷³ Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, de 8 de maio de 2003, homologada pelo Ministro da Saúde.

Contudo, nos municípios, também, pode-se verificar a interpretação do gasto com inativos da área da saúde como despesa com saúde. Surpreendentemente, mesmo em gestões progressistas, houve um embate entre área da saúde e das finanças, o que se restringiu ao ajuste contábil — à conta de chegada — para responder apenas às exigências da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Na prática, os secretários de Finanças também defenderam, interpretando indevidamente a emenda, que o percentual de 15%, definido como o mínimo seria exatamente o percentual que eles aplicariam, mesmo que as necessidades exigissem gastos maiores. Tal como no plano macroeconômico, a descentralização da saúde subordina-se à lógica do “econômico-contábil”, em que os secretários de finanças entendem que é a receita que condiciona a despesa. Para Prado (2001), esse pensamento expressa a visão dos economistas neoclássicos, defensores dos arautos da política ortodoxa. Dito de outra maneira, o respeito à LRF passa a ser o aspecto fundamental no âmbito da gestão, alargar receitas para conter as despesas — naquilo que é, por vezes, chamado de “Lei de Say fiscal”.

- *A construção de um consenso para a aplicação da EC 29*

Com o intuito de minimizar o descumprimento da EC 29, o Ministério da Saúde, que tem como principal interlocutor e parceiro o Conselho Nacional de Saúde, promoveu, entre setembro de 2001 e setembro de 2002, três seminários⁷⁴ com os tribunais de contas da União, a Comissão de Seguridade Social da Câmara e do Senado, o Conass e Conasems. Esses seminários tinham a finalidade de buscar uma interpretação homogênea e assegurar os objetivos que motivaram a aprovação da emenda — a necessária vinculação dos recursos. Sabia-se que o descumprimento da emenda podia ser minimizado com uma parceria entre os tribunais de contas, o Ministério da Saúde, os conselhos de saúde e o Ministério Público, na operação dos sistemas de acompanhamento e fiscalização. O resultado dessa parceria, pela troca de conhecimento técnico e político, contribuiu para a elaboração de normas adequadas ao cumprimento da EC 29, facilitando a construção de seu projeto de regulamentação mediante Lei Complementar.

Os temas abrangidos nesses seminários foram os seguintes: (i) definição conceitual e abrangência de despesas com saúde, estabelecidas de forma bem geral na emenda como “ações e serviços públicos em saúde”; (ii) definição dos mecanismos de transferência e de aplicação dos recursos da esfera federal; (iii) definição das formas de suspensão de repasse de recursos e

⁷⁴ Para o primeiro seminário realizado em setembro de 2001, o Ministério da Saúde, por meio de sua Subsecretaria de Assuntos Administrativos, utilizou um documento referencial de Marques e Mendes (2001).

intervenção da União nos estados e destes nos municípios; (iv) formas de acompanhamento, fiscalização e controle do cumprimento das disposições da EC 29; (iv) definição de critérios de redução de disparidades regionais; dentre outros.

Cabe lembrar que, embora o detalhamento desses temas fosse matéria da Lei Complementar que regulamentaria a EC 29 em 2004, já existe um consenso entre o Ministério da Saúde e os tribunais de contas do País para efeito de fiscalização do cumprimento da emenda. Esse consenso, de forma legal, se apoiou na produção de três documentos. São eles: 1) “Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da EC 29”, (MINISTÉRIO DA SAÚDE – CNS, 2001); 2) Relatório do Seminário sobre a Operacionalização da Emenda Constitucional nº 29 (MINISTÉRIO DA SAÚDE – SAA, 2001); e um terceiro documento, explicitado pela Portaria do Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro de nº 2.047, de 5 de novembro de 2002.

A EC 29 apresentou problemas também no que se refere à sua efetiva implementação e controle, como mencionado anteriormente nos itens de descumprimentos da União, dos estados e municípios. A emenda não definiu adequadamente o conceito que seria utilizado para a aplicação e o controle dos gastos em saúde (PIOLA, REIS e RIBEIRO, 2001; MARQUES e MENDES, 2000a). Dessa forma, a EC 29, ao não definir de forma clara que apenas os gastos com ações do SUS deveriam ser considerados para o atendimento de suas determinações, deixou abertos espaços para dúvidas por parte das três esferas de governo em relação à aplicação dos gastos na área da saúde. Tais dúvidas dizem respeito ao que deveria ser feito com as despesas de saneamento; com os inativos do setor saúde; com os gastos com clientela fechada, como os planos de saúde dos servidores públicos, além dos hospitais militares e policiais; com os gastos dos programas de alimentação, etc.

Para responder a essas dúvidas e não comprometer a implementação da EC 29, os atores importantes da arena de discussão da regulamentação da EC 29 promoveram uma série de seminários, discussões e definições, sintetizadas nos conteúdos de duas resoluções do Conselho Nacional de Saúde. São elas: a Resolução nº 316, de 4 de abril de 2002, substituída, posteriormente, pela Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, homologada pelo ministro da Saúde⁷⁵. A Resolução nº 322, então, ao dispor sobre dez diretrizes a respeito dos temas abordados

⁷⁵ Disponíveis em: <<http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes/resolucoes.htm>>.

no âmbito dos seminários, constituiu-se no grande instrumento-chave do consenso entre as entidades e na peça principal de orientação para o projeto de regulamentação da EC 29⁷⁶.

Para que fossem efetivadas e sintetizadas as definições a respeito da regulamentação da EC 29, durante o ano de 2003, foram realizados em Brasília mais dois seminários, promovidos pela Câmara Técnica do SIOPS, quando foi intensa a discussão das entidades presentes⁷⁷.

Muitas foram as sugestões encaminhadas pelas entidades presentes a serem incorporadas à minuta final do Projeto de Lei Complementar (PLC), o que faz do documento síntese uma carta de intenção para assegurar as conquistas da EC 29. A rigor, o PLC é registrado na Câmara dos Deputados, sob o nº 1/2003⁷⁸. Mesmo assim, ao que tudo indica, por melhores que tenham sido os resultados propiciados pela aprovação da Emenda Constitucional nº 29, muito resta a fazer, principalmente quanto à definição do que seja gasto com saúde e à participação das contribuições sociais no financiamento.

A seguir, de maneira sintética, são evidenciados os principais itens do Projeto de Lei Complementar nº 1/2003, em tramitação na Câmara de Deputados.

No tocante à *aplicação dos recursos da União*, o projeto de regulamentação adota um percentual de, no mínimo, 10% das receitas correntes brutas. No processo de discussão da Câmara Técnica do SIOPS, várias propostas para a alteração do cálculo de aplicação da União, conforme estabelecido na EC 29, foram apresentadas, isto é, desde as que mantinham a definição de aplicação vigente, as que tentaram vincular os impostos e contribuições sociais da União, e, até mesmo, as que defendiam a vinculação de 30% sobre o Orçamento da Seguridade Social — antiga proposta da PEC 169. Contudo, esta enfrentou a resistência de grande parte dos componentes da Câmara, liderada pelos representantes do Ministério da Saúde, em sua maioria.

⁷⁶ Diversas entidades, tais como Conselho Nacional de Saúde – CNS, Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde – Conass, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems, Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil – ATRICON, entre outras, vêm, desde 2001, discutindo questões sobre a operacionalização da EC 29. Os resultados dessas discussões foram sistematizados em diversos documentos, os quais contribuíram para o conteúdo dos projetos de lei que tratam da regulamentação da EC 29. O principal deles é o Projeto de Lei do Senado nº 35, de autoria do senador Tião Viana, disponível em: <www.senado.gov.br>. Dentre os principais documentos, ver MS–CNS (2001) e MS–SAA (2001), ambos relacionados na Resolução nº 316, de 4 de abril de 2002, do CNS.

⁷⁷ Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Procuradoria Geral da República; Banco do Brasil; representante da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas; Conselho Federal de Contabilidade; assessoria do deputado Roberto Gouveia (PT-SP); assessoria do deputado Guilherme Menezes (PT-BA); IBGE – Depto. Contas Nacionais; técnicos do SIOPS; Secretaria Gestão Participativa – MS; STN; técnicos do Departamento de Economia da Saúde –MS; assessoria da bancada do PT na Câmara Federal.

⁷⁸ O projeto é de autoria do deputado federal Roberto Gouveia (PT-SP) — ver Câmara dos Deputados (2003).

Isto porque a justificativa deles se apoiava na dificuldade de negociação com a área econômica do governo federal. Para se ter uma idéia do montante da aplicação dos 10% das receitas correntes brutas, estima-se que representaria R\$ 9,3 bilhões a mais do que o registrado pelo Ministério da Saúde em 2002 (R\$ 24,7 bilhões)⁷⁹.

Nessa linha, ao entender que o setor saúde necessita contar com um volume estável de recursos, sem o quê os mesmos estariam constantemente sendo disputados com outras áreas, bem como de maior aporte para responder ao “princípio da construção da universalidade”, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, deliberou sua concordância com os termos do projeto de regulamentação da EC 29. Dessa forma, esperava-se viabilizar um volume de recursos mais adequado para o sistema, no mínimo superior à regra então vigente para a União (o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação do Produto Interno Bruto nominal) e, de certa forma, semelhante à base de cálculo válida para estados e municípios (vinculação sobre as receitas de impostos).

No que diz respeito à denominação das *Despesas que devem e as que não devem ser consideradas como ações e serviços públicos de saúde*, o PLC 01/2003 é bastante específico. O projeto apóia-se no artigo 196 da Constituição, no qual saúde deve ser de acesso universal e igualitário, voltada para sua promoção, proteção e recuperação. Ainda acrescenta a importância de se considerar o conteúdo do artigo 7º da Lei Federal nº 8.080/1990, cujas diretrizes devem seguir a própria Constituição e estar em conformidade com os objetivos e as metas explicitados nos planos de saúde de cada esfera de governo. De forma sintética, o projeto de regulamentação da EC 29 determina a obrigatoriedade de gestor do SUS em só computar como despesas de saúde aquelas previstas no plano de saúde e não usar os recursos de saúde para pagar inativos do setor saúde, saneamento básico — custeado por fundos, taxas, tarifas, etc. —, merenda escolar, coleta de lixo, serviços próprios de servidores ou de clientela fechada, meio ambiente e assistência social. Na realidade, o PLC 01/2003 acatou o conteúdo da Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, homologada pelo ministro da Saúde.

Em relação à *distribuição dos recursos da União para estados e municípios e dos estados para municípios*, o PLC 01/2003 adota o critério de necessidades de saúde da população, levando em consideração as seguintes dimensões: perfil epidemiológico, perfil demográfico, perfil socioeconômico, espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde. Na realidade,

⁷⁹ Ver Cebes et al. (2004).

essa forma de distribuição de recursos procura responder à noção de equidade, entendida no projeto como o respeito ao princípio de igualdade de recursos para necessidades iguais. Sabe-se que o conceito de equidade não está claro na legislação brasileira e, particularmente, na da saúde. Os critérios vigentes no artigo 35 da Lei nº 8.080/90 mostraram-se de difícil aplicação ao longo da década de 1990. Dessa forma, os artigos que tratam da distribuição dos recursos procuram responder a essa problemática.

Após intensos debates e conflitos entre os interesses do governo federal, contrários ao projeto e à Frente Parlamentar da Saúde, o PLC 01/2003, que trata da regulamentação da EC 29, foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família e na Comissão de Finanças e Tributação, ora encaminhado à Comissão de Constituição e Justiça da Câmara Federal. A expectativa é que nessa comissão, e última para ingressar no plenário da Câmara, os embates serão ainda maiores.

Essa é, em linhas gerais, a trajetória do financiamento da saúde nos anos pós-Constituição. A persistência da lógica de “disputa” e as políticas econômicas implementadas não permitiram que o financiamento do conjunto das áreas da Seguridade Social e a implantação da EC 29 fossem tratados com o devido cuidado que a situação exigiria, sobretudo por ser tratar de instrumentos fundamentais para a sustentação do núcleo duro das políticas sociais e de seu papel enquanto mecanismo de redistribuição social da renda.

1.2.1.3 – OS OBSTÁCULOS DA ÁREA ECONÔMICA E O SUS NOS ANOS 2000

O prolongamento da crise instalada há duas décadas, sem perspectiva de crescimento continuado da economia brasileira, vem prejudicando que a construção da universalidade do SUS caminhe.

A forma prolongada da crise deve-se às resistências, apesar de todos os avanços do movimento do “princípio da contenção do gasto”, das estruturas e instituições criadas pelo SUS. Dentre elas, destacam-se as estruturas institucionais para coordenar as ações dos três gestores do sistema e a municipalização da Atenção Básica, em que os governos locais tornaram-se essenciais na provisão de serviços de saúde.

Essa situação, de forma contraditória, aparece como se a área da saúde estivesse permanentemente em crise, quando, na verdade, todas suas manifestações apenas refletem os

conflitos de interesse em jogo e o grau de resistência que tem o movimento pela universalização da saúde pública.

- *A reforma tributária do governo Lula e o financiamento do SUS*

A reforma tributária aprovada pelo governo Lula, por melhores que tenham sido as intenções de seus proponentes, apenas sancionou o comprometimento atual dos municípios e do governo federal, tendo aberto mão de repensar as condições de sustentação do conjunto da seguridade social, em especial as da saúde. Entretanto, nos avanços das negociações para a aprovação da reforma, houve a possibilidade de mecanismos semelhantes à DRU serem aplicados nos estados e municípios, o que, segundo estimativa realizada pela Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde, significaria uma redução de recursos de R\$ 3 bilhões dos estados e de R\$ 2,5 bilhões dos municípios, caso a desvinculação de 20% fosse aplicada à arrecadação prevista para o ano de 2003. Contudo, numa reação defensiva daqueles que decidiram proteger o caminho da construção da universalidade da saúde, conseguiu-se obter do governo Lula, após intensas mobilizações, o compromisso de retirada dessa proposta no âmbito do projeto do Executivo. As entidades vinculadas à saúde — Conass, Conasems, CNS, Abrasco, Abres, Comissão da Seguridade Social da Câmara — formaram um bloco de autoproteção do princípio da universalidade, assegurando a defesa pela garantia de recursos.

O financiamento do SUS é uma questão longe de estar resolvida no âmbito da aprovada reforma tributária do governo Lula⁸⁰. Em consonância à política de austeridade fiscal, foi emblemática a defesa intransigente do governo Lula em manter a CPMF — mas sem dividir os recursos com os outros níveis de governo — e a prorrogação da DRU até 2007. Como comentado na seção sobre a tensa relação entre Seguridade Social e SUS, não é necessário explicar que essas propostas limitam o aporte de recursos para a área da seguridade social e da saúde, em particular.

A discussão da reforma do Estado, envolvendo propostas de modificações substantivas das áreas tributária e também previdenciária — aprovada no mesmo ano de 2003 —, coloca a possibilidade do SUS vir a ser alterado nos seus fundamentos. Isso ocorreria já que não se atribui atenção especial às principais fontes de financiamento do sistema de saúde e que a escassez

⁸⁰ Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc42.htm>. Para uma abordagem da reforma tributária do governo Lula e sua implicação para a saúde, ver Marques e Mendes (2003a).

relativa de recursos passa a ser usada como argumento para sustentar somente a manutenção dos cuidados com a saúde da parcela mais carente da população.

- *As recentes investidas contra o financiamento do SUS*
 - O descumprimento da Proposta Orçamentária 2004 do Ministério da Saúde

No ano de 2004, o veto presidencial ao § 2º do artigo 59 da LDO/2004 passou a permitir que fossem consideradas como ações e serviços públicos de saúde as despesas realizadas com encargos previdenciários da União (EPU) e com o serviço da dívida, bem como a dotação dos recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. A reação contrária do CNS e da Frente Parlamentar da Saúde resultou na mensagem do Poder Executivo ao Congresso Nacional criando o § 3º para o artigo 59, em que, para efeito das ações em saúde, são deduzidos o EPU e o serviço da dívida. Contudo, nenhuma menção foi feita ao Fundo da Pobreza.

No momento em que os R\$ 3.571 milhões referentes ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (Fonte 179) são considerados como ações de saúde, não só a Saúde deixa de contar com esse montante de recursos como é desrespeitado o processo da definição do que sejam ações típicas de saúde, iniciado por meio dos seminários mencionados — de 2001 a 2003 — realizados entre os tribunais de contas, o Conselho Nacional de Saúde, o Conasems, o Conass, o Ministério da Saúde e outras entidades vinculadas ao SUS. A inclusão da alimentação e nutrição e do saneamento básico, atividades previstas para serem financiadas com o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, contrariavam o § 2 do artigo 198 da Constituição, os artigos 5 e 6 da Lei nº 8.080/90 e a Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, homologada pelo Ministério da Saúde, em 8 de maio de 2003.

Após intensos debates e discussões entre entidades vinculadas ao SUS e Ministério do Planejamento, nada se conseguiu modificar no que havia sido estabelecido pelo presidente. Somente após o parecer do Ministério Público Federal⁸¹, contrariando a decisão presidencial e solicitando ao presidente Lula que retirasse o veto, sob pena de seu orçamento aprovado vir a ser considerado inconstitucional, o governo foi obrigado a recuar. A partir da Lei nº 10.777, de 25 de novembro de 2003, foi reintroduzido o conteúdo do § 2º do artigo 59 da LDO/2004 — vetado pelo presidente —, assegurando assim que os encargos previdenciários da União, os serviços da

⁸¹ A decisão do Ministério Público Federal, sob o parecer do ministro Cláudio Fontelles, foi feita com base numa representação encaminhada pelo deputado federal Roberto Gouveia (PT-SP), pelo ex-deputado federal Eduardo Jorge (PT-SP) e pelo então vice-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde, Áquilas Mendes.

dívida e a parcela das despesas do ministério, financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, não fossem considerados como ações e serviços públicos de saúde.

- O desrespeito de alguns estados sobre o conceito de saúde

A atitude do governo federal possibilitou que alguns estados desrespeitassem o conceito de despesa com saúde definida pelo consenso das entidades vinculadas ao SUS. No fim de 2003, a governadora do Estado do Rio de Janeiro propôs ao Supremo Tribunal Federal uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) com pedido de medida cautelar, em razão da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322, de 8 de maio de 2003, especialmente para sua invalidação e suspensão imediata dos seus efeitos. Na prática, a governadora questiona particularmente a diretriz da resolução que define as despesas a serem consideradas como ações e serviços públicos de saúde. O motivo era para incluir gastos na saúde que são vedados na resolução. Além desse questionamento, a ADIN indaga sobre o caráter deliberativo do Conselho Nacional de Saúde para determinar as formas de aplicação do gasto com ações e serviços públicos de saúde.

A continuidade da institucionalização do SUS universal exige, no curto prazo, a derrota da ADIN da governadora do Rio de Janeiro e mais, no longo prazo, a redefinição da posição econômica e política assumida pelos governos federal e estaduais, o que implicará o abandono das “estratégias” ortodoxas adotadas por esses governos. Com efeito, a aprovação do projeto de regulamentação da EC 29 pode rapidamente modificar esse quadro.

- A ameaça da desvinculação dos recursos do SUS

Em fins de 2003, o governo federal encaminhou documento referente ao novo acordo com o Fundo Monetário Internacional⁸², comunicando sua intenção em preparar um estudo sobre as implicações das vinculações constitucionais das despesas sociais — saúde e educação — sobre as receitas dos orçamentos da União, dos estados ou dos municípios. A justificativa utilizada apoiava-se na idéia de que a flexibilização da alocação dos recursos públicos poderia assegurar uma trajetória de crescimento ao País⁸³.

⁸² O documento referente ao novo acordo com o FMI é dirigido ao seu diretor executivo, Köhler, ver Ministério da Fazenda (2003).

⁸³ Ver Ministério da Fazenda, 2003, p. 3.

A intenção do governo, particularmente no âmbito do SUS, era tirar do Ministério da Saúde a obrigação de gastar, em relação ao ano anterior, valor igual acrescido da variação nominal do PIB; dos estados, 12% de sua receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais; e, dos municípios, 15%. Cabe salientar que, evidentemente, a DRU, em relação à União, já tem esse conteúdo de viabilizar a desvinculação, mas não se pode esquecer que, anteriormente, nenhum governo havia proposto a completa desvinculação dos recursos da Seguridade Social. No caso da saúde, isso poderia significar a alocação do gasto em algo do tipo de uma cesta básica, nos moldes há muito proposto pelo Banco Mundial, abandonando a idéia da universalização da saúde.

- O embate com a resolução do Conselho Nacional de Cidades

Em 2004, uma das mais recentes investidas contra o conceito de Saúde foi proveniente de uma resolução do Conselho Nacional das Cidades (Concidades), do Ministério das Cidades (MC). Nessa resolução, o seu artigo 1º solicitava que o MC fizesse gestões no sentido de adiar a tramitação do PLC 01/2003 e que fosse reaberta a discussão no Congresso Nacional com os setores interessados, particularmente no âmbito da definição de saneamento ambiental.

De forma rápida, o Conselho Nacional de Saúde, por meio de suas comissões de Orçamento e Finanças (Cofin) e da Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente (Cisama), solicitou reunião com o Concidades para resolver tal impasse. Após a realização dessa reunião, ficou resolvido que esse conselho não tinha intenção de prejudicar a tramitação do PLC 01/2003, o que se buscava era apenas introduzir aperfeiçoamentos técnicos e “ajustes redacionais”⁸⁴. Dessa forma, os dois conselhos decidiram criar um grupo de trabalho para acompanhar as tratativas com o autor e os relatores do PLC, mantendo o espírito desse projeto baseado na Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde.

Como mencionado no início deste capítulo, a universalização do acesso à saúde, a partir da Constituição de 1988, pode ser considerada um dos direitos sociais fundamentais assegurados pelo sistema de proteção social por ela consolidado. No entanto, os obstáculos econômicos e embates políticos vividos no processo de implementação do SUS vêm dificultando sua viabilidade.

⁸⁴ Ver Relatório nº 148, da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde (2004). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/orcafinan_2004.htm>. Acesso em: dez. 2004.

1.3 – O financiamento e a descentralização da política de saúde

A adoção da descentralização como um princípio de organização do SUS é produto de um longo processo. Iniciado em período anterior à Constituição de 1988 e nela consolidado, sua efetiva construção ocorreu nos primeiros anos da década de 1990, quando assumiu lugar de destaque na agenda do SUS, entre outros motivos, porque os diferentes níveis de governo manifestaram interesses diversos. Esses interesses, somados ao fato de o governo federal não apresentar um projeto que delimitasse as responsabilidades de cada esfera de governo⁸⁵, fizeram da descentralização um palco de rivalidades políticas.

Um dos principais resultados da descentralização foi o maior comprometimento das esferas subnacionais com o financiamento da saúde, principalmente dos municípios. Pode-se dizer que essa situação é algo típico dos anos 1990. Isto porque, no período 1980-1990, a participação do governo federal no financiamento foi, em média, de 75,9%⁸⁶. Essa acentuada participação da esfera federal pode ser atribuída ao desenho da política de saúde praticada no País, que tinha na centralização um de seus principais princípios; mas não é pouco importante o fato de a estrutura tributária definir que a arrecadação de impostos e contribuições com as maiores bases de incidência sejam de competência da União⁸⁷.

Nos anos 1990, embora a maior parte dos recursos do gasto público em saúde continue de origem federal, sua participação diminuiu consideravelmente passando de 60,7%, em 1994, para 56,2%, em 2001 (Tabela 5). Em parte, isso se explica pela implementação do SUS, pois, ao ficar definido na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde, a Lei Federal nº 8.080/90, e nas Normas Operacionais Básicas do SUS — NOB 93 e 96 — como de competência dos municípios a execução preferencial das ações e serviços de saúde, forçou que essa instância de governo destinasse mais recursos para a área da saúde.

O outro motivo, nem sempre lembrado, é que os anos de implementação do SUS — o que persiste até os primeiros anos de 2000 — correspondem àqueles em que a retração do gasto público (especialmente o federal) foi alçada à principal variável na determinação e/ou redução do déficit público, uma das metas a serem cumpridas nos acordos com o Fundo Monetário Internacional e por ele monitorizada. Neste sentido, não é de se estranhar, portanto, que a

⁸⁵ Ver Cohn (2000).

⁸⁶ Fonte: Medici (1994) apud Barros, Piola e Vianna (1996).

⁸⁷ Para se ter uma idéia da trajetória do financiamento da política de saúde e da estrutura do sistema tributário no País, ver Marques (1999) e Marques e Mendes (1999).

participação relativa dos recursos de origem federal destinado à saúde pública tenha diminuído, e aumentado a participação dos estados e municípios. Em razão do esforço dessas esferas de governo, principalmente dos municípios, o gasto público *per capita* passou de R\$ 233,00, em 1995, para R\$ 289,00, em 2001. Em relação ao PIB, o esforço direcionado à saúde pública permaneceu praticamente constante, um pouco acima de 3% (Tabela 5).

Tabela 5
Brasil – Gasto Público com Saúde, segundo a esfera de governo (1995-2001), em percentagem (%)

Anos	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS	TOTAL	P/Capita	% do PIB
1995	62,7	18,1	19,1	100,0	233,00	3,01
1996	58,4	21,3	20,3	100,0	217,00	2,73
1997	61,9	18,5	19,6	100,0	235,00	2,87
1998	58,4	21,3	20,3	100,0	235,00	2,85
1999	62,5	17,6	20,0	100,0	249,00	3,02
2000	59,8	18,6	21,6	100,0	266,00	3,09
2001	56,2	20,6	23,2	100,0	289,00	3,33

Fonte: ELIAS, BENEVIDES e ABREU (2004).

Obs.: A base das informações foi extraída do SIOPS/SCTS/DES/MS. Nesse estudo foram consideradas apenas as despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Isto é, no caso das rubricas orçamentárias do Ministério da Saúde, não foram consideradas as despesas com juros e amortização da dívida, inativos e pensionistas e aquelas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Procedimento semelhante foi adotado para a contabilização dos estados e municípios, utilizando-se os critérios definidos pela Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde.

É importante, contudo, observar que a queda da participação dos recursos federais no financiamento da saúde pública não significa a diminuição do seu papel na determinação da política de saúde no País. O governo federal continua sendo o principal responsável pelos recursos, como também a participação dos municípios no financiamento — o que corresponde em 2001 a 23,2% do total do gasto público — está pulverizada em todo o território nacional. Ainda se nota que, entre 1996 e 1999, a participação dos municípios no gasto público total com saúde estabilizou-se em cerca de 20,0%, com uma tendência a queda (Tabela 5). Esse comportamento não revela surpresas, se for lembrado que os anos posteriores a 1996 foram marcados por contenção do gasto público, cuja principal diretriz política, como já mencionado, foi a determinação e/ou diminuição do déficit, uma das metas prioritárias do governo federal e por ele acompanhada nas demais instâncias de governo. Acrescenta-se, a esse argumento, o fato de a receita disponível dos municípios, na segunda metade dos anos 1990, ter tido um crescimento bem mais modesto do que nos primeiros anos da década, o que constrange sua capacidade de gasto⁸⁸. Quando se considera que, a partir de 1996, em virtude da implementação

⁸⁸ O comportamento da receita disponível municipal, que inclui a arrecadação própria (IPTU, ISS e ITBI, principalmente) mais as transferências constitucionais (FPM, ICMS, IPVA, principalmente), revela que, entre

do processo de descentralização da política de saúde, os municípios passaram a efetuar gastos crescentes nessa área, a baixa capacidade de suas finanças torna-se ainda mais problemática.

Voltemos à situação, anteriormente verificada, da maior parte dos recursos do gasto público em saúde ser de origem federal. Isso quer dizer que sua participação, nos anos 1990, embora tenha sido diminuída em relação aos anos 1980, não foi acompanhada da redução de sua presença na determinação da política, como foi mencionado. Para se ter uma idéia, os esforços do governo federal na determinação da política de saúde têm sido dirigidos no sentido de modificar o modelo de assistência em saúde, como, por exemplo, priorizando o nível de atenção básica em saúde. Entre 1998 e 2000, o gasto do Ministério da Saúde com a Atenção Básica passou de 10,88% para 12,06% do total da despesa desse Ministério, significando um aumento de 1,18 ponto percentual. A importância da Atenção Básica para o Ministério da Saúde fica ainda mais evidente quando se tem presente apenas a despesa realizada pelo ministério com as ações e os serviços de saúde, isto é, excluindo o gasto com pessoal inativo e com a amortização da dívida. Entre 1998 e 2000, o total do gasto com esse nível de atenção sempre foi superior a 13% — 13,79%, 13,20% e 13,45%, respectivamente⁸⁹.

Para se entender a abrangência dessa alteração, é necessário verificar a evolução dos recursos federais por meio das transferências aos estados e municípios habilitados no SUS. Esta análise será retomada à luz da discussão do próximo item.

1.3.1 – As Normas Operacionais Básicas do SUS e o Financiamento

Na década de 1990, o processo de descentralização da política de saúde e seu esquema de financiamento foram operados pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS. Essas normas se constituíram em instrumentos para a regulação dos aspectos de divisão de responsabilidades entre o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais de saúde e as secretarias municipais de saúde e para a definição de critérios de repasse de recursos federais para estados e municípios. Ressalta-se que, embora o financiamento da saúde seja dependente, em maior parte,

1995 e 1999, sua participação cresceu apenas 0,5 ponto percentual em relação ao total da receita disponível das três esferas de governo (12,3% e 12,8%, respectivamente). No mesmo período, a participação da receita disponível da União teve um incremento de 1,5 ponto percentual, passando de 61,7% para 63,2% (AFONSO e ARAÚJO, 2000). Para uma análise do significativo crescimento da receita disponível dos municípios nos primeiros anos após a Constituição de 1988, até 1994 (1,1 ponto percentual), ver “Termômetros da tributação e da descentralização”. Disponível em: <<http://www.bndes.gov.br>>, no *link* do banco federativo.

⁸⁹ Esses dados foram elaborados com base nos quadros disponibilizados pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/Secretaria Executiva do Ministério da Saúde à Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde, em 2001.

do governo federal, a operação do sistema é, prioritariamente, local, provocando tensões no interior do sistema de saúde. Na realidade, essas normas — portarias do Ministério da Saúde — têm se firmado em importante instrumento indutor da adesão dos municípios ao processo de descentralização da política de saúde, operacionalizando-se, com muita ênfase, pela “via” do financiamento do setor⁹⁰.

Foram três as principais NOBs do SUS editadas nos anos 1990 — NOB 91, NOB 93 e NOB 96. No entanto, apenas as duas últimas nos interessam para ser analisadas nos limites desta tese. Isto porque elas tornaram mais intenso o aprofundamento do processo de descentralização e gestão local da saúde, instituindo e aperfeiçoando critérios de transferência automática dos recursos federais para os municípios. Essa transferência foi prevista diretamente para os gestores municipais — do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais —, respeitando o cumprimento de certos requisitos previstos nas normas.

Ainda que a NOB editada em 1991 se colocasse como instrumento de apoio à descentralização, acabou reforçando a centralização do poder federal no sistema de saúde. Na prática, introduziu a relação direta do Ministério da Saúde com as secretarias municipais de Saúde por meio de “convênios de municipalização”. Esses convênios transformavam os serviços de natureza pública — municipais — em prestadores ressarcidos financeiramente de acordo com a produção. Como lembram Levcovitz, Lima e Machado (2001), a introdução de critérios de transferências de recursos do Ministério da Saúde exclusivamente por remuneração da produção de serviços inibia a autonomia gestora dos governos locais. Isto porque os recursos de assistência à saúde, quando “creditados” para as unidades ambulatoriais e hospitalares prestadoras de serviços, não podiam ser executados diretamente pelos municípios/secretarias de saúde. Pela NOB 91, os municípios eram transformados em entidades produtoras de procedimentos de assistência médica, igualando-se àquelas de natureza privada e filantrópica⁹¹.

Mesmo com esse caráter centralizador, a NOB 91 e a sua substituta, a NOB 92 — que deu apenas continuidade ao conteúdo da norma anterior, sem grandes alterações —, conseguiram ter, em fins de 1992, a adesão de aproximadamente 2 mil municípios que acabaram assinando os

⁹⁰ Para essa discussão, ver Elias, Marques e Mendes (2001).

⁹¹ Para uma crítica da NOB 91, logo após a sua edição — especificamente no tocante ao seu critério de transferência de recursos por produção de serviços —, ver Carvalho (1991). Para uma análise crítica mais recente, em que são elencadas diversas ilegalidades da NOB 91, ver — de forma sintética — Carvalho (2001) e — de forma mais analítica — Carvalho (2002).

“convênios de municipalização”. Para Levcovitz (1997), essa adesão dos municípios deve ser entendida sob dois aspectos: 1) como forma de rechaçar a relação privilegiada entre as secretarias de estado da saúde e o INAMPS no período do SUDS⁹²; 2) como resposta clara às demandas prementes pela descentralização do sistema.

1.3.1.1 – A NOB 93 E A NOVA SISTEMÁTICA DE REPASSES FINANCEIROS

A Norma Operacional Básica SUS 01/93 introduz importantes alterações no processo de descentralização e no seu esquema de financiamento. Há quem considere que ela é um ponto de inflexão fundamental na lógica do financiamento do sistema⁹³. Isto porque, do ponto de vista da sistemática de repasses financeiros do Ministério da Saúde aos municípios, são adotadas transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde⁹⁴. A rigor, essas formas de repasses estavam vinculadas a uma das modalidades de descentralização do SUS denominada de *semiplena*, adotada pelos municípios conforme determinação da NOB 93.

Na NOB 93, a relação entre o grau de descentralização/municipalização correspondia à condição de gestão do sistema local de saúde e sua responsabilidade respectiva no SUS. Três condições de gestão foram oferecidas pela NOB 93 aos municípios: *incipiente*, *parcial* e *semiplena*. Os municípios não eram obrigados a passar pelos três tipos de gestão, pois, embora representassem situações progressivas, não eram necessariamente sequenciais. Cada uma delas dispunha de responsabilidades e prerrogativas a serem assumidas⁹⁵. Na realidade, os municípios poderiam permanecer, de maneira transitória, como não habilitados a nenhuma condição de gestão, até o momento em que deveriam se enquadrar de forma obrigatória. Os enquadramentos dos municípios às condições de gestão eram aprovados pelas novas arenas de pactuação

⁹² O Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS) foi criado em 1987 com o objetivo de acelerar o processo de municipalização da saúde. Por meio dele, foi generalizado o “convênio” como instrumento de definição de responsabilidades administrativa e financeira entre Estado e municípios. O SUDS ficou conhecido como o sistema que promoveu a “estadualização da política de saúde” (VIANA, 1994).

⁹³ Ver Almeida (1995); Levcovitz, Lima e Machado (2001) e Carvalho (2002).

⁹⁴ Os Fundos de Saúde constituem-se em conta específica para a saúde. Foram criados nas Leis Orgânicas da Saúde nºs 8.080/90 e 8.142/90.

⁹⁵ A mesma situação é válida para os estados, com a possibilidade de adotar a condição de gestão parcial ou a semiplena. Na *parcial*, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) deveria responsabilizar-se pela programação com os municípios, incluindo a manutenção e o investimento dos recursos próprios e transferidos; controle e avaliação da rede de serviços, coordenando a rede de referência estadual, as ações de vigilância epidemiológica e das condições de trabalho, hemocentros e laboratórios; e gerir os serviços de alta complexidade. Na gestão *semiplena*, a SES, além das responsabilidades definidas na situação anterior, assume a prestação de serviços no estado, abrangendo o pagamento dos prestadores públicos e privados de serviço.

institucionalizadas pela NOB 93, que visavam fortalecer o processo de descentralização do SUS: as Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs) em âmbito de cada estado⁹⁶, com representantes seus e do conjunto de municípios por meio dos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) federal, com representantes do Ministério da Saúde, do conjunto dos estados por meio do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e dos municípios por meio dos Cosems.

Na condição de gestão *incipiente*, os municípios responsabilizavam-se, de forma *gradual*, pelas seguintes atividades: contratação e autorização do cadastramento; controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos, privados/filantrópicos contratados no município; distribuição de uma cota de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), negociada na Comissão Intergestores Bipartite — composta por representantes da Secretaria de Estado da Saúde e dos municípios — ou o equivalente a 8% da sua população; gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorporação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária; e desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Na condição de gestão *parcial*, os municípios responsabilizavam-se, de forma *imediate*, pelas funções mencionadas na gestão *incipiente*. Para tanto, deveriam receber mensalmente os recursos financeiros referentes à diferença entre o que foi gasto com o pagamento de custeio direto da esfera federal aos prestadores públicos/privados — lucrativos/filantrópicos (ambulatorial e hospitalar) — e o teto financeiro fixado, baseando-se em uma série histórica de gastos de custeio.

Na prática, essas condições de gestão parcial e incipiente com o enquadramento de 2.983 municípios, até 1997 (ver Quadro 1), não foram implantadas efetivamente. Isto porque esses municípios não puderam exercer suas atribuições, principalmente pela não devolução, por parte do Ministério da Saúde, dos saldos financeiros previstos em seu enquadramento⁹⁷. Isto não quis dizer que esses municípios não tivessem respondido aos requisitos exigidos e às responsabilidades determinadas pela NOB 93.

⁹⁶ A criação da CIBs pela NOB 93 foi um passo importante para fortalecer o relacionamento entre as esferas de governo. Até hoje, praticamente todas as questões referentes ao financiamento, à descentralização do SUS, à estruturação e ao funcionamento do sistema de saúde definido pela esfera federal e/ou estadual são discutidas na CIB.

⁹⁷ Ver, a propósito, Carvalho (1999, 2001 e 2002) e Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria de Políticas de Saúde (2001) para uma análise da operacionalização da descentralização dos tipos de gestão do SUS, prevista pela NOB 93.

No entanto, o que se efetivou na prática, em termos de repasses financeiros, foi a sistemática adotada pelos municípios que se enquadraram na condição de gestão *semiplena*. Nesta modalidade, o município assumia a responsabilidade de todos os serviços de saúde existentes em seu território, garantindo a capacidade gerencial e o reordenamento do modelo assistencial. De forma detalhada, a gestão *semiplena* implicava transferir ao município as seguintes responsabilidades: a possibilidade e as condições de planejar seu sistema de saúde; a competência de se relacionar diretamente com os prestadores ambulatoriais e hospitalares públicos e privados/filantrópicos por meio do cadastramento, contratação, controle e pagamento; o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, com exceção das unidades hospitalares estaduais de referência regional; a execução e o controle das ações básicas de saúde, da vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde do trabalhador existentes em seu território; e a efetiva gerência de todos os instrumentos técnicos e administrativos de gestão.

Para cumprir tais responsabilidades, os municípios enquadrados na gestão *semiplena* recebiam mensalmente, de forma automática — “Fundo a Fundo” (Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde) —, o volume global de recursos financeiros correspondentes a um teto financeiro estabelecido para o custeio de atividades ambulatoriais e hospitalares, por meio de recursos federais realizados por sua própria rede e pela rede contratada de forma suplementar. Dessa forma, a NOB apontava para um horizonte de repasse global e automático de recursos, sem vinculá-los à implantação de determinados programas nos municípios. Os gastos com ações e serviços de saúde ficavam à mercê das definições locais da política de saúde.

Contudo, é importante lembrar que, apenas em novembro de 1994, se deu início aos repasses de recursos aos fundos de saúde dos municípios em gestão *semiplena*. Barros (2001) lembra que as dificuldades legais para a implantação do repasse global e automático provocaram o adiamento da concretização da gestão *semiplena* para mais de um ano após a edição da NOB. As condições para a transferência de recursos “fundo a fundo” só foram regulamentadas pelo decreto da Presidência da República — Governo Itamar Franco — de nº 1.232, de 30 de agosto de 1994⁹⁸. Cabe assinalar que as dificuldades financeiras do SUS no período, mencionadas anteriormente, não foram obstáculos para a habilitação de alguns municípios em *semiplena*.

⁹⁸ Disponível em: <www.saude.gov.br>, em legislação, para o conhecimento da íntegra do Decreto nº 1.232/94, que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional.

Em dezembro de 1994, apenas 24 municípios brasileiros assumiram essa condição de gestão, sendo sete municípios na Região Nordeste, 13 na Sudeste e quatro na Região Sul⁹⁹. Desse ano em diante, o enquadramento dos municípios na gestão *semiplena* ocorreu de forma crescente. Em 1995 — primeiro ano em vigor do repasse “fundo a fundo” —, 43 municípios encontravam-se enquadrados em *semiplena*. Já em 1997, esse número passou a 144 num universo de 5.507 municípios, incluindo as capitais de 11 estados, utilizando 24,06% dos recursos do Fundo Nacional de Saúde¹⁰⁰ destinados à assistência em saúde. Para se ter uma idéia dessa evolução, o número de municípios em *semiplena* cresceu 235%, entre 1995 e 1997 (ver Quadro 1).

Vale ressaltar que há uma correlação entre porte populacional do município e a condição de gestão a que se enquadra, tendendo os municípios grandes (mais de 100 mil habitantes) a aderirem à gestão *semiplena* (HEIMANN et al., 2000).

O Quadro 1 apresenta a evolução do processo de habilitação dos municípios nas três diferentes condições de gestão descentralizada da NOB SUS 01/93. Nesse quadro pode observar-se a evolução desse processo, conforme sua distribuição, por estados e regiões brasileiras.

⁹⁹ Na região Nordeste: no Ceará (4) — Fortim, Iracema, Itapiúna e Quixadá —; em Pernambuco (2) — Olinda e Petrolina —; no Rio Grande do Norte (1) — Natal —; na região Sudeste: em Minas Gerais (5) — Alfenas, Belo Horizonte, Betim, Divinópolis e Sete Lagoas —; em São Paulo (8) — Assis, Diadema, Mauá, Santos, São José dos Campos, São Vicente, Sertãozinho e Votorantim —; na região Sul: em Santa Catarina (2) — Blumenau e Joinville —; no Rio Grande do Sul (2) — Panambi e Santa Rosa. (ALMEIDA, 1995)

¹⁰⁰ Fonte: Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde apud Siqueira et al. (2002, p. 28).

Quadro 1
Municípios habilitados nas condições de gestão da NOB 93, por região e unidade federada,
1995-1997

REGIÃO/UF	TOTAL		MUNICÍPIOS HABILITADOS							
	MUNICÍPIOS		INCIPIENTE		PARCIAL		SEMPIENA		TOTAL	
	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997	1995	1997
REGIÃO NORTE	398	398	25	34	10	16	0	6	35	56
AC	22	22	2	5	2	2	0	0	4	7
AM	62	62	0	1	0	0	0	0	0	1
AP	15	15	0	0	0	0	0	0	0	0
PA	128	128	15	20	3	6	0	2	18	28
RO	40	40	7	7	2	3	0	3	9	13
RR	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0
TO	123	123	1	1	3	5	0	1	4	7
REGIÃO NORDESTE	1.558	1.559	681	851	36	39	10	33	727	923
AL	100	100	54	54	4	4	0	0	58	58
BA	415	415	131	170	1	4	0	0	132	174
CE	184	184	131	136	0	0	4	12	135	148
MA	136	136	21	30	4	6	1	9	26	45
PB	171	171	76	101	0	0	0	1	76	102
PE	177	177	72	117	9	6	3	5	84	128
PI	148	148	98	100	1	0	0	1	99	101
RN	152	153	88	116	17	19	2	5	107	140
SE	75	75	10	27	0	0	0	0	10	27
REGIÃO CENTRO-OESTE	426	427	133	164	61	64	1	9	195	237
GO	232	232	89	111	8	13	0	0	97	124
MS	77	77	20	30	21	17	0	8	41	55
MT	117	118	24	23	32	34	1	1	57	58
DF	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
REGIÃO SUDESTE	1.533	1.533	793	800	265	261	26	78	1.084	1.139
ES	71	71	49	54	1	1	0	3	50	58
MG	756	756	492	488	191	201	9	18	692	707
RJ	81	81	3	3	14	14	5	7	22	24
SP	625	625	249	255	59	45	12	50	320	350
REGIÃO SUL	1.058	1.058	396	518	196	236	6	18	598	772
PR	371	371	276	285	43	44	0	3	319	332
SC	260	260	22	28	139	176	3	11	164	215
RS	427	427	98	205	14	16	3	4	115	225
BRASIL	4.973	4.975	2.028	2.367	568	616	43	144	2.639	3.127

Fonte: Ministério da Saúde in Almeida (1995) para 1995.

Ministério da Saúde/SAS/SPS, disponível em: <www.saude.gov.br> para 1997.

Acesso em: 31/1/2001.

Notas: 1995: posição jun. 1995

1997: posição jan. 1997

Não está incluído o DF.

Nota-se que, entre 1995 e 1997, o processo de habilitação às condições de gestão oferecidas pela NOB 93 não ocorreu de maneira uniforme em todas as regiões brasileiras. Isto porque o processo de descentralização da saúde nos estados tem história política específica. Por outro lado, chama a atenção o crescimento equilibrado da habilitação à condição de gestão

sempilena nas diferentes regiões do País. No fim do período 1995-1997, a maior participação de municípios enquadrados na *sempilena*, em relação ao total de municípios do estado, encontra-se em seis estados: Mato Grosso do Sul com 10,4% (passando de 0 a 8 municípios); Rio de Janeiro com 8,6% (passando de 5 para 7 municípios); São Paulo com 8,0% (passando de 12 para 50 municípios); Rondônia com 7,5% (passando de 0 a 3 municípios); Maranhão com 6,6% (passando de 1 para 9 municípios); e, Ceará com 6,5% (passando de 4 a 12 municípios).

A avaliação dos resultados da nova sistemática de transferência “fundo a fundo” para os municípios em *sempilena* será tema do Capítulo 5. Interessa-nos aqui, portanto, recuperar os traços principais que caracterizaram o papel da NOB 93 no processo de descentralização.

Segundo Heimann et al. (2000), a gerência do processo de descentralização, estabelecida pela NOB 93, foi extremamente importante ao instituir a gestão *sempilena* para os municípios. Isto porque eles passaram a ser gestores de todos os recursos municipais, estaduais e federais dentro de seu território, fazendo valer o papel de gestores únicos do SUS. Nesse aspecto, cabe lembrar que o repasse global dos recursos, denominado de “fundo a fundo” pela NOB 93, procurou garantir um mecanismo financeiro importante, em que os diferentes municípios pudessem responder às responsabilidades de todos os serviços de saúde sob esse tipo de gestão. A intenção, portanto, foi a de conferir poder ao município por meio da ampliação de seu grau de autonomia, facilitando a execução das ações de saúde locais consideradas prioritárias.

Por outro lado, há quem diga que a NOB 93 e o seu processo denominado de “Municipalização da Saúde” acabaram seguindo a lógica impressa pelo Ministério da Saúde de operação do sistema por meio do financiamento. De acordo com Elias (2000), o fato da NOB 93 ter introduzido alterações nas relações entre os gestores das esferas federal, estadual e municipal, por meio da aceleração do processo de gestão descentralizada do SUS, manteve a característica clássica de promover a descentralização por meio do financiamento e seus mecanismos do setor saúde. A partir de 1997, com a instituição da NOB SUS 01/96, esse quadro de operação da política de saúde descentralizada por meio do financiamento parece não ter sido modificado. Isto não significa dizer que essa NOB não tenha previsto mudanças nas modalidades de descentralização, mais precisamente na tipologia das condições de gestão que pudessem ser pleiteadas pelos municípios ao SUS e na sistemática de recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde.

1.3.1.2 – O FINANCIAMENTO E A NOB 96

A Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/96 foi aprovada em 1996, porém sua aplicação foi adiada até o início de 1998, após sua regulamentação. Essa NOB trouxe inovações no processo da gestão descentralizada do SUS, alterando em vários aspectos o papel do gestor municipal e estadual no sistema.

Para os municípios, a maior novidade foi a introdução de um mecanismo de remuneração *per capita* dos serviços de saúde, denominado de “Piso da Atenção Básica” – PAB¹⁰¹. Dessa forma, ficou instituído um valor *per capita* habitante/ano para todos os municípios com a responsabilidade de executar ou gerenciar as ações da atenção básica no município. Essa nova forma de remuneração também apresenta relação com as condições de gestão implantadas pela NOB 96. Em substituição às modalidades da NOB 93, ficam criadas apenas duas: *gestão plena da atenção básica* e *gestão plena do sistema municipal*¹⁰².

As transferências e pagamentos financeiros da União aos municípios dependem do tipo de habilitação assumida. Elas são regulamentadas por portarias do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde – GM–MS¹⁰³ e portarias específicas de outras áreas do ministério associadas a programas e serviços que recebem incentivos financeiros próprios.

¹⁰¹ Em 1998, o Ministério da Saúde editou uma série de portarias que modificaram significativamente o conteúdo da NOB 96. Entre outras, houve alteração do conceito original do PAB, deixando de ser um Piso Assistencial Básico, passando a Piso de Atenção Básica. Isso porque esse piso passou a incorporar incentivos financeiros que se referem à Vigilância Sanitária e outras áreas de promoção à saúde. De outra forma, foram acrescidos incentivos referentes à ampliação dos procedimentos incluídos no Grupo de Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando houve implantação do Piso Assistencial Básico. Nesse conceito original do PAB, os incentivos diziam respeito somente ao Programa de Saúde da Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Para o conhecimento das alterações da NOB 96, ver Carvalho (2002) e das respectivas Portarias do MS–GM nºs 1.882 a 1.923, de 28.12.1997, disponível em: <www.idisa.org.br> apud Carvalho (2002). Ver também a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.925, de 13.11.1998, que aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.

¹⁰² Para os estados, também são criadas duas modalidades de gestão. Na gestão *Avançada do Sistema Estadual*, as principais responsabilidades da Secretaria de Estado da Saúde (SES) são: contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços, contidos na Fração de Assistência Especializada – FAE (ações de assistência ambulatorial e hospitalar de médio e alto custo e de média e alta complexidade); contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no Piso de Atenção Básica – PAB dos municípios não habilitados; ordenação dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais, sob gestão estadual; e a operação do SIA/SUS e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional. Na gestão *Plena do Sistema Estadual*, a SES deve assumir a contratação, o controle, a auditoria e o pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual; a operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, e a alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

¹⁰³ São elas: nº 1.822, de 18/12/97; nº 1.884, de 18/12/97; nº 2.090, de 26/2/98; nº 2.091, de 26/2/98.

Na condição de gestão *plena da atenção básica*, os municípios devem assumir as seguintes responsabilidades:

- elaboração de programação municipal dos serviços básicos de saúde e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar, incorporada à programação estadual;
- gerenciamento de unidades ambulatoriais próprias, do estado ou da União;
- reorganização das unidades de saúde públicas e privadas/filantrópicas, incorporando o cadastramento nacional dos usuários do SUS;
- prestação de procedimentos incluídos no PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados, em consonância com a Programação Pactuada Integrada — instrumento de planejamento regional sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde;
- contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores públicos e privados/filantrópicos dos serviços contidos no PAB;
- operação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) relativo a serviços cobertos pelo PAB;
- autorização das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, ainda pagos por produção de serviços;
- manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão;
- avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos munícipes e sobre o meio ambiente;
- execução das ações básicas de vigilância sanitária e de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas — acidentes, violências e outras.

No que se refere aos recursos financeiros para o custeio dessas responsabilidades, o ministério transfere mensalmente, de forma regular e automática, desde 1998, recursos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, por meio do Piso de Atenção Básica —

PAB. O PAB é constituído de duas partes: a fixo e a variável¹⁰⁴. O *PAB fixo* corresponde a um *per capita* por habitante/ano, segundo estimativa da população realizada pelo IBGE. O valor varia entre R\$ 10,00 e R\$ 18,00.

O *PAB variável* refere-se aos incentivos financeiros, mediante adesão, para os municípios implantarem os seguintes programas:

- Vigilância Sanitária (Portaria MS nº 2, de 4/5/98)
- Combate às Carências Nutricionais (Portaria MS nº 709, de 10/6/99).
- Assistência Farmacêutica Básica (Portaria do GM/MS nº 176, de 8/3/99)
- Programa Agentes Comunitários de Saúde (Portaria nº 3.122, do GM/MS, de 2/7/98)
- Programa Saúde da Família (Portaria nº 1.329 do GM/MS, de 12/11/99)
- Programa Saúde da Família – Incentivo à Saúde Bucal (Portarias nº 1.444 do GM/MS, de 28/12/2000, e 267, de 6/3/2001)
- Vigilância Epidemiológica – Epidemiologia e Controle de Doenças (Portarias do GM–MS nº 1.399, de 15/12/99, e 959, de 23/12/99).

Na realidade, o PAB variável não estava concebido na versão original da NOB 96, sendo constituído posteriormente, entre 1998 e 1999, por um conjunto de portarias do Ministério da Saúde, já mencionadas.

Nos municípios em gestão *plena de Atenção Básica*, o Ministério da Saúde efetua, ainda, pagamento direto aos prestadores estatais e privados (contratados e conveniados) por serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor. Referem-se a procedimentos ambulatoriais de média complexidade e tratamento fora do domicílio. Se os municípios realizam alguns desses procedimentos, recebem também por serviços produzidos.

Na condição de gestão *plena do sistema municipal*, os municípios devem responsabilizar-se por todos os serviços de saúde em seu território, ou seja, todos aqueles que integram o seu sistema de saúde. As responsabilidades dessa condição de gestão referem-se a:

¹⁰⁴ Essa subdivisão do PAB em uma parte fixa e uma parte variável foi introduzida pela Portaria nº 3.925/1999, denominada de *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Disponível em: <www.saude.gov.br>.

- elaboração da programação municipal relativa a todos os serviços de saúde existentes no seu território, contendo, até, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, incorporada à programação estadual;
- gerenciamento de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência, bem como de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União;
- reorganização das unidades de saúde públicas e privadas/filantrópicas, incorporando o cadastramento nacional dos usuários do SUS;
- prestação de serviços, inclusive os de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a Programação Pactuada Integrada; normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares referentes à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal;
- contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, relativos a todos os serviços de saúde existentes no município;
- administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade; operação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA);
- avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos munícipes e sobre o meio ambiente;
- execução das ações básicas, de média e alta complexidades em vigilância sanitária e epidemiológica, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas — acidentes, violências e outras.

Em termos de abrangência das responsabilidades dos municípios enquadrados no SUS, é possível afirmar que a condição de gestão *plena do sistema municipal*, instituída pela NOB 96, aproxima-se, de forma geral, a da gestão *sempilena* da NOB 93. Isto é, ambas condições de gestão atribuem aos municípios a responsabilidade por todos os serviços de saúde existentes em seu território e recebem na sua totalidade transferências automáticas do Fundo Nacional para os Fundos Municipais de Saúde, em substituição à lógica de pagamento por produção de serviços, do gestor federal direto aos prestadores. É certo, porém, que as responsabilidades da gestão *plena*

do sistema municipal contaram com uma adaptação ao momento específico de implementação do SUS.

Os recursos recebidos pelos municípios na gestão *plena do sistema municipal* correspondem ao seu Teto Financeiro da Assistência e destinam-se ao custeio de todas as ações e os serviços de saúde que garantam o atendimento integral à sua população. O Ministério da Saúde transfere os recursos do Fundo Nacional de Saúde para duas contas do Fundo Municipal de Saúde: a conta PAB e a conta Média e Alta Complexidade/Autorização de Internação Hospitalar – MAC/AIH. A conta PAB é formada de uma parte fixa e outra variável, tal como nos municípios em gestão *plena da atenção básica*. A conta MAC/AIH destina-se às ações de assistência ambulatorial e hospitalar de médio e alto custo e de média e alta complexidade. Os recursos enviados pelo Ministério da Saúde para auxiliar no financiamento desses procedimentos constituem a Fração de Assistência Especializada – FAE. Para definir-se o volume a ser transferido, são levados em conta os serviços existentes no município, na maioria das vezes, mediante a série histórica que contempla aspectos físicos e financeiros. Também podem integrar o Teto Financeiro as ações de assistência ambulatorial e hospitalar dos serviços de referência intermunicipal, localizados no município.

É importante assinalar que, no caso dos municípios não serem habilitados em nenhuma das condições mencionadas, para o Ministério da Saúde, serão descredenciados do SUS. Assim, o PAB fixo desses municípios fica em poder do governo estadual e o pagamento direto aos prestadores estatais e privados/filantrópicos (contratados e conveniados) por serviços realizados (ambulatoriais e hospitalares) é efetuado pelo Ministério da Saúde.

O enquadramento nas condições de gestão da NOB 96, durante o período de janeiro de 1998 — ano de sua regulamentação — a abril de 1999, abrangeu 5.222 municípios (94,8% dos municípios brasileiros). Desses, 8,5% corresponderam à gestão *plena do sistema*, e 86,3% à gestão *plena da atenção básica*. Esse processo de habilitação dos municípios à NOB 96 não cessou de crescer no País. Em dezembro de 2000, 99,0% do total dos municípios encontrava-se enquadrado nas condições de gestão dessa NOB, sendo 9,5% em gestão *plena do sistema municipal* e 89,5% em gestão *plena da atenção básica* (ver Quadro 2). Entre 1999 e 2000, o enquadramento na gestão *plena do sistema municipal* obteve uma taxa de crescimento superior à gestão *plena da atenção básica*. O número de municípios que aderiu à primeira condição de

gestão cresceu 11,3%, passando de 470 para 523, enquanto a segunda aumentou apenas 3,7%, de 4.752 para 4.928 (Quadro 2).

O Quadro 2 apresenta a evolução do processo de habilitação dos municípios nas duas modalidades de gestão descentralizada da NOB SUS 01/96. Nesse quadro, pode-se observar essa evolução conforme sua distribuição por estados e regiões brasileiras.

Quadro 2 – Municípios habilitados nas condições de gestão da NOB 96, por região e unidade federada, 1999 (posição abril) e 2000 (posição dezembro)

REGIÕES/ ESTADOS	TOTAL MUNICÍPIOS		MUNICÍPIOS HABILITADOS					
			PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA		PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL		TOTAL	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
REGIÃO NORTE	449	449	349	379	47	57	396	436
AC	22	22	17	17	1	1	18	18
AM	62	62	39	53	1	6	40	59
AP	16	16	12	13	0	1	12	14
PA	143	143	96	106	29	33	125	139
RO	52	52	40	41	12	11	52	52
RR	15	15	11	14	0	1	11	15
TO	139	139	134	135	4	4	138	139
REGIÃO NORDESTE	1.787	1.787	1.601	1.647	99	130	1.700	1.777
AL	101	101	91	86	10	14	101	100
BA	415	415	380	398	9	12	389	410
CE	184	184	150	155	27	29	177	184
MA	217	217	172	170	33	44	205	214
PB	223	223	202	217	3	6	205	223
PE	185	185	178	171	7	14	185	185
PI	221	221	199	220	1	1	200	221
RN	166	166	155	155	9	10	164	165
SE	75	75	74	75	0	0	74	75
REGIÃO CENTRO-OESTE	445	445	424	420	20	24	444	444
GO	242	242	230	227	11	15	241	242
MS	77	77	69	68	8	8	77	76
MT	126	126	125	125	1	1	126	126
DF	*	*	*	*	*	*	*	*
REGIÃO SUDESTE	1.666	1.666	1.321	1.369	262	269	1.583	1.638
ES	77	77	36	42	34	35	70	77
MG	853	853	761	776	52	55	813	831
RJ	91	91	71	71	20	20	91	91
SP	645	645	453	480	156	159	609	639
REGIÃO SUL	1.159	1.159	1.057	1.113	42	43	1.099	1.156
PR	399	399	386	386	13	13	399	399
SC	293	293	267	273	22	20	289	293
RS	467	467	404	454	7	10	411	464
BRASIL	5.506	5.506	4.752	4.928	470	523	5.222	5.451

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE–SAS–SPS/DDGA. Disponível em: <www.saude.gov.br>, para 1999 e 2000.

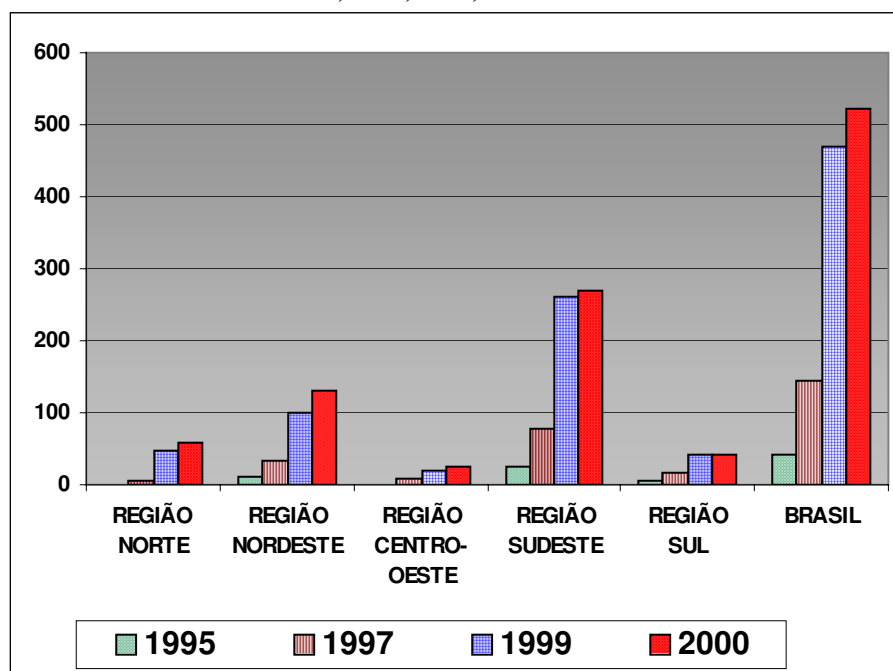
Analisando o ritmo do processo de habilitação dos municípios, entre 1999 e 2000, observa-se que não ocorreu uniformemente em todas as regiões e estados. Enquanto a Região Norte obteve um crescimento de 10,1%, justamente por ser a com o menor número de municípios habilitados em 1999, as demais regiões registraram um aumento inferior entre esses anos. Registre-se: Região Sul (5,2%); Nordeste (4,5%); e Sudeste (3,5%). Com exceção da Região Norte, as demais apresentavam, em 2000, quase a totalidade de seus municípios habilitados em uma das duas condições de gestão da NOB 96, e 14 estados habilitaram 100% de seus municípios (CE, ES, GO, MT, PB, PE, PI, PR, RJ, RO, RR, SC, SE e TO). Isto significa dizer que esses municípios passam a receber, diretamente do fundo nacional de saúde para os seus fundos municipais de saúde, os recursos federais para assumir as responsabilidades sobre a atenção à saúde da população. Vale lembrar que isso ocorre por meio da conta PAB, para os municípios habilitados em gestão *plena da atenção básica* e das contas MAC/AIH e PAB para os municípios na gestão *plena do sistema municipal*.

Em 2000, de acordo com o Quadro 2, observa-se que seis estados (ES, MA, PA, RJ, RO e SP) estão com cerca de 20% dos municípios habilitados na gestão *plena do sistema*, já o Estado do Espírito Santo habilitou 45,4% dos municípios nessa forma de gestão. Esses estados têm acima de 40% da população residindo nesses municípios, o que indica se tratarem de maior porte. A exceção fica com o Espírito Santo, que apresenta baixo percentual de população, indicando que os municípios habilitados em gestão *plena do sistema* são de pequeno porte (menos de 20 mil habitantes).

1.3.1.3 – HABILITAÇÃO E RECURSOS FEDERAIS DESTINADOS ÀS GESTÕES SEMIPLENA E PLENA DO SISTEMA

Para se ter uma idéia geral do processo de habilitação dos municípios na gestão descentralizada do SUS, gestão *semiplena* (NOB 93) e gestão *plena do sistema* (NOB 96), é importante verificar a sua evolução entre 1995 e 2000. Observa-se um aumento do ritmo de habilitação dos municípios, principalmente entre 1997 e 1999 (ver Gráfico 1). Esse comportamento decorre da passagem de NOB 93 a NOB 96, em que houve uma migração dos municípios anteriormente habilitados em gestão *semiplena* para *plena do sistema*, em especial na Região Sudeste.

Gráfico 1
Evolução do número de municípios habilitados nas condições de gestão do SUS — *semiplena* (NOB 93) e *plena do sistema municipal* (NOB 96) —, segundo a distribuição por região brasileira 1995, 1997, 1999, 2000



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do Ministério da Saúde.

1995 = Ministério da Saúde in Almeida (1995).

1997 = Ministério da Saúde/SAS/SPS.. Disponível em: <www.saude.gov.br>.

1999 = Ministério da Saúde/SAS/SPS. Disponível em: <www.saude.gov.br>.

2000 = Ministério da Saúde/SAS/DDGA. Disponível em: <www.saude.gov.br>.

Notas: 1995: posição jun. 1995.

1997: posição jan. 1997.

1999: posição abr. 1999.

2000: posição dez. 2000.

Não está incluído o DF.

O fato dessas duas modalidades de gestão — *semiplena e plena do sistema* — assumirem a responsabilidade por todas as ações e serviços de saúde, recebendo todas as transferências federais “fundo a fundo”, contribuiu para acelerar que municípios aderissem a essas duas formas de gestão. Carvalho (2002) adverte que esse processo de habilitação só não foi mais intenso em razão de sua paralisação durante os primeiros 15 meses da gestão do ministro Carlos Albuquerque (janeiro de 1997 a abril de 1998), em substituição à gestão do ministro Adib Jatene. Na realidade, a impossibilidade de continuar habilitando os municípios na NOB 93 e a impossibilidade de habilitá-los na NOB 96 — por causa das várias indefinições de sua publicação e da precaução dos assessores do então ministro quanto às implicações do processo de municipalização — paralisaram o processo de descentralização (CARVALHO, 1999, 2002).

Por outro lado, pode-se dizer que houve uma certa continuidade entre as NOBs 93 e 96 ao se analisar a estratégia de implementar o SUS por meio da consolidação da gestão municipal descentralizada, sobretudo as modalidades mais qualificadas — como a *semiplena*, na NOB 93, e a *plena do sistema municipal*, na NOB 96. Verifica-se que houve crescimento dos municípios nessas modalidades, que passaram de 43, em 1995, para 523, em 2000 (Quadros 1 e 2). Em que pese existirem em algumas diferenças de prerrogativas dessas condições de gestão, o seu grau de responsabilidade, quanto as ações e os serviços de saúde, e a manutenção do mecanismo de transferência da União “fundo a fundo” permanecem, como mencionado. Esta situação não se aplica às demais modalidades de gestão — *incipiente e parcial* (NOB 93) e *plena da atenção básica* (NOB 96).

Contudo, cabe assinalar que a *lógica* do mecanismo de financiamento da União entre a *semiplena* e *plena do sistema municipal* é alterada, isto é: substitui-se o repasse global para todos os níveis de atenção à saúde (NOB 93) pelo repasse fragmentado para a atenção básica e para a média e alta complexidade (NOB 96). Dessa forma, é possível admitir que a idéia de continuidade entre as NOBs não se sustenta. Isto porque, na NOB 93, os recursos federais eram transferidos aos municípios de forma global, direta e automática — conta única —, constituindo-se em recursos a serem utilizados para todas as ações e os serviços de saúde, em todos os níveis de atenção — básica, média e alta complexidade, como comentado. Em outras palavras, não havia “carimbo” nos recursos repassados, podendo ser utilizados livremente em qualquer gasto associado à função saúde. A sistemática da NOB 93 implicava disponibilizar recursos previamente aos municípios ante a possibilidade de que eles manteriam os serviços próprios e contratariam e pagariam, pontualmente, os serviços comprados.

Com a regulamentação da NOB 96 e suas portarias, o mecanismo de financiamento tem duas alterações importantes, particularmente na modalidade da gestão *plena do sistema*. A primeira refere-se ao rompimento de repasses financeiros globais, com a exigência do Ministério da Saúde para a abertura de duas contas — uma para serviços básicos (PAB, incluindo o PAB fixo — *per capita* habitante/ano — e o PAB variável — incentivos financeiros, tais como Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, Assistência Farmacêutica, PSF e PACS) e outra para média e alta complexidade (MAC/AIH). Na prática, o que se alterou foi o mecanismo de controle dos recursos federais; a existência de contas distintas exige prestação de contas

específicas dos municípios, de acordo com os determinados níveis de assistência à saúde. A segunda modificação diz respeito à criação de subtetos para a conta MAC/AIH (Teto Financeiro da Assistência), vinculando-os aos diversos tipos de “campanhas” incentivadas pelo Ministério da Saúde — cirurgia de catarata; combate ao câncer de colo uterino; sistema de urgência/emergência; realização de neurocirurgias, etc.¹⁰⁵. O montante global repassado ao município referente ao teto financeiro da assistência foi vinculado a um volume predeterminado de ações assistenciais — “campanhas” —, conforme a sua adesão.

Ferla (2001) e Carvalho (2001) sugerem que essa política federal de financiamento dificulta, para os municípios com alguma tradição em organização local do sistema, a manutenção de estratégia própria de construção da política de saúde, apoiada nas ações definidas em seus Planos Municipais de Saúde. Para os autores, o componente desse tipo de “descentralização” refere-se muito mais a uma espécie de “desconcentração administrativa”, que ameniza as autonomias política, financeira, operacional e administrativa da gestão local¹⁰⁶.

Como contribuição a essa análise crítica, Barros (2001) e Carvalho (2002) vêm a fragmentação do financiamento da NOB 96 e das portarias do Ministério da Saúde referentes à sua operacionalização, que se seguiram em 1997, 1998 e 1999, associada à inauguração de um processo de “recentralização”. Para eles, essa imposição de condicionalidades para o financiamento — novos mecanismos de transferência de recursos financeiros vinculados às ações e programas assistenciais específicos — está associada apenas ao cumprimento de requisitos formais e, principalmente, de compromissos com a execução dos programas federais, fazendo com que os municípios recorram à utilização de artifícios para adequar a aplicação dos recursos às suas demandas locais.

Levcovitz, Lima e Machado (2001) têm um ponto de vista oposto. Para eles, devem ser consideradas as propostas da NOB 96 em sua totalidade — reorientando o modelo assistencial —

¹⁰⁵ Além dos mencionados, a conta MAC/AIH dos municípios em gestão plena do sistema municipal chegou a ter como subtetos: assistência à gestação de alto risco; capacitação de UTI; cirurgias eletivas de varizes; medicamentos excepcionais; cirurgias eletivas de próstata; oncologia ambulatorial; terapias renais substitutivas; cirurgias eletivas de hérnia; e, dentre outros, várias dezenas de subtetos. Ver Carvalho (2002: p. 257) para um quadro das diversas denominações de repasses de recursos do Ministério da Saúde-2001.

¹⁰⁶ As tentativas de alteração da lógica do financiamento global não pararam no momento de regulamentação da NOB 96, como mencionado. Várias medidas posteriores foram adotadas pelo Ministério da Saúde por meio de portarias.

e destacado o instrumento de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS criado, denominado de “Programação Pactuada e Integrada” – PPI¹⁰⁷, que garante o direito ao acesso à assistência à saúde integral. Nesse contexto, segundo os autores, a partir da NOB 96, a maior parte dos municípios assume a gestão de sistemas de saúde — controlando os recursos para o “subsistema da atenção básica” — e amplia a assistência nos níveis mais complexos por meio da PPI.

No campo específico do financiamento federal à atenção básica, segundo Melamed e Costa (2003), a criação do PAB pela NOB 96 inaugurou uma nova forma de distribuição dos recursos dissociada do faturamento dos serviços de saúde. Para esses autores, o PAB apresentou resultados positivos, se considerada a eficiência demonstrada pelos municípios na habilitação aos novos tipos de gestão exigidos, e na presteza do governo federal em alocar os recursos necessários para garantir a efetividade da nova política. Melamed e Costa sustentam, ainda, que a implementação do PAB, entre 1998 e 2001, fortaleceu em maior grau os municípios de menor capacidade instalada na oferta de atenção ambulatorial básica no âmbito do SUS e até na instituição de uma política específica para a atenção básica, contribuindo para os programas considerados estratégicos para o desenvolvimento de um novo modelo de assistência como os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde¹⁰⁸.

Como já apontado, deve-se reconhecer a importância das inovações da NOB 96 no processo da gestão descentralizada do SUS, alterando em vários aspectos o papel do gestor municipal, inclusive da gestão *plena do sistema municipal*. No entanto, é preciso reconhecer também que a forma fragmentada do financiamento, adotada pelo governo federal, pode dificultar avanços na eficiência e eficácia dos recursos alocados na política de saúde definida pelos municípios, uma vez que retira a autonomia local em nome de uma padronização programática por meio do financiamento. Esse argumento envolve um assunto por demais vasto para ser analisado nos limites deste capítulo. Ele será discutido e analisado de maneira empírica

¹⁰⁷ Segundo a NOB 96, a PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças. O processo de elaboração da programação pactuada, entre gestores, e integrada, entre esferas de governo, deve respeitar a autonomia de cada gestor. O município elabora sua própria programação e o Estado compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, NOB 96, 1996)

¹⁰⁸ Numa abordagem complementar à anterior, há autores que valorizam, ao extremo, os benefícios da introdução do PAB. Segundo Mendonça de Barros, a virtude do PAB é “a de atuar como catalisador das transformações na oferta dos serviços da atenção básica, na busca da consolidação de um modelo de atenção à saúde para além da medicina curativa”. (MENDONÇA DE BARROS, 2003, p. 6)

no Capítulo 5, quando for examinado o processo orçamentário e financeiro da gestão municipal descentralizada do SUS, por meio do estudo de caso do Município de Assis. Interessa-nos, apenas, deixá-lo aqui indicado.

A rigor, desde a criação da NOB 96, já são perceptíveis propostas contraditórias, as quais determinam, de um lado, as relações de independência do município como gestor pleno, e de outro, fragmentam os mecanismos do financiamento da assistência à saúde, como apontado. Isto é claro tanto pela substituição do repasse global — NOB 93 —, por repasses vinculados a ações assistenciais — NOB 96 —, como da adoção de incentivos financeiros à implantação de programas federais (Programa de Agentes Comunitários de Saúde –PACS e Programa Saúde da Família – PSF).

Cabe assinalar, por fim, a crítica de Bueno e Merhy (1997)¹⁰⁹ aos equívocos associados à NOB 96, referentes à fragmentação do financiamento, assim como a quebra de autonomia do gestor local. Para esses autores, a fragmentação do financiamento cria obstáculos à integralidade da atenção à saúde, instituindo uma “cesta básica”, financiada com recursos do PAB e incentivos financeiros do PACS e do PSF para os cidadãos carentes, possibilitando a liberdade para o crescimento do setor privado como prestador de assistência hospitalar e ambulatorial especializada. Por outro lado, a forma de financiamento preconizada pela NOB 96 inibe a autonomia do município no papel de gestor único do sistema local, induzindo os programas prioritários do Ministério da Saúde, não definidos localmente. Esse argumento pode ser mais bem compreendido na análise sobre a evolução dos tipos de transferências de recursos do Ministério da Saúde aos municípios, no período 1997-2001, que será discutida a seguir.

1.3.1.4 – A DESCENTRALIZAÇÃO E O FINANCIAMENTO EM NÚMEROS

Como comentado no item anterior, as NOBs 93 e 96 fizeram com que parte importante dos recursos federais destinados ao custeio da Assistência Hospitalar e Ambulatorial passasse a ser transferida a estados e municípios, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais. Houve avanço no processo de implementação da gestão municipal descentralizada do SUS e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e dos serviços de saúde. Por um lado, o governo federal promoveu o

¹⁰⁹ Ver o artigo crítico à NOB 96 de Bueno e Merhy (1997).

aumento de recursos financeiros para a Atenção Básica, priorizando a realização das transferências a municípios por meio de incentivos financeiros, particularmente do Piso de Atenção Básica variável. Por outro lado, expandiu as transferências Fundo a Fundo para a Média e Alta Complexidade e as transferências relacionadas às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

Essas modificações na sistemática da participação do Ministério da Saúde no financiamento da gestão descentralizada ocorreram, em parte, como resultado da continuidade da implementação do SUS. Os recursos da União foram assumindo de maneira crescente, particularmente com a NOB 93, a forma de transferências para os municípios.

Embora haja crescente responsabilização do município pela execução das ações e dos serviços de saúde, não poderá ocorrer a implementação — seja pela Lei Orgânica da Saúde, seja pelos princípios da unicidade da direção do SUS, nas três esferas de governo, e pela participação da comunidade previstos na Constituição Federal de 1988 — sem que se conceda ao gestor local a possibilidade de dispor de recursos suficientes para efetivar o planejamento de seu uso. A evolução do gasto do Ministério da Saúde, conforme a categoria econômica da despesa, mostra a inquestionável progressão do processo de descentralização da gestão dos recursos federais. De certa forma, isso pode ser sentido quando se verifica que, no período 1993-2001, ocorreu um aumento constante e significativo da participação das transferências aos municípios no total da despesa realizada pelo Ministério da Saúde, passaram de 1,7% para 34,4%. Já as transferências aos estados não foram estáveis; passaram de 5,4%, em 1993; reduziram-se de 1994 (2,4%) a 1996 (1,3%), voltando a crescer, de 1997 (após a NOB 96) até 2001. No entanto, somente em 2000 a participação das transferências aos estados no total da despesa do MS recupera-se em patamares superiores a 1993 (Tabela 6).

Tabela 6
Ministério da Saúde – Distribuição das despesas por categoria econômica (1993-2001), em %

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Pessoal	17,9	21,8	16,6	16,6	13,2	12,8	12,3	12,4	10,9
Outras Despesas Correntes	64,4	59,7	54,8	55,5	52,3	42,3	39,3	33,8	30,7
Investimentos	0,8	1,5	1,4	0,6	0,8	0,8	0,7	1,6	1,2
Amortização, Juros e Encargos Dívida	0,5	2,8	9,0	3,5	8,5	3,2	0,8	0,2	0,9
Inativos e Pensionistas	7,3	7,4	8,8	10,3	8,4	10,0	9,1	9,0	7,9
Transferências Estados e DF	5,4	2,4	2,6	1,3	2,1	3,3	4,3	7,8	11,2
Transferências Municípios	1,7	2,3	5,3	10,6	12,9	24,0	30,0	32,0	34,4
Outros	2,0	2,1	1,6	1,6	1,8	3,6	3,5	3,2	2,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Para 1993 e 1994, ver Siafi–Sidor apud Piola; Biasoto Jr. (2000). Para 1995-2001, ver Ribeiro, Piola e Servo (2005).

Cabe salientar que os gastos no item “Outras Despesas Correntes” — em que são registrados, principalmente, os pagamentos realizados diretamente a prestadores de serviços de saúde — diminuíram bruscamente, em virtude da descentralização do financiamento do SUS.

Para se entender a abrangência dessas mudanças, particularmente quando a forma “Transferências a Municípios” se firma como despesa relevante, é fundamental que se analise a evolução dos recursos federais do SUS transferidos, por tipo de despesa.

É preciso lembrar que os recursos do Ministério da Saúde são transferidos por meio de dois grandes tipos de despesa: *remuneração por serviços produzidos* aos prestadores de serviços da saúde — relativos ao atendimento ambulatorial e às internações hospitalares — e *transferências* “fundo a fundo” aos estados e municípios habilitados no SUS. Essas transferências são destinadas para a Média e Alta complexidade e para a Atenção Básica. Como já comentado, a Atenção Básica é promovida e financiada por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), dividido em PAB fixo e PAB variável.

A análise detalhada da Tabela 7 esclarece melhor o que aqui foi apresentado. No período 1997-2001, verifica-se um aumento considerável da participação relativa das transferências “fundo a fundo” no total dos recursos federais do Ministério da Saúde, de 28,66% para 66,59%, e a conseqüente diminuição da remuneração por serviços produzidos efetuados pelo Ministério da Saúde aos prestadores de serviços da saúde, de 71,34% para 33,41%. Sem dúvida, esse resultado indica o avanço do processo de descentralização do sistema.

Contudo, exatamente quando a forma transferências “fundo a fundo” se firma como alternativa da remuneração por serviços produzidos, os recursos federais adquiriram uma vinculação às ações e aos programas assistenciais específicos. Em que pese as intenções da NOB 96, a separação dos recursos para a alta e média complexidade daqueles destinados à Atenção Básica, a partir da criação do PAB fixo ou variável, reforçou o papel de indução da política de saúde pelo governo federal. Dessa forma, pode-se dizer que o aumento de importância das transferências não foi acompanhado pela possibilidade de os municípios exercerem autonomia na determinação da política de saúde, utilizando os recursos sem prévia destinação por nível de complexidade do sistema.

Tabela 7
Recursos federais SUS transferidos, por tipo de despesa^(*) (1997-2001)

TIPO DE DESPESA	1997		1998		1999		2000		2001	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
REMUNERAÇÃO SERV. PRODUZIDOS	8.094	71,34	7.149	55,31	6.578	45,88	5.593	38,99	5.037	33,41
Atendimento ambulatorial	4.338	38,24	3.401	26,31	2.976	20,76	2.842	19,81	2.687	17,82
Internações hospitalares	3.755	33,10	3.748	29,00	3.600	25,11	2.751	19,18	2.350	15,59
TRANSFERÊNCIAS	3.251	28,66	5.776	44,69	7.759	54,12	8.752	61,01	10.039	66,59
<i>Média e Alta complexidade</i>	3.251	28,66	3.750	29,01	4.698	32,77	5.223	36,41	6.124	40,62
Assistência hospitalar e ambulatorial	2.580	22,74	3.379	26,14	4.420	30,83	4.698	32,75	2.096	13,90
Gestão plena sist. munic. – alta compl.	-	-	-	-	-	-	-	-	671	4,45
Gestão plena sist. munic. – média compl.	-	-	-	-	-	-	-	-	2.537	16,83
Fator de recomposição – 25%	644	5,68	249	1,93	-	-	-	-	-	-
Outros	26	0,23	120	0,93	280	1,95	525	3,66	820	5,44
<i>Atenção Básica</i>	-	-	2.027	15,68	3.061	21,35	3.529	24,60	3.778	25,06
PAB Fixo	-	-	1.719	13,30	2.228	15,54	2.013	14,03	1.842	12,22
PAB Variável	-	-	308	2,38	791	5,52	1.463	10,20	1.844	12,23
Outros	-	-	-	-	42	0,29	53	0,37	93	0,62
<i>Ações Estratégicas</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	137	0,91
Total	11.345	100,0	12.925	100,0	14.337	100,0	14.345	100,0	15.076	100,0

Fonte: Datasus – MS.

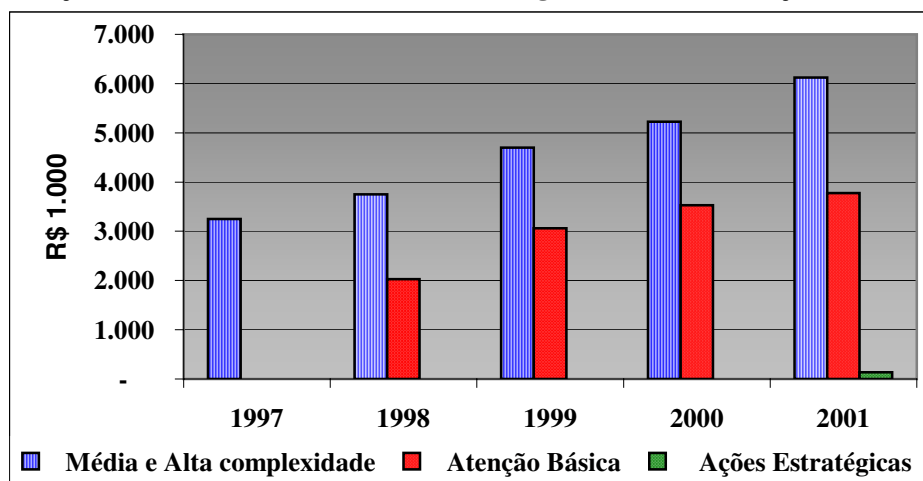
Elaboração própria.

Notas: - (*) Regime de competência.

- Os valores são apresentados em R\$ 1.000 e deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2001, conforme o IGP-DI – FGV.

Conforme demonstrado na Tabela 7, e no Gráfico 2 a seguir, a expansão das transferências foi acompanhada de um aumento médio da participação da despesa com *Média e Alta Complexidade* de 28,66% para 40,62%, entre 1997 e 2001, e um crescimento nesse período, de 88,3%, passando de R\$ 3.251 milhões para R\$ 6.124 milhões, a preços de dezembro de 2001. As transferências de valores para a *Atenção Básica* também cresceram: 86,4%, entre 1998 — quando tiveram início — e 2001. Esta absorveu 15,68% dos recursos federais transferidos para municípios em 1997, passando a 25,06%, em 2001.

Gráfico 2
Evolução das transferências federais do SUS, segundo o nível de atenção à saúde — 1997-2001



Fonte: Elaboração própria, com os dados da Tabela 7.

Nota: Os valores são apresentados em R\$ 1.000 e deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2001, conforme o IGP-DI/FGV.

Analisando-se os componentes que integram as transferências para a *Média e Alta Complexidade* (MAC), observa-se que o maior é o da “Assistência Hospitalar e Ambulatorial” (Tabela 7 e Gráfico 2). Contudo, chama a atenção, nessa categoria de transferência, a prática de vincular às ações e aos programas assistenciais específicos — isto é “carimbar” os recursos —, por meio do crescimento do componente “Outros” (de 0,23% para 5,44%), as campanhas do Ministério da Saúde. Essas campanhas compreendem, entre outras, a “Campanha de cirurgia de catarata”, o “Combate ao câncer de colo uterino”, a “Campanha de cirurgia de próstata”, o “Programa nacional de controle de tuberculose”, entre outras. Embora a participação relativa dessa transferência em relação ao total dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde possa ser considerada pequena, verifica-se que é crescente essa forma de repasse de recursos carimbada pelo governo federal. Para se ter uma idéia, o Datasus registra, em 1997, apenas cinco tipos de despesa (“campanhas”); em 1998, 14; em 1999, 33; em 2000, 43; e, em 2001, o número de itens registrados atinge a cifra de 77¹¹⁰. Esse crescimento dos itens de despesa da transferência “Outros” não assume apenas seu aspecto contábil. Como já comentado, são recursos vinculados a programas específicos, de maneira que, para o município receber os recursos, a condição é assegurar o desenvolvimento desses programas (campanhas).

Dois movimentos no sistema de transferências de recursos do Ministério da Saúde em 2001 podem ilustrar mais uma vez o nível de detalhamento e “engessamento” que ocorre com os

¹¹⁰ Ver Carvalho (2002) para uma visão detalhada das várias dezenas de repasses de recursos federais.

recursos federais repassados para os municípios. O primeiro foi a criação de dois itens específicos: “Gestão plena do sistema municipal *média complexidade*”, que absorve, do total das transferências, 4,45%, e “Gestão plena do sistema municipal *alta complexidade*” (16,83%) (Tabela 7). Esses dois itens podem ser entendidos como “desdobramentos” do componente Assistência Hospitalar e Ambulatorial, que ainda assim se mantém como um item em separado. Esses dois novos itens decorreram do destaque dado pela nova Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001) à média e à alta complexidade, a fim de garantir o processo de regionalização da saúde¹¹¹. Essa norma atribui destaque à média e alta complexidade, pois considerava-se que esses níveis de atenção à saúde deveriam ser aprimorados para melhor garantir o processo de regionalização dos serviços de saúde. Contudo, em que pese esses itens refletirem a lógica introduzida pela NOAS, sua criação acentua o uso de incentivos financeiros (chamados de carimbos) como determinante da política local de saúde.

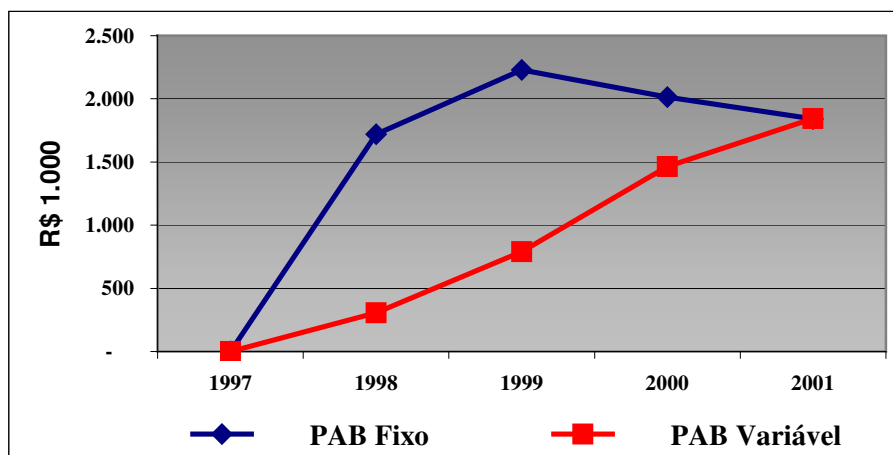
O segundo movimento foi o estabelecimento da modalidade de transferências denominada de *Ações Estratégicas* (Tabela 7 e Gráfico 2). Essas ações destinadas à cobertura da alta complexidade compreendem, entre outras, “Campanha de oftalmologia”, “Cirurgias de alta frequência”, “Cirurgias eletivas”, “Combate ao câncer de colo uterino”, “Deficiência auditiva escolar” e “Deformidade craniofacial”. Para esse conjunto de *Ações Estratégicas*, foram destinados, em 2001, 0,91% dos recursos federais gastos com ações e serviços de saúde. Embora esse percentual possa ser considerado pequeno, é indicativo do aprofundamento da política de financiamento da saúde assumida pelo governo federal nos últimos anos.

A análise das transferências federais para a *Atenção Básica* revela que sua participação relativa no total das transferências cresceu significativamente, em apenas quatro anos. Como já mencionado, de 15,68%, em 1998, ampliou-se para 25,06%, em 2001 (Tabela 7 e Gráfico 2). Interessa-nos, no entanto, destacar as alterações na importância relativa dos componentes da *Atenção Básica*. Entre 1998 e 2001, o PAB variável adquire progressiva importância no interior da Atenção Básica, passando de 2,38% para 12,23% do total de recursos federais. Registre-se um crescimento dos recursos transferidos por meio do PAB variável nesse período de 499,4% (ver Gráfico 3). Chama especial atenção o que ocorreu, particularmente, em 2001. Neste ano, pela primeira vez, os recursos destinados para o PAB variável igualaram-se aos repassados para o

¹¹¹ O detalhamento dessa norma será realizado adiante.

PAB fixo, sendo 12,23% e 12,22%, respectivamente, do total de recursos federais. O Gráfico 3 ilustra esse movimento.

Gráfico 3
Evolução das transferências federais do SUS para a Atenção Básica (1998-2001)



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados da Tabela 7.

Nota: Os valores são apresentados em R\$ 1.000 e deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2001, conforme o IGP-DI/FGV.

A equiparação entre o PAB variável e fixo, em 2001, foi resultado não só do fato de o volume de recursos destinados ao PAB fixo ter decrescido desde 1999 (-17,3%), como ter aumentado o volume de recursos transferidos para o PAB variável (133,0%).

Como já comentado, o PAB variável é constituído de diferentes incentivos que “premium” os municípios que desenvolvem os diferentes programas. No período 1998-2001, dentre esses incentivos, o principal destaque foi o Programa Saúde da Família – PSF (Tabela 8). Para se ter uma idéia desse crescimento, ao passo que os recursos destinados para a totalidade da Atenção Básica foram ampliados em 86,4%, os recursos para o PSF aumentaram 778,4%, o que resultou no crescimento do número de equipes no País, passando de 3.083, em 1998, para 13.168, em 2001¹¹².

¹¹² Fonte: Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Tabela 8
Recursos Federais SUS transferidos para a Atenção Básica, por tipo de despesa^(*) (1998-2001),
 em R\$ 1.000

Itens	1998		1999		2000		2001	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
ATENÇÃO BÁSICA	2.027	15,68	3.061	21,35	3.529	24,60	3.779	25,06
PAB FIXO	1.719	13,30	2.228	15,54	2.013	14,03	1.842	12,22
PAB VARIÁVEL	308	2,38	791	5,52	1.463	10,20	1.843	12,23
Programa agentes comunitários de saúde	144	1,11	264	1,84	327	2,28	318	2,11
Programa de Saúde da Família	67	0,51	139	0,97	430	3,00	584	3,88
Farmácia básica	-	-	163	1,14	188	1,31	174	1,15
Incentivo a ações básicas vigil. sanitária	36	0,28	49	0,34	44	0,31	43	0,28
Inc. ações combate à carência nutricional	62	0,48	177	1,23	180	1,26	164	1,08
Epidemiologia e controle de doenças	-	-	-	-	293	2,05	529	3,51
Incentivo à saúde bucal	-	-	-	-	-	-	31	0,21
OUTROS	-	-	41	0,29	53	0,37	93	0,62
DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO	10.898	84,32	11.277	78,65	10.816	75,40	11.297	74,94
TOTAL DE RECURSOS FEDERAIS	12.925	100,0	14.337	100,0	14.345	100,0	15.076	100,0

Fonte: Datasus – MS.

Elaboração própria.

Notas: - (*) Regime de competência.

- Os valores são apresentados em R\$ 1.000 e deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2001, conforme o IGP-DI/FGV.

Essa expansão de recursos do PSF foi acompanhada também, no mesmo período, pelo aumento dos recursos destinados a: “Incentivo às ações de combate a carência nutricional” (165,6%); Programa de Agentes Comunitários de Saúde (120,9%); “Incentivo às ações básicas de vigilância” (18,9%) e “Farmácia básica” (7,0%). Em 2001, chama a atenção a queda do volume de recursos em todos os itens que compõem o PAB variável, com exceção do PSF, de “Epidemiologia e controle de doenças” — instituído em 2000 — que aumentou 80,5% em relação ao ano anterior, e do “Incentivo à saúde bucal” que foi implantado em 2001.

A introdução de incentivos, a partir de 1998, estimulando os municípios a desenvolverem programas, significou, sem sombra de dúvida, o aumento de poder do governo federal na indução da política nacional de saúde, especialmente no campo da Atenção Básica. Esse crescimento de poder do Ministério da Saúde na determinação da política de saúde local, embora tenha como foco as ações e os serviços de atenção básica, e por isso seja instrumento da transformação do modelo assistencial, não é isento de problemas e contradições.

Duas observações importantes devem ser feitas sobre esses dados. Em primeiro lugar, é importante verificar que a NOB 96 — em que pese ser importante mecanismo na operacionalização da descentralização do sistema —, ao incrementar as transferências diretas

“fundo a fundo” no campo da Atenção Básica, pode impedir ou obstar a construção de uma política de saúde ancorada nas necessidades dos municípios. Isso porque, ao introduzir o mecanismo de transferência para a Atenção Básica (PAB), rompendo com a lógica de repasse global para a saúde de forma integral (NOB 93), instituiu as condições para o surgimento das políticas de incentivos financeiros que se seguiram. Em segundo, o que se observou na prática, nesses últimos anos, foi que a política de incentivos teve sucesso, de modo que os municípios concentraram suas ações no nível de Atenção Básica¹¹³.

Consolida-se assim, desde a implantação da NOB 96, e, em particular, nos últimos anos, uma forma peculiar de transferir recursos aos municípios. Tendo em vista a escassez de recursos, sempre presente na área da saúde, o fato de as campanhas terem se tornado uma prática constante, a partir de 1998, e o fato de os municípios serem estimulados a incorporar os programas que lhe acrescentaram receita financeira, pode significar que está se assistindo ao reforço da determinação do governo federal na formulação da política de saúde, impedindo que os municípios, no exercício de sua autonomia, planejem uma política mais adequada às necessidades locais. Em outras palavras, apesar de as transferências fundo a fundo terem aumentado significativamente nos últimos anos, a introdução de incentivos, campanhas e outras formas de direcionamento de recursos rompeu com a idéia original, isto é, de permitir que o município tivesse liberdade na alocação dos recursos transferidos a seu fundo (repasse global, regular e automático). A liberdade concedida ao município nesse tipo de arranjo se circunscreve a organizar e/ou contratar os serviços “incentivados”.

Numa perspectiva bastante crítica, Barros (2001) sugere que essa fragmentação do financiamento instala um processo de “recentralização seletiva” que vem a se consolidar com a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/2001. De forma geral, essa norma promoveu a redefinição das funções das esferas de governo e fragmentou a gestão do sistema segundo níveis de complexidade da assistência, diminuindo assim o poder de decisão do gestor municipal sobre determinadas áreas do sistema. Essa autora chama a atenção para a especialização das instâncias de governo, tornando os municípios responsáveis pela atenção

¹¹³ Uma pesquisa do Núcleo de Estudos de Pesquisas de Políticas Públicas – Unicamp (2001), utilizando um *survey* nacional com secretários municipais de saúde, mostra que cerca de 80% dos entrevistados concordam que a adoção do PAB reorientou as ações da Secretaria Municipal de Saúde para a Atenção Básica. Esse resultado é praticamente o mesmo para todos os tipos de municípios categorizados pela pesquisa por regiões do País, porte populacional, capacidade fiscal e tamanho da máquina administrativa do município.

básica e reservando à União e estados a gestão da média e alta complexidade. Para se entender a abrangência dessa norma serão relacionadas a seguir apenas as suas idéias principais.

1.3.1.5 – O FINANCIAMENTO E A NORMALIZAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NOS ANOS 2000

É fato que, num cenário de avanços e limitações da descentralização da saúde nos anos 1990, um conjunto de problemas, na gestão dos serviços e na própria atenção à saúde, foi destacado e apontado como foco fundamental de enfrentamento. A regionalização passa a se evidenciar no debate do setor saúde no fim da década, especialmente no âmbito dos gestores do SUS. De acordo com Souza (2001), é necessário desenvolver maior articulação entre os sistemas municipais e fortalecer as secretarias estaduais de saúde quanto ao seu papel de reguladora, garantindo a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas.

- A Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 – NOAS/2001

Em janeiro de 2001, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001, denominada de “Norma Operacional da Assistência à Saúde – SUS” – NOAS-SUS 01/2001¹¹⁴. Essa portaria tem como objetivo aprofundar o processo de regionalização como forma de “garantir o acesso a todas ações e serviços de saúde necessários, otimizando os recursos disponíveis” (BRASIL – MS, 2001). A questão importante para a operacionalização dessa norma é o avanço no processo de responsabilização dos gestores estaduais e municipais pela atenção integral aos seus cidadãos. Parte-se do pressuposto de que a implementação do SUS, nesse período recente, depende da compatibilização de três princípios: 1) a descentralização, com ampliação da responsabilidade dos municípios sob a gestão de seus sistemas de saúde; 2) a regionalização, com ênfase no planejamento territorial a partir de uma abordagem supramunicipal; e 3) a hierarquização, por meio da estruturação de redes assistenciais resolutivas.

A NOAS/2001 está assentada em três estratégias principais: a regionalização da assistência; o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; e a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Tais estratégias correspondem ações específicas, relacionadas a seguir:

¹¹⁴ A edição da NOAS foi resultado de inúmeras discussões entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde – Conass e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – Conasems. Para Souza (2001) — secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde naquele momento —, a NOAS/2001 expressa o resultado de um longo processo de construção de um “consenso mínimo” sobre os desafios e as respectivas estratégias de enfrentamento a serem adotadas pelos gestores.

1 – *Regionalização da assistência*: a) elaboração do Plano Diretor de Regionalização; b) ampliação da Atenção Básica; c) qualificação das microrregiões na Assistência à Saúde; d) Organização da Média Complexidade; e) estabelecimento de política para a Alta Complexidade;

2 – *Capacidade de gestão*: a) programação da assistência; b) garantia de acesso da população referenciada; c) controle, avaliação e regulação da assistência; d) hospitais públicos sob gestão de outro nível de governo; e

3 – *Critérios de habilitação*: alterações na NOB – SUS 96 para estados e municípios (BRASIL-MS, 2001).

Em relação ao financiamento, a novidade da NOAS em relação às normas anteriores é que parte importante dos recursos federais destinados ao custeio da assistência, transferida a estados e municípios, incentive não só a ampliação das ações de Atenção Básica, mas também a qualificação e responsabilização de microrregiões na Assistência à Saúde e a organização dos serviços de média e alta complexidade do setor. Nessa perspectiva, a garantia do acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde deve considerar critérios de racionalidade na organização de redes de referência regionais.

É evidente que os municípios são heterogêneos, apresentando ofertas de serviços e capacidades técnica e administrativa diferentes. Também é verdade que as dificuldades inerentes a essa heterogeneidade levaram a que várias localidades iniciassem experiências de pactos quanto à divisão de responsabilidades e à partilha da gestão de unidades que dificultam a organização de sistemas municipais/microrregionais. Sabe-se, porém, que, em muitos casos, essas iniciativas não foram bem-sucedidas¹¹⁵.

Pode-se admitir que o avanço da política de saúde deve ocorrer por meio da garantia da organização de redes de referência regionais, com o objetivo de atender as necessidades de saúde da população. Desde maio de 1998, a operacionalização da NOB 96, se consideradas as

¹¹⁵ Uma forma de concretização desses pactos foi viabilizada pelos consórcios intermunicipais. O Consórcio Intermunicipal de Saúde tem se apresentado, em diversas regiões do País, como o instrumento mais utilizado para a implementação do processo de municipalização da saúde e pode se constituir em forma de racionalização na qual se encaixa o modelo de atenção à saúde. Contudo, alguns estudos já apontam que as iniciativas formuladas com base na imposição de consórcios mediante incentivos financeiros promovidos pelos governos estaduais não se efetivaram, como é o caso do Estado de Minas Gerais. A contribuição financeira não se mostrou suficiente para sustentar o compromisso de ofertar serviços e ações de saúde regionalizados. Para uma análise de experiências de consórcios, ver Guimarães, L.; Gomes, M. A. e Guerrero, E. (1999); Cruz, M. C. M.; Junqueira, A.; Mendes, A. (1999); e Costa e Ribeiro (1999).

condições de gestão polares (plena da atenção básica e plena do sistema municipal), que muitas vezes não correspondem à heterogeneidade das realidades da rede de serviços nas diferentes regiões do País, tem induzido a busca da habilitação em gestão plena do sistema por diversos municípios, cuja oferta de serviços pouco difere da atenção básica. Se, de um lado, o processo de habilitação deu-se de forma cartorial, — compreendendo apenas o cumprimento de requisitos formais que pouco respondem ao funcionamento dos sistemas municipais e seu impacto nas condições de saúde —, de outro, a existência de apenas duas condições de gestão não preenche a diversidade dos municípios nem sua inserção nas redes regionais (GERSCHMAN, 2001).

Nesse cenário, a NOAS/2001 é instituída para responder à construção e operacionalização dessa reorganização das atividades assistenciais regionais. São mantidas as mesmas duas condições de habilitação ao SUS, estabelecidas na NOB 96. Contudo, a condição de gestão Plena da Atenção Básica sofre alteração, passando a ser denominada como “Plena da Atenção Básica – Ampliada” – GPABA.

A meta da NOAS de alargar a responsabilidade de atuação dos municípios na Atenção Básica vincula-se aos incentivos financeiros. Dito de outra maneira, propõe-se a ampliação do Piso da Atenção Básica (denominado de PAB Ampliado) em R\$ 0,50 *per capita* habitante/ano, passando para o valor mínimo de R\$ 10,50 habitante/ano¹¹⁶. Os recursos adicionais devem corresponder à atuação dos municípios nas áreas de controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle da diabetes melito, saúde da criança, da mulher e bucal. É certo que, anteriormente à NOAS, os municípios já atuavam nessas áreas, porém a alteração introduzida reforça o seu comprometimento específico nessas ações. Mais do que isso, observa-se que, a partir do estabelecimento de um valor adicional *per capita* definido nacionalmente, se procura conservar o traço central e estrategicamente dominante de se operar a política de saúde pelo financiamento em áreas definidas pelo governo federal, reforçando a sua determinação na formulação da política de saúde local.

Ainda, no tocante ao financiamento, a NOAS estabelece um valor *per capita* nacional para os procedimentos de Média Complexidade, compreendendo as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar¹¹⁷. Esse valor *per capita* foi definido

¹¹⁶ Esse valor do PAB Ampliado (R\$ 10,50) foi instituído em Portaria do Ministério da Saúde.

¹¹⁷ Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade é tratado no item 7 do Capítulo I.3 da NOAS e detalhado em seu Anexo 3 (BRASIL–MS, 2001).

em R\$ 6,00, conforme portaria do Ministério da Saúde¹¹⁸. Nela ficou estabelecido que cada estado deverá, na perspectiva da qualificação das microrregiões, prever em sua Programação Pactuada e Integrada (PPI), no mínimo, o valor *per capita* definido, para o financiamento das ações do primeiro nível de média complexidade ambulatorial. Já o financiamento das internações hospitalares deve ser realizado em consonância com o processo da PPI, coordenado pelo gestor estadual, de acordo com o Teto Financeiro da Assistência (TFA) de cada Unidade da Federação. Dessa forma, explicita-se a coordenação dos governos estaduais nesse processo de qualificação das microrregiões.

Como já comentado por Barros (2001), nesse novo desenho, os municípios ganham responsabilidade na média complexidade; o gestor estadual adquire poder na distribuição dos recursos federais; e o governo federal fica com a coordenação e regulação dos procedimentos desse nível de atenção.

No caso da política de atenção de alta complexidade no SUS, a NOAS define claramente a concentração desses serviços sob a responsabilidade do governo federal. Ainda que, em um de seus itens, a norma estabeleça que a garantia de acesso aos procedimentos desse nível de atenção deva ser de “responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal”, a proposta em curso determina que a esfera federal cuide da alta complexidade, os estados, da média e, os municípios, da atenção básica — excluindo-os explicitamente da gestão desse nível da assistência do sistema.

Assim, os repasses de recursos financeiros referentes aos serviços de alta complexidade são realizados em conta bancária específica, aberta pelo Fundo Nacional de Saúde para cada município ou estado gestor dos recursos. O ajuste do limite de recursos deverá ser anual, conforme indicação da Secretaria de Assistência do Ministério da Saúde, e qualquer valor que extrapole esse limite deve ser coberto com os recursos do teto financeiro da média complexidade. Dessa forma, os municípios que têm serviços de alta complexidade terão que se render à administração dos estados e ao mecanismo de pagamento do Ministério da Saúde. A explicitação desse objetivo decorre da regulamentação desses itens da NOAS, realizada pela Portaria nº 132 do MS, de 31 de janeiro de 2001. Nela ficam estabelecidos que os pagamentos relativos aos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensatórias (FAEC) — destinados a cobertura da alta complexidade — serão executados pelo Ministério da Saúde

¹¹⁸ Portaria do Ministério da Saúde nº 975, de julho de 2001.

diretamente aos prestadores de serviços, independentemente da condição de gestão do município. Esses valores deixam de ser repassados fundo a fundo ou para conta específica dos respectivos gestores habilitados em gestão *plena do sistema municipal*. Fica perceptível o passo dado pelo MS no sentido de acabar com a autonomia desses municípios na gestão dos serviços de saúde de alta complexidade. Aquilo que era pago no município, com dinheiro do Fundo de Saúde, incluindo o repasse federal, retorna para ser pago centralizadamente pelo Ministério da Saúde.

Nessa perspectiva, pensamos ser importante chamar a atenção para o fato de que a NOAS/2001 inaugura um rompimento com a lógica anterior, em que o município na gestão plena do sistema era o responsável por todas ações e serviços de saúde sob o seu território e, para tanto, recebia recursos federais “fundo a fundo” para executá-los. É preciso evidenciar essa passagem de alteração significativa entre o conteúdo da gestão municipal plena do sistema antes e depois da vigência da NOAS/2001. Dito de outra forma, essa norma instala uma “quebra” do paradigma iniciado pela NOB 93 e mantido pela NOB 96, no qual a gestão semiplena/plena do sistema é responsável por todas ações e serviços nos três níveis de atenção do sistema — básica, média e alta complexidade — e é contemplada com financiamento para tanto. Em que pese a NOAS/2001 ter sido editada no ano de sua criação, os seus reflexos, em termos de fragmentação do financiamento, são mais bem evidenciados no ano de 2002.

Barros (2001) indica que o Ministério da Saúde, ao reinterpretar o conceito de descentralização, executando atribuições que deveriam ser transferidas aos estados e municípios, vem deixando de lado o seu papel de gestor nacional do SUS, qual seja: regulação da incorporação tecnológica de alta complexidade/custo e promoção do investimento na rede pública, de forma a superar a desigual distribuição desses recursos no País.

A aprovação da NOAS e o processo a ela associado, definido como “regionalização da saúde”, em que pese promoverem modificações importantes nas relações entre os diversos gestores do SUS (estaduais e municipais), mantêm o fio condutor clássico de se viabilizar a política de saúde por meio do financiamento e determinação federal. A criação dos novos incentivos financeiros — piso da atenção básica *ampliada* e limites financeiros para a média e alta complexidade — continua determinando a configuração das políticas de saúde e reforçando a centralização do sistema de saúde, expressando-se em obstáculos ao exercício da autonomia local.

Os aspectos levantados pela análise da NOAS sustentam a interpretação geral de Carvalho (2002), para quem as várias NOBS e a NOAS contrariam o “princípio da descentralização” e do “cumprimento das competências legais”. Isto é, comenta o autor: “cada esfera tem uma competência e tem que ter meios para cumprir suas competências (...) o princípio da descentralização encontra-se violado. Municípios e estados não dispõem dos recursos, não definem o que fazer e têm que cumprir programação do Ministério da Saúde” (CARVALHO, 2002, p. 259). Carvalho sugere que as diversas maneiras que os municípios tem de receber recursos — cerca de 80, como comentado anteriormente — acabam sendo priorizadas pelo Ministério da Saúde, sem considerar as prioridades loco-regionais, e se constituem na única possibilidade de executarem determinadas campanhas ou programas.

- *A Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002 – NOAS/2002*

Passado um ano de implementação da NOAS/2001, o Ministério da Saúde edita, em fevereiro de 2002, uma atualização da mesma, sob a denominação de “NOAS/2002”¹¹⁹. Na prática, essa última norma incorpora definições da regulamentação complementar que, na versão anterior, se encontravam descritas em documentos normativos específicos. Contudo, é importante dizer que o objetivo de ambas é o mesmo: de um lado, efetivar a regionalização do sistema de saúde, fortalecendo o acesso e a integralidade da atenção à saúde, especialmente no tocante à melhoria do fluxo dos níveis de média e alta complexidade; e, de outro, manter a responsabilidade dos serviços de alta complexidade nas “mãos” do governo federal. A NOAS/2002, ao garantir as diretrizes de organização do sistema definidas pela NOAS/2001, oferece alternativas à superação dos constrangimentos e impasses evidenciados no período de implementação entre elas.

Para facilitar a compreensão da NOAS/2002, particularmente em relação aos municípios, são descritas, de forma sucinta, as principais modificações em relação à norma anterior.

- No que diz respeito às condições de gestão, são incluídas novas responsabilidades às já definidas na norma anterior:

¹¹⁹ A NOAS/2002 foi editada pela Portaria nº 373, do Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro, de 27 de fevereiro de 2002.

Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA)

- integrar e articular o município na rede estadual e respectivas responsabilidades na Programação Pactuada e Integrada (PPI) do Estado;
- firmar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o Estado.

Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSM)

- executar a gestão de todo o sistema municipal, ressaltando as unidades públicas e privadas de hemonúcleos/hemocentros e laboratórios de saúde pública;
- integrar os serviços existentes no município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares; e
- firmar o Pacto de Atenção Básica com o Estado.

- No tocante à assistência à saúde:

Média Complexidade

- criar a expressão “M1 (Média Complexidade 1)” para designar os procedimentos relativos ao conjunto mínimo de serviços de média complexidade ambulatorial.

Alta Complexidade

- estabelecer que a regulação da referência intermunicipal de alta complexidade será sempre efetuada pelo gestor estadual;
- responsabilizar o gestor municipal pela regulação quando o município for habilitado em gestão plena do sistema municipal; e responsabilizar o gestor estadual pela regulação quando o município não for habilitado ou estiver enquadrado em outra condição de gestão.

- No que se refere ao financiamento:

- determinar que os municípios, que já recebem o PAB fixo em valor superior ao PAB Ampliado — R\$ 10,50 —, não sofrerão modificação no valor *per capita* do PAB Fixo;
- transferir os recursos do Ministério da Saúde para as ações referentes ao “M1” das seguintes maneiras: a) fundo a fundo ao estado habilitado na NOAS/2002 quando o município estiver habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica

Ampliada (GPABA) — comando único estadual; b) fundo a fundo ao município-sede quando ele for habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSM) — comando único municipal;

- condicionar o recebimento direto do montante total de recursos federais relativo ao limite financeiro programado para o município no Fundo Municipal de Saúde — compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e a destinada ao atendimento da população referenciada — ao efetivo cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso (da população referenciada, por outros municípios, aos serviços de saúde localizados no município).

De certa forma, advertem Levcovitz, Lima e Machado (2001), ao explicitarem o balanço de implementação das Normas Operacionais do SUS ao longo da década de 1990, que as NOAS/2001 e 2002 possuem um *continuum* entre os seus dispositivos¹²⁰. A primeira criou algumas contradições que passaram a ser resolvidas pela norma subsequente, buscando a adequação do financiamento e da assistência à saúde regionalizada, no processo de descentralização do setor. A rigor, no que diz respeito à lógica central de conteúdo entre elas, não parece ter havido modificações, isto é, permanece a fragmentação da gestão do sistema de acordo com níveis de complexidade da assistência, retirando dos municípios o poder de decisão sobre determinados campos do sistema.

Reforça-se, assim, no início do século XXI, e, em particular, na segunda metade da década de 1990 — a partir da NOB 96 —, a convicção dos que consideram que a concepção de descentralização tutelada pelo governo federal e operada pelo financiamento continua a persistir. Nesse longo período de construção da descentralização do SUS, proliferam portarias ministeriais explicativas das Normas Operacionais do sistema, sustentando o rumo centralizador do Ministério da Saúde em determinar a política de saúde local e fragmentar os recursos transferidos. Até o momento, encontra-se em vigor a transferência “fundo a fundo”, mas que, na prática, mantém — em grande parte — as mesmas características da transferência convencional, isto é, vinculadas a programas específicos. Se, de um lado, o PAB e sua versão mais atual, o PAB

¹²⁰ Levcovitz, Lima e Machado (2001) sugerem que há um *continuum* entre os dispositivos das NOBs, sendo os avanços conquistados mediante instrumentos facilitadores e indutores da NOB anterior, tanto no que se refere às exigências em seus requisitos para habilitação como na experiência acumulada pelos próprios gestores na área política e administrativa.

Ampliado, representou um mecanismo inovador à gestão descentralizada ao introduzir a remuneração *per capita* dos serviços de saúde, de outro, seu atrelamento recente — portarias de regulamentação da NOB 96 e NOAS/2001 e 2002 — a regras previamente induzidas pelo governo federal rompe com o princípio do repasse “fundo a fundo” criado pela NOB 93, que garantia a utilização de recursos de acordo com as necessidades locais, definidas nos Planos Municipais de Saúde, aprovadas nos Conselhos Municipais de Saúde.

Como já mencionado, a fragmentação do financiamento, inaugurado pela NOB 96 e consolidada pelas NOAS/2001 e 2002, sugere um cenário preocupante na descentralização da política de saúde. Desde que os recursos financeiros são vinculados aos programas incentivados pelo Ministério da Saúde, não podendo ser redirecionados para outros fins na área da saúde, muitas vezes os municípios enfrentam situações em que falta o necessário até mesmo para manter sua rede de unidades básicas, quanto mais para os demais serviços de atenção à saúde — média e alta complexidade. De qualquer forma, somente a investigação mais acurada nos municípios — que será realizada nos capítulos 3, 4 e 5 desta tese — poderá indicar se, de fato, está ocorrendo o descumprimento e o desfinanciamento de ações e serviços de saúde definidos localmente.

Em síntese, este capítulo demonstra que os caminhos do financiamento do SUS e sua descentralização têm sido trilhados por vários níveis de embates políticos e econômicos. Ao mesmo tempo em que se implementa o SUS, com base no “princípio da construção da universalidade”, agrava-se a crise fiscal e financeira do Estado — limitando o aporte de recursos para a saúde — e tornam-se agudas as tensões no campo da seguridade social e nas relações entre os três níveis de direção do sistema — União, estados e municípios.

O fato de a Emenda Constitucional nº 29 não estar sendo cumprida, seja principalmente pela União como pelos estados, pode resultar no aprofundamento das tensões no financiamento do SUS. Espera-se que a regulamentação possa estabelecer as bases legais necessárias para que a União e também os estados cumpram o disposto na EC 29. Sabe-se que esse processo será marcado por intensas tensões. Mas, sem dúvida, a continuidade da implementação do SUS universal, público e gratuito exige a redefinição da posição econômica assumida pelos últimos gestores do governo federal, o que implicará o abandono de estratégias em nome da defesa do “princípio da contenção do gasto” comentado no início deste capítulo. Dessa forma, pode-se pensar que se caminha para o rompimento do frágil consenso na sociedade de que a “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Nos capítulos 3, 4 e 5, poderá ser visto como os municípios paulistas, enquadrados em gestão semiplena/plena do sistema municipal de saúde do SUS, respondem a esse cenário problemático evidenciado. A preocupação central dos próximos capítulos está relacionada, de forma ampla, ao entendimento de se essas indefinições legais no esquema do financiamento do SUS, em geral, permitem que esses municípios façam uso dos recursos de forma mais eficiente e eficaz, em direção a uma política de saúde definida conforme o seu planejamento local. Para dar início a essas reflexões, caracterizaremos o processo de descentralização da saúde no Estado de São Paulo, analisando a evolução dos recursos repassados aos municípios com gestão descentralizada do SUS — semiplena e plena do sistema.

CAPÍTULO 2

DA CARACTERIZAÇÃO GERAL DO SUS À EVOLUÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DESCENTRALIZADA NO ESTADO DE SÃO PAULO

O quadro de referência do presente capítulo é a trajetória específica da construção do SUS no Estado de São Paulo. É particularmente importante começar por aí, pois este estado propiciou o maior número de municípios enquadrados na gestão semiplena do SUS em 1994, quando comparado aos demais estados da federação. Mais do que isso, estabeleceu, já nos anos 1980, um desenho de gestão descentralizada que permitiu a municipalização dos serviços de saúde avançar no fim daquela década e durante os anos 1990.

As referências históricas da municipalização da saúde no estado são muito antigas, isto é, anteriores à adesão dos municípios à gestão semiplena do SUS. Há muito tempo, as administrações do governo do Estado de São Paulo incentivaram a descentralização com base na municipalização dos recursos. A primeira iniciativa por meio do convênio de municipalização data do governo Franco Montoro (1983-1986). É claro que os esforços no sentido de aprofundar a descentralização da saúde não pararam nessa gestão. Por sua vez, sabe-se que no Estado de São Paulo foi marcada por intensos conflitos, levando a diversas disputas no processo de implementação das gestões municipais descentralizadas.

Este capítulo examina os principais caminhos percorridos pelo sistema de saúde no Estado de São Paulo, bem como trata da evolução do processo de adesão dos municípios paulistas à gestão municipal descentralizada do SUS — semiplena e plena do sistema municipal de saúde —, com destaque aos 11 primeiros municípios nela habilitados. Divide-se em três partes: a primeira resgata a trajetória de construção do SUS no estado; a segunda, de maneira breve, aborda os principais aspectos da evolução do processo de adesão dos municípios paulistas às condições de gestão do SUS, com particular ênfase na gestão semiplena/plena do sistema, e também examina os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde ao Estado de São Paulo e a esses tipos de gestão municipal. Por fim, a terceira parte trata da caracterização socioeconômica e do setor saúde dos 11 municípios paulistas em gestão semiplena/plena do sistema, selecionados para a nossa pesquisa empírica, desenvolvida nos três próximos capítulos.

2.1 – O caminho do SUS no Estado de São Paulo¹²¹

2.1.1 – *Breves antecedentes*

A década de 1980 foi marcada por grandes alterações na política de saúde brasileira. Entre as principais modificações, destacam-se cinco: 1) a incorporação de uma visão que contemplasse a totalidade das ações e dos serviços de saúde, substituindo a abordagem diferenciada entre saúde curativa e preventiva; 2) a prioridade da política de atenção básica, 3) a definição do público como setor principal para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, determinando sua prioridade em relação ao setor privado; 4) a participação de novos segmentos da sociedade civil na política pública de saúde, o que se finaliza com o princípio de direito universal, instituído pela Constituição de 1988; e, 5) a instalação da gestão descentralizada, regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde.

No período anterior à Constituição de 1988, vários estados já caminhavam no sentido de construir esse desenho de gestão e política. Para se ter uma idéia dessa trajetória, no Estado de São Paulo, em 1983, foi adotado o Programa Metropolitano de Saúde – PMS 83, com o objetivo de criar áreas descentralizadas na Região Metropolitana de São Paulo, onde se adotava uma visão integral das ações de saúde e se priorizava a assistência médica do setor público. Em 1984, foram estabelecidos convênios de “municipalização da saúde” entre estado e municípios, prevendo transferência de recursos. Em 1986, foram formados os Escritórios Regionais de Saúde – Ersas, que concediam uma configuração mais descentralizada da organização dos serviços de saúde no estado. Em 1987, intensifica-se o processo de municipalização da saúde, por meio da criação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde – SUDS. Esse sistema generalizou o “convênio” como instrumento de definição de responsabilidades administrativa e financeira entre estado e municípios, conhecida como “estadualização da política de saúde” (VIANA, 1994).

Não se pode esquecer que, durante o período 1983-1986, foram adotadas as Ações Integradas de Saúde – AIS, que permitiram a ampliação dos recursos destinados para ações e serviços de saúde sob responsabilidade dos municípios e possibilitaram o surgimento de novas formas de gestão no estado, com destaque para as Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS, Comissão Regional Interinstitucional de Saúde – CRIS e Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – CIMS. Essas comissões tiveram um papel importante para a construção do sistema

¹²¹ Essa trajetória do SUS no Estado de São Paulo apóia-se em Mendes et al. (1999).

estadual, possibilitando, inicialmente, a constituição dos Ersas e, posteriormente, a instalação do SUDS e do SUS no Estado de São Paulo.

2.1.2 – A regionalização da Secretaria de Estado da Saúde–SP¹²²

O processo de descentralização dos serviços e ações de saúde, no Estado de São Paulo, ocorreu antes da instalação do SUDS. Seu início ocorre no bojo do movimento de reforma da administração pública paulista, realizado durante o governo Franco Montoro (1983-1986).

Em 1986, a descentralização da gerência das atividades da Secretaria de Estado da Saúde foi realizada com a criação de 62 Ersas, sendo 47 no interior e 15 na Região Metropolitana¹²³. No plano organizacional, a reestruturação da secretaria seguiu o princípio da horizontalização, da regionalização e da municipalização dos serviços e ações básicas de saúde. Como modelo assistencial, os Ersas, que eram autônomos e se constituíam em unidades de despesa, preconizavam a integração, a hierarquização e a regionalização das ações de saúde (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1987). Os Ersas eram os responsáveis por articular todos os serviços públicos de saúde sediados nos municípios de sua jurisdição.

No âmbito do núcleo central da secretaria, para responder à necessidade de coordenação do planejamento e da gestão orçamentário-financeira, foram criadas cinco Coordenadorias de Macrorregião. Por outro lado, tendo em vista o novo modelo assistencial proposto, a secretaria considerava prioritário prever em sua estrutura organizacional comissões de integração interinstitucional. Nesse sentido, as CIS, CRIS, e CIMS deixam de ser apenas comissões de gerenciamento de convênios AIS e passam a ser comissões de gerenciamento de todos os serviços de saúde, de sua competência e em seu território de abrangência.

A despeito dessas alterações, foi pequeno o avanço em termos de gerenciamento do sistema — tanto pelos Ersas como por parte da Secretaria de Estado da Saúde. A manutenção do poder de contratação de serviços privados nas mãos do INAMPS criava obstáculos à capacidade dos escritórios regionais e à própria secretaria de articular os serviços e as ações de saúde nas microrregiões e no estado.

¹²² Para o detalhamento do processo de descentralização da saúde no Estado de São Paulo, ver a contribuição de Marques (1998).

¹²³ Para a descrição da reforma da SES de São Paulo, ver Junqueira e Inojosa (1990).

2.1.3. – O SUDS no Estado de São Paulo

Com o surgimento do SUDS, uma vez que a União passou a permitir que as secretarias estaduais definissem de quem comprar os serviços¹²⁴ e que se responsabilizassem pela distribuição dos recursos destinados a essa compra, avançou-se na autonomia da gestão estadual. Embora continuasse a ser prestadora de serviços, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo passou a contratar os prestadores do setor privado, incorporando as funções exercidas nessa esfera pela Superintendência Regional do INAMPS¹²⁵. Essa absorção das funções do INAMPS tornou a instalação do SUDS, em São Paulo, diferenciada dos demais estados da federação. A Secretaria de Estado da Saúde passou a se responsabilizar pela gestão dos equipamentos de saúde da rede própria do INAMPS e por parte do controle da compra de serviços de assistência à saúde da rede privada.

É importante registrar que a forma e o conteúdo assumidos pelo SUDS, no Estado de São Paulo, foram fortemente marcados pela vontade política de seus governantes. Para se ter uma idéia, logo após a assinatura do convênio entre INAMPS e São Paulo (julho de 1987), isto é, antes da formalização do SUDS, o secretário da Saúde, e também presidente da CIS começou a elaborar, por meio de resoluções, as condições organizacionais necessárias para assumir as funções repassadas pelo INAMPS. Além de serem criados os Grupos de Trabalho Interinstitucionais (GTIs) para os diversos sistemas administrativos e para a área fim, ficou determinada a integração funcional dos servidores dos serviços de medicina social do INAMPS aos Ersas — em 30 dias — e definido um modelo básico de convênio para implementar a integração dos serviços locais de saúde existentes nos municípios, entre outras medidas¹²⁶. Em agosto de 1987, quando o SUDS já havia sido formalizado, foi encaminhado no estado a compatibilização dos sistemas de gestão orçamentária e financeira das instituições do INAMPS e da secretaria integrantes do SUDS, e, além disso, foram adotadas outras medidas que viabilizaram todos os serviços de saúde fazerem parte da programação e orçamento.

Em março de 1988, a partir da passagem do pagamento das contas ambulatoriais do setor privado contratado e conveniado para a competência do Estado de São Paulo, a secretaria imediatamente delegou essa tarefa para os Ersas.

¹²⁴ A definição de quanto pagar e o pagamento em si continuavam a ser de responsabilidade do INAMPS. O mesmo ocorreu em relação ao limite de gasto referente à compra de serviços do setor privado.

¹²⁵ Para o conhecimento do impacto da instalação do SUDS em São Paulo, ver Junqueira e Inojosa (1990).

¹²⁶ Foi constituído um GTI de municipalização da rede básica de saúde.

No tocante aos municípios, muito embora o processo de descentralização não tenha atingido o nível local¹²⁷, muitos foram os que se envolveram no processo de planejamento do sistema e se responsabilizaram pela rede pública para eles transferida. Por outro lado, cresceu significativamente o volume de recursos destinado para a área da saúde, nunca inferior a 6% da receita própria aplicada em saúde.

Em suma, pode-se dizer que a instalação do SUDS, sob a forma da estadualização, significou o início da descentralização da gestão do sistema de saúde no Estado de São Paulo. A municipalização, por sua vez, ficaria sob a ação paulatina do Estado.

2.1.4. – O SUS no Estado de São Paulo

A criação do SUS, pela Constituição de 1998, tinha, entre os principais objetivos, o propósito de acelerar o processo de descentralização. Para tanto, foi necessário modificar e definir as atribuições dos três níveis de governo no campo da saúde. No entanto, o atraso na regulamentação¹²⁸, a predominância da lógica do pagamento por produção, para a efetivação do repasse de recursos, e a crise do financiamento criaram obstáculos, durante algum tempo, para que o SUS desse prosseguimento efetivo à descentralização. Por outro lado, cabe ressaltar que não houve problemas oriundos de criação de vazio institucional. O que ocorreu foi que, durante um tempo, se seguiu o já estabelecido.

No Estado de São Paulo, os dois últimos anos da década de 1980 corresponderam à recentralização, posto que as comissões e grupos de trabalho, criados para serem temporários, passaram a compor a estrutura da secretaria, esvaziando o papel dos Ersas e das Comissões de Microrregiões. Por outro lado, muito embora o processo de municipalização tenha continuado, no que se refere à transferência ou cessão de serviços estaduais, muitas vezes as decisões eram tomadas pela secretaria, enfraquecendo o papel dos Ersas. De qualquer forma, até aquele momento, os municípios não haviam se constituído em gestores locais e, ao mesmo tempo, o governo estadual não havia assumido o seu novo papel previsto pelo SUS. Isto porque caberia ao Estado, de um lado, realizar os planejamentos regionais, concedendo assessoria técnica às

¹²⁷ Embora pudesse, São Paulo não promoveu a municipalização da compra de serviços do setor privado conveniado e contratado no período de vigência do SUDS. A descentralização dessas atividades ficou a cargo dos Ersas.

¹²⁸ A Lei Orgânica da Saúde é de setembro de 1990; a NOB 01 e as portarias que lhe seguiram são de janeiro de 1991; e a gestão semiplena do SUS é de 1993 (NOB 93).

instâncias locais, efetuando a avaliação e o controle; e, aos municípios, de outro, executar os serviços e ações de saúde.

A dificuldade enfrentada por São Paulo em assumir suas funções na área da saúde foi compartilhada pelas demais unidades da Federação. Dado que a sistemática de transferência de recursos continuava a ser realizada por produção no início do SUS, não havia condições de os estados, assim como os municípios, planejarem suas ações de saúde.

Do lado dos municípios, as secretarias de saúde foram assumindo, mediante o gerenciamento dos equipamentos municipalizados ou pela ampliação da rede própria, seu papel de responsável último pela prestação de serviços de assistência médica. O planejamento local da saúde, contudo, praticamente inexistia.

Em fins de 1990, o SUS é regulamentado e, em janeiro de 1991, são editadas a NOB 01/91 e uma série de portarias, definindo que todos os prestadores, inclusive os públicos, passam a ser vistos e tratados como vendedores de serviço. Na prática, a lógica do pagamento da produção — praticada há muito pelo INAMPS — perpetuava-se no interior do SUS. Sua utilização impedia que os municípios tivessem autonomia na alocação dos recursos, tornando inócuo qualquer planejamento local das ações e serviços de saúde.

Apesar de o pagamento por produção desvirtuar a idéia do SUS, não houve muita resistência por parte dos estados e os municípios. Ao contrário de São Paulo, a maioria dos estados não havia sequer incorporado as ações regionais do INAMPS e a perspectiva do pagamento direto, sem passar pela Secretaria de Estado da Saúde, agradou aos municípios.

No caso do Estado de São Paulo, a já mencionada incapacidade da secretaria constituir-se em gestor regional da política de saúde foi ainda mais agravada pela crise fiscal vivida por esta unidade da Federação. Com a retração dos recursos próprios e o endividamento do estado, foi desenvolvida uma política salarial restritiva, de forma que os salários dos funcionários estaduais ficaram aquém dos pagos pela maioria dos municípios maiores. A diferenciação salarial — existente também em relação aos profissionais da saúde alocados originalmente no ministério — impediu uma real integração dos funcionários dos três níveis de governo.

A restrição orçamentária criou obstáculos para que a secretaria pudesse firmar-se como gestor da política regional de saúde, utilizando recursos próprios. Como resultado disso, embora

os Ersas e as cinco Coordenadorias de Macrorregião continuassem a existir na estrutura da secretaria, não exerciam nenhum papel articulador.

Por outro lado, vale notar que a Secretaria de Estado da Saúde continuou a exercer o papel de prestadora de serviços. Embora parte dessa situação possa ser explicada pelo fato de a capital não ter se municipalizado, é de espantar que a secretaria tenha continuado a administrar e construir unidades de saúde durante os primeiros anos da década de 1990.

Nesse período, o aprofundamento da crise fiscal e financeira do estado começou a ter reflexos negativos sobre os municípios. Estes começaram a ficar temerosos de assumir os equipamentos estaduais sucateados e os funcionários estaduais, com nível salarial tão diferenciado dos seus. Para solucionar esse último problema, generalizou-se a prática da complementação salarial pelas secretarias municipais.

Nessa perspectiva, o processo de municipalização, tal como pensado originalmente, sofreu uma desaceleração. A única base de sustentação do novo modelo continuava ser o fato de os municípios terem assumido a assistência médica. Mesmo isso, o que, de certa forma, já havia se gestado à época do SUDS, não havia avançado, pois os municípios não tinham autonomia para decidir a alocação dos recursos em função da política de pagamento por produção definida pelo governo federal¹²⁹.

Já a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no governo Fleury, não só foi incapaz de assumir seu novo papel definido pelo SUS, como apresentou um retrocesso. É preciso que se esclareça, no entanto, que parte dessa situação deriva do papel atribuído aos estados pela Lei Orgânica da Saúde. Coordenar e planejar a rede implica, necessariamente, capacidade de alocação de recursos. Como os recursos largamente provêm de transferência federal, diretamente para o produtor do serviço, ou, mais recentemente, para os municípios, em alguns casos, ficava dificultado o planejamento estadual.

De certa forma, a situação começou a ser modificada com a introdução da NOB 01/93. Apesar dessa norma contribuir fundamentalmente para a participação dos municípios na gestão do sistema, ela definiu, por outro lado, que os Conselhos Nacional, Estadual e Municipais de Saúde, previstos na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, seriam os foros onde a negociação

¹²⁹ Cabe lembrar que essa situação não era inerente ao modelo pensado pelo movimento sanitário e formalizado na Constituição de 1988.

e a deliberação do processo de descentralização ocorreriam. No Estado de São Paulo, o Conselho Estadual de Saúde foi criado pela Lei nº 8.356, de 20 de julho de 1993.

Em cada estado, além do respectivo conselho, foi criada uma Comissão Intergestores Bipartite, composta paritariamente por representantes da Secretaria de Saúde e do órgão de representação dos secretários municipais de Saúde. No Estado de São Paulo, a Comissão Bipartite foi criada pela Resolução da Secretaria de Estado da Saúde de nº 242, em 13 de agosto de 1993. Segundo a NOB 93, a Comissão Bipartite tem por tarefa decidir sobre os aspectos operacionais do SUS. O enquadramento nas novas condições de gestão dos municípios no sistema deveria ser pleiteado a essa comissão.

Em maio de 1995, já na gestão do governador Mário Covas, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) passou por uma nova reestruturação, com o objetivo de criar condições para desenvolver o papel de planejamento regional. Nessa oportunidade, foi revista a regionalização da SES, de forma que os 62 Ersas foram substituídos — conforme Decretos nºs 40.082 e 40.083, de 15 de maio de 1995 — por 24 Direções Regionais de Saúde (DIR). Com isso, a SES esperava fortalecer o papel de gestor estadual que lhe conferia a política do SUS. Contudo, essa reestruturação da SES não propiciou a descentralização do processo decisório, posto que a definição sobre a alocação de recursos em cada DIR permaneceu centralizada na SES — para as DIRs do interior, sob a responsabilidade da Coordenadoria do Interior, e para a capital, sob a Coordenadoria da Grande São Paulo.

Cabe assinalar que essa forma de conduzir o processo alocativo de recursos atingiu seu auge com a instalação, no Gabinete da SES, da Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde, em 2001. Dois são os exemplos de contratos gerenciados por essa coordenadoria na época: os contratos relativos à implementação do Programa de Saúde da Família da SES — criados na zona leste da capital — denominado de “Qualis” (Qualidade Integral à Saúde), realizados por meio de instituições e/ou fundações de apoio¹³⁰; e os referentes ao desenvolvimento de organizações sociais — forma de gerenciamento administrativo e financeiro — dos hospitais públicos que prestam serviços na Região Metropolitana de São Paulo.

Somente a partir de maio de 1998, com o processo de operacionalização da NOB 01/96 em curso, a SES de São Paulo foi habilitada à condição de Gestão Avançada do Sistema

¹³⁰ Em 2002, as Unidades do PSF-Qualis da SES foram totalmente transferidas para o município de São Paulo após sua habilitação no SUS.

Estadual¹³¹. Em que pese o avanço da NOB 96, recolocando e redefinindo o papel do gestor estadual no sistema, principalmente no desenvolvimento das atividades mais relacionadas ao planejamento e controle, a influência do Ministério da Saúde na definição da política de saúde ainda permaneceu grande. A rigor, a descentralização da saúde, que foi significativa a partir da segunda metade dos anos 1990, inclusive no Estado de São Paulo, não consegue romper com a lógica do Ministério da Saúde em ditar as normas da política por meio do financiamento do sistema, operado sob o controle centralizado das transferências de recursos, seja na definição da quantidade como das modalidades dos repasses¹³².

Segundo Piola e Vianna (2002), esse processo pode ser descrito muito mais por uma desconcentração executiva das ações de saúde e não por uma efetiva descentralização, na qual estados e municípios devem ser plenamente autônomos para definir, implementar e controlar as suas políticas de saúde. Conforme sugerem esses autores, essa mesma lógica predominante do governo federal foi reproduzida pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo na relação com os municípios e na gestão dos serviços próprios estaduais distribuídos pelo estado, como mencionado.

Em síntese, pode-se dizer que, durante as décadas de 1980 e 90, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo desenvolveu algumas políticas de regionalização da assistência em saúde. Na realidade, esse processo — inclusive após a instalação do SUDS —, antes de se caracterizar pela transferência de funções de gestão, foi muito mais marcado pela cessão de serviços estaduais e pela passagem do gerenciamento ou criação de unidades de saúde voltadas para a atenção básica aos municípios (VIANA, 1994). Ao perpetuar a sistemática de repasse de recursos às unidades ambulatoriais e hospitalares no SUS pela prestação de serviços, ficou impedida a consecução da estrutura organizacional com base na gestão das ações em saúde pelos municípios. Esse processo somente foi alterado com o surgimento da modalidade municipal da gestão semiplena (NOB 93) e aprofundado pela operacionalização da NOB 96, a partir de 1998. Mesmo assim, a SES-SP

¹³¹ A habilitação da SES-SP foi publicada pela Portaria do MS nº 285, de 9/4/99. Para o conhecimento das responsabilidades dessa condição de gestão, ver Nota 102 no Capítulo 1.

¹³² Paralelamente, chama a atenção o excesso de normas federais — normas operacionais básicas e uma série de portarias ministeriais — que buscam assegurar uma delegação tutorada de responsabilidades às esferas subnacionais de governo, sob o controle do Ministério da Saúde.

continuou mantendo predomínio na estrutura de oferta de serviços, principalmente nos de alta complexidade, associados às instituições de pesquisa e ensino¹³³.

Ainda, cabe lembrar que a SES–SP, mesmo com o avanço da NOB 96, não alterou a política de repasse de recursos do Tesouro estadual aos municípios, seja no âmbito do custeio como no do investimento. Dito de outra maneira, até o fim da gestão estadual em 2002, a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo não havia criado a modalidade de transferências de recursos financeira Fundo a Fundo, de forma global e automática, aos municípios, sob a lógica de fortalecer sua capacidade de gestão¹³⁴. A única forma de transferências de recursos aos municípios refere-se à lógica convencional.

Por fim, é importante dizer que o fato de o município de São Paulo não ter aderido ao SUS, até julho de 2001¹³⁵, acentuou a participação da Secretaria de Estado da Saúde do governo estadual na oferta de serviços, especialmente na capital. Por sua vez, cabe assinalar que os municípios, ancorados pelo processo de descentralização de receitas — favorecendo a parcela das transferências constitucionais de sua receita disponível — consolidado pela Constituição de 1988, ampliaram sua rede própria de oferta, gerenciando ou instalando novas unidades de saúde. Essa estratégia adquiriu significado mais atraente do que assumir a gestão de grandes unidades de saúde do governo estadual. Dessa forma, pode-se entender a presença marcante da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo na oferta de serviços e sua fragilidade no desenvolvimento de uma coordenação regional.

Interessa assinalar que essa trajetória da saúde no Estado de São Paulo conforma traços específicos nas relações entre os fluxos intergovernamentais no sistema de saúde deste estado, apesar da evolução significativa dos municípios às condições de gestão do SUS, principalmente a partir da segunda metade dos anos 1990.

Antes que se analise a evolução do processo de enquadramento dos municípios paulistas às condições de gestão do SUS no Estado de São Paulo, é importante que se descreva o

¹³³ Destacam-se: Hospital Universitário da USP, Instituto do Coração, Complexo do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Botucatu da Unesp, Hospital das Clínicas da Unicamp, Centro de Referência da Mulher, Hospital Emílio Ribas, Instituto Butantã e Instituto Adolfo Lutz.

¹³⁴ Cabe ressaltar que no fim da década de 1990, três estados — Ceará, Mato Grosso e Rio Grande do Sul — por meio de suas secretarias estaduais de saúde, já haviam estabelecido formas de repasses automáticas de recursos financeiros aos municípios, seja em custeio como em investimento, ver Marques e Mendes (2003).

¹³⁵ A opção do município de São Paulo, durante a gestão Maluf (1993-1996) e a gestão Pitta (1997-2000), foi pelo Plano de Atendimento à Saúde (PAS), conforme Lei Municipal nº 11.866/95. Nesse período, o município de São Paulo ficou excluído do SUS.

funcionamento do principal mecanismo de gestão financeira do SUS no Estado de São Paulo, ao longo dos anos 1980 e 90: o Fundo Estadual de Saúde – Fundes.

2.1.5 – O Fundo Estadual de Saúde – Fundes

Embora o Fundes tenha sido criado em 20 de dezembro de 1978, pela Lei Complementar nº 204, foi somente regulamentado em 26 de dezembro de 1979, por meio do Decreto nº 14.533. Essa legislação, que o criou, estabeleceu um Conselho de Orientação do Fundes, presidido pelo secretário de estado da Saúde e por dois representantes do governo estadual e dois do governo federal (superintendente do INAMPS e delegado federal de saúde). Naquele momento, o Conselho do Fundes não contava com representantes da sociedade civil e nem das secretarias municipais de Saúde.

Apenas após o Decreto nº 40.200, de 18 de julho de 1995, foi alterada a representação do Conselho de Orientação do Fundes. Foram instituídas as representações dos secretários municipais de saúde (um membro) e do Conselho Estadual de Saúde (um membro). No ano seguinte, em 1996, o Fundes passou a ser vinculado diretamente ao Gabinete do secretário.

Segundo o Decreto Estadual de sua criação, o Fundes tem por finalidade concentrar os recursos vinculados para a área da saúde, servindo de suporte financeiro para a integração dos serviços. No tocante às receitas, de forma geral, esse instrumento deveria agregar os recursos do Tesouro estadual, as receitas provenientes de prestação de serviços, as transferências federais e os rendimentos decorrentes de aplicações financeiras. No que se refere à despesa, haveria a possibilidade de direcionar os recursos para custeio e investimento, de acordo com as necessidades em saúde.

No entanto, entre 1978 e 1984, o Fundes praticamente não recebeu recursos. A rigor, estavam disponíveis somente os recursos de alguns convênios com o Ministério da Saúde. Em 1983, com a introdução do convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS), entre SES e INAMPS, como mencionado anteriormente, os recursos foram progressivamente adicionados. Com a operacionalização do Programa Metropolitano de Saúde, os recursos provenientes do BID também passaram a constituir receitas do Fundes. Chama a atenção os recursos do Tesouro estadual, destinados à saúde, nunca terem integrado o Fundes, apesar de estar previsto em legislação.

No advento do SUDS no Estado de São Paulo, em 1987, os recursos do Fundes representavam 34,4% do total da despesa realizada pela SES. No ano anterior, essa participação era de apenas 17% (Tabela 9). Em 1989, os recursos do Fundes superavam o montante alocado pelo Tesouro estadual na SES. Isto se deveu às transferências federais destinadas ao financiamento dos serviços ambulatoriais municipalizados, prestados pelas entidades conveniadas e contratadas (convênio SUDS), e dos recursos para a manutenção das unidades do INAMPS estadualizadas.

Tabela 9
Despesas realizadas pela SES, por fonte, 1986-1994
 — Estado de São Paulo —, em percentagem

Anos	Tesouro	Fundes	Total
1986	83,00	17,00	100,00
1987	65,60	34,40	100,00
1988	50,20	49,80	100,00
1989	49,10	50,90	100,00
1990	64,80	35,20	100,00
1991	88,50	11,50	100,00
1992	94,70	5,30	100,00
1993	92,60	7,40	100,00
1994	88,60	11,40	100,00

Fonte: Informativo da Comissão Técnica de Assessoramento ao Secretário em questões relativas ao Conselho Estadual de Saúde. São Paulo, set. 1995, nº 4.

Já, a partir de 1990, com a instalação do SUS, há uma reversão desse processo, quando se verifica uma maior participação da fonte do Tesouro no total da despesa da SES. Conforme pode ser observado na Tabela 9, a participação dos recursos do Fundes foi retraída, sensivelmente, atingindo, em 1992, apenas 5,3% enquanto os recursos do Tesouro responderam por 94,7%.

A partir de 1995, o Fundes passa a ser basicamente composto pelas transferências federais do SUS destinadas ao pagamento dos serviços ambulatoriais (SIA) e dos serviços hospitalares (AIHs), prestados pela rede própria estadual e pelos serviços estadualizados do antigo INAMPS. Essas fontes diziam respeito a 80% dos recursos do Fundes. Os gastos com compra de todos os medicamentos absorvem 18,1% de sua receita e os convênios estabelecidos com o Ministério da Saúde, referentes aos programas de saúde coletiva (AIDS, cólera, febre purpúrica, entre outros), menos de 2% (MENDES et al., 1999).

A composição da despesa do Fundes, nesse mesmo ano, correspondia a: 32,3% — serviços próprios do estado; 24,7% unidades estadualizadas do INAMPS; 30,4% fundações de

apoio a unidades públicas estaduais correspondentes ao Instituto Dante Pazzanese, ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP e ao Centro de Referência de Saúde da Mulher, e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil; 1,3% custeio e investimento de serviços públicos municipais; e 11,3% subvenções sociais, sendo um terço para as entidades com contrato em co-gestão e o restante para entidades filantrópicas e universitárias (Idem).

A partir de 1995, a Secretaria de Estado da Saúde apresenta a composição de suas despesas, por fonte, de maneira diversa. Nesse ano, detalha em “Tesouro” e “Outras Fontes”, de modo que os recursos provenientes do Fundes estão incluídos no último. Já para 1996, há um detalhamento maior: Tesouro, Fundo Especial de Despesa e Vinculado Federal (Fundes). No ano seguinte, com a realização de Operações de Crédito, essa rubrica é incluída como fonte adicional às existentes.

Tabela 10
Despesas realizadas pela SES, por fonte¹³⁶, 1995-2000 — Estado de São Paulo —

ANOS	FONTES					em percentagem
	Tesouro	Outras Fontes	Fundo Especial de Despesa	Vinculados Federal	Operações Crédito	TOTAL
1995	83,46	16,54	-	-	-	100,00
1996	83,28	-	1,55	15,17	-	100,00
1997	87,96	-	1,65	10,34	0,05	100,00
1998	74,03	14,87	1,17	9,71	0,22	100,00
1999	72,10	14,34	2,15	11,41	0,00	100,00
2000	71,19	10,91	1,52	16,38	0,00	100,00

Fonte: Balanços gerais do Estado de São Paulo.

¹³⁶ Definição das fontes de financiamento da SES-SP:

Tesouro estadual – recursos oriundos das arrecadações recebidas pelo governo: o produto da arrecadação do ICMS; IPVA; outras receitas tributárias não vinculadas a gastos específicos (adicional de IR, transmissão *causa mortis* e doação, taxas e contribuições e melhorias); transferências da União sem destinação específica (FPE, IR Retido na Fonte, Fundo de Exportação, desoneração do ICMS); alienação de bens móveis e imóveis e demais receitas estaduais (imobiliárias, valores mobiliários, rendas diversas, entre outras).

Outras fontes – compreende as fontes não específicas nos balanços dos referidos exercícios. Em 1995, inclui ainda as demais fontes na falta de registros mais específicos só disponibilizados a partir de 1996. Somente a partir de 1998 é que se efetiva a consolidação do balanço da administração direta e indireta, com a discriminação da fonte de receitas próprias da administração indireta no Balanço Geral do Estado.

Fundo especial de despesa – recursos vinculados à prestação de serviços. Compreende as receitas arrecadadas diretamente pela Administração Direta (recursos próprios da unidade).

Vinculados federal – compreende os repasses federais (Ministério da Saúde) relativos ao pagamento de prestação de serviços (Administração Direta e SUCEN) e os recursos de convênios. Os recursos vinculados federais integram o Fundes (Fundo Estadual de Saúde).

Operações de crédito – referem-se a recursos captados em instituições financeiras nacionais e internacionais, para financiamento de projetos de investimentos, além da rolagem da dívida interna, mediante colocação de letras financeiras do Tesouro paulista (LFTPs).

Conforme indicado na Tabela 10, os recursos do Tesouro continuam a constituir, para esses anos, a principal fonte das despesas realizadas pela SES, ainda que tenha diminuído, entre 1994 e 1995, passando de 88,60% para 83,46%. No entanto, o crescimento de participação, observado em 1997, deve-se ao grande número de municípios que passaram à habilitação simplificada (50), de modo que os recursos, anteriormente encaminhados ao Fundes (Vinculados Federal), passaram a ser repassados diretamente a eles. Dito de outra modo, o aumento relativo da fonte Tesouro deve-se à queda do montante absoluto dos recursos Fundes.

Já a partir de 1998, nota-se um movimento contrário ao dos anos anteriores. Verifica-se retração da participação relativa da fonte Tesouro e crescimento da fonte Vinculados Federal, atingindo, em 2000, 71,9% e 16,39%, respectivamente.

Em síntese, ainda que o decreto do Fundo Estadual de Saúde tenha previsto como receitas todos os recursos vinculados às ações e aos serviços de saúde, os registros contábeis do Fundes dizem respeito, em sua grande maioria, à fonte “Vinculados Federal” – repasses do Ministério da Saúde. Apenas em 2000, pequena parte dos recursos do Tesouro estadual, a referente à Taxa de Fiscalização Sanitária, foi incorporada às demais receitas do Fundes.

2.2 – A evolução da gestão municipal descentralizada no Estado de São Paulo

Logo nos anos posteriores à Constituição Federal de 1988, os municípios não puderam aderir ao SUS em razão da ausência de legislação regulamentadora, o que vai acontecer somente em 1990 com a publicação das Leis Federais nºs 8.080/90 e 8.142/90 — denominadas de “Leis Orgânicas da Saúde”. Mesmo assim, a entrada dos municípios no sistema só ocorrerá após a NOB 93. Por sua vez, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo não assumiu a atribuição prevista pela SUS, nem se responsabilizando pela coordenação regional das ações e dos serviços de saúde, nem tampouco pela cooperação técnica e financeira aos municípios. Dessa forma, as secretarias municipais de Saúde viram-se quase obrigadas a assumir gradativamente a responsabilidade pela prestação da assistência em saúde, sem que fosse realizado um planejamento local dos serviços e ações de saúde.

Contudo, nos primeiros anos da década de 1990, a crise fiscal e financeira do estado já atingia os governos municipais, impedindo que se responsabilizassem pela rede estadual de saúde em precárias condições. Nesse contexto, o processo de municipalização da saúde foi sofrendo uma retração. Ainda que os municípios tenham iniciado os cuidados na área assistencial da saúde,

não dispunham de autonomia para definirem a alocação dos recursos, dado a sistemática de transferência de recursos federais estar apoiada em pagamentos por produção dos serviços.

A situação começou a mudar, pelo menos em relação aos municípios, com o surgimento da condição de gestão do SUS, instituída pela NOB 93, denominada de “semiplena”. Como mencionado no Capítulo 1, os municípios em gestão *semiplena* — modalidade mais descentralizada e qualificada do sistema — assumiam a responsabilidade por todas as ações e os serviços de saúde, dispondo de transferência de recurso federal, repassada de forma global e automática — todo o mês, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde —, de acordo com um limite financeiro estabelecido pela Comissão Intergestores Bipartite e aprovado na Comissão Intergestores Tripartite¹³⁷.

Apesar de mantida nessa condição de gestão, em parte, a lógica do pagamento por produção, a Portaria Ministerial nº 545/93 introduziu a possibilidade de as esferas locais responsabilizarem-se pela alocação do volume de recursos a elas destinadas, criando as condições para que se tornassem autônomas para planejar e executar sua política de saúde.

Na realidade, a lógica do pagamento por produção em parte foi mantida porque os recursos a serem transferidos obedeciam, além do critério populacional, o desempenho (produção) realizado nos últimos anos. Contudo, desde que os municípios em gestão *semiplena* passaram a ter autonomia de alocação, poderiam, em médio e longo prazos, alterar a trajetória da evolução da produção de serviços. No limite, mantinha-se como obstáculo para a efetiva gestão a pouca disponibilidade dos recursos definidos para a área da saúde na esfera federal.

Com base na orientação do ministério, a Comissão Intergestores Bipartite de São Paulo, estimulada pela representação dos membros do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (Cosems) — que na época era constituída principalmente pelos grandes municípios do estado —, produziu um manual de orientação para os municípios interessados em adotar um dos tipos de gestão. O estímulo dado pela diretoria do Cosems era que buscassem o seu enquadramento na modalidade de gestão *semiplena*, a fim de conquistarem a sua autonomia em

¹³⁷ A Bipartite é formada por representantes da Secretaria de Estado da Saúde e por membros da direção do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (Cosems) e do secretário do município de São Paulo. A Tripartite é composta por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde, por meio do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Conass) e das secretarias municipais de Saúde, por meio do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

termos de gestão e recursos financeiros¹³⁸. Contudo, essa orientação só obteve eco, principalmente, entre os membros da diretoria dessa entidade, composta, basicamente, por grandes municípios.

Apesar desse esforço, no fim de 1994, dos 625 municípios existentes no estado, apenas 11, especialmente os maiores municípios (ver Quadro 3), se habilitaram à modalidade de gestão *semiplena*, atingindo 3% da população do estado¹³⁹. No tocante às outras modalidades de gestão, 43 enquadraram-se na gestão parcial e 193, na gestão incipiente¹⁴⁰ (ver Tabela 11).

Quadro 3 – Primeiros municípios do Estado de São Paulo habilitados na modalidade de gestão do SUS semiplena, por porte populacional e data de adesão

Municípios	População 1994	Data de Habilitação à Semiplena
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	472.045	4/7/1994
DIADEMA	320.932	13/9/1994
SANTOS	417.333	13/9/1994
SÃO VICENTE	279.139	18/10/1994
ASSIS	79.404	17/11/1994
MAUÁ	315.508	17/11/1994
SERTÃOZINHO	83.674	17/11/1994
VOTORANTIM	85.090	17/11/1994
ITU	115.814	2/12/1994
JUNDIAÍ	299.595	2/12/1994
SÃO CAETANO DO SUL	147.252	2/12/1994

Fonte: *Diário Oficial da União*.

Tabela 11 – Modalidades de gestão do SUS segundo a NOB 93, por unidades dos municípios e por representação em percentagem — Estado de São Paulo — 1994 e 1997

TIPO DE GESTÃO	1994		1997	
	Nº MUN.	%	Nº MUN.	%
SEMIPLENA	11	1,8	50	7,8
PARCIAL	23	3,7	43	6,7
INCIPIENTE	193	30,9	257	39,8
SEM HABILITAÇÃO	398	63,7	295	45,7
TOTAL	625	100,0	645	100,0

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

¹³⁸ Essa informação foi transmitida em entrevista realizada com o presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) daquele momento — Arthur Chioro, secretário municipal de Saúde de São Vicente.

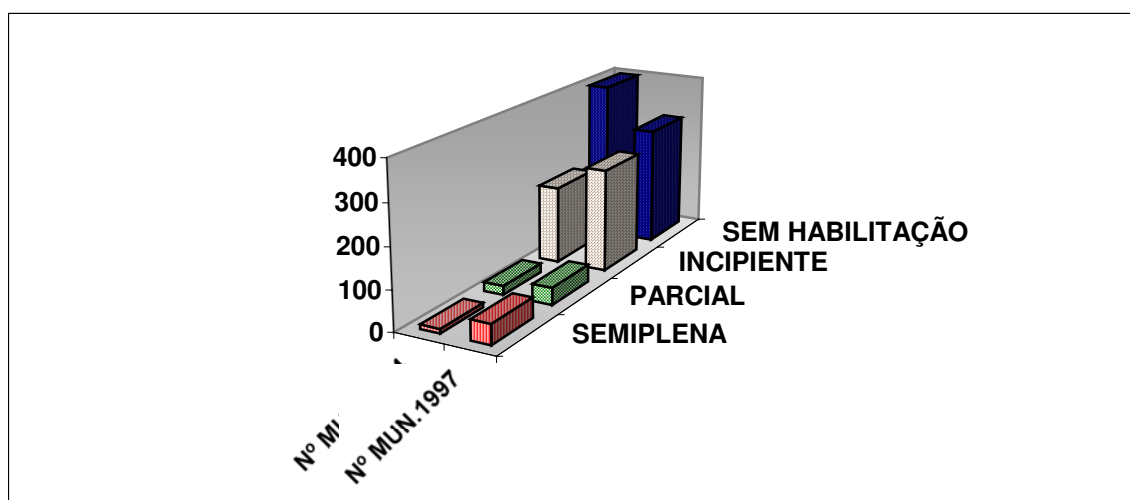
¹³⁹ Segundo a Fundação Seade, a população do Estado de São Paulo em 1994 foi de 33.212.344 habitantes.

¹⁴⁰ Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br>>. Acesso em: 31 jan. 2001.

Embora, no fim de 1994, um grande número de municípios sequer tenha apresentado proposta à Comissão Intergestores Bipartite, o índice de adesão às diferentes formas de gestão municipalizada (*semiplena*, *parcial* e *incipiente*) foi de 36,4%. Em 1997, o total de municípios em condição de gestão *semiplena* já havia passado para 50, o que representava 7,8% dos municípios. Os municípios habilitados na condição de gestão *parcial* e *incipiente* somavam 300, correspondendo a 46,5%. É preciso lembrar, contudo, que, nas gestões *incipiente* e *parcial*, a responsabilidade pelo pagamento de serviços contratados continuava a ser da União. Além disso, essas duas condições de gestão não foram instaladas efetivamente, posto que os municípios nelas enquadrados não puderam desempenhar suas atribuições, especialmente pela ausência de devolução do Ministério da Saúde dos saldos financeiros previstos na sua habilitação.

No Gráfico 4, pode-se observar a evolução dos municípios do Estado de São Paulo às condições de gestão estabelecidas pela NOB 93, entre 1994 e 1997. Observa-se que o maior crescimento entre esses anos ocorreu na gestão *semiplena* (354,6%).

Gráfico 4 – Evolução do número de municípios do Estado de São Paulo habilitados às condições de gestão do SUS (NOB 93), 1994 e 1997



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

O número de municípios habilitados à gestão *semiplena* (50), em 1997, permanece inalterada até a implantação da NOB 01/96 — o que vai ocorrer, na prática, somente em abril de 1998. O fato de o número de *semiplenas* não ter aumentado, entre dezembro de 1996 e abril de 1998, evidencia a paralisação do processo de municipalização ocorrida no Estado de São Paulo, a exemplo do restante do País.

Ao fim de 1998, já com as novas condições de habilitação estabelecidas pela NOB 96, 158 municípios estavam enquadrados em “gestão plena do sistema municipal”, correspondendo a 24,5%, e 446 municípios em “gestão plena da atenção básica”, perfazendo um total de 604 municípios habilitados no SUS — 93,6% (Tabela 12). Apenas 41 municípios não estavam enquadrados em nenhuma forma de gestão. É importante frisar que o crescimento dos municípios do Estado de São Paulo no processo de habilitação no SUS, mesmo no fim do primeiro ano de vigência da NOB 96, decorreu, principalmente, do esforço significativo empreendido pela Secretaria de Estado da Saúde, respondendo ao seu papel de gestor/coordenador regional, conforme definição dessa norma.

Tabela 12 – Modalidades de gestão do SUS, por unidades dos municípios e por representação em percentagem, segundo a NOB 96 — Estado de São Paulo — 1998 a 2001

Modalidade de Gestão	1998		1999		2000		2001	
	Nº Mun.	%	Nº Mun.	%	Nº Mun.	%	Nº Mun.	%
Plena do Sistema	158	24,5	156	24,2	159	24,7	161	25,0
Plena da Atenção Básica	446	69,1	457	70,9	480	74,4	482	74,7
Não Habilitado	41	6,4	32	5,0	6	0,9	2	0,3
Total	645	100,0	645	100,0	645	100,0	645	100,0

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

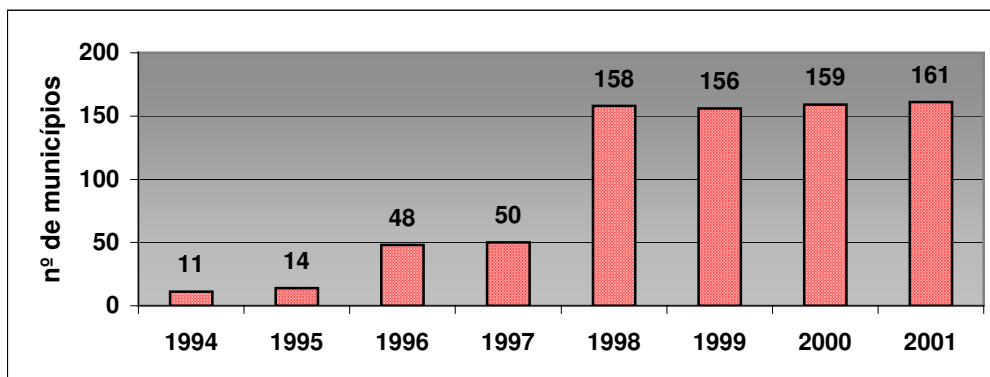
Nota: Em 2001, os municípios sem habilitação no sistema são: Guararema (DIR III – Mogi das Cruzes) e Santa Maria da Serra (DIR XV – Piracicaba).

Já em 2001, o quadro de habilitações na *gestão plena do sistema municipal* pouco se altera em relação a 1998, passando de 158 para 161. Já o mesmo não acontece com o número de municípios em *gestão plena da atenção básica*, que cresceu em 8%, isto é, de 446 para 482, correspondendo a uma participação relativa de 74,7% do total dos municípios do estado, em 2001. Nesse ano, apenas dois municípios não estavam enquadrados em nenhuma modalidade de gestão, sendo seus recursos financeiros referentes ao PAB depositados diretamente no Fundo de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

2.2.1 – O crescimento do processo de habilitação dos municípios paulistas nas gestões semiplena e plena do sistema

O aumento vertiginoso do processo de habilitação dos municípios paulistas nas modalidades mais descentralizadas e qualificadas de gestão do SUS ocorreu entre 1994 e 1998, passando de 11 municípios, em *semiplena*, para 158 municípios, em *plena do sistema* (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Evolução do número de municípios do Estado de São Paulo habilitados às condições de gestão do SUS *semiplena* (NOB 93) e *plena* do sistema municipal (NOB 96) — 1994-2001



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Como mencionado no item 2.3 do Capítulo 2, já entre 1994 e 1997, nota-se um aumento significativo do ritmo de habilitação na *semiplena*, especialmente no Estado de São Paulo, passando de 11 para 50 municípios. Para se ter uma idéia, em 1997, o número de municípios habilitados em *semiplena*, nesse estado, foi o maior do País, o que correspondeu a uma participação elevada de 35% no total dos municípios em *semiplena* (144).

Chama a atenção que o ano de maior adesão dos municípios paulistas a essa condição de gestão foi o de 1996, com a entrada de 34 municípios, conforme indica a Tabela 13.

Esse aumento significativo decorre da decisão de 15 municípios da região correspondente à Direção Regional de Saúde (DIR) de Ribeirão Preto (25 municípios ao todo) em aderir, em bloco, à habilitação na gestão *semiplena*¹⁴¹. Essa atitude se somou à definição do município de Sertãozinho, em 1994, e à de Ribeirão Preto, em 1995, ambos da mesma DIR. Pode-se dizer que essa decisão de aderência ao sistema foi devidamente coordenada pelos municípios, cuja orientação estratégica foi ancorada na idéia de se garantir a autonomia dos municípios em termos de recursos financeiros, bem como assegurar a viabilidade financeira e administrativa dos serviços de saúde da região¹⁴². Para os gestores desses municípios, tais conquistas seriam possíveis com a articulação conjunta dos municípios da região na mesma condição de gestão, a *semiplena*.

¹⁴¹ São eles: Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodosqui, Cajuru, Dumont, Guariba, Guataporã, Jaboticabal, Jardinópolis, Monte Alto, Pontal, Pradópolis, Santo Antonio da Alegria e São Simão. Apenas oito municípios da região não aderiram à gestão *semiplena* em 1996.

¹⁴² Ver Nota 138.

Tabela 13
Distribuição dos municípios habilitados em gestão *semiplena* no Estado de São Paulo,
segundo o ano de adesão e o porte populacional — 1994 a 1997

Porte populacional	Ano de adesão				
	1994	1995	1996	1997	TOTAL
< 10.000 hab.	-	-	4	-	4
de 10.001 a 20.000 hab.	-	-	5	-	5
de 20.001 a 50.000 hab.	-	1	12	2	15
de 50.001 a 100.000 hab.	3	-	9	-	12
> 100.001 hab.	8	2	4	-	14
Total	11	3	34	2	50

Fonte: *Diário Oficial da União*.

Elaboração própria.

Observa-se, na Tabela 13, que a maior aderência à gestão *semiplena* no Estado de São Paulo, até 1997, ocorreu por meio dos municípios maiores, com população entre 20.001 e 50.000 (15); entre 50.000 a 100.000 (12); e acima de 100.000 habitantes (14). Dessa forma, pode-se inferir que o processo de habilitação à modalidade mais descentralizada e qualificada do SUS (*semiplena*), no Estado de São Paulo, encontrou relação com aqueles municípios que, geralmente, dispõem de melhores condições técnicas e administrativas para assumir a gestão de todos os serviços e ações de saúde.

Em 1998, por ocasião da passagem da NOB 93 para a operacionalização da NOB 96, ocorre um significativo aumento do número de habilitações dos municípios às modalidades mais qualificadas da gestão descentralizada do SUS, passando de 50, em *semiplena*, para 158, em *plena do sistema municipal* (Gráfico 5). Dito de outra maneira, verifica-se um crescimento de 216% do número de municípios entre essas duas formas de gestão, nos anos de 1997 e 1998. Dois movimentos contribuíram para esse resultado. O primeiro refere-se à migração direta dos municípios anteriormente habilitados em gestão *semiplena* (50) para a *plena do sistema*. Isto porque, ainda que possam existir diferenças de prerrogativas entre essas duas modalidades de gestão, as lógicas de responsabilidade sobre todas as ações e serviços de saúde e de financiamento do sistema local, por meio do “fundo a fundo”, permanecem semelhantes. Dessa forma, o que se percebe, na prática, é a adesão de mais 58 municípios — para atingir os 158 em gestão plena do sistema municipal, em fins de 1998. Essa adesão foi resultado de um segundo movimento realizado para o crescimento do processo de habilitação.

Esse segundo movimento diz respeito ao esforço empreendido pela gestão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES–SP) daquele momento, agilizando o processo de habilitação na Comissão Intergestores Bipartite. É certo que a intensidade do processo de habilitação contou com a vontade política da gestão administrativa da SES, de um lado, mas também com a vontade da Comissão Tripartite em resgatar o atraso desse processo durante os 15 meses iniciais da gestão do ministro Albuquerque (janeiro de 1997 a abril de 1998), em substituição à gestão do ministro Adib Jatene.

Após 1998, o número de municípios enquadrados em *plena do sistema* (158) não se alterou substantivamente, atingindo 161 em 2001, o que significou apenas 1,9% de crescimento.

Com a edição das NOAS/2001 e 2002, particularmente após a Portaria nº 384 do Gabinete do ministro, de 4 de abril de 2003, esses mesmos municípios enquadrados em gestão plena do sistema municipal, de acordo com orientação da NOB 96, permaneciam nessa condição de gestão, sem alterações das responsabilidades e do esquema de transferências repassadas pelo governo federal. Desde que esses municípios, no entanto, cumprissem o estabelecido na NOAS, poderiam também solicitar a habilitação em gestão plena da atenção básica ampliada, acumulando as responsabilidades e prerrogativas das duas condições de gestão¹⁴³.

Como, na prática, os novos tipos de habilitação pela NOAS não alteravam as responsabilidades da *plena do sistema*, ou melhor, somente acresciam atribuições relativas ao *ampliado* da Atenção Básica, a leitura da distribuição dos municípios no processo de habilitação, em 2002 e 2003, deve ser particularizada, não podendo ser comparada aos anos anteriores a 2001. Para se ter uma idéia, de acordo com o *Diário Oficial da União*, o quadro de habilitação ao SUS pela NOAS em São Paulo, em 2003¹⁴⁴ foi de apenas cinco municípios enquadrados na gestão plena do sistema municipal; 377 municípios habilitados somente em gestão plena da atenção básica ampliada; e 263 municípios não habilitados pela NOAS.

¹⁴³ Para uma descrição das responsabilidades e prerrogativas dos tipos de gestão criados pelas NOAS/2001 e 2002, ver Capítulo 1.

¹⁴⁴ Posição de habilitação até março de 2004, ver *site* da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, <www.saude.sp.gov.br>. Acesso em: 11 jun. 2004.

2.2.2. – A evolução dos recursos federais repassados ao Estado de São Paulo e a seus municípios

Ao longo dos anos 1997-2001, a tendência verificada em âmbito nacional — quando a forma *transferências* “fundo a fundo” aos municípios se firma como alternativa de repasse dos recursos federais à *remuneração por serviços produzidos* (pagamentos federais aos prestadores) pelo Ministério da Saúde — diferencia-se da ocorrida com os recursos do SUS repassados para o Estado de São Paulo. Neste estado, o ritmo de crescimento do peso relativo das transferências é menor que o efetuado pelo Ministério da Saúde ao conjunto de todos os outros estados. Entre esses anos, no Estado de São Paulo, verifica-se uma diminuição da participação relativa da *remuneração por serviços produzidos*, que passa timidamente de 80,2% para 53,7%, e o conseqüente aumento das *transferências* “fundo a fundo”, de 19,8% para 46,3%¹⁴⁵ (Tabela 14).

Tabela 14
Recursos federais SUS transferidos ao Estado de São Paulo, por tipo de despesa^(*)
(1997-2001), em R\$ milhões de dez. 2001

Tipo de Despesa	1997		1998		1999		2000		2001	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Remuneração por serviços produzidos	2.370	80,2	2.216	67,1	2.259	61,1	2.097	58,1	2.064	53,7
.. Atendimento ambulatorial (MS)	1.320	44,7	1.192	36,1	1.120	30,3	1.154	32,0	1.178	30,6
.. Internações hospitalares (MS)	1.050	35,5	1.024	31,0	1.139	30,8	943	26,1	886	23,1
Transferências	586	19,8	1.086	32,9	1.440	38,9	1.514	41,9	1.779	46,3
<i>Média e Alta Complexidade</i>	586	19,8	786	23,8	919	24,8	914	25,3	1.159	30,2
Assistência hospitalar e ambulatorial	469	15,9	713	21,6	882	23,8	762	21,1	317	8,2
Gestão plena sist. mun. – alta compl.	-	-	-	-	-	-	-	-	86	2,3
Gestão plena sist. mun. – média compl.	-	-	-	-	-	-	-	-	367	9,6
Fator de recomposição 25% (plena)	117	4,0	45	1,4	-	-	-	-	-	-
Outros	-	-	28	0,9	37	1,0	152	4,2	388	10,1
<i>Atenção básica</i>	-	-	300	9,1	521	14,1	600	16,6	603	15,7
PAB fixo	-	-	281	8,5	448	12,1	429	11,9	381	9,9
PAB variável	-	-	18	0,6	72	1,9	165	4,6	209	5,4
Outros	-	-	-	-	1	0,0	5	0,1	13	0,3
<i>Ações estratégicas</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	17	0,5
TOTAL	2.956	100,0	3.302	100,0	3.699	100,0	3.611	100,0	3.843	100,0

Fonte: Datasus/MS. Elaboração própria.

Notas: - (*) Regime de competência.

- Os valores são apresentados em R\$ 1.000 e deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2001, conforme o IGP-DI – FGV.

¹⁴⁵ Entre 1997 e 2001, o movimento de recuo da participação relativa da remuneração por serviços produzidos e o conseqüente crescimento das transferências “fundo a fundo”, destinadas pelo Ministério da Saúde a todos os estados e municípios, foram proporcionalmente mais intensos. O primeiro tipo de recursos transferidos teve uma participação declinante de 71,34% para 33,41%, e o aumento das transferências Fundo a Fundo de 28,66% para 66,59% (ver Tabela 7 no Capítulo 1).

Nota-se que, ainda em 2001, dos recursos federais SUS transferidos ao Estado de São Paulo, a forma *transferências “fundo a fundo”* não supera a *remuneração por serviços produzidos*. Isto indica o papel ainda relevante dos repasses diretos da União por prestação de serviços, mesmo diante do avanço do processo de descentralização no País, principalmente, no fim da década de 1990. Pode-se dizer que o caráter preponderante da participação relativa dos pagamentos federais aos prestadores, em relação às *transferências fundo a fundo*, deve ser atribuído à condição de habilitação do Estado de São Paulo em gestão avançada do sistema estadual¹⁴⁶. Esse tipo de gestão estadual não se configura como a mais descentralizada do SUS, o que seria o caso da gestão plena do sistema estadual¹⁴⁷.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, em 2001, apenas Alagoas, o Distrito Federal e o Paraná se encontravam enquadrados na gestão plena, o que os fazem dispor de recursos transferidos do SUS–Ministério da Saúde apenas na forma de *transferências “fundo a fundo”*.

Por último, merece menção que, dentre os estados habilitados na condição de gestão avançada do sistema estadual em 2001 — Bahia, Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul —, apenas São Paulo e Bahia são os que possuem o peso relativo da forma *remuneração por serviços produzidos* preponderante sobre *transferências*¹⁴⁸.

Quanto aos recursos federais transferidos às gestões municipais descentralizadas do SUS no Estado de São Paulo, especificamente aos seus fundos municipais de saúde, observa-se um crescimento de 145%, ao longo do período 1997-2001, passando de R\$ 586 milhões para R\$ 1.437 milhões, a preços de dezembro de 2001 (Tabela 15). Contudo, é importante salientar que o aumento é significativo entre 1997 e 1998, quando ocorre, de fato, a transferência dos recursos federais aos municípios habilitados nas condições de gestão da NOB 96. Como mencionamos no item anterior, no Estado de São Paulo, eram 50 os municípios habilitados na condição *semiplena*, em 1997. Em 1998, as duas novas condições de gestão somam 604 municípios, sendo 158

¹⁴⁶ O Estado de São Paulo habilitou-se na gestão avançada do sistema estadual em 1998. Somente em 2003, este estado requer a habilitação à condição de gestão plena do sistema estadual — Portaria do Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, nº 1.398, de 22 de julho de 2003 (Secretaria Técnica da CIT–SE–Ministério da Saúde).

¹⁴⁷ Para esclarecimentos quanto ao conteúdo de cada condição de gestão dos estados, ver Nota 102 no Capítulo 1.

¹⁴⁸ Segundo os dados de 2001 do Datasus, a Bahia dispõe de 58,8% na forma *remuneração por serviços produzidos* e 41,2% em *transferências* e São Paulo 53,7% e 46,3%, respectivamente. Já o Rio Grande do Sul e Minas Gerais diferenciam-se desses Estados. O primeiro, apresenta em 2001, uma participação relativa da *remuneração por serviços produzidos* de apenas 37,4%, enquanto o segundo estado, de 25,0%. A forma *transferências* corresponde para esses estados, 62,6% e 75,0%, respectivamente.

habilitados em gestão plena do sistema e 446 em plena da Atenção Básica¹⁴⁹. Como o quadro de habilitações dos municípios paulistas pouco se modifica, entre 1998 e 2001, o crescimento do volume de recursos transferidos pelo Ministério da Saúde foi de apenas 32%, passando de R\$ 1.086 milhões para R\$ 1.437 milhões (Tabela 15).

Tabela 15
Recursos federais SUS transferidos ao Estado de São Paulo, por tipo de transferência^(*) (1997-2001), em R\$ milhões de dez. 2001

Tipo de Repasse	1997		1998		1999		2000		2001	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Rem. por Serviços Produzidos	2.370	80,2	2.216	67,1	2.259	61,1	2.097	58,1	2.064	53,7
Transferências a Estado	-	-	-	-	144	3,9	337	9,3	342	8,9
Transferências a Municípios	586	19,8	1.086	32,9	1.296	35,0	1.177	32,6	1.437	37,4
Total	2.956	100,0	3.302	100,0	3.699	100,0	3.611	100,0	3.843	100,0

Fonte: Datasus-MS. Elaboração própria.

Notas: - (*) Regime de competência.

- Os valores são apresentados em R\$ 1.000 e deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2001, conforme o IGP-DI-FGV.

No interior das transferências, o maior volume diz respeito ao conjunto denominado de “Média e Alta Complexidade”, que inclui valores destinados aos fundos de saúde dos municípios habilitados na condição de gestão plena do sistema e do governo estadual. Em 2001, esse conjunto totalizou R\$ 1.158 milhões, sendo 22% para o fundo estadual e 78% para os fundos municipais (Tabela 16). As transferências para a “Atenção Básica” referem-se ao PAB fixo e aos programas do PAB variável, repassados aos fundos de saúde dos municípios habilitados em plena da atenção básica e plena do sistema e do governo estadual — que somente inclui os recursos destinados aos municípios não habilitados. Entre 1998 e 2001, o volume dessas transferências aos municípios cresceu 72%, o que decorreu do intenso ritmo do processo de habilitação no estado, como já mencionado (Tabela 16).

Tabela 16
Recursos federais SUS transferidos ao Estado de São Paulo e seus municípios o segundo grupo de despesa* (1997-2001), em R\$ milhões de dez. 2001

Grupo de Despesa	1997		1998		1999		2000		2001	
	Estado	Municípios	Estado	Municípios	Estado	Municípios	Estado	Municípios	Estado	Municípios
Média e alta compl.	0	586	0	786	0	919	141	773	254	904
Atenção básica	0	0	0	300	144	377	196	403	88	515
Ações estratégicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17
Total	0	586	0	1.086	144	1.296	337	1.176	342	1.437

Fonte: Datasus/MS. Elaboração própria.

Notas: - (*) Regime de competência.

- Os valores em R\$ 1.000 e deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2001, conforme o IGP-DI – FGV.

¹⁴⁹ Ver Tabela 12.

Ainda que a Tabela 16 identifique como transferências — de “Média e Alta Complexidade” e de “Atenção Básica” — ao Estado de São Paulo um volume relativamente pequeno, de R\$ 144 milhões em 1999, de R\$ 337 milhões em 2000, e de R\$ 342 milhões em 2001, esses valores dizem respeito às transferências assumidas pelo fundo estadual de saúde, em decorrência de existirem municípios não habilitados em nenhuma condição de gestão. Cabe, ainda, observar que os dados disponibilizados pelo Datasus não incorporam o total dos recursos transferidos ao território estadual; isto é, as despesas referentes a: investimentos com instalações e equipamentos; controle de endemias e/ou vigilância sanitária; compra de insumos e medicamentos; e recursos para funcionários do serviço público federal alocados em estabelecimentos públicos federais no estado (Escola Paulista de Medicina e cinco hospitais ex-Inamps). A informação dessas despesas deve ser buscada em outras fontes.

Por fim, os dados do Datasus não permitem que se apure o volume de recursos do conjunto das transferências de “Atenção Básica” aos municípios habilitados na condição de gestão plena do sistema municipal. As informações são agregadas aos dois esquemas de gestão da NOB 96. Uma análise desse tipo é somente possível se elaborado um estudo individual de cada um dos 161 municípios paulistas habilitados nessa condição de gestão.

Assim, para que seja aprofundado o conhecimento sobre essa modalidade de gestão municipal descentralizada do SUS, não somente dos recursos financeiros transferidos da esfera federal para os municípios, mas de todo o seu financiamento e aplicação de seus gastos, os próximos capítulos deste trabalho aprofundam esse estudo. Alguns trabalhos recentes têm apontado que os municípios que atingiram as modalidades mais descentralizadas e qualificadas — como a *semiplena* na NOB 93 e a *plena do sistema municipal* na NOB 96 apresentam melhores resultados institucionais e administrativos. Procurar conhecer a efetividade dessa situação dos 11 municípios paulistas mais antigos nessas condições de gestão, em termos de eficiência, eficácia e gestão dos recursos financeiros relacionados à saúde local, torna-se imperioso para este trabalho, nos próximos capítulos. Antes, porém, é necessário apresentar as características socioeconômicas e do setor saúde desses municípios.

2.3 – Aspectos gerais dos 11 municípios paulistas mais antigos em gestão semiplena/plena do sistema: características gerais e da política de saúde

Os 11 municípios paulistas “mais antigos” habilitados às modalidades semiplena/plena do sistema, apesar de formalmente disporem de responsabilidades e atribuições iguais quanto às exigências das NOBs 93 e 96, são desiguais quanto às suas situações socioeconômicas, à sua trajetória no SUS, às suas capacidades instaladas e de produção de serviços em saúde e a suas disponibilidades financeiras para o setor saúde. Resta verificar as diferenças quanto às características socioeconômicas e do setor saúde, em cada município.

MUNICÍPIO DE ASSIS

Características Gerais

Assis foi criado como distrito de Platina, em 1915 (Lei nº 1.496, de 30 de dezembro) e tornou-se município, por meio da Lei nº 1.581, de 20 de dezembro de 1917. Situa-se na Região Oeste do Estado de São Paulo e pertence à Região Administrativa de Marília e à região da Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Assis. Delimita-se, ao norte, com Lutécia e Echaporã; ao sul, com Tarumã; a leste, com Platina e Cândido Mota; e, a oeste, com Cruzália, Maracá e Paraguaçu Paulista. O município ocupa uma área de 462 km².

Em 2000, sua população era composta de 87.029 habitantes, apresentando uma densidade demográfica de 188,3 hab./km². De acordo com dados do IBGE, a população está bastante concentrada na área urbana do município (96%) e 85% de seu total têm 10 anos ou mais de idade, com uma taxa de alfabetização de 94%.

Assis possui, em sua caracterização política, uma particularidade muito marcante em relação aos demais municípios analisados — os cargos dos prefeitos eleitos em 1982, 1988, 1992 e 1996 revezaram-se entre dois nomes somente: Santilli Sobrinho e Romeu José Bolfarini. O primeiro elegeu-se em 1982 sob a sigla do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e, em 1992, sob o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). O segundo elegeu-se em 1988 pelo PMDB e, em 1996, pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). Dessa maneira, pode-se dizer que a alternância política ocorreu em torno de duas famílias — fato comum nos municípios brasileiros. Nota-se que, para esses dois prefeitos, o partido político não foi um fator dos mais importantes. Em 2000, elegeu-se um prefeito do PSDB (Carlos Ângelo Nobile) que, conforme informações locais, pertence a um grupo distinto do último prefeito eleito do PSDB —

Santilli Sobrinho. De uma eleição para outra, Assis caracteriza-se por uma mudança constante do espectro político partidário do chefe do Executivo local. Esse quadro indica uma possível descontinuidade na linha de atuação das políticas públicas, em especial a da saúde.

O Município de Assis constitui pólo regional de concentração de serviços e referência para 12 municípios vizinhos: Borá, Maracáí, Cruzália, Florínea, Lutécia, Ibirarema, Pedrinhas Paulista, Platina, Cândido Mota, Tarumã, Paraguaçu Paulista e Palmital. O setor primário — agropecuária — predomina com 52% da atividade econômica, baseada principalmente nas culturas de trigo, soja, milho, cana-de-açúcar e na criação de bovinos e aves. O comércio representa 17% e as indústrias 31% da atividade produtiva local. Em termos de estrutura empresarial, conforme dados do IBGE–2001, para Assis, destacam algumas principais empresas: 17 de agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal; 3 empresas de indústrias extrativas; 246 de transformação; e 49 de construção. Segundo dados da Fundação Seade, 45,41% dos chefes de domicílios de Assis recebiam até dois salários mínimos, e 20,6% deles até um salário mínimo, em 2000.

Em termos de infra-estrutura, de acordo com a mesma fonte, 99,27% dos domicílios de Assis contavam com atendimento de abastecimento de água, 98,31% com esgoto sanitário e 98,94% com coleta de lixo, em 2000. A prefeitura executa a coleta de lixo domiciliar e industrial e o processa na Usina de Triagem e Compostagem. Existe, também, coleta seletiva de lixo que garante o reaproveitamento da parcela reciclável. O lixo hospitalar é coletado em separado e encaminhado ao Incinerador Municipal.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Assis alcançou, em 2000, 0,829, classificando-o com alto desenvolvimento humano. Seu resultado foi superior à média do IDH do estado (0,814).

Organização do Setor Municipal de Saúde

Como o Município de Assis constitui-se no estudo de caso específico, escolhido para esta tese, a descrição da organização do Sistema Único de Saúde local contém mais informações quando comparado aos demais municípios selecionados.

A Secretaria Municipal de Saúde foi criada em 1988. A rede assistencial à saúde que a SMS contava, nesse ano, foi instalada logo após a gestão estadual do governo do estado do PMDB, sob a direção de Franco Montoro (1983 a 1986). Isso porque esse governo possibilitou a

construção do complexo hospitalar de Assis que abrangeu — no mesmo quarteirão — as instalações da Santa Casa e do Hospital Regional de Assis (estadual). Entretanto, esse hospital só foi ativado em 1992, com o início do funcionamento da clínica médica. A eleição do prefeito do PSDB — Santilli Sobrinho — promoveu a organização de uma equipe de enfermeiras-sanitaristas locais para a direção gerencial e política do sistema de saúde do município¹⁵⁰. Em 1994, a prefeitura, sob o comando dessa equipe gestora da SMS, realizou um processo de intervenção na Santa Casa, com a justificativa de fechar o serviço de emergência e urgência dessa instituição filantrópica. A intervenção durou até o fim da gestão do então governo municipal do prefeito Santilli Sobrinho, em 1996.

O Município de Assis, ainda em 1993, aderiu à gestão parcial, conforme a NOB 93 do SUS. Desde essa adesão, o município deu início à capacitação de recursos humanos e materiais, assumindo todas as ações básicas de vigilância epidemiológica e iniciando o processo de municipalização da vigilância sanitária, com a instalação da Unidade de Avaliação e Controle Municipal (UAC). Consolidou a atuação do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde — criados por lei em 1991.

Por essas ações, o Município de Assis pôde solicitar enquadramento na gestão semiplena. Em 17 de novembro de 1994, aderiu à gestão semiplena, em conjunto com o segundo grupo do Estado de São Paulo. Os municípios de Mauá, Sertãozinho e Votorantim. São José dos Campos, Diadema, Santos e São Vicente já haviam se habilitado durante os meses de julho a outubro do mesmo ano. Para completar os 11 primeiros municípios, selecionados neste trabalho, Itu, Jundiaí e São Caetano do Sul aderiram em dezembro. Como gestor semipleno do SUS, Assis assume todos os serviços e ações de saúde locais, inclusive os recursos hospitalares da cidade. A partir deste momento, a Secretaria Municipal de Saúde de Assis passou a gerenciar o sistema de avaliação e controle, incluindo-se os recursos financeiros destinados ao pagamento dos serviços executados pelos prestadores contratados e conveniados.

Segundo dados de 1999, o município possui uma rede básica de serviços bastante significativa, com um total de 34 unidades ambulatoriais. A rede hospitalar é composta por apenas três hospitais, sendo um hospital maternidade contratado privado, um filantrópico isento

¹⁵⁰ A liderança dessa equipe, composta por enfermeiras, foi de Maria Aparecida Carricondo de A. Leite, então secretária municipal de Saúde dessa gestão — com origem no movimento sanitário — e, posteriormente, secretária executiva do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), no período 1997-2003.

— a Santa Casa — e um hospital regional do governo estadual. Dentre os municípios selecionados, Assis e Santos são os únicos que dispõem de hospitais estaduais localizados em seu território. Essa organização do setor municipal de saúde pode ser vista no Quadro 4, a seguir.

Quadro 4 - Organização do setor municipal de saúde em Assis (1999)

Rede Básica SUS — tipo de estabelecimento	Número
Posto de Saúde	0
Centro de Saúde	8
Policlínica	2
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	4
Pronto Socorro Municipal	1
Consultório	1
Centro/Núcleo de Reabilitação	1
Outros Serv. Aux. Diagnose e Terapia	4
Unid. Móvel Terr. Prog.Enfrent.Emerg.eTraumas	1
Unidade de Saúde da Família	8
Unidade de Vigilância Sanitária	1
Unidades não Especificadas	3
Total de Unidades Ambulatoriais	34
Rede Hospitalar SUS — por prestador	Número
Contratado	1
Estadual	1
Municipal	0
Filantropico	0
Fil. Isento Total	1
Total de Hospitais	3

Fonte: Fund. Seade. Nota: Dados referentes a dezembro de 1999.

No tocante à organização administrativa, a Secretaria Municipal de Saúde dispõe de: uma coordenadoria de projetos/programas; quatro departamentos: 1) de administração (Coordenadoria de Contratos e Convênios, setores de administração, pessoal, compras, abastecimento, frota, manutenção e informação); 2) de vigilância (sanitária e epidemiológica); 3) de saúde bucal (consultórios odontológicos); e 4) de saúde. Este compreende uma Coordenadoria de SADT; o Pronto Socorro Municipal; oito postos de saúde, oito equipes de PSF; um ambulatório de especialidades, de saúde mental e o COAS; e uma unidade de avaliação e controle (dados de 1999).

Assis foi um dos municípios precursores no País na implantação do Programa de Saúde da Família. Implantado em seis regiões do município, desde 1995, possuía, em 1999, oito equipes. Em 2001, essas unidades passam para dez, possibilitando um atendimento integral de 750 famílias cada uma. Ainda como serviços de atendimento básico, Assis conta com 18 consultórios odontológicos, instalados em postos, escolas e entidades.

Na média complexidade, o Ambulatório de Especialidade de Assis constitui não só referência para a rede básica local como para os 12 municípios da região. O Pronto Socorro Municipal é instalado nas dependências do Hospital Regional de Assis (estadual), e conta com os serviços de infra-estrutura dessa unidade hospitalar.

Em 1999, Assis apresentou um total de 412 leitos. Destes, a maior parte concentra-se em clínica médica (160). Os demais leitos distribuem-se em: 99 cirúrgicos; 68 obstétricos; 63 de pediatria; e 22 especializados. Se analisados por natureza do prestador, Assis oferece, em ordem de significância, 177 na Santa Casa local, 158 no hospital regional e 77 no hospital maternidade privado contratado.

O hospital regional é de caráter público estatal (administração direta), vinculado unicamente à rede SUS e subordinado técnica e administrativamente à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo por meio de sua Coordenadoria de Saúde do Interior. É importante ressaltar que, muito embora a clientela atendida no Hospital Regional de Assis seja significativamente adscrita ao Município de Assis (cerca de 70%), a gestão de seus serviços não está subordinada à Secretaria Municipal de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei nº 2.932/91 e reformulado pela Lei Municipal nº 3.473/95, que possibilitou que sua presidência fosse eleita entre os conselheiros da sociedade civil. O conselho é composto por 18 membros titulares e 18 suplentes. Nele, 50% dos membros (9) são representantes dos usuários, 27,8% são do governo — SMS, SES—Direção Regional e representante da Câmara Municipal — (5), 11,1% são prestadores de serviços (2) e os 11,1% restantes são trabalhadores e profissionais da saúde SUS (2).

O Fundo Municipal de Saúde do Município de Assis foi criado pela Lei nº 2.931, de 26 de setembro de 1991, e tal como o Conselho Municipal de Saúde, não foi naquela época efetivado. A Lei nº 3.341, de 12 de agosto de 1994, e o Decreto nº 2.852, de 10 de janeiro de 1995, efetivaram o Fundo Municipal de Saúde, que passou a movimentar toda a verba da saúde, com avaliações mensais pelo Conselho Municipal de Saúde.

A unidade orçamentária refere-se à Secretaria Municipal de Saúde (SMS)—Fundo Municipal de Saúde (FMS). O FMS é gerenciado pelo Departamento Administrativo da SMS, sendo o seu diretor responsável pela assinatura dos cheques, em conjunto com a Secretária Municipal de Saúde.

O Fundo Municipal de Saúde faz o controle orçamentário e financeiro; estima a receita e fixa a despesa; acompanha a execução das despesas empenhadas e pagas; acompanha os saldos orçamentários; e providencia, quando necessárias, as suplementações das dotações orçamentárias.

Quanto ao acompanhamento dos recursos, o FMS possui contas bancárias específicas para movimentação de recursos vinculados oriundos do estado e da União e recursos municipais. Acompanha a movimentação bancária dessas contas, as aplicações financeiras, as emissão de cheques, os resgates, depósitos, etc. No tocante à prestação de contas, a SMS apresenta a situação financeira e posição bancária por meio de demonstrativos, balancetes e quadros analíticos. Desde 1997, Assis realiza a prestação de contas trimestralmente, na Câmara Municipal, e, mensalmente, no Conselho Municipal de Saúde. Existe uma Comissão de Finanças do Conselho Municipal de Saúde que recebe os resumos das prestações — dados sobre receitas por fontes de financiamento; despesas por elemento; produção de serviços de saúde.

MUNICÍPIO DE DIADEMA

Características Gerais

O município de Diadema foi criado como distrito em 1948 e instalado como município em 1959. Ocupa uma área de apenas 31 km² e pertence à Região Administrativa Metropolitana de São Paulo. Quanto à organização administrativa da área da saúde, faz parte da Direção Regional de Santo André da Secretaria de Estado da Saúde.

A população de Diadema, em 2000, é de 355.867 habitantes, com uma densidade demográfica de 11.479,6 hab./km². Conforme o IBGE, a população do município é totalmente urbana, sendo 81% com 10 anos ou mais de idade e, desta, 94% é alfabetizada. Em 2000, Diadema obteve o IDH de 0,790, abaixo da média do IDH do estado (0,814).

A administração política de Diadema ficou sob o controle do Partido dos Trabalhadores (PT) em quatro das últimas cinco eleições (1982, 1988, 1992, 1996 e 2000). Apenas nas eleições de 1996, o Partido Socialista Brasileiro (PSB) foi o vencedor. Contudo, o então prefeito, Gilson Luiz Correia de Menezes, era dissidente do PT, tendo sido prefeito eleito em 1982. O prefeito, que governou entre 2001 e 2004 — José de Filippi Junior —, também foi eleito em 1992. Cabe alertar que a inclusão de Diadema na pesquisa permite investigar uma experiência de continuidade política, mesmo que parcial, pouco comum entre os municípios brasileiros.

Diadema apresenta uma estrutura empresarial que dispõe de: 9 empresas de agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal; 2 de indústrias extrativas; 1.722 de transformação; e 217 de construção (dados de 2001).

Organização do Setor Municipal de Saúde

Diadema dispõe de 32 unidades ambulatoriais, dentre elas: 14 centros de saúde, 2 policlínicas e 5 outros serviços auxiliares de diagnose e terapia (dados de 1999, Quadro 5). Apenas três hospitais fazem parte da rede hospitalar do município, todos de natureza municipal.

Quadro 5 – Organização do setor municipal de saúde em Diadema (1999)

Rede Básica SUS — tipo de estabelecimento	Número
Centro de Saúde	14
Policlínica	2
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	1
Ambulatório de Unidade Hospitalar Especial	1
Pronto Socorro Especializado	3
Clínica Especializada	3
Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial	1
Outros Serv. Aux. Diagnose e Terapia	5
Unidades de Vigilância Sanitária	1
Unidades Não Especificadas	1
Total de Unidades Ambulatoriais	32
Rede Hospitalar SUS — por prestador	Número
Municipal	3
Total de Hospitais	3

Fonte: Fund. Seade. Nota: Dados referentes a dezembro de 1999.

No tocante aos leitos da rede hospitalar SUS, Diadema dispõe de um total de 214, sendo: 32 cirúrgicos; 41 obstétricos; 61 clínica médica; e 80 pediatria. Todos esses leitos são oferecidos por hospitais municipais.

O Conselho Municipal de Saúde de Diadema foi criado em julho de 1992. É composto por 13 membros titulares, sendo 6 representantes dos usuários, 3 de profissionais de saúde, 1 de prestadores de serviços e 3 do poder público. Cabe mencionar que a composição do Conselho Municipal não se encontra paritária — 50% do total de representantes de usuários. Diadema também conta com um Conselho Popular de Saúde.

MUNICÍPIO DE ITU

Características Gerais

Itu foi criado como município em 1842 e ocupa uma área de 640 km². Encontra-se na Região Administrativa de Sorocaba e pertence à Direção Regional de Sorocaba da Secretaria de Estado da Saúde.

Em 2000, sua população era de 135.366 habitantes, apresentando uma densidade demográfica de 211,5 hab./km². Segundo dados do IBGE, a população está bastante concentrada na área urbana do município (91,6%); 82% têm 10 anos ou mais de idade; e, desta, 76% é alfabetizada.

Quanto ao controle da administração política do município, definidas nas últimas cinco eleições (1982, 1988, 1992, 1996 e 2000), Itu foi governado pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). O último prefeito eleito pelo PSDB foi Lazaro José Piunti, que já havia sido eleito em 1982 e 1992. O seu partido, entretanto, na primeira eleição, ainda era o PMDB. De certa forma, como Diadema, o estudo sobre Itu pôde possibilitar uma experiência de continuidade nas políticas públicas, em geral, e na saúde, em particular.

O município de Itu conta com uma estrutura empresarial que abrange, dentre outras empresas: 21 de agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal; 2 de pesca; 15 de indústrias extrativas; 570 de transformação; 89 de construção (dados de 2001).

O IDH do município de Itu, em 2000, foi de 0,815 enquanto o do Estado de São Paulo foi de 0,814.

Organização do Setor Municipal de Saúde

O setor de saúde público do município de Itu conta com uma rede básica de 29 unidades ambulatoriais e 5 unidades hospitalares, sendo 1 hospital contratado, 3 estaduais e 1 filantrópico isento — Santa Casa — (dados de 1999), explicitados no Quadro 6.

Quanto ao número de leitos da rede hospitalar (dados de 1999), Itu dispõe de 1.213 leitos, sendo: 160 cirúrgicos; 103 obstétricos; 333 de clínica médica; 117 pediátricos; e 500 especializados. Do total de leitos, a maior parte é oferecida pelos hospitais estaduais (830). O hospital filantrópico (Santa Casa) oferece 281 leitos e o hospital contratado, 102.

Quadro 6 - Organização do setor municipal de saúde em Itu (1999)

Rede Básica SUS — tipo de estabelecimento	Número
Centro de Saúde	9
Policlínica	2
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	1
Ambulatório de Unidade Hospitalar Especializada	1
Pronto Socorro Geral	1
Clínica Especializada	3
Centro/Núcleo de Reabilitação	1
Outros Serviços de Diagnose e Terapia	1
Unid. Móvel Terrestre p/ Atend. Médico/Odontol.	2
Unidade de Saúde da Família	3
Unidades de Vigilância Sanitária	1
Unidades não Especificadas	4
Total Unidades Ambulatoriais	29
Rede Hospitalar SUS — por prestador	Número
Contratado	1
Estadual	3
Fil. Isento Total	1
Total Hospitais	5

Fonte: Fund. Seade.

Nota: Dados referentes a dezembro de 1999.

O Conselho Municipal de Saúde de Itu foi criado em abril de 1993. É composto por 20 membros titulares, sendo 10 representantes dos usuários, 3 de profissionais de saúde, 2 de prestadores de serviços e 5 do poder público.

MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ

Características Gerais

Jundiaí foi estabelecido como município em 1885 e sua área territorial é de 432 km². Pertence à Região Administrativa de Campinas e a Direção Regional de Campinas da Secretaria de Estado da Saúde.

Jundiaí possuía, em 2000, uma população de 322.463 habitantes, com uma densidade demográfica de 746,44 hab./km². Os dados do IBGE indicam uma população urbana de 93%; sendo 85% com 10 anos ou mais de idade. Desta, 95% é alfabetizada. O IDH de Jundiaí, em 2000, pode ser considerado alto (0,815), superior à média do IDH do estado (0,814).

Nas três últimas gestões administrativas, eleitas em 1992, 1996 e 2000, Jundiaí é governado pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Miguel Moubadda Haddad foi eleito nas duas últimas e André Benassi na primeira. Este já havia administrado o município em

1982, porém à frente do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). A eleição de 1988 passou a administração de Jundiaí para o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), sob o comando do prefeito Walmor Barbosa Martins. É importante mencionar que, praticamente, durante a década de 90, houve uma continuidade político-partidária na chefia desse município. Dessa forma, é possível, também, investigar a continuidade de atuação quanto às políticas públicas.

O município conta com um parque industrial significativo. Dentre as suas principais empresas, cabe destacar: 34 de agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal; 9 de pesca; 18 de indústrias extrativas; 1.081 de transformação; e 286 de construção (dados de 2001).

Organização do Setor Municipal de Saúde

A saúde no município de Jundiaí está organizada em 58 unidades ambulatoriais, dentre elas: 28 centros de saúde, 4 policlínicas, 1 unidade de vigilância sanitária. Jundiaí dispõe de cinco unidades hospitalares, sendo dois hospitais contratados, um filantrópico, um filantrópico isento — Santa Casa — e um hospital universitário com pesquisa (dados de 1999, Quadro 7).

No que diz respeito aos leitos da rede hospitalar, Jundiaí dispõe de 690. Destes, 179 são cirúrgicos; 110 obstétricos; 271 de clínica médica; 126 pediátricos; e 4 especializados (dados de 1999). Observa-se, por natureza do prestador, que 148 são contratados, 196 filantrópicos, 66 filantrópicos isentos (Santa Casa) e 280 universitários.

Quadro 7
Organização do setor municipal de saúde em Jundiaí (1999)

Rede Básica SUS — tipo de estabelecimento	Número
Centro de Saúde	28
Policlínica	4
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	4
Clínica Especializada	3
Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial	1
Centro/Núcleo de Reabilitação	6
Outros Serviços Aux. Diagnose e Terapia	10
Unid. Móvel Terr.Prog. Enfrent.Emerg.eTraumas	1
Unid. Vigilância Sanitária	1
Total de Unidades Ambulatoriais	58
Rede Hospitalar SUS	Número
Contratado	2
Hospitais — Filantrópico	1
Fil. Isento Total	1
Univers. Pesquisa	1
Total de Hospitais	5

Fonte: Fund. Seade. Nota: Dados referentes a dezembro de 1999.

O Conselho Municipal de Saúde de Jundiaí é antigo, criado logo após a edição da Lei Orgânica da Saúde, isto é, em julho de 1991. Sua composição corresponde a um total de 27 membros, sendo: 13 representantes dos usuários, 7 de profissionais de saúde, 3 de prestadores de serviços e 4 do poder público. Essa composição não apresenta paridade entre os seus membros — 50% do total de representantes são usuários.

MUNICÍPIO DE MAUÁ

Características Gerais

O município foi criado em 1954 e dispõe de uma pequena área territorial — 62 km². Mauá faz parte da Região Administrativa Metropolitana de São Paulo e da Direção Regional de Santo André da Secretaria de Estado da Saúde.

A população de Mauá, em 2000, era de 362.399 habitantes e sua densidade demográfica, 5,845,1 hab./km². Conforme o IBGE, toda a sua população se localiza na zona urbana; 81% têm 10 anos ou mais de idade, e, desta, 94% é alfabetizada. Mauá apresentou em 2000 o IDH de 0,781, inferior à média do IDH do estado (0,814).

As duas últimas eleições (1996 e 2000) foram vencidas pelo Partido dos Trabalhadores (PT), sob o comando do mesmo prefeito – Oswaldo Dias. Já as gestões anteriores foram

administradas pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) — eleições de 1982 e 1992 — e pelo Partido Liberal (PL), eleito em 1988. Vale mencionar que, praticamente, a partir da segunda metade da década de 1990, a continuidade político-partidária permite que se investigue sobre a continuidade no processo de implementação das políticas públicas, em especial a da saúde.

A estrutura empresarial de Mauá, conforme dados de 2001, conta com seis empresas de agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal; quatro empresas de indústrias extrativas; 660 de transformação; e 157 de construção.

Organização do Setor Municipal de Saúde

Mauá conta com uma rede de saúde organizada em 30 Unidades Ambulatoriais, dentre elas: 13 centros de saúde, 7 unidades de saúde da família e 1 unidade de vigilância sanitária. No tocante às unidades hospitalares, Mauá dispõe de somente duas, sendo um hospital municipal e um filantrópico isento — Santa Casa — (dados de 1999, Quadro 8).

Quanto à disponibilidade de leitos da rede hospitalar, Mauá conta com um total de 334, sendo 56 cirúrgicos, 101 obstétricos, 88 de clínica médica, 85 pediátricos e 4 especializados. Esses leitos são oferecidos pelo Hospital Municipal (220) e pelo Hospital da Santa Casa (114).

Quadro 8
Organização do setor municipal de saúde em Mauá (1999)

Rede Básica SUS — tipo de estabelecimento	Número
Centro de Saúde	13
Ambulatório de Unidade Hosp. Geral	2
Clínica Especializada	6
Centro/Núcleo de Reabilitação	1
Unidade de Saúde da Família	7
Unidade de Vigilância Sanitária	1
Total de Unidades Ambulatoriais	30
Rede Hospitalar SUS	Número
Municipal	1
Fil. Isento Total	1
Total de Hospitais	2

Fonte: Fund. Seade.

Nota: Dados referentes a dezembro de 1999.

O Conselho Municipal de Saúde de Jundiaí está entre os mais antigos do Estado de São Paulo — de novembro de 1991. O número total de conselheiros é significativo, atingindo 42

membros. Essa composição inclui 21 representantes dos usuários, 10 de profissionais de saúde, 1 de prestadores de serviços e 10 do poder público.

MUNICÍPIO DE SANTOS

Características Gerais

O município de Santos foi criado em 1839 e possui uma área territorial que compreende 280 km². Pertence à Região Administrativa de Santos e à Direção Regional de Santos da Secretaria de Estado da Saúde.

Em 2000, Santos tinha uma população de 417.771 habitantes, contando com uma densidade demográfica de 1.492 hab./km². A população urbana do município é de 99%, sendo 87% com 10 anos ou mais de idade. Desta, 97% é alfabetizada. O IDH de 2000 em Santos pode ser considerado alto, atingindo o índice de 0,871. Esse resultado se encontra entre os melhores IDH dos municípios paulistas, superior à média do IDH do estado (0,814).

Nas duas últimas eleições (1996 e 2000), o Partido Popular Brasileiro (PPB) venceu no município de Santos, com o mesmo candidato — Paulo Roberto Gomes Mansur. Nas duas eleições anteriores, o partido político vencedor situa-se em campo ideológico bastante distinto, o Partido dos Trabalhadores (PT), com Telma Sandra Augusto de Souza (1988) e David Capistrano da Costa Filho (1992). Nas eleições de 1982, Santos teve um prefeito do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), Oswaldo Justo. Também para Santos, a continuidade político-partidária, na segunda metade da década de 1990, permite que se avalie a seqüência dada à implementação da política pública de saúde. Ainda, cabe investigar, neste trabalho, se o rompimento da proposta do PT — em duas gestões — para o PPB, também em duas gestões, provocou descontinuidade na linha de condução da política de saúde.

No tocante à estrutura empresarial, Santos dispõe, dentre suas principais empresas, de: 20 empresas de agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal; 13 empresas de pesca; 10 empresas de indústrias extrativas; 678 de transformação; e 738 de construção (IBGE, 2001).

Organização do Setor Municipal de Saúde

A implantação do SUS em Santos iniciou-se logo após promulgada a Constituição de 1988. O município começou a estruturar o sistema local em janeiro de 1989 e rapidamente passou a servir de exemplo para outros municípios brasileiros e a tornar-se referência em matéria de saúde pública. A eleição da prefeita do PT — Telma de Souza — atraiu antigos sanitaristas para o trabalho de saúde no município. Durante os dois primeiros anos, a equipe gestora — formada por antigos sanitaristas ligados ao partido¹⁵¹ — comandou pela Secretaria de Higiene e Saúde (SEHIG), como era denominada, a implantação da rede de serviços de saúde, seguindo as diretrizes do SUS. A Secretaria Municipal continuou dirigida praticamente pela mesma equipe do governo anterior até as eleições de 1996 (CAMPOS e HENRIQUES, 1996). Nesse ano, a eleição de um prefeito associado a outro partido político, alterou radicalmente a equipe gestora. Contudo, a implantação do SUS continuou como prioridade para o setor saúde, porém, é claro, sob novas orientações.

O setor municipal de saúde de Santos dispõe de uma ampla rede básica — 164 unidades ambulatoriais. Chama a atenção a quantidade de centros de saúde (26), de policlínicas (29), de outros serviços auxiliares de diagnose e terapia (27). O conjunto das unidades hospitalares soma oito hospitais, sendo três contratados, um estadual, um municipal e três filantrópicos isentos (dados de 1999, Quadro 9). O total de leitos hospitalares no município de Santos é de 1.829. Essa rede é compartilhada por: 595 cirúrgicos; 140 obstétricos; 810 de clínica médica; 209 pediátricos; e 75 especializados. A grande maioria desses leitos é oferecida pelos três hospitais filantrópicos isentos (1.174). Santos conta também com 312 leitos disponibilizados pelos hospitais contratados, 171 pelo hospital estadual e 172 pelo municipal.

¹⁵¹ Merecem menção: David Capistrano da Costa Filho, Aparecida Linhares Pimenta e Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques, dentre outros.

Quadro 9 – Organização do setor municipal de saúde em Santos (1999)

Rede Básica SUS — tipo de estabelecimento	Número
Centro de Saúde	26
Policlínica	29
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	10
Ambulatório de Unidade Hospitalar Esp.	2
Unidade Mista	3
Clínica Especializada	13
Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial	11
Centro/Núcleo de Reabilitação	4
Outros Serv. Aux. Diagnose e Terapia	27
Unid. Móvel Terr. Atend. Méd. Odont.	1
Unid. Móvel Terr. Prog.Enfrent. Emerg.Traumas	1
Unid. Vigilância Sanitária	1
Unidades não Especificadas	36
Total de Unidades Ambulatoriais	164
Rede Hospitalar SUS	Número
Contratado	3
Estadual	1
Municipal	1
Fil. Isento Total	3
Total de Hospitais	8

Fonte: Fund. Seade. Nota: Dados referentes a dezembro de 1999.

Santos foi um dos primeiros municípios a constituir o seu Conselho Municipal de Saúde (janeiro de 1991). A composição total do Conselho é de 40 membros, sendo dividida em: 20 representantes dos usuários, nove de profissionais de saúde, três de prestadores de serviços e 8 do poder público.

MUNICÍPIO DE SÃO CAETANO DO SUL

Características Gerais

O município de São Caetano do Sul, instalado em 1949, pertence à Região Metropolitana de São Paulo e à Direção Regional de Santo André da Secretaria de Estado da Saúde, com uma pequena área territorial de 15 km².

Em 2000, possuía 140.227 habitantes, de maneira que a densidade demográfica registrou 9.348,5 hab./km². A população está totalmente concentrada na região urbana. Da população residente, com 10 anos ou mais de idade, o que representa 89% do total, 86% é alfabetizada.

São Caetano do Sul possui, no aspecto da caracterização política, uma singularidade em relação aos diversos municípios paulistas. Os cinco últimos prefeitos, eleitos em 1982, 1988,

1992, 1996 e 2000, pertenciam ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). Deles, Luiz Olinto Tortorello foi eleito três vezes — em 1988, 1996 e 2000. O fato de São Caetano do Sul fazer parte da análise deste trabalho possibilita, como Diadema, verificar uma experiência de continuidade política e seus reflexos na condução da política de saúde. Tal situação, mesmo que parcial, se torna rara entre os municípios brasileiros.

Quanto à estrutura empresarial, o município possui, dentre suas principais empresas, apenas 3 de agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal; 1 de pesca; 13 de indústrias extrativas; 889 de transformação; e 195 de construção (IBGE, 2001).

São Caetano do Sul apresenta o melhor IDH dos municípios selecionados e, até mesmo, de todos os municípios paulistas. Seu índice em 2000 foi 0,919, bem superior à média do IDH do estado (0,814).

Organização do Setor Municipal de Saúde

O município de São Caetano do Sul, dentre os 11 municípios selecionados, conta com uma das menores redes de unidades hospitalares (28), só perdendo para Sertãozinho (13). Dentre elas, destacam-se: seis centros de saúde, nove clínicas especializadas e cinco outros serviços auxiliares de diagnose e terapia. A rede hospitalar do município dispõe de quatro hospitais, sendo dois municipais e dois contratados (dados de 1999, Quadro 10).

São Caetano do Sul dispõe de um total de 178 leitos hospitalares (dados de 1999). Destes, 42 são cirúrgicos; 15 obstétricos; 61 de clínica médica; e 60 pediátricos. Registre-se uma distribuição desses leitos, por natureza do prestador, de: 58 leitos contratados e 120 leitos municipais.

O município de São Caetano do Sul criou seu Conselho Municipal de Saúde em dezembro de 1993. O número total de membros é 12, sendo seis representantes dos usuários, dois de profissionais de saúde, dois de prestadores de serviços e dois do poder público.

Quadro 10 - Organização do setor municipal de saúde em São Caetano do Sul (1999)

Rede Básica SUS — tipo de estabelecimento	Número
Posto de Saúde	1
Centro de Saúde	6
Policlínica	2
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	1
Ambulatório de Unidade Hospitalar Esp.	1
Unidade Mista	1
Clínica Especializada	9
Outros Serv. Aux. Diagnose e Terapia	5
Unid. Móvel Terr. Atend. Méd. Odont.	1
Unid. Vigilância Sanitária	1
Total de Unidades Ambulatoriais	28
Rede Hospitalar SUS	Número
Contratado	2
Municipal	2
Total de Hospitais	4

Fonte: Fund. Seade. Nota: Dados referentes a dez.1999

MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

Características Gerais

São José dos Campos foi criado como município em 1864 e conta com uma área de 1.100 km². Pertence à Região Administrativa de São José dos Campos e à Direção Regional de São José dos Campos da Secretaria de Estado da Saúde.

Em São José dos Campos, a população, em 2000, era de 537.899 habitantes, com uma densidade demográfica de 488,9 hab./km². A larga maioria da população reside na região urbana (99%), e a com 10 anos ou mais de idade compreende 82%. Desse segmento, 96% é alfabetizada.

São José dos Campos, até a entrada do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), nas eleições de 1996, e sua continuidade, nas eleições de 2000 — sob o mesmo comando de Emanuel Fernandes —, foi administrado por prefeitos de partidos com diferentes matizes ideológicas. Em 1982, elegeu-se um prefeito do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB); em 1988, do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB); em 1992, do Partido dos Trabalhadores (PT). De qualquer maneira, para efeito de análise da implementação da política de saúde, particularmente a partir da segunda metade da década de 1990, não se pode descartar a idéia de continuidade existente no âmbito político-partidário.

O município possui unidades da indústria aeronáutica e centros tecnológicos de ponta, configurando-se em centro de um importante pólo de desenvolvimento regional do Estado de São Paulo. Sua estrutura empresarial é significativa, dispondo, dentre as principais empresas, de: 29 de agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal; uma de pesca; 13 de indústrias extrativas; 889 de transformação; e 585 de construção (IBGE, 2001).

Entre os municípios selecionados, São José dos Campos obteve, em 2000, após São Caetano do Sul, o melhor IDH — 0,849. O seu resultado é também bem superior à média do IDH do estado (0,814).

Organização do Setor Municipal de Saúde

A organização do setor saúde, em São José dos Campos, é antiga. Teve início em 1962 com um serviço de fornecimento de medicamentos e controle de hanseníase; em 1976, estruturou-se uma divisão de saúde; em 1979, constituiu-se departamento de saúde; e, em 1981, criou-se a Secretaria Municipal de Saúde. São José dos Campos encontra-se entre os municípios em que a história de construção da área de saúde confunde-se com a história da municipalização do setor. Logo após a implantação do SUS, com a Constituição de 1988, o município já se estruturava para a longa caminhada de construção desse sistema. Em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou um processo de cursos de saúde pública destinados a seus funcionários — ministrados por antigos sanitaristas que residiam no município e responsáveis pelos capítulos da seguridade social e saúde na Constituição¹⁵². Esses cursos foram, em grande parte, a sustentação de quadros técnicos comprometidos com a construção do SUS local ao longo da década de 1990, o que possibilitaria ao município, durante esse período, encontrar-se entre os mais avançados do Estado de São Paulo e do País¹⁵³.

A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de uma complexa rede de serviços de saúde: 80 unidades ambulatoriais e 8 hospitais. Em sua rede ambulatorial básica SUS, São José dos Campos conta, principalmente, com 36 centros de saúde, 3 unidades mistas, 8 clínicas especializadas e 11 outros serviços auxiliares de diagnose e terapia. No que se refere à rede hospitalar, a distribuição de seus serviços conta com três hospitais contratados, três filantrópicos isentos e dois hospitais municipais (dados de 1999, Quadro 11).

¹⁵² Cabe lembrar os nomes de Gilson Carvalho, Guido Carvalho e Lenir Santos, dentre outros.

¹⁵³ Comentários de duas diretoras da área central da SMS—São José dos Campos, responsáveis pelos Distritos de Saúde (gestão 1997-2000) e pela Secretaria Adjunta da SMS (gestão 2001-2004). Entrevistas durante o exercício das gestões.

Os leitos hospitalares de São José dos Campos somam 998 unidades. A sua distribuição compreende 151 cirúrgicos; 107 obstétricos; 231 de clínica médica; 90 pediátricos; e 419 especializados. Os três hospitais contratados do município dispõem do maior número de leitos (437). Em seguida, encontram-se 324 leitos dos dois hospitais municipais e 237 leitos dos hospitais filantrópicos isentos.

Quadro 11 - Organização do setor municipal de saúde em São José dos Campos (1999)

Rede Básica SUS — tipo de estabelecimento	Número
Posto de Saúde	1
Centro de Saúde	36
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	5
Ambulatório de Unidade Hospitalar Esp.	2
Unidade Mista	3
Clínica Especializada	8
Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial	4
Centro/Núcleo de Reabilitação	4
Outros Serv. Aux. Diagnose e Terapia	11
Unid. Móvel Terr. Atend. Méd. Odont.	1
Farmácia p/ dispensação de medicamentos	1
Centro Alta Complex. em Oncologia III	1
Unidades de Vigilância Sanitária	1
Unidades não especificadas	2
Total de Unidades Ambulatoriais	80
Rede Hospitalar SUS	Número
Contratado	3
Municipal	2
Fil. Isento Total	3
Total de Hospitais	8

Fonte: Fund. Seade.

Nota: Dados referentes a dezembro de 1999.

Dentre os municípios selecionados, São José dos Campos possui o mais antigo Conselho Municipal de Saúde. Sua criação é de janeiro de 1991, logo após a edição da Lei Orgânica da Saúde (1990). O conselho possui 28 membros ao todo, sendo 14 representantes dos usuários, 5 de profissionais de saúde, 3 de prestadores de serviços e 6 do poder público.

MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE

Características Gerais

O município de São Vicente, criado em 1700, é um dos mais antigos do País. Sua extensão territorial ocupa uma área de 148 km². Situa-se na Região Administrativa de Santos e pertence à Direção Regional de Santos da Secretaria de Estado da Saúde.

Em 2000, São Vicente possuía 302.335 habitantes. A densidade demográfica, portanto, era de 2.042,8 hab./km². A quase totalidade da população reside na área urbana; 82% encontra-se com 10 anos ou mais de idade, e desta, 94% é alfabetizada.

Nas duas últimas eleições — 1996 e 2000 —, São Vicente foi administrado pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB), sob o comando do mesmo prefeito (Márcio Luiz França Gomes). Em 1982, elegeu-se um prefeito do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB); em 1988, do Partido da Frente Liberal (PFL); e, em 1992, do Partido dos Trabalhadores (PT). Vale ressaltar que, desde o ano de 1992, o município contou com uma direção política partidária semelhante, uma vez que PT e PSB estiveram coligados e pertenciam a campos ideológicos semelhantes. Dessa maneira, cabe também, como em outros municípios selecionados, verificar a continuidade da linha de condução da política de saúde local.

Dado que São Vicente caracteriza-se, principalmente, por ser um balneário turístico, é possível entender que a sua estrutura empresarial é pouco significativa. Algumas principais empresas merecem destaque: dentre elas, o município possui 2 empresas de agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal; 1 de pesca; 2 de indústrias extrativas; 255 de transformação; e 238 de construção (IBGE, 2001).

O IDH de 2000 do município de São Vicente encontra-se entre os mais baixos dos municípios selecionados para este estudo — 0,798 — e inferior à média do IDH do estado (0,814).

Organização do Setor Municipal de Saúde

São Vicente criou a Secretaria Municipal de Saúde em 1981, configurando-se entre as mais antigas dos municípios selecionados. Possui uma rede ambulatorial significativa. Suas unidades somam 57, sendo composta, em sua maioria, por 23 centros de saúde, 3 postos de saúde, 5 prontos-socorros gerais e 5 clínicas especializadas. O mesmo não ocorre com a rede hospitalar que conta apenas com um hospital da Santa Casa (filantrópico isento) (dados de 1999, Quadro 12).

O número de leitos disponibilizado pela Santa Casa em São Vicente é pequeno (189). A maior parte concentra-se em clínica médica (76). O restante distribui-se em: 45 cirúrgicos; 26 obstétricos; 40 pediátricos; e 2 especializados.

Quadro 12 - Organização do setor municipal de saúde em São Vicente (1999)

Rede Básica SUS — tipo de estabelecimento	Número
Posto de Saúde	3
Centro de Saúde	23
Policlínica	2
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	2
Pronto Socorro Geral	5
Pronto Socorro Especializado	1
Clínica Especializada	5
Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial	2
Centro/Núcleo de Reabilitação	2
Outros Serv. Aux. Diagnose e Terapia	1
Unid.Móvel Terr.Prog.Enfrent.Emerg e Traumas	1
Unidade de Saúde da Família	1
Unidade de Vigilância Sanitária	1
Unidades não Especificadas	8
Total de Unidades Ambulatoriais	57
Rede Hospitalar SUS	Número
Fil. Isento Total	1
Total de Hospitais	1

Fonte: Fund. Seade.

Nota: Dados referentes a dezembro de 1999.

São Vicente criou o seu Conselho Municipal de Saúde em março de 1992. O total de membros é 34. A composição desse Conselho não apresenta paridade entre seus membros, porque o número de representantes de usuário é de apenas oito — 23% do total — e não 50% como determina a Lei Federal (8.142/90). O restante dos membros do conselho distribui-se em: 12 representantes de profissionais de saúde, 12 de prestadores de serviços e 2 do poder público.

MUNICÍPIO DE SERTÃOZINHO

Características Gerais

Sertãozinho foi instalado como município em 1906, com uma área territorial de 403 km². Localiza-se na Região Administrativa de Ribeirão Preto e pertence à Direção Regional de Ribeirão Preto da Secretaria de Estado da Saúde.

Em 2000, sua população era de 94.485 habitantes, apresentando uma densidade demográfica de 403 hab./km². A população está bem concentrada na área urbana do município (95%) e 83% de seu total têm 10 anos ou mais de idade, com uma taxa de alfabetização de 92%.

No que se refere à caracterização política, Sertãozinho apresentou, nas cinco últimas eleições, uma alternância de prefeitos associados ao Partido Democrático Social (PDS, atual

PPB) e ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Isto porque, de um lado, nas eleições de 1982 e 1988, o PDS chefiou o Poder Executivo local e também, em 1996, sob a nova sigla PPB. De outro lado, em 1992 e 2000, foram eleitos prefeitos do PSDB. Nesse caso, cabe investigar se a mudança entre esses dois partidos políticos interferiu na condução da política pública, em geral, e na saúde, em particular.

No tocante à estrutura empresarial, Sertãozinho conta com o maior número, dentre os municípios selecionados, de empresas de agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal (41). Já nos outros ramos de atividade, o município dispõe de poucas empresas, isto é: 1 de pesca; 3 de indústrias extrativas; 413 de transformação; e 80 de construção (IBGE, 2001).

Sertãozinho, em 2000, apresentou IDH de 0,833, considerado na categoria de Alto Desenvolvimento Humano, inclusive superior à média do IDH do estado (0,814).

Organização do Setor Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde foi criada em 1989 — um ano antes da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90). Dentre os municípios selecionados, Sertãozinho dispõe da menor rede de unidades ambulatoriais (13). Dentre essas unidades, apenas sete são centros de saúde. A Santa Casa configura-se como a única unidade hospitalar do município (dados de 1999, Quadro 13).

O total de leitos oferecidos pela Santa Casa municipal é de apenas 119. Os leitos de pediatria correspondem a 35 enquanto os demais distribuem-se em 27 cirúrgicos; 25 obstétricos; e 32 de clínica médica.

Quadro 13 - Organização do setor municipal de saúde em Sertãozinho (1999)

Rede Básica SUS — tipo de estabelecimento	Número
Centro de Saúde	7
Ambulatório de Unidade Hospitalar Esp.	1
Clínica Especializada	1
Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial	1
Outros Serv. Aux. Diagnose e Terapia	3
Total de Unidades Ambulatoriais	13
Rede Hospitalar SUS	Número
Fil. Isento Total	1
Total de Hospitais	1

Fonte: Fund. Seade.

Nota: Dados referentes a dezembro de 1999.

O Conselho Municipal de Saúde de Sertãozinho foi criado em junho de 1991. O número total de membros é 20, cuja composição desrespeita a paridade estabelecida na Lei Federal nº

8.142/90. Os representantes de usuários somam apenas nove membros, quando deveriam ser dez (50% do total). Os demais membros se distribuem em um representante de profissionais de saúde, um de prestadores de serviços e nove do poder público.

MUNICÍPIO DE VOTORANTIM

Características Gerais

O município de Votorantim foi criado em 1965 e possui uma extensão territorial de 184 km². Pertence à Região Administrativa de Sorocaba e à Direção Regional de Sorocaba da Secretaria de Estado da Saúde.

A população de 2000 do município era composta de 95.782 habitantes, com densidade demográfica de 520,5 hab./km². Essa população se encontra localizada praticamente na região urbana do município (96%), 81% desta têm 10 anos ou mais de idade, com uma taxa de alfabetização de 95%. O IDH de 2000 do município apresentou um índice igual à média do IDH do estado (0,814).

No que se refere à caracterização política de Votorantim, nota-se que foi administrado por prefeitos de quatro partidos. Em 1982, elegeu-se o prefeito José de Oliveira Souza, do Partido Democrático Social (PDS) e, em 1988, esse mesmo prefeito permaneceu, só que sob uma nova legenda, o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). Em 1992, o prefeito eleito pertencia ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB); em 1996, permanece o PSDB, porém muda-se o nome do prefeito; e, em 2000, elegeu-se um prefeito do Partido Democrático Trabalhista (PDT). No caso de Votorantim, considera-se importante investigar a relação entre continuidade político partidária de 1992 a 2000 e a linha de condução das políticas públicas, em especial a saúde.

Em termos de estrutura empresarial, Votorantim é precária em relação aos demais municípios selecionados. Isto porque possui, dentre as principais empresas, um volume bem inferior. Registre-se: 3 empresas de agricultura, pecuária, silvicultura e exploração florestal; 1 de indústria extrativa; 152 de transformação; e 31 de construção (IBGE, 2001).

Organização do Setor Municipal de Saúde

A estruturação dos serviços de saúde do município de Votorantim teve início no fim da década de 1970. Em 1978, os serviços de saúde eram de responsabilidade da Coordenadoria de Educação, Saúde e Promoção Social. Em 1982, ocorre a retirada do setor de educação, passando

a ser denominado de “Coordenadoria de Saúde e Promoção Social”. Apenas em 1992, Votorantim criou a Secretaria Municipal de Saúde. A rede pública em Votorantim está organizada em 26 unidades ambulatoriais e 2 unidades hospitalares. Na rede ambulatorial, o município conta com nove centros de saúde, três unidades de saúde da família, três unidades de outros serviços auxiliares de diagnose e terapia e três de unidades móveis para atendimento médico e odontológico. Votorantim conta com dois hospitais, sendo um contratado e um municipal (dados de 1999, Quadro 14).

Votorantim disponibiliza um total de 102 leitos hospitalares. A maior parte concentra-se nos leitos de clínica médica (49). Já os leitos cirúrgicos são disponibilizados em 20; os obstétricos em 10; os de pediatria, 21; e os especializados em somente dois. Desse total de leitos, 82 encontram-se no hospital contratado e apenas 20 no hospital municipal.

Votorantim teve seu Conselho Municipal criado em dezembro de 1993. O total de membros corresponde a dez, sendo cinco representantes de usuários, um representante de profissionais de saúde, um de prestadores de serviços e três do poder público.

Quadro 14 - Organização do setor municipal de saúde em Votorantim (1999)

Rede Básica SUS — tipo de estabelecimento	Número
Centro de Saúde	9
Policlínica	1
Unidade Mista	1
Clínica Especializada	3
Outros Serv. Aux. Diagnose e Terapia	3
Unid. Móvel Terr. Atend. Méd. Odont.	3
Unidade de Saúde da Família	3
Unidade de Vigilância Sanitária	1
Unidades não Especificadas	2
Total de Unidades Ambulatoriais	26
Rede Hospitalar SUS	Número
Contratado	1
Municipal	1
Total de Hospitais	2

Fonte: Fund. Seade. Nota: Dados referentes a dezembro de 1999.

Feitas as considerações em relação às características gerais e do setor saúde de cada um dos 11 municípios paulistas com gestão semiplena/plena do sistema, cabe prosseguir para a análise propriamente dita dos objetivos anunciados no início deste capítulo, qual seja: avaliar esses 11 municípios paulistas em semiplena/plena do sistema do SUS, ao longo da segunda metade da década de 1990, com a finalidade de identificar a melhora da capacidade de gasto e de

uma maior eficiência, eficácia e gestão dos recursos financeiros para a implementação do sistema municipal de saúde. Os próximos três capítulos são responsáveis pela análise desse objetivo.

CAPÍTULO 3

A CAPACIDADE DE GASTO DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS EM GESTÃO SEMIPLENA/PLENA DO SISTEMA

Os municípios paulistas enquadrados em gestão mais descentralizada e qualificada do SUS — semiplena e plena do sistema —, teriam efetivamente aumentado o gasto com saúde, entre 1995 e 2001? É possível verificar que o volume desse gasto, no conjunto dos 11 municípios selecionados, teria sido maior quando comparado à média do total dos municípios do estado, sem a capital, e que as diferenças entre esses 11 municípios venham se reduzindo desde 1995?

Pretende-se, neste capítulo, responder a essas indagações, evidenciando o padrão do gasto do SUS realizado pelos 11 primeiros municípios paulistas em gestão semiplena/plena do sistema. Dessa forma, examina-se a capacidade do gasto¹⁵⁴ desses municípios paulistas, por meio de uma verificação do comportamento das finanças municipais, em geral, e da identificação de um padrão de gasto em saúde e das transferências federais do SUS. O capítulo está estruturado em cinco partes. A primeira apresenta as orientações metodológicas e as características da pesquisa utilizada para esta tese, objeto deste e dos dois próximos capítulos. A segunda traça um diagnóstico da capacidade da receita disponível, incluindo a arrecadação tributária e as transferências constitucionais para os municípios selecionados. Com isso pretende-se prestar alguma contribuição ao esclarecimento sobre o reforço das finanças próprias municipais e os graus de autonomia e disponibilidade de recursos desses municípios¹⁵⁵, para contribuírem na sustentação do gasto do SUS realizado entre 1995 e 2001.

A terceira parte analisa o comportamento das transferências SUS do governo federal para os municípios, com a finalidade de dimensionar o seu grau de dependência para o desenvolvimento do sistema municipal de saúde. Nessa parte são apresentados os volumes dessas transferências, relacionado-os aos níveis de atenção em saúde: média e alta complexidade e atenção básica.

¹⁵⁴ De acordo com Fagnani (1998), a análise do gasto deve abranger três elementos. São eles: 1) a magnitude do dispêndio (para observar se o volume de gasto é adequado ao nível das carências sociais); 2) a direção do gasto (para identificar o tipo de estratégia política das orientações de ação social); e 3) a natureza das principais fontes de financiamento (para saber se são recursos fiscais, recursos auto-sustentados e/ou contribuições sociais).

¹⁵⁵ Entende-se que o grau de autonomia das finanças locais está associado a um maior grau de dependência da receita disponível dos municípios em relação aos recursos próprios, isto é, IPTU e ISS. Dito de outra maneira, a receita disponível desses municípios depende em menor grau das transferências constitucionais.

A quarta parte é dedicada ao envolvimento dos 11 municípios selecionados no gasto do SUS por eles realizado. A análise contempla duas dimensões: a magnitude do gasto total, por fonte de recursos e com recursos municipais, destacando o comportamento do indicador previsto na Emenda Constitucional nº 29 (*Gasto em Saúde com recursos municipais/Receita de impostos mais transferências constitucionais — receita disponível municipal*); e a direção do gasto em saúde, evidenciando o seu destino em relação às despesas de pessoal, outras despesas e investimentos. Pretende-se, nessa parte, evidenciar o padrão do gasto do SUS realizado pelos 11 municípios paulistas em gestão semiplena/plena do sistema. A quinta e última parte resume as principais evidências verificadas nas partes anteriores.

3.1 – Orientações metodológicas e características da pesquisa

3.1.1 – A seleção dos municípios

O presente estudo compreende uma análise dos 11 municípios paulistas “mais antigos” ou os primeiros habilitados às modalidades mais descentralizadas e qualificados do SUS, isto é, aqueles que foram enquadrados no Estado de São Paulo em *semiplena* em 1994, e que permanecem em *plena do sistema municipal* até 2001 (Quadro 15). Dessa maneira, torna-se possível dispor de uma avaliação dos resultados dessas responsabilidades de gestão e de recursos financeiros em execução há um maior tempo possível nos municípios: sete anos. Cabe registrar que as informações não permitem comparar, principalmente no Capítulo 4, os resultados dos indicadores selecionados para a análise no período antes do enquadramento dos municípios na gestão semiplena, como seria adequado. O fato de não se dispor de séries históricas para cada município inviabiliza elaborar um cenário do período anterior em que os indicadores do período pós-1995 possam ser confrontados. Por sua vez, julgamos fundamental a organização de dados somente a partir de 1995, uma vez que possibilita conhecer e comparar, nos municípios e entre eles, os resultados interessantes que alguns indicadores assumem nesse período de sete anos de vigência da gestão mais descentralizada e qualificada do SUS.

Foram selecionados, no Estado de São Paulo, os municípios de Assis, Diadema, Itu, Jundiaí, Mauá, Santos, São Caetano do Sul, São José dos Campos, São Vicente, Sertãozinho e Votorantim¹⁵⁶. O Quadro 15 apresenta, respectivamente, as datas de habilitação dos 11 municípios às condições de gestão do SUS semiplena/NOB 93 e plena do sistema NOB 96.

¹⁵⁶ Ver Quadro 3, Capítulo 2.

Quadro 15 - Municípios paulistas gestão *semiplena* e *plena* do sistema municipal selecionados, segundo a data de ingresso nessas modalidades do SUS

Municípios	Data de Habilitação	
	Semiplena NOB 93	Plena do Sistema NOB 96
ASSIS	17/11/1994	4/5/1998
DIADEMA	13/9/1994	4/5/1998
ITU	2/12/1994	4/5/1998
JUNDIAÍ	2/12/1994	4/5/1998
MAUÁ	17/11/1994	4/5/1998
SANTOS	13/9/1994	4/5/1998
SÃO CAETANO DO SUL	2/12/1994	4/5/1998
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	4/7/1994	4/5/1998
SÃO VICENTE	18/10/1994	4/5/1998
SERTÃOZINHO	17/11/1994	4/5/1998
VOTORANTIM	17/11/1994	2/6/1998

Fonte: *Diário Oficial da União*.

No período analisado, entre 1995 e 2001, apenas três municípios encontram-se na faixa populacional entre 30.001 a 100.000 habitantes (Assis, Sertãozinho e Votorantim); dois entre 100.001 a 150.000 habitantes (Itu e São Caetano do Sul); um entre 150.001 a 300.000 habitantes (São Vicente)¹⁵⁷; cinco municípios acima de 300.001 habitantes (Diadema, Jundiaí, Mauá, Santos e São José dos Campos) (Tabela 17). Embora exista essa diferença em termos populacionais, para efeito do critério populacional, pode-se dizer que a maioria diz respeito a municípios grandes. Juntos, representam 7,8% da população do Estado de São Paulo ou 11,0%, quando não se inclui o município da capital.

A Tabela 17 apresenta as populações desses municípios desde a adesão à condição de gestão semiplena (1994), incluindo 1998, quando se habilitaram à gestão plena do sistema municipal, até 2001.

¹⁵⁷ São Vicente somente ultrapassa essa faixa populacional em 2000, quando atingiu 302.335 habitantes.

Tabela 17
População dos 11 municípios paulistas gestão *semiplena e plena* do sistema municipal de saúde selecionados e do Estado de São Paulo (1994-2001)

Municípios	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Assis	79.404	80.672	81.974	83.262	84.524	85.798	87.029	88.535
Diadema	320.932	326.729	332.320	338.046	344.062	350.114	355.867	362.663
Itu	115.814	118.903	121.955	125.062	128.283	131.641	135.007	138.741
Jundiaí	299.595	303.281	307.000	310.845	314.809	318.670	322.463	326.915
Mauá	315.508	322.954	330.298	337.876	345.994	354.286	362.399	371.475
Santos	417.333	417.406	417.479	417.552	417.625	417.698	417.771	417.817
São Caetano do Sul	147.252	146.311	145.244	144.058	142.791	141.513	140.227	138.993
São José dos Campos	472.045	482.539	493.029	503.867	515.198	526.651	537.899	550.762
São Vicente	279.139	282.862	286.370	289.821	293.738	298.084	302.335	306.860
Sertãozinho	83.674	85.495	87.297	89.050	90.838	92.657	94.485	96.605
Votorantim	85.090	86.730	88.373	90.135	91.963	93.814	95.782	97.808
11 Municípios	2.615.786	2.653.882	2.691.339	2.729.574	2.769.825	2.810.926	2.851.264	2.897.174
Estado sem capital	23.347.832	23.859.063	24.366.988	24.876.060	25.403.566	25.943.575	26.482.816	26.793.110
Estado com capital	33.212.344	33.811.868	34.407.358	35.010.280	35.637.193	36.276.632	36.909.200	37.282.269

Fonte: Fundação Seade.

Nota: Elaboração própria.

3.1.2 – Fontes e técnicas de coleta de dados e informações

O período compreendido pelo estudo abrange uma série histórica de dados para 1995-2001. É importante destacar que a nossa avaliação, entre 1995 e 2001, se restringe ao período de constituição e desenvolvimento da gestão semiplena (NOB 93)/plena do sistema (NOB 96). Desde fins de 2001, a habilitação dos municípios dá-se conforme a NOAS/2001, que, embora não modifique a denominação de gestão plena do sistema, altera em parte a lógica de financiamento dos recursos transferidos, isto é, descarta a sistemática de repasse global para todos os níveis de gestão do sistema. Os municípios deixam de contar com os recursos das ações e dos serviços de saúde que cobrem a alta complexidade, como comentado no Capítulo 1. Vale lembrar que essas ações e esses serviços pagos pelo município, com recursos do Fundo de Saúde — proveniente do repasse federal —, retornam para serem pagos centralizadamente pelo Ministério da Saúde¹⁵⁸. Entende-se que, a partir de 2002, os municípios em gestão plena do sistema municipal não dispõem de todos os recursos para executar as ações e os serviços de saúde definidos localmente, constituindo-se numa fase distinta da anterior em relação ao campo do financiamento.

As informações gerais sobre os 11 municípios semiplena/plena do sistema foram coletadas em Banco de Dados do Datasus do Ministério da Saúde, do IBGE e da Fundação Seade de São Paulo, de caráter geral, e da sua Pesquisa Municipal Unificada (PMU), em específico.

¹⁵⁸ Para essa discussão e compreensão da NOAS/2001, ver o Capítulo 1.

Os dados sobre execução orçamentária (receitas e despesas) foram coletados em duas dimensões: as receitas e despesas orçamentárias do município, em geral, e as da saúde, em particular. Para tanto, foram utilizados, de um lado, os dados registrados no Banco de Dados da Secretaria do Tesouro Nacional (STN). Esses dados abrangem a série histórica de 1998-2001. De outro lado, foram utilizados os dados do CD-Rom *Dados de Saúde do Estado de São Paulo*, elaborado pela Fundação Prefeito Faria Lima – Cepam (2000) — série histórica de 1995-1997. As informações financeiras relativas à área da saúde foram coletadas do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde e as referentes às transferências federais do SUS ao Estado de São Paulo e seus municípios foram extraídas do Datasus. As informações da STN, do Datasus e do SIOPS foram coletadas em seus respectivos *sites* na Internet.

As informações específicas das gestões municipais descentralizadas do SUS foram coletadas do documento *Informações da Gestão Municipal*, elaborado em junho de 2002 pelo Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. O documento reúne um conjunto de dados referentes aos municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal de saúde, no período de 1998 a 2001.

- Conceito de Gasto Municipal em Saúde: gasto do SUS realizado pelo município

Para efeito desta tese, na análise do gasto municipal em saúde, utiliza-se o conceito definido por Mendes, Marques, Leite e Tubone (1999), denominado de *o gasto do SUS realizado pelo município*. Esse *gasto* compreende os recursos do poder público municipal diretamente aplicados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Esses recursos abrangem, além dos recursos municipais, as transferências dos governos federal e estadual, uma vez que elas são contabilizadas no orçamento municipal. Aqui não foram considerados os recursos despendidos pelos governos estadual e federal em vacinas, medicamentos, servidores federais e/ou estaduais municipalizados, etc., realizados diretamente por essas instâncias governamentais “no” município. Cabe advertir que essas categorias de recursos, quando destinadas aos municípios, integram gastos dessas esferas de poder “no” município e não diretamente repassados à Secretaria Municipal de Saúde — e, portanto, não são contabilizadas pelo orçamento municipal. Dito de outra maneira, esses recursos não constituem fontes do gasto “do” município e sim “no” município. Autores como Piola e Vianna (2002), posteriormente ao trabalho de Mendes,

Marques, Leite e Tubone (1999), sugerem que a análise do gasto público com saúde identifica a abrangência do gasto em observação como “no” e/ou “do”.

Nos municípios pesquisados, o gasto municipal com saúde envolve somente as atividades desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde (administração direta). Isso porque, na ausência de autarquias e fundações, não ocorrem transferências de recursos do Ministério da Saúde. Também as demais secretarias municipais não realizam despesas na área de saúde.

O conceito de gasto com saúde exige que sejam deduzidas as despesas com *Transferências a pessoas*. De acordo com a Lei nº 4.320/64, esse elemento de despesa compreende o gasto com inativos e pensionistas (item com o maior volume de recursos); salário-família; apoio financeiro a estudantes; assistência médico-hospitalar; indenizações de acidentes de trabalho; e outras transferências a pessoas e *Encargos e Amortização das Dívidas Interna e Externa*. Vale notar que a assistência médico-hospitalar, incluída em *Transferências a pessoas*, refere-se à assistência prestada aos servidores. A fonte de dados consultada para a pesquisa deste trabalho, porém, não registrou nenhuma despesa nesse item para os municípios analisados.

- Registro das informações financeiras

Tanto para o estado como para os municípios selecionados, as informações anuais correspondem ao conceito de despesa empenhada¹⁵⁹, o que indica que os valores não incluem os denominados de “Restos a Pagar”¹⁶⁰ daquele mesmo ano. Estes são considerados desembolso efetivo do exercício em que ocorreu sua liquidação, registrados na conta Despesas de Exercícios Anteriores¹⁶¹.

Para a análise de indicadores das receitas dos municípios, utilizou-se o conceito de Receita Disponível. Essa receita detecta a realidade dos recursos financeiros sobre os quais o município possui maior disponibilidade para atender às demandas da população (AFONSO e

¹⁵⁹ O empenho é uma das fases mais importantes por que passa a despesa pública, obedecendo a um processo que vai até o pagamento. De acordo com o artigo 58 da Lei de Orçamento Público nº 4.320/64, considera-se o empenho da despesa “o ato emanado de autoridade competente que cria, no Estado, obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição”.

¹⁶⁰ Definidos no artigo 36 da Lei de Orçamento Público nº 4.320/64 como despesas empenhadas, mas não pagas até 31 de dezembro, distinguindo-se as processadas (empenhos executados, liquidados e prontos para pagamento, ou seja, o direito do credor já foi verificado) das não processadas (contratos em plena execução, sem que haja ainda o pleno reconhecimento do direito do credor).

¹⁶¹ O artigo 37 da Lei nº 4.320/64 diz que as despesas não processadas de exercícios encerrados, para as quais o orçamento respectivo consignava crédito próprio e que apresentem saldo suficiente, sejam incluídas, no orçamento do exercício seguinte, em dotação específica e discriminada por elemento de despesa.

ARAUJO, 2000). A receita disponível municipal inclui a arrecadação própria (impostos: IPTU, ISS e ITBI) mais as transferências constitucionais recebidas pela União e pelos estados. Dentre as principais transferências, foram consideradas para este trabalho: a quota-parte do FPM (federal); a quota-parte do ITR (federal); a quota-parte da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir – federal); a quota-parte do ICMS (estadual); a quota-parte do IPVA (estadual); a quota-parte do IPI – Exportação e o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) dos funcionários municipais — contabilizado como transferência estadual até 2002; a partir daí passou a incorporar o conjunto das receitas próprias.

- Correção dos valores nominais

Como a maior parte dos dados orçamentários (receitas e despesas) compreende o período de 1995 a 2001, eles foram deflacionados utilizando-se o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas, com base em agosto de 1994, valor médio do ano, convertidos a preços de dezembro de 2001. Desta forma, foi possível compatibilizar as séries estatísticas.

3.2 – A capacidade da receita disponível dos municípios

Na Introdução deste trabalho, ao examinar a descentralização e a política de saúde, chamamos a atenção para o importante grau de autonomia dos municípios, particularmente na dimensão da descentralização fiscal. Salientou-se que essa descentralização dos recursos tributários, introduzida pela Constituição de 1988 em direção à consolidação e ao aprofundamento do processo de descentralização fiscal, permitiu que os municípios ampliassem sua participação na receita total das três esferas de governo em termos de arrecadação própria e de receita disponível e adquirissem autonomia na condução das políticas públicas.

Por outro lado, sobre o período específico de análise deste trabalho (1995 a 2001), a receita disponível municipal no País aumentou 30,1%, bem menos que nos anos desde a Constituição de 1988 (112,7%). Nesses anos, nota-se que o comportamento da participação dos municípios no total das receitas cobradas pelo conjunto das três esferas de poder foi ascendente, ainda que tenha apresentado quedas em alguns anos. Para ser ter uma idéia, em 1995, os municípios participavam, no total da arrecadação, em 12,28%, e, em 2001, atingiram 13%.

Se esse quadro de elevada descentralização das receitas e do grau de autonomia fiscal se sobressai no conjunto dos municípios brasileiros, é possível admitir que a gestão municipal

descentralizada da saúde pôde ser sustentada? Neste sentido, torna-se importante verificar o comportamento da receita disponível e de seus componentes para os 11 municípios paulistas em semiplena/plena do sistema municipal.

3.2.1 – A evolução da receita disponível dos 11 municípios selecionados

Os municípios foram os entes federativos que mais se beneficiaram do processo de descentralização fiscal. Essa situação não é diferente para os 11 municípios paulistas em gestão semiplena/plena do sistema, desde o início de sua habilitação no SUS (1995) até 2001. Ferreira (2002) lembra que o volume de receita disponível municipal afeta o padrão de gasto com saúde. Há uma relação positiva entre gasto com saúde e receita disponível. Isto é, quanto maior for a receita disponível, maior será o gasto *per capita* com esse setor.

A receita disponível no total dos 11 municípios semiplena/plena do sistema aumentou 23%, entre 1995 e 2001, passando de R\$ 1,5 milhão para R\$ 1,9 milhão (Tabela 18). Esse comportamento é digno de destaque, uma vez que se mostrou superior ao conjunto dos municípios do Estado de São Paulo, tanto quando se inclui a capital (8,5%) quanto quando não se a considera (5,8%).

Tabela 18
Receita disponível¹⁶² dos 11 municípios paulistas gestão semiplena e plena do sistema (1995-2001), em R\$ 1.000 de dez. 2001^(*)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Assis	27.214	26.581	26.394	33.882	32.786	33.133	33.952
Diadema	158.498	168.419	178.970	220.485	220.927	197.149	184.328
Itu	44.165	52.616	56.548	83.242	72.300	71.135	69.958
Jundiaí	185.287	186.698	194.603	247.353	242.876	233.553	237.357
Mauá	164.709	178.658	159.947	201.749	162.971	149.893	162.499
Santos	348.587	376.046	351.026	412.866	387.572	333.524	347.406
São Caetano do Sul	160.083	196.614	198.668	222.870	210.805	197.100	189.219
S. José dos Campos	327.679	330.374	344.303	431.650	456.656	435.289	476.285
São Vicente	62.677	67.844	73.674	95.008	101.508	92.272	112.852
Sertãozinho	36.479	39.324	40.484	42.407	40.078	45.277	48.265
Votorantim	33.033	31.836	32.536	31.699	35.360	36.804	43.158
11 municípios	1.548.413	1.655.007	1.657.153	2.023.210	1.963.838	1.825.128	1.905.280
Estado sem capital	11.361.477	11.994.599	12.361.859	11.634.607	11.303.087	12.253.644	12.020.506
Estado com capital	17.060.696	17.747.611	18.544.737	17.924.919	17.801.348	18.732.798	18.516.001

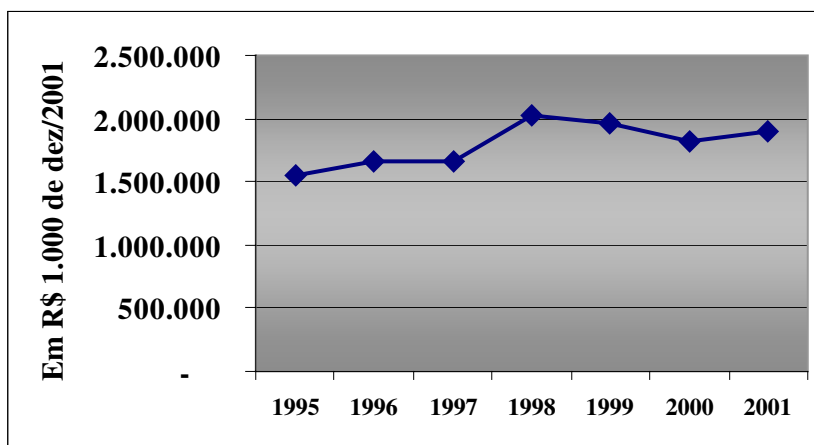
Fonte: 1995-1997: Cepam; 1998-2001: SIOPS e STN. Notas: Elaboração própria. (*) Todos os dados foram deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2001, conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV.

¹⁶² Receita disponível para os municípios: FPM; ICMS; IRRF; IPI; IPTU; IPVA; ISS; ITR. Receita disponível para o total do estado (apenas as principais receitas): IPTU; ISS; FPM e ICMS.

Embora o comportamento da receita disponível no total desses 11 municípios tenha se mostrado ascendente, ao longo do período analisado, registrou, entretanto, oscilações entre os anos. A Tabela 18 mostra que a maior variação do crescimento dessa receita disponível ocorreu entre 1995 e 1998 (30,7%), justamente no período em vigor da gestão *semiplena* e no primeiro ano da *plena do sistema municipal*. Já em 1999 e 2000, essa receita sofreu quedas, em relação a 1998, de 2,9% e 7,6%, respectivamente; porém mantendo-se em patamares superiores aos anos anteriores a 1998. Apenas em 2001, a receita disponível retoma o crescimento em relação a 2000 (4,4%), porém inferior ao volume de recursos de 1998.

O Gráfico 6 demonstra a trajetória do comportamento da receita disponível no total dos 11 municípios entre 1995 e 2001. De forma sintética, observam-se dois movimentos: o primeiro, entre 1995 e 1998, foi ascendente; e o segundo, entre 1998 e 2001, foi descendente, caindo até 2000 e voltando a crescer em 2001, porém sem atingir o patamar de 1998.

Gráfico 6
Evolução da receita disponível total dos 11 municípios paulistas gestão semiplena/plena do sistema (1995-2001)



Fonte: 1995-1997: Cepam; 1998-2001: SIOPS e STN.

Nota: Elaboração própria.

Cabe, ainda, lembrar que, em relação à possibilidade dos 11 municípios selecionados terem tido um comportamento crescente da receita disponível para poderem desenvolver políticas públicas, no período analisado, se observa uma situação típica de avanços e recuos. Dessa forma, é possível que o gasto com saúde se torne fragilizado para alguns municípios, sobretudo a partir de 1998, como se verá mais adiante.

Muito provavelmente, o comportamento da receita disponível dos 11 municípios, entre 1995 e 2001, indicado no Gráfico 6, pode ser explicado por meio de dois aspectos presentes no contexto macroeconômico: o desempenho da economia nos dois mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) e a elevação da carga tributária promovida pelo Plano Real.

Sobre o percurso da política macroeconômica dos dois períodos distintos de FHC, observa-se que o primeiro (1995-1998) foi marcado pela ênfase na estabilização monetária associada a um modesto crescimento econômico de 13,6% do PIB (Tabela 19), o que contribuiu para o aprofundamento dos resultados do processo de descentralização fiscal da Constituição de 1988.

Tabela 19
Evolução do Produto Interno Bruto (PIB) – Brasil (1994-2002),
em R\$ bilhões de dez. 2001

Ano	PIB	Variação anual (%)
1994	1.065,2	-
1995	1.177,4	10,5
1996	1.278,0	8,5
1997	1.324,2	3,6
1998	1.337,5	1,0
1999	1.280,4	-4,3
2000	1.272,2	-0,6
2001	1.255,3	-1,3
2002	1.241,6	-1,1

Fonte: IBGE.

Já o segundo mandato (1999-2002) foi caracterizado pela desvalorização cambial de janeiro de 1999 e pela crise de 2002, o que constrangeu o crescimento econômico (queda de 3,03% do PIB) e acentuou a vulnerabilidade externa da economia. É importante acrescentar que, nesse segundo mandato, a política econômica esteve praticamente subordinada ao monitoramento do Fundo Monetário Internacional e mais fortemente comprometida com o ajuste fiscal, em todos os níveis de governo.

Interessa-nos assinalar que o comportamento da receita disponível total desses municípios selecionados foi semelhante ao desempenho da economia. Como verificado no Gráfico 6, a receita disponível, que foi ampliada desde 1995, alcança o auge em 1998, e sofre redução a partir

daí, ainda que termine o período, em 2001, com valores superiores daqueles verificados em 1995¹⁶³.

Apesar desse período de estagnação econômica prejudicar a capacidade fiscal do Estado brasileiro, a carga tributária global elevou-se no período 1999-2002 de forma significativa, isto é, em 7,6 pontos percentuais, passando de 28,0% do PIB, em 1999, para 35,6%, em 2002¹⁶⁴. Tal elevação foi resultado da criação de novas contribuições sociais, como a CPMF, criada em 1996 e arrecadada em 1997, e do aumento de alíquotas das contribuições existentes, como é o caso da Cofins¹⁶⁵. Essa expansão se refletiu de forma negativa para os governos subnacionais, que apenas participam da arrecadação dos impostos federais, mas não das contribuições sociais. Esse movimento de alargamento da base contributiva das contribuições sociais não foi produto somente do período do último mandato do governo FHC. Ele fez parte da estratégia de (re)centralização financeira do governo federal para recuperar o aumento das receitas de transferências após a Constituição de 1988, em favor dos municípios, o que, segundo Prado (2003), pode ser denominado como um processo de “municipalização das receitas”. Assim, a partir de 1989, o governo federal vem recompondo suas finanças por meio das contribuições sociais, que não são partilhadas com os estados e municípios, colaborando no sustento dos seus compromissos financeiros nesse contexto de estagnação econômica.

Diferentemente do comportamento geral da receita disponível no total dos 11 municípios, verifica-se que, alguns deles, apresentaram um movimento ascendente entre 1995 e 2001. Cabe destacar o crescimento da receita disponível dos municípios de Assis, São José dos Campos, São Vicente, Sertãozinho e Votorantim (Tabela 18).

No período analisado, os 11 municípios registram uma receita disponível média *per capita* anual crescente (12,7%), em torno da média de R\$ R\$ 647,48 por habitante/ano, bem mais elevada quando comparada à média total dos municípios, sem a capital (R\$ 467,20), e dos municípios com a inclusão da capital (R\$ 506,85) (Tabela 20).

¹⁶³ Santos (2004), em estudo que analisa a evolução das receitas orçamentárias das cidades brasileiras médias, com população entre 100 mil e 1 milhão de habitantes, incluindo as capitais estaduais, encontra esse mesmo movimento.

¹⁶⁴ Disponível em: <www.federativo.bndes.gov.br>. No período de 1995-1998, a carga tributária cresceu apenas 0,8 ponto percentual, passando de 27,2%, em 1995, para 27,8%, em 1998.

¹⁶⁵ A CPMF, em 1997, correspondeu a 0,07% do PIB e, em 2002, atingiu 1,54% do PIB. A Cofins arrecadada em 1994 significou 2,4% do PIB, elevando-se, em 2002, para 3,96% do PIB (Secretaria da Receita Federal).

Tabela 20
Receita disponível *per capita* dos 11 municípios paulistas gestão semiplena e plena do sistema
(1995 a 2001), em R\$^(*)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Assis	337,34	324,26	317,00	400,85	382,14	380,71	383,49
Diadema	485,10	506,80	529,42	640,83	631,01	554,00	508,26
Itu	371,44	431,43	452,16	648,89	549,22	526,90	504,23
Jundiaí	610,94	608,14	626,05	785,73	762,15	724,28	726,05
Mauá	510,01	540,90	473,39	583,10	460,00	413,61	437,44
Santos	835,13	900,75	840,68	988,60	927,88	798,34	831,48
São Caetano do Sul	1.094,13	1.353,68	1.379,09	1.560,82	1.489,65	1.405,58	1.361,36
S. José dos Campos	679,07	670,09	683,32	837,83	867,09	809,24	864,78
São Vicente	221,58	236,91	254,20	323,44	340,54	305,20	367,77
Sertãozinho	426,68	450,46	454,62	466,84	432,54	479,20	499,61
Votorantim	380,88	360,24	360,97	344,69	376,91	384,25	441,26
11 municípios	583,45	614,94	607,11	730,45	698,64	640,11	657,63
Estado sem capital	476,19	492,25	496,94	457,99	435,68	462,70	448,64
Estado com capital	504,58	515,81	529,69	502,98	490,71	507,54	496,64

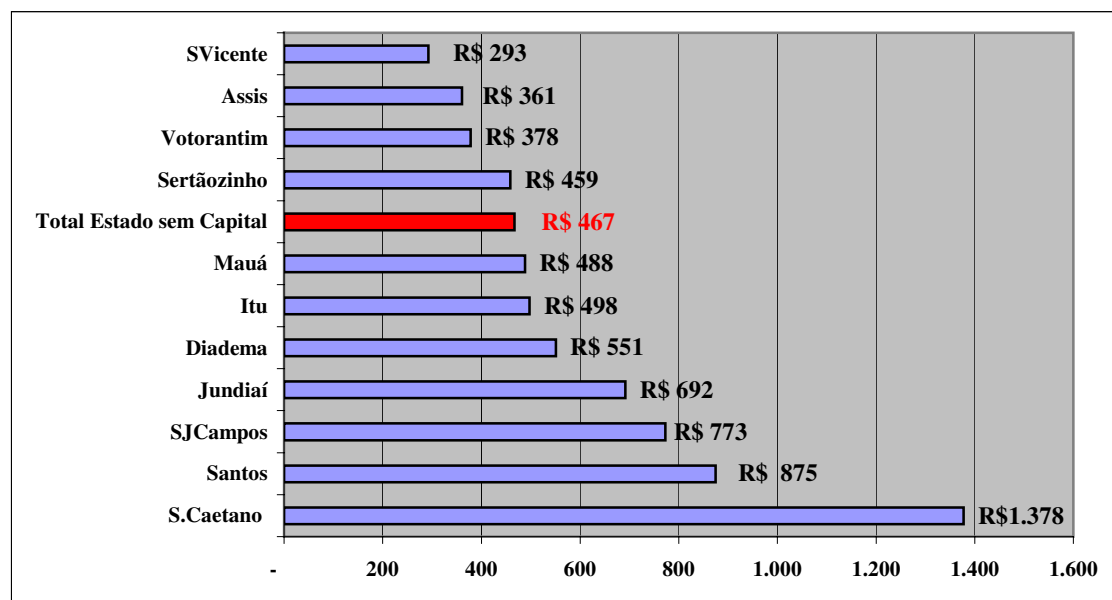
Fonte: 1995-1997: Cepam; 1998-2001: SIOPS e STN.

Notas: – Elaboração própria.

– (*) Todos os dados foram deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2001, conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV.

Entretanto, examinando-se essa receita disponível média *per capita* anual, segundo a classificação por município, é possível notar diferenças superiores e inferiores à encontrada no global dos municípios do estado, sem a capital, como mostra o Gráfico 7.

Gráfico 7
Receita disponível média *per capita* anual dos municípios selecionados
entre 1995 e 2001, em R\$ de dez. 2001, sem centavos^(*)



Fonte: 1995-1997: Cepam; 1998-2001: SIOPS e STN. Notas: Elaboração própria. (*) Deflator IGP-DI – FGV.

Como se vê, quatro dos 11 municípios (São Vicente, Assis, Votorantim e Sertãozinho) apresentam receita disponível média *per capita* anual entre 1995 e 2001 mais baixa que a média total dos municípios do estado sem a capital.

Chama a atenção o comportamento da receita disponível de São Caetano do Sul, que apresentou a média anual *per capita* de R\$ 1.378 aproximadamente três vezes a receita disponível média *per capita* do total dos municípios do estado, sem a capital (R\$ 467).

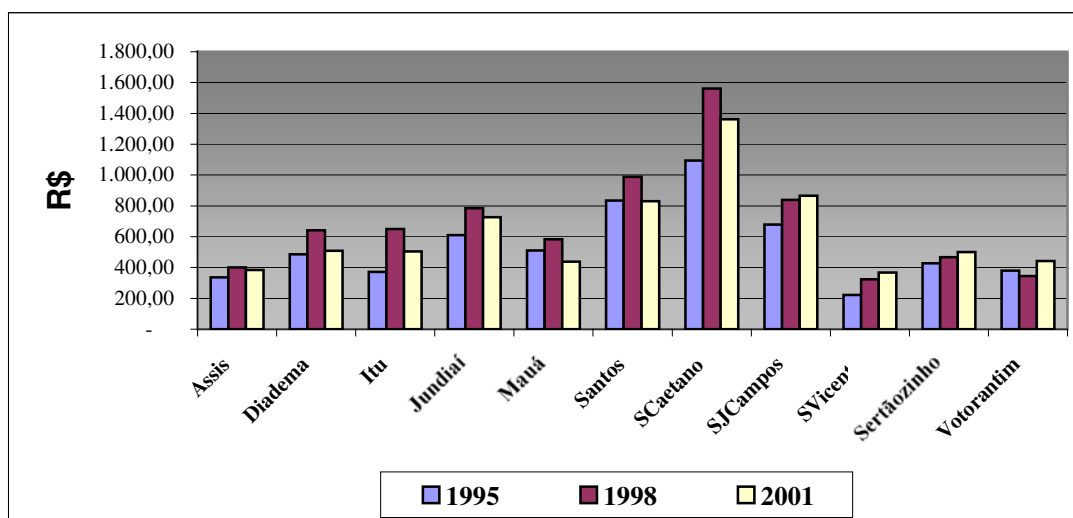
Ao se verificar os valores consolidados por município, depreende-se que São Vicente, Itu, São José dos Campos e São Caetano do Sul, quando comparados aos demais municípios, registraram os maiores índices de crescimento da receita disponível *per capita*, no período analisado. Suas taxas de crescimento encontraram-se no intervalo entre 24,4% (São Caetano do Sul) e 66% (São Vicente) (Tabela 20).

Dentre os municípios em que a taxa de crescimento da receita disponível *per capita* foi inferior a 20,0%, entre 1995 e 2001, encontraram-se: Jundiaí, Sertãozinho, Votorantim, Assis e Diadema. Este obteve o menor aumento (4,8%).

O Gráfico 8 mostra a evolução do comportamento da receita disponível *per capita* dos 11 municípios, indicando três anos específicos na série histórica trabalhada: 1995, 1998 e 2001.

Ainda em relação à trajetória da receita disponível *per capita* por município, é pertinente notar que somente São José dos Campos, São Vicente e Sertãozinho apresentaram crescimento contínuo ao longo do período analisado, conforme indica o Gráfico 8. Em outras palavras, não foi possível detectar redução da receita disponível *per capita* no ano de 2001 em relação a 1998, como identificado em relação aos outros municípios. O mais interessante que esses três municípios confirmam é uma tendência de crescimento, mesmo no quadro de estagnação econômica a partir de 1998 que provocou redução das receitas disponíveis *per capita* dos outros municípios semiplena/plena do sistema analisados, conforme indicado no Gráfico 8.

Gráfico 8
Evolução da receita disponível *per capita* total dos municípios selecionados
(1995, 1998, 2001), em R\$ 1.000 de dez. 2001^(*)



Fonte: 1995: Cepam; 1998-2001: SIOPS e STN. Notas: Elaboração própria. (*) IGP-DI – FGV.

Ainda em relação à trajetória da receita disponível *per capita* por município, é pertinente notar que somente São José dos Campos, São Vicente e Sertãozinho apresentaram crescimento contínuo ao longo do período analisado, conforme indica o Gráfico 8. Em outras palavras, não foi possível detectar redução da receita disponível *per capita* no ano de 2001 em relação a 1998, como identificado em relação aos outros municípios. O mais interessante que esses três municípios confirmam é uma tendência de crescimento, mesmo no quadro de estagnação econômica a partir de 1998 que provocou redução das receitas disponíveis *per capita* dos outros municípios semiplena/plena do sistema analisados, conforme indicado no Gráfico 8.

Por fim, merece ressaltar que o município de Mauá, dentre os municípios em gestão semiplena/plena do sistema, apresentou significativa redução da Receita Disponível *per capita*, entre 1995 e 2001, de 14,2%, passando de R\$ 510,01 para R\$ 437,44.

3.2.2 – Municípios selecionados: grau de dependência da receita disponível em relação às transferências e aos recursos próprios

Dentre os principais recursos que compõem a receita disponível municipal, encontram-se as transferências constitucionais — ICMS e FPM (estaduais) — e os impostos de arrecadação própria dos municípios (IPTU e ISS). Todos juntos correspondem, em média, a aproximadamente 80% do total da receita disponível municipal (ARAÚJO E FERREIRA, 2001). Desse modo, para

a presente análise, parte-se da preocupação em conhecer o grau de dependência que os municípios selecionados têm dessas transferências e de recursos próprios para poderem elaborar políticas públicas em geral e na saúde em particular. Admite-se que, se a receita disponível dos municípios for mais dependente das transferências constitucionais, o seu raio de manobra para executarem políticas públicas é menor. Já, o contrário, isto é, se a receita disponível for mais dependente dos recursos próprios, a possibilidade para implementação das políticas públicas é maior, uma vez que o esforço de arrecadação dos impostos municipais é de total responsabilidade do município. Dessa forma, é possível dizer que os municípios dispõem de maior autonomia financeira.

Antes de avaliar o grau de dependência da receita disponível em relação às receitas transferidas e próprias, cabe registrar que as receitas *per capita* do ICMS, do IPTU e do ISS, no total dos 11 municípios semiplena/plena do sistema, diminuíram entre 1995 e 2001. Registre-se: -8,6%; -29,5; e -29,0%, respectivamente. A exceção foi a receita do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) *per capita*, que cresceu 21,9%. Ou seja, foi observado que o crescimento da receita disponível *per capita* de 12,7%, entre 1995 e 2001, deveu-se principalmente ao aumento da transferência FPM nesses anos.

No tocante à composição da Receita Disponível Total dos municípios selecionados, o seu maior grau de dependência é do ICMS, que corresponde, na média total desses municípios, entre 1995 e 2001, a 51,7%. Este resultado é superior ao total dos municípios sem e com a capital, 50,5% e 45,1%, respectivamente (Tabela 21). Como as transferências do ICMS tendem a beneficiar os municípios que dispõem de uma base econômica mais sólida, seus valores são muito mais expressivos entre os municípios populosos. De certa forma, essa é a situação dos 11 municípios semiplena/plena do sistema, cujas populações superam, na sua maioria, 100 mil habitantes. Nunca é demais lembrar que, nas cidades acima de 100 mil habitantes — com maior desenvolvimento econômico —, as receitas próprias são mais elevadas e também as transferências estaduais do ICMS que, diante de sua base de cálculo, podem ser denominadas de “quase-receitas próprias” (SANTOS, 2004). Neste sentido, fica perceptível que o IPTU se constitua na segunda maior fonte da receita disponível no total dos 11 municípios, de acordo com a Tabela 21. Contudo, Santos e São Vicente ficaram como exceção, no período 1995 a 2001, uma vez que o IPTU passou a ocupar a principal fonte de suas receitas disponíveis. Isto pode ser justificado pela especificidade de suas vocações econômicas como municípios turísticos.

Tabela 21
Indicadores sobre o grau de dependência médio da receita disponível em relação ao
ICMS, FPM, IPTU e ISS, nos municípios selecionados no
período 1995-2001

Municípios	% do ICMS/ RD	% do FPM/ RD	% do IPTU/ RD	% do ISS/ RD
Assis	33,6	22,1	18,2	6,6
Diadema	62,2	6,9	14,3	7,1
Itu	45,4	12,9	11,5	11,4
Jundiaí	57,4	5,8	10,8	10,3
Mauá	68,1	6,5	9,9	5,2
Santos	24,8	3,5	31,1	20,1
São Caetano do Sul	55,0	6,2	6,2	15,4
São José dos Campos	66,9	3,2	9,1	8,4
São Vicente	25,9	15,1	36,5	6,4
Sertãozinho	52,0	16,7	9,3	9,9
Votorantim	59,6	20,3	8,2	8,4
11 municípios	51,7	6,4	15,7	11,5
Estado sem capital	50,5	16,7	14,0	9,7
Estado com capital	45,1	11,2	16,2	17,2

Fonte: 1995-1997: Cepam; 1998-2001: SIOPS e STN.

Nota: Elaboração própria.

Como se percebe, a principal responsável pela disponibilidade de recursos municipais é a receita de transferência do ICMS. Se a ela for acrescida a receita proveniente do FPM, nota-se que a receita disponível dos 11 municípios apresenta um grau de dependência alto das transferências constitucionais, sendo 58,1% (Tabela 21).

Por outro lado, a menor dependência da receita disponível em relação aos recursos próprios, conforme indica a Tabela 21 — em que o IPTU e o ISS juntos corresponderam a 27,2% —, pode significar menor autonomia financeira. Dessa forma, o desenvolvimento de políticas públicas gerais e da saúde em particular, por meio de recursos próprios, pode constituir-se em um problema. Contudo, quando comparados esses 11 municípios ao total do estado, sem a capital, o grau de autonomia financeira verificado é um pouco melhor. Isto porque os 11 municípios selecionados apresentaram uma receita disponível mais dependente dos recursos próprios somados — IPTU e ISS 27,2% enquanto os outros 23,7%.

A maior autonomia não só possibilita conseguir financiamento de novas ações e serviços de saúde que envolvem despesas de caráter permanente (pessoal, por exemplo) como também permite que o município responda melhor às alterações na forma de repasse das transferências constitucionais.

Por sua vez, a baixa dependência da receita disponível dos 11 municípios em relação ao total dos recursos próprios (IPTU e ISS), quando comparada ao total das transferências constitucionais (ICMS e FPM), também pode apontar um quadro positivo, isto é, indicar a necessidade de maior exploração do potencial tributário do município. Dessa forma, crescem as possibilidades de ajustar as receitas ao gasto público por meio do aumento da arrecadação própria (GUIMARÃES et al., 2002).

Verificando-se a parcela da receita disponível assegurada pela participação conjunta de IPTU e ISS, na Tabela 21, observa-se que, com exceção de Assis, Santos e São Vicente, os demais municípios apresentaram participação menor que a do total do estado, sem a capital (23,7%). Cabe ressaltar que o maior grau de dependência da receita disponível em relação às receitas do ISS e do IPTU foi encontrado em Santos (20,1% e 31,1%, respectivamente). Santos foi o único município que, no período 1995-2001, o grau de dependência da receita disponível em relação às receitas tributárias (51,3%) foi maior que o das transferências (28,3%).

A Tabela 22 e o Gráfico 9 mostram a evolução do grau de dependência da receita disponível em relação às transferências do ICMS e do FPM e aos recursos tributários IPTU e ISS, no período 1995-2001, para o total dos 11 municípios selecionados e ao total dos municípios sem a capital.

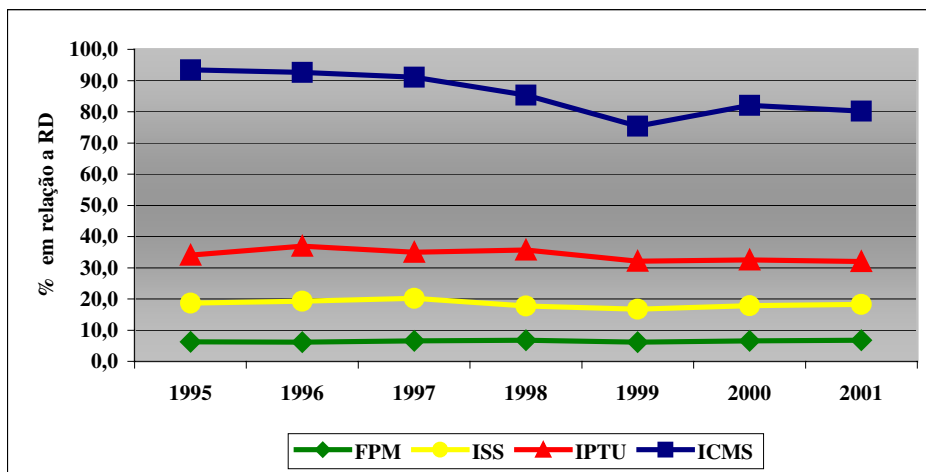
Tabela 22
Comparação entre indicadores do grau de dependência da receita disponível em relação ao ICMS, FPM, IPTU e ISS, nos 11 municípios selecionados e no total do estado sem a capital (1995-2001)

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Total dos 11 municípios	% do ICMS/RD	59,4	55,7	56,0	49,7	43,3	49,5	48,1
	% do FPM/RD	6,2	6,1	6,5	6,8	6,1	6,5	6,7
	% do IPTU/RD	15,4	17,6	14,8	18,0	15,4	14,7	13,8
	% do ISS/RD	12,5	13,2	13,6	10,9	10,6	11,3	11,5
Total do estado sem a capital	% do ICMS/RD	57,2	52,0	53,5	45,9	45,7	49,4	50,0
	% do FPM/RD	15,3	14,5	16,4	17,4	18,3	17,4	17,7
	% do IPTU/RD	13,4	14,2	13,4	15,2	14,8	14,1	13,0
	% do ISS/RD	9,3	9,9	10,2	10,4	9,9	9,4	9,1

Fonte: 1995-1997: Cepam; 1998-2001: SIOPS e STN.

Nota: Elaboração própria.

Gráfico 9
Evolução do grau de dependência da receita disponível em relação ao ICMS, FPM, IPTU e ISS
no total dos municípios selecionados (1995-2001)



Fonte: 1995-1997: Cepam; 1998-2001: SIOPS e STN.
 Nota: Elaboração própria.

Com base na Tabela 22 e no Gráfico 9, podem ser observados os seguintes movimentos na evolução do grau de dependência da receita disponível em relação às transferências e aos recursos próprios:

- O grau de dependência da receita disponível total desses municípios em relação ao ICMS diminuiu até 1999, mas, a partir de 2000, voltou a crescer, porém não atingiu o grau verificado em 1995. Essa tendência também foi verificada no total dos municípios, sem a capital. Contudo, é importante frisar que o grau de dependência da receita disponível em relação ao ICMS, ao longo do período analisado, permaneceu elevado.
- A dependência da receita disponível em relação à transferência do FPM, no total dos 11 municípios, que vinha se ampliando desde 1995, atingiu o auge em 1998, diminuiu a partir daí, ainda que termine, em 2001, com um grau dependente mais elevado do que o observado em 1995. Há uma pequena diferença na trajetória desse grau de dependência da receita disponível em relação ao FPM, para o total dos municípios, sem a capital. Neles, o grau evolui de forma crescente após 1996. Vale chamar a atenção para o fato de que os municípios com população inferior a 30 mil habitantes, no Estado de São Paulo, se constituem na grande maioria (cerca de 85%), cujo grau

elevado de dependência da receita disponível em relação ao FPM é sobejamente conhecido.

- A trajetória da dependência da receita disponível em relação ao IPTU, no total dos municípios selecionados, foi a mesma, tanto para o total dos 11 municípios como para o total do estado, sem a capital: permaneceu instável entre 1995-1998, sendo menor num ano e maior em outro, porém, a partir daí, tomou um caminho descendente até 2001, sendo inferior a 1995. Dito de outra maneira, os 11 municípios conseguiram ampliar a dependência da receita disponível em relação ao IPTU somente até 1998, o que contribuiu para a melhora na autonomia financeira, porém, já em 1999, o movimento inverte-se, ou seja, volta a diminuir o grau de dependência da receita disponível em relação às receitas do IPTU, ficando menor em 2001.
- O grau de dependência da receita disponível em relação ao ISS, no total dos 11 municípios, cresceu até 1997, reduziu-se em 1998 e manteve-se estável até 2000, mas, em 2001, foi menor que em 1995. Já para o total dos municípios do estado sem a capital, o declínio dessa dependência é constante desde 1998.

Em síntese, é importante notar que os 11 municípios semiplena/plena do sistema, ao longo do período 1995-2001, fizeram um esforço de ampliação tributária aumentando o grau de dependência da receita disponível em relação ao IPTU e ao ICMS, porém significativo apenas até 1998. Com a crise econômica no período posterior, não foi possível sustentar essa ampliação: em 2001, diminuíram essa dependência a um grau inferior a 1995. Em que pese esses municípios terem também reduzido o grau de dependência da receita disponível em relação ao ICMS, ao longo do período, continuaram com a receita disponível muito dependente das receitas de transferências.

Nessa perspectiva, cabe notar que esses municípios pouco ganharam em termos de autonomia financeira, ainda que tenham reduzido o intervalo do grau de dependência da receita disponível entre a transferência do ICMS e as receitas tributárias, quando comparado 2001 a 1995 (Gráfico 9). A autonomia financeira não pôde ser mais expandida, justamente porque, no segundo governo de FHC, ocorre a já comentada estagnação econômica de 1999-2001, o que prejudicou as arrecadações das receitas tributárias IPTU e ISS. Ainda que o grau de dependência da receita disponível em relação à transferência do ICMS tenha diminuído até 1999, a partir de 2000, volta

a subir, porém sem alcançar o observado em 1995. Já os graus de dependência da receita disponível em relação ao IPTU e ao ISS, até 1998, apresentaram uma evolução crescente, mas, a partir desse ano, tornaram-se cada vez menores. Isto significa dizer que, apesar de os municípios terem aumentado o seu grau de dependência da receita disponível em relação ao IPTU e ISS, durante o primeiro mandato de FHC — o que significou a melhora na sua autonomia financeira —, passaram nos anos da crise a sofrer queda no pouco de autonomia que tinham conseguido no período anterior. Em 2001, é perceptível a queda da dependência da receita disponível em relação à transferência ICMS, mas também em relação às receitas de IPTU e de ISS.

Campos (2004), ao analisar as finanças das cidades brasileiras médias— com perfil populacional semelhante ao dos 11 municípios —, ao longo do mesmo período deste trabalho, comenta que a diminuição do grau de dependência da receita disponível em relação às receitas tributárias sugere um esgotamento do movimento de elevação da carga tributária nos municípios das regiões economicamente mais desenvolvidas e justamente com maior capacidade de suportar o peso crescente dessa carga. É importante lembrar que os 11 municípios semiplena/plena do sistema do SUS — com população superior a 100 mil habitantes, em sua maioria — vêm sofrendo maior perda de autonomia financeira, apesar das pressões orçamentárias por maiores investimentos em políticas públicas, em geral, e da saúde, dada a sua expansão demográfica.

Tomando o comportamento do grau de dependência da receita disponível em relação às transferências e às receitas tributárias por município, entre 1995 e 2001, verifica-se que alguns municípios não seguiram a mesma tendência encontrada para o total dos 11. No caso do ICMS, Sertãozinho foi se tornando cada vez menos dependente dessa transferência, em decorrência de seu maior potencial de arrecadação do ISS. Nesta perspectiva de fortalecer as receitas tributárias, destacou-se também o comportamento de Mauá e São Caetano do Sul. O primeiro apresentou dependência crescente da receita disponível em relação ao IPTU e o segundo, ao ISS.

Em seguida, serão analisadas as transferências federais do SUS para os 11 municípios que corresponderam à considerável participação no conjunto das receitas municipais.

3.3– As transferências federais do SUS para os municípios selecionados

Ainda que as transferências federais do SUS não façam parte do cálculo da receita disponível, elas representam uma destacada fonte de recursos à disposição dos municípios,

destinadas ao gasto com saúde. A análise dessas transferências, como fonte do gasto do SUS realizado pelos municípios, será objeto do próximo item. Aqui, buscamos abordá-la como uma fonte de receita fundamental para a execução da política de saúde local, constituindo, portanto, uma dimensão importante das receitas do município.

Oliveira e Araújo (2001) advertem que as transferências federais do SUS são significativas, principalmente para os municípios menos beneficiados pelas transferências constitucionais federais do FPM. A observação desses autores está associada aos municípios de maior porte populacional, uma vez que as transferências do FPM dizem respeito muito mais aos municípios com população inferior a 30 mil habitantes¹⁶⁶.

A comparação, em parâmetros percentuais, das transferências federais do SUS em relação aos repasses do FPM recebidos pelos 11 municípios selecionados, entre 1995 e 2001, confirma o fato mencionado. Na tabela 23, a seguir, observa-se que a razão transferências federais SUS/FPM foi significativa nesses 11 municípios, na maioria bem populosos. Indica também que, regra geral, quanto maior a população de cada um desses 11 municípios, maior é a razão SUS/FPM.

Tabela 23
Razão transferências federais SUS/s FPM, nos municípios selecionados, segundo faixas populacionais

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
30 a 100 mil hab.							
Assis	154,52	147,39	156,71	135,99	147,99	115,23	101,33
Sertãozinho	34,85	87,31	96,13	74,39	87,09	99,63	50,51
Votorantim	79,62	74,63	72,83	57,69	67,53	75,44	52,17
100 a 150 mil hab.							
Itu	45,19	49,71	54,03	45,94	21,02	48,14	34,05
São Caetano do Sul	93,97	147,04	161,93	129,88	94,71	95,69	74,83
150 a 300 mil hab.							
São Vicente	107,69	139,82	157,69	128,16	113,84	121,63	93,26
acima de 300 mil hab.							
Diadema	207,38	200,21	178,88	199,76	137,09	135,70	141,62
Jundiaí	313,20	431,41	473,83	387,07	338,84	307,77	275,30
Mauá	324,52	359,14	280,80	75,79	140,18	160,98	144,81
Santos	442,58	475,85	518,42	372,16	365,92	350,69	300,36
São José dos Campos	318,57	316,96	327,39	304,76	295,18	290,24	240,00
11 municípios	208,17	237,75	247,04	182,39	181,46	179,45	149,91

Fonte: Cepam – 1995-1997; SIOPS – 1998-2001.

Elaboração própria.

¹⁶⁶ Vale lembrar que as transferências constitucionais FPM são mais significativas nos municípios pequenos, uma vez que o critério de distribuição sobre o qual estão baseadas se refere ao inverso proporcional do perfil populacional.

Dentre os 11 municípios que apresentaram, entre 1995 e 2001, as mais elevadas razões transferências SUS/FPM, destacam-se os municípios acima de 300 mil habitantes — Diadema, Jundiaí, Mauá, Santos e São José dos Campos. À medida que se reduz o contingente populacional, essas razões se tornam menores, com exceção de Assis, que manteve sua razão superior a 100%. Isso porque Assis é o único município em que a transferência FPM se constitui na segunda maior fonte de receita, aproximando-se bastante da primeira fonte de receita, a transferência ICMS (ver Tabela 21).

Já a relação oposta foi verificada em Sertãozinho e Votorantim — neste de forma mais significativa. Para se ter uma idéia, entre 1995 e 2001, a transferência federal SUS representou 24% e 36% menor que a transferência do FPM (Tabela 23).

De fato, as transferências federais do SUS representam uma fonte considerada de recursos para o desempenho dos sistemas de saúde no total desses 11 municípios paulistas. Sua participação média, ao longo do período entre 1995 e 2001, quando somada ao total da receita disponível, representou 12,9%, constituindo-se na terceira maior participação, logo após o IPTU (16,0%) e superior ao ISS (12,1%)¹⁶⁷. Essa importante participação das transferências federais do SUS, no total de todas as outras importantes receitas municipais, se justifica pelo papel de “pólos” regionais de atendimento dos serviços e ações de saúde que a maior parte desses municípios desempenhou ao longo do período.

Ao se analisar a participação dessas transferências em cada município, no total de todas as principais receitas, se destacam como mais elevadas as dos municípios de Assis (27,2%); Jundiaí (19,9%); São Vicente (17,7%). Itu foi o único caso em que, dentre os 11 municípios, as transferências corresponderam a uma participação pequena (6,2%).

Independentemente da contribuição dessas transferências para o sistema de saúde local, chama a atenção o fato de o sistema de transferências de recursos, utilizado pelo Ministério da Saúde — cujo critério principal para o cálculo decorre do volume de produção de serviços, diretamente correlacionado à complexidade da capacidade instalada em saúde (ambulatorial e hospitalar) —, privilegiar os municípios mais populosos, estimulando a competição fiscal com

¹⁶⁷ A participação do IPTU foi de 52,4% e a do FPM foi de 6,6%.

municípios vizinhos e induzindo os pequenos a gastarem menos em saúde com recursos próprios¹⁶⁸.

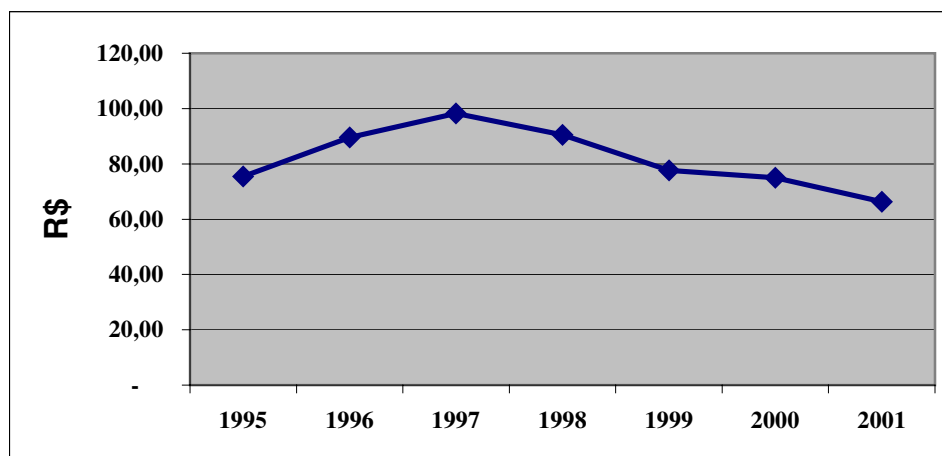
Cabe, ainda, comentar um possível problema para os municípios que apresentam alta dependência das receitas de transferências federais do SUS em relação ao total das principais receitas. O reflexo dessa situação pode influenciar o comportamento do município no gasto com saúde. Isto ocorre porque o maior grau de dependência das transferências federais do SUS pode acarretar a alocação das receitas próprias em outras áreas das políticas públicas que não seja a saúde, que conta com um grande montante desses recursos repassados pelo Ministério da Saúde¹⁶⁹.

Enfim, entre 1995 e 2001, observa-se uma transferência federal do SUS média *per capita* aos municípios selecionados de R\$ 81,81 por habitante/ano. Isto é um indício de que a significância das transferências federais do SUS para o gasto em saúde nesses municípios paulistas semiplena/plena do sistema é incontestável. Dentre os municípios que se encontram acima dessa média, destacam-se quatro: Jundiaí (R\$ 144,91); Santos (R\$ 121,41); Assis (R\$ 108,21); e São Caetano do Sul (R\$ 96,72). Contudo, é digno de nota que essas transferências, *per capita*, no total dos 11 municípios, apresentaram trajetória decrescente entre 1995 e 2001, reduzidas em 12,2%, de R\$ 75,48 para R\$ 66,28 (Gráfico 10).

¹⁶⁸ Já que não faz parte do objetivo deste trabalho discutir formas alternativas de transferências do governo central para os governos subnacionais, utilizadas em outros países no setor saúde, recomenda-se Almeida (2003).

¹⁶⁹ Dada a importância das transferências federais do SUS no conjunto das receitas municipais, ao longo de 1995 a 2000, foi freqüente observar em alguns municípios — durante a execução orçamentária anual — os seus gestores financeiros utilizaram o expediente de liberar pouco recurso das fontes de receita própria ao orçamento das secretarias municipais de saúde. A justificativa pautava-se no grande volume de recursos federais transferidos pelo SUS que veio se materializando nesse período; e por se constituírem em repasses vinculados à área da saúde, não necessitando de incrementos considerados pela receita própria. Contudo, esse argumento teve que ser alterado após a aprovação da EC 29, que vinculou recursos da receita disponível municipal à aplicação em ações e serviços de saúde. Nesse caso, a estratégia dos gestores financeiros foi alterada. Passou-se, então, a entender o mínimo a ser aplicado em saúde (15% da receita disponível) como o limite “máximo” de recursos a ser alocado às secretarias de saúde. Tal atitude vem se constituindo num dos significativos impasses para a expansão do gasto em saúde local.

Gráfico 10
Evolução das Transferências federais SUS *per capita* no total dos municípios selecionados (1995-2001)



Fonte: Cepam – 1995-1997; SIOPS – 1998-2001.

Nota: Elaboração própria.

Esse declínio das transferências federais do SUS, a partir de 1997, provavelmente foi reflexo do maior incremento de municípios paulistas às modalidades mais qualificadas da gestão descentralizada do SUS, passando de 50 municípios em semiplena, em 1997 — incluídos os 11 municípios selecionados —, para 158 em plena do sistema (NOB 96), em 1998, e atingindo 161 municípios em 2001, conforme mencionado no Capítulo 2. Isso significou que os recursos federais, que então eram repassados a apenas 50 municípios, até 1997, tiveram que ser distribuídos desde 1998 até 2001 o equivalente a cerca de três vezes mais o número de municípios; sem que o financiamento do governo federal aumentasse na mesma proporção.

Nunca é demais lembrar que os recursos federais transferidos a todos os municípios dependem da magnitude do gasto do Ministério da Saúde, o qual no período cresceu apenas 5,5%¹⁷⁰. Nota-se que, enquanto as transferências do SUS para o total dos municípios do estado cresciam 32,3%, a valores reais de dezembro de 2001, passando de R\$ 1,1 bilhão, em 1998, para R\$ 1,4 bilhão, em 2001¹⁷¹; para os 11 municípios selecionados diminuíram em 4,1%, de R\$ 200,3 milhões para R\$ 192,0 milhões, respectivamente.

É fundamental registrar que a trajetória ascendente das transferências federais do SUS para os 11 municípios mais antigos na modalidade semiplena correspondeu ao triênio 1995-1997

¹⁷⁰ Ver Tabela 5, Capítulo 1, desta tese, que identifica os valores referentes ao gasto líquido em saúde, excluindo os valores de dívida, inativos e pensionistas, a preços de dezembro de 2001 (IGP-DI – FGV), no período entre 1995 e 2001.

¹⁷¹ Ver Tabela 15, Capítulo 2.

(Gráfico 10). O quadro positivo dessa fonte de recurso deve ser verificado sob o impacto que produzirá no gasto total com saúde nesses municípios selecionados, o que será analisado a seguir.

Tomando as transferências federais do SUS, em termos *per capita*, consolidadas a cada município individualmente, depreende-se, no período 1995-2001, um movimento similar ao verificado para o total dos 11 municípios, qual seja: redução, principalmente após 1997. A Tabela 24 indica que alguns municípios apresentaram diminuições de suas transferências federais do SUS, entre 1995 e 2001, superiores ao encontrado para o total dos 11 municípios. São eles, em ordem decrescente: Assis (–24,1%); Diadema (–23,0%); Votorantim (–22,8%); São José dos Campos (–19,1%); Santos (–18,3%); e Itu (–13,4%).

Tabela 24
Transferências federais SUS *per capita* dos municípios selecionados
(1995-2001), em R\$ de dez. 2001^(*)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Assis	114,62	111,68	121,18	118,91	108,95	95,17	86,95
Diadema	69,53	69,06	82,19	78,34	52,31	49,21	53,55
Itu	28,22	30,74	32,08	28,71	12,94	27,32	24,45
Jundiaí	110,33	169,19	183,60	168,04	143,28	124,43	115,50
Mauá	51,80	51,75	57,20	54,32	41,86	58,00	52,21
Santos	120,69	132,13	148,18	122,76	118,05	109,44	98,60
São Caetano do Sul	68,44	126,19	132,96	124,48	84,00	76,83	64,15
S. José dos Campos	73,87	74,13	78,26	80,84	75,53	70,35	59,77
São Vicente	42,30	57,89	64,96	59,71	51,46	52,45	41,68
Sertãozinho	22,72	57,68	64,54	64,85	74,83	76,48	44,62
Votorantim	56,15	52,45	52,02	46,36	53,49	60,65	43,35
11 municípios	75,48	89,61	98,19	90,54	77,60	75,00	66,28
Estado sem capital	27,43	35,85	42,96	53,74	58,31	56,40	56,63

Fonte: Cepam – 1995-1997; SIOPS – 1998-2001.

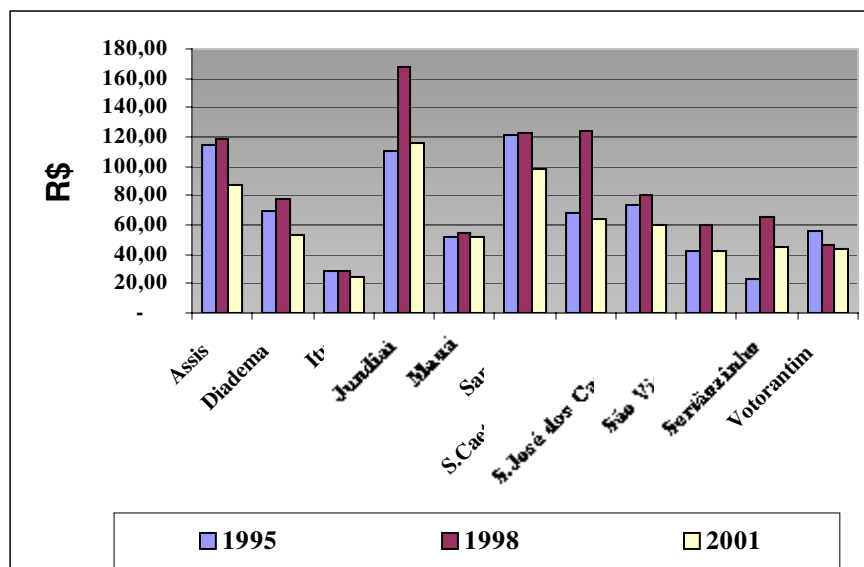
Notas: – Elaboração própria.

– (*) Deflator IGP-DI – FVG.

Por outro lado, constatou-se que Jundiaí, Mauá e Sertãozinho, embora tenham passado pelo mesmo processo de redução de suas transferências federais do SUS, alcançaram no ano de 2001 valores *per capita* superiores aos de 1995, quando iniciaram a habilitação em semiplena (ver também Gráfico 11). Registraram aumentos de: 4,7%, 0,8%, e 96,4%, respectivamente. Chama a atenção a alta taxa de crescimento das transferências do município de Sertãozinho, o que poderá afetar de forma positiva o gasto com saúde por habitante.

O Gráfico 11 contribui para visualizar a evolução do comportamento das transferências federais do SUS *per capita* dos 11 municípios, indicando apenas três anos específicos no período analisado: 1995, 1998 e 2001.

Gráfico 11 – Evolução das transferências federais SUS *per capita* no total dos municípios selecionados (1995, 1998, 2001), em R\$ 1.000 de dez. 2001^(*)



Fonte: 1995: Cepam; 1998-2001: SIOPS.

Nota: (*) Deflator IGP-DI – FGV.

Após essas considerações sobre a evolução das transferências federais do SUS nos 11 municípios, cabe analisar a direção de seus volumes em relação aos níveis de atenção em saúde: média e alta complexidade, atenção básica e ações estratégicas.

3.3.1 – As Transferências Federais do SUS para os 11 municípios selecionados, segundo o nível de atenção em saúde

A partir de 1998, o Ministério da Saúde disponibiliza os dados referentes às transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Esse sistema de transferência de recursos “em bloco” (*block grants*), utilizado pelo SUS, é organizado em três modalidades, em relação ao nível de atenção à saúde. São elas: média e alta complexidade; atenção básica; e ações estratégicas (modalidade instituída apenas em 2001)¹⁷². Para a análise das transferências federais aos 11 municípios, na condição de gestão Plena do Sistema Municipal (NOB 96), tomou-se por base as informações disponíveis no Datasus para 1998, 1999, 2000 e 2001.

Ao longo de 1998 a 2001, houve queda da participação relativa das transferências para a média e alta complexidade efetuada pelo Ministério da Saúde em seis municípios, e o conseqüente aumento das transferências para a atenção básica. São eles: Assis, Diadema, Jundiaí,

¹⁷² Para uma visão geral dessas transferências, nacionalmente, ver Capítulo 1 deste trabalho.

Mauá, São Caetano do Sul e Sertãozinho (Quadro 16). Isto pode ser um indício da prioridade dada pelo Ministério da Saúde, durante esse período, à Atenção Básica. Já Jundiaí e Sertãozinho foram os únicos municípios que apresentaram diminuição nas duas modalidades de transferências — atenção básica e média/alta complexidade.

Quadro 16
Taxa de crescimento e participação relativa média das transferências
do Ministério da Saúde destinadas à média e alta complexidade e à atenção básica
dos municípios selecionados (1998-2001)

Municípios	Taxa de Crescimento		% Participação relativa média ^(*)	
	Média/Alta Complex. 1998-2001	Atenção Básica 1998-2001	Média/Alta Complex. 1998-2001	Atenção Básica 1998-2001
Assis	-3,5%	6,3%	78,0%	21,7%
Diadema	-0,3%	0,4%	75,0%	25,0%
Itu	12,9%	-9,1%	36,1%	63,4%
Jundiaí	-0,1%	-3,3%	88,8%	11,0%
Mauá	-8,5%	13,4%	61,4%	38,4%
Santos	-0,1%	-4,9%	80,8%	18,9%
São Caetano do Sul	-6,7%	17,4%	81,3%	18,0%
São José dos Campos	0,4%	-5,3%	76,8%	22,9%
São Vicente	1,8%	-0,3%	66,0%	34,0%
Sertãozinho	-0,1%	-3,2%	67,1%	32,6%
Votorantim	4,9%	-6,3%	57,9%	42,0%

Fonte: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 22/2/2004.

Elaboração própria.

Nota: (*) A soma da participação relativa *média* da Média/Alta Complexidade e da Atenção Básica não corresponde, na maior parte dos municípios, a 100%, dado que alguns deles apresentam, em 2001, pequenos valores referentes à modalidade Ações Estratégicas (criada apenas nesse ano).

Mesmo assim, as transferências realizadas pelo governo federal para a média e alta complexidade representaram, em dez municípios, na média do período analisado, uma participação acima de 50% do total de recursos repassados, conforme apresenta o Quadro 16. Apenas em Itu, essas transferências corresponderam a uma participação inferior, isto é, de 36,1%.

Ao se verificar os itens que integram as transferências para a média e alta complexidade, de cada um dos 11 municípios, observa-se que, no período analisado, isto é, em 1998, 1999 e 2000, para todos eles, o maior componente é o da “Assistência hospitalar e ambulatorial” — em torno de 70%, com exceção de Itu, como mencionado (ver tabelas 25 a 28).

Tabela 25 – Transferências federais do MS destinadas à média e alta complexidade a Assis, Diadema e Itu (1998-2001) regime de competência,

em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos

Tipo de Transferência	Assis				Diadema				Itu			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	78,1	80,9	77,5	75,4	74,4	77,7	73,6	74,2	32,9	38,4	36,0	37,2
Assist. Hosp. Ambulatorial	76,2	80,0	76,7	31,2	72,6	77,6	73,3	30,7	32,2	36,8	34,6	14,8
Camp. Cirurgia de Catarata	-	0,5	0,3	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Camp. Cirurgia de Próstata	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-	0,1	0,4
Camp. Cirurgia de Varizes	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-
Co-financ. Custeio Unid. Próprias	-	-	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	0,4
Fator Recomposição 25% (Plena)	1,9	-	-	-	1,8	-	-	-	0,8	-	-	-
G. Plena Sist. Mun. Méd. Complex.	-	-	-	36,2	-	-	-	42,7	-	-	-	20,8
G. Plena Sist. Mun. Alta Complex.	-	-	-	7,4	-	-	-	0,6	-	-	-	-
Leitos UTI — Extra Teto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	-	-
Plano Nac. Contr. Tuberculose	-	-	-	-	-	0,1	0,3	0,1	-	-	-	-
Progr. Comb. Câncer Colo Uterino	-	0,3	0,5	0,2	-	-	0,1	0,1	-	0,6	1,3	0,7
Demais Níveis	21,9	19,1	22,5	24,6	25,6	22,3	26,4	25,8	67,1	61,6	64,0	62,8
TOTAL%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL	6.736	8.943	7.898	8.077	18.370	23.605	19.980	19.798	3.007	3.862	3.558	3.608

Fonte: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 22/2/2004.

Tabela 26 – Transferências federais do MS destinadas à média e alta complexidade a Jundiaí, Mauá e São Caetano do Sul (1998-2001) regime de competência,

em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos

Tipo de Transferência	Jundiaí				Mauá				São Caetano do Sul			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	88,3	90,4	88,3	88,2	64,4	66,7	55,5	58,9	83,8	83,4	79,7	78,2
Assist. Hosp. Ambulatorial	86,2	87,9	87,4	36,4	62,9	65,9	54,5	24,4	81,7	83,2	79,0	32,8
Camp. Cirurgia de Catarata	-	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	-	0,7	0,5
Camp. Cirurgia de Hérnia Inguinal	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-
Camp. Cirurgia de Próstata	-	0,1	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	0,1
Campanha de Radioterapia	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia Oncológica	-	-	0,4	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Fator Recomposição 25% (Plena)	2,2	-	-	-	1,5	-	-	-	2,1	-	-	-
Gestantes de Alto Risco	-	0,4	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-
G. Plena Sist. Mun. Méd. Complex.	-	-	-	41,0	-	-	-	33,6	-	-	-	39,9
G. Plena Sist. Mun. Alta Complex.	-	-	-	10,2	-	-	-	0,3	-	-	-	4,9
Leitos UTI — Extra Teto	-	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neurocirurgia — Extra Teto	-	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plano Nac. Contr. Tuberculose	-	-	0,1	-	-	0,1	0,6	0,2	-	-	-	-
Progr. Comb. Câncer Colo Uterino	-	0,2	0,2	0,2	-	0,5	0,4	0,4	-	0,2	-	-
Progr. Radioterapia/Quimioterapia	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urgência e Emergência	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Demais Níveis	11,7	9,6	11,7	11,8	35,6	33,3	44,5	41,1	16,2	16,6	20,3	21,8
TOTAL %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL	34.966	46.231	36.924	37.160	14.549	19.767	19.126	17.897	11.569	12.021	9.089	9.096

Fonte: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 22/2/2004.

Em 2001, por conta da NOAS, foram criados dois itens: “Gestão plena do sistema municipal média complexidade” e “Gestão plena do sistema municipal alta complexidade” (ver tabelas 25 a 28). Esses dois itens podem ser entendidos como “desdobramento” da assistência hospitalar e ambulatorial que ainda assim se mantém como item específico.

Tabela 27 – Transferências federais do MS destinadas à média e alta complexidade a Santos, São Vicente e São José dos Campos (1998-2001) regime de competência,

Tipo de Transferência	em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos											
	Santos				São Vicente				São José dos Campos			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	79,6	83,4	80,6	79,5	64,4	69,3	65,0	65,6	75,2	80,1	76,5	75,5
Assist. Hosp./Ambulatorial	76,9	80,9	79,6	31,3	62,8	68,5	64,2	27,2	73,2	78,7	75,5	30,2
Camp. Compens. Alta Complex.	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Camp. Cirurgia de Catarata	-	0,2	-	-	-	0,2	-	-	-	0,5	0,1	-
Camp. Cirurgia Hérnia Inguinal	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-
Campanha de Radioterapia	-	-	-	1,3	-	-	-	-	-	-	-	0,8
Cirurgia Oncológica	-	-	0,2	0,1	-	-	-	-	-	-	0,2	0,1
Fator Recomp. 25% (Plena)	2,0	-	-	-	1,6	-	-	-	1,8	-	-	-
Gestantes de Alto Risco	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
G. Plena Sist. Mun. Méd. Complex.	-	-	-	27,5	-	-	-	36,3	-	-	-	32,6
G. Plena Sist. Mun. Alta Complex.	-	-	-	19,0	-	-	-	1,8	-	-	-	11,3
Impacto da Psiquiatria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2
Leitos UTI — Extra Teto	-	1,1	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-
Neurocirurgia — Extra Teto	-	0,4	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	-
Plano Nac. Contr. Tuberculose	-	-	0,2	0,1	-	0,2	0,3	0,2	-	-	0,1	-
Progr. Comb. Câncer Colo Uterino	-	0,3	0,3	0,1	-	0,5	0,4	0,1	-	0,3	0,5	0,3
Progr. Radioterapia/Quimioterapia	-	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urgência e Emergência	0,6	0,2	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-
Demais Níveis	20,4	16,6	19,4	20,5	35,6	30,7	35,0	34,4	24,8	19,9	23,5	24,5
TOTAL %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL	36.694	47.615	40.806	40.290	11.185	14.341	12.721	12.570	27.944	38.654	32.470	31.960

Fonte: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 22/2/2004.

Esses novos itens decorreram do destaque dado pela NOAS/2001 à média e alta complexidade, com o objetivo de garantir o processo de regionalização da saúde. Contudo, em que pesem esses itens refletirem a lógica introduzida pela NOAS, sua criação acentua o uso de incentivos financeiros (chamados de “carimbos”) como determinante da política local de saúde.

Tabela 28 – Transferências federais do MS destinadas à média e alta complexidade a Sertãozinho e Votorantim (1998-2001) regime de competência,

Tipo de Transferência	em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos							
	Sertãozinho				Votorantim			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	66,1	70,1	66,3	66,0	55,0	59,2	59,7	57,7
Assist. Hosp. Ambulatorial	64,5	69,9	66,2	27,5	55,0	59,0	59,5	29,1
Camp. Cirurgia de Catarata	-	-	-	0,1	-	-	-	-
Camp. Cirurgia de Próstata	-	-	-	0,1	-	-	-	-
Fator Recomposição 25% (Plena)	1,6	-	-	-	-	-	-	-
G. Plena Sist. Mun. Média Complex.	-	-	-	38,2	-	-	-	28,5
G. Plena Sist. Mun. Alta Complex.	-	-	-	0,1	-	-	-	-
Leitos UTI — Extra Teto	-	0,1	-	-	-	-	-	-
Progr. Comb. Câncer Colo Uterino	-	-	0,1	-	-	0,2	0,2	0,1
Demais Níveis	33,9	29,9	33,7	34,0	45,0	40,8	40,3	42,3
TOTAL %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL	3.749	4.806	4.338	4.409	2.818	3.628	3.508	3.595

Fonte: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 22/2/2002.

Nessa perspectiva, é significativo o crescimento do número de itens “carimbados” — campanhas —, nesses municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal, a partir de 1999. No período, a principal transferência “carimbada” de recursos federais, para quase todos os municípios, foi a destinada ao “Programa de combate ao câncer de colo uterino” (com exceção de São Caetano do Sul), seguida da “Campanha de cirurgia de catarata”. Já em Diadema, Santos e Mauá, os principais itens beneficiários das transferências foram a “Campanha de cirurgia de próstata” e o “Programa nacional de controle de tuberculose” (ver tabelas 25 a 27). As transferências destinadas para “Cirurgia oncológica” e “Campanha de radioterapia” foram destinadas aos municípios de Santos e São José dos Campos, o que se justifica pela complexidade de seus serviços de saúde (Tabela 27). Embora as participações relativas desses itens, em relação ao total dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde, possam ser consideradas pequenas nesses municípios com gestão plena do sistema municipal, é perceptível o aprofundamento da política da “prática de carimbos” assumida pelo governo federal nesses últimos anos.

No tocante aos recursos federais transferidos para a atenção básica, entre 1998 e 2001, houve crescimento significativo nos municípios de São Caetano do Sul e Mauá, de 17,4% e 13,4%, respectivamente (ver Quadro 16 e Tabela 29).

Tabela 29 - Transferências federais do MS destinadas à atenção básica a Jundiaí, Mauá e São Caetano do Sul (1998-2001) regime de competência,

em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos

Tipo de Transferência	Jundiaí				Mauá				São Caetano do Sul			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
Atenção Básica	11,7	9,6	11,7	11,3	35,6	33,3	44,5	40,4	16,2	16,6	20,3	19,1
Cad. Nac. Usuários do SUS	-	-	-	0,1	-	-	-	0,1	-	-	-	0,1
Epid. Controle Doenças	-	-	1,0	1,3	-	-	2,1	3,4	-	-	-	1,0
Farmácia Básica	-	0,7	0,9	0,9	-	2,0	2,3	2,2	-	1,2	1,7	1,5
Incentivo Vigil. Sanitária	0,2	0,2	0,2	0,2	0,6	0,6	0,6	0,6	0,3	0,4	0,4	0,4
Inc. Comb. Carências Nutricionais	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	1,0	0,9	0,9	-	-	0,3	0,3
Incentivo Saúde Bucal	-	-	-	-	-	-	-	1,4	-	-	-	-
Piso da Atenção Básica — Fixo	11,3	8,4	9,3	8,6	32,7	24,4	22,5	22,3	15,9	15,0	17,3	15,7
Prog. Ag. Comunitários de Saúde	-	-	-	-	0,4	1,0	2,4	2,8	-	-	0,2	-
Programa de Saúde da Família	-	-	-	-	1,6	4,2	13,8	6,6	-	-	0,4	-
Demais Níveis	88,3	90,4	88,3	88,7	64,4	66,7	55,5	59,6	83,8	83,4	79,7	80,9
TOTAL %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL	34.966	46.231	36.924	37.160	14.549	19.767	19.126	17.897	11.569	12.021	9.089	9.096

Fonte: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 22/2/2004.

Já em Assis e Diadema, nesse mesmo período, esse nível de atenção foi beneficiário de um aumento de somente 6,2% e 0,4%, respectivamente, em relação ao total das transferências repassadas pelo governo federal (Tabela 30).

Tabela 30 - Transferências federais do MS destinadas à atenção básica a Assis, Diadema e Itu (1998-2001) regime de competência,

em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos

Tipo de Transferência	Assis				Diadema				Itu			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
Atenção Básica	21,9	19,1	22,5	23,3	25,6	22,3	26,4	25,7	67,1	61,6	64,0	61,0
Cad. Nac. Usuários do SUS	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	0,2
Epidemiologia e Contr. Doenças	-	-	1,6	2,5	-	-	1,4	2,8	-	-	3,9	6,0
Farmácia Básica	-	1,1	1,3	1,2	-	1,5	1,9	1,8	-	3,7	4,3	4,0
Incentivo Vigil. Sanitária	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	1,0	1,1	1,1	1,0
Inc. Comb. Carências Nutricionais	0,4	0,5	0,5	0,4	0,6	0,8	0,8	0,8	1,1	1,8	1,7	1,5
Incentivo Saúde Bucal	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	1,1
Piso da Atenção Básica — Fixo	17,5	12,9	12,9	11,5	23,9	18,5	19,4	18,2	56,4	44,3	43,1	39,7
Progr. Ag. Comunitários de Saúde	0,7	1,0	1,2	1,2	0,5	0,7	1,3	1,1	2,7	3,1	2,6	1,6
Programa de Saúde da Família	3,0	3,3	4,7	6,1	0,1	0,3	1,0	0,4	5,9	7,6	7,3	5,9
Demais Níveis	78,1	80,9	77,5	76,7	74,4	77,7	73,6	74,3	32,9	38,4	36,0	39,0
TOTAL %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL	6.736	8.943	7.898	8.077	18.370	23.605	19.980	19.798	3.007	3.862	3.558	3.608

Fonte: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 22/2/2004.

Nesses municípios de gestão plena do sistema, as transferências federais destinadas ao PAB fixo apresentaram queda quando comparadas a situação de 2001 àquela de 1998 (ver tabelas 29 a 32).

Tabela 31 - Transferências federais do MS destinadas à atenção básica a Santos, São Vicente e São José dos Campos (1998-2001) – regime de competência,

Tipo de Transferência	em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos											
	Santos				São Vicente				São José dos Campos			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
Atenção Básica	20,4	16,6	19,4	19,4	35,6	30,7	35,0	35,5	24,8	19,9	23,5	23,5
Cad. Nac. Usuários do SUS	-	-	-	-	-	-	-	0,2	-	-	-	-
Epid. Controle de Doenças	-	-	1,5	2,3	-	-	3,8	5,3	-	-	1,9	2,6
Farmácia Básica	-	0,9	1,2	1,1	-	2,2	2,6	2,4	-	1,4	1,8	1,7
Inc. Vig. Sanitária	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,7	0,7	0,6	0,4	0,4	0,5	0,4
Inc. Comb. Carências Nutricionais	0,2	0,3	0,3	0,3	0,6	1,0	1,0	0,9	0,5	0,7	0,7	0,6
Incentivo Saúde Bucal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Piso da Atenção Básica — Fixo	20,0	15,1	15,5	14,2	33,9	26,1	25,8	24,5	23,9	17,3	18,3	17,4
Progr. Ag. Comunitários de Saúde	-	-	0,7	1,2	0,3	0,4	0,9	1,1	-	-	0,3	0,6
Programa de Saúde da Família	-	-	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3	0,5	-	-	-	-
Demais Níveis	79,6	83,4	80,6	80,6	64,4	69,3	65,0	64,5	75,2	80,1	76,5	76,5
TOTAL %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL	36.694	47.615	40.806	40.290	11.185	14.341	12.721	12.570	27.944	38.654	32.470	31.960

Fonte: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 22/2/2004.

Verifica-se, por outro lado, que o crescimento ocorreu nas transferências destinadas ao PAB variável, o qual concentra os incentivos a determinadas ações e serviços de saúde — justamente em programas definidos pelo Ministério da Saúde¹⁷³.

¹⁷³ O PAB variável é formado por incentivos financeiros correspondentes ao conjunto dos seguintes itens, conforme apresentados nas tabelas 29 a 32: Cadastro Nacional de Usuários do SUS, Epidemiologia e Controle de Doenças; Farmácia Básica; Incentivo à Vigilância Sanitária; Incentivo ao Combate das Carências Nutricionais; Incentivo à Saúde Bucal; Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde. Para o entendimento do PAB variável, ver Capítulo 1.

Tabela 32 - Transferências federais do MS destinadas à atenção básica a Sertãozinho e Votorantim (1998-2001) regime de competência,

em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos

Tipo de Transferência	Sertãozinho				Votorantim			
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
Atenção Básica	33,9	29,9	33,7	32,8	45,0	40,8	40,3	42,1
Cad. Nac. Usuários do SUS	-	-	-	0,1	-	-	-	0,2
Epid. Controle de Doenças	-	-	3,4	5,1	-	-	2,8	4,2
Farmácia Básica	-	2,2	2,6	2,4	-	2,7	3,0	2,7
Incentivo Vigil. Sanitária	0,6	0,7	0,7	0,6	0,7	0,8	0,8	0,7
Inc. Comb. Carências Nutricionais	0,3	0,9	0,9	0,8	1,0	1,4	1,3	1,2
Incentivo Saúde Bucal	-	-	-	-	-	-	-	0,9
Piso da Atenção Básica — Fixo	33,0	26,2	26,1	23,8	42,3	32,7	30,0	27,5
Progr. Ag. Comunitários de Saúde	-	-	-	-	-	-	0,1	0,3
Programa de Saúde da Família	-	-	-	-	1,0	3,0	2,4	4,5
Demais Níveis	66,1	70,1	66,3	67,2	55,0	59,2	59,7	57,9
TOTAL %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL	3.749	4.806	4.338	4.409	2.818	3.628	3.508	3.595

Fonte: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 22/2/2004.

Nos 11 municípios selecionados, entre os componentes do PAB variável, o grande destaque ao longo do período foi “Epidemiologia e controle de doenças”, “Programa de saúde da família” e “Farmácia básica”, que se encontraram, na maioria dos municípios, nos três primeiros itens dos recursos transferidos pelo governo federal (Quadro 17).

Quadro 17

Ranking dos seis primeiros itens das transferências do Ministério da Saúde destinadas à atenção básica para os municípios selecionados (1998-2001)

Itens PAB variável	Assis	Diadema	Itu	Jundiaí	Mauá	Santos	S. Caetano	S.J. Campos	S. Vicente	Sertãozinho	Votorantim
PSF	1ª	6ª	1ª	-	1ª	6ª	5ª	-	6ª	-	1ª
Epid. Contr. Doenças	2ª	1ª	3ª	2ª	4ª	1ª	3ª	2ª	1ª	1ª	3ª
Farmácia Básica	4ª	2ª	2ª	1ª	3ª	2ª	1ª	1ª	2ª	2ª	2ª
Comb. Carências Nutric.	5ª	5ª	5ª	3ª	5ª	5ª	4ª	3ª	3ª	3ª	4ª
PACS	3ª	3ª	4ª	-	2ª	3ª	6ª	5ª	4ª	-	6ª
Vigil. Sanitária	6ª	4ª	6ª	4ª	6ª	4ª	2ª	4ª	5ª	4ª	5ª

Nota: Elaboração própria.

Em Assis, Itu, Mauá e Votorantim, dentre os componentes do PAB variável, nota-se a presença cada vez mais importante do recurso transferido ao Programa de Saúde da Família (PSF), que correspondeu ao primeiro item das transferências para a atenção básica (ver tabelas 29 a 32). Entretanto, nota-se que Jundiaí, São José dos Campos e Sertãozinho são os únicos municípios que não criaram o PSF entre 1998 e 2001, e, nesse caso, não receberam recursos.

Por fim, vale destacar que, somente em 2001, foram criados oito itens como desdobramento das transferências federais para ações estratégicas nos municípios analisados. Essas ações, relacionadas na Tabela 33, dizem respeito a, entre outras, campanhas de Combate ao Câncer de Colo Uterino (para todos os municípios, menos Sertãozinho), de Oftalmologia, Próstata, Combate à Tuberculose e Varizes. Nesse ano, os recursos transferidos para esse conjunto de ações estratégicas representaram, do total repassado pelo governo federal, cerca de 1,0%; somente São Caetano do Sul registrou um percentual mais elevado de 2,8%. Embora esses percentuais possam ser considerados pequenos, são indicativos do aprofundamento da política de financiamento da saúde — a prática de “carimbos” — assumida pelo governo federal nos últimos anos.

Tabela 33 - Transferências federais do MS destinadas a ações estratégicas aos municípios selecionados (2001) regime de competência,

	em % e total em R\$ de dez. 2001, sem centavos										
	Assis	Diadema	Itu	Jundiaí	Mauá	S Caetano	Santos	S Vicente	SJ Campos	Sertãozinho	Votorantim
Ações Estratégicas	1,3	0,1	1,9	0,5	0,7	2,8	1,0	0,7	1,0	1,2	0,1
Acomp. Def. Auditivo	-	-	-	-	-	-	0,3	-	-	-	-
Campanha de Oftalmologia	0,7	-	-	-	-	1,5	-	-	0,2	0,5	-
Comb. Câncer Colo Uterino	0,5	0,1	0,8	0,3	0,5	-	0,3	0,4	0,4	0,3	0,1
Neonatal — SIA	-	-	-	-	-	1,1	-	-	0,2	-	-
Próstata	0,1	-	0,5	0,1	-	-	-	-	0,1	0,1	-
Queimados	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculose	-	0,1	-	-	0,1	0,0	0,2	0,3	0,1	-	-
Varizes	-	-	0,4	0,1	-	0,1	0,1	-	0,1	0,2	-
Demais Níveis	98,7	99,9	98,1	99,5	99,3	97,2	99,0	99,3	99,0	98,8	99,9
TOTAL %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL	8.077	19.798	3.608	37.160	17.897	9.096	40.290	12.570	31.960	4.409	3.595

Fonte: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 22/2/2004 .

Para uma síntese da análise referente às transferências federais, ao longo de 1998 a 2001, constata-se que foram priorizadas aos 11 municípios as transferências de incentivos financeiros, particularmente as destinadas ao PAB variável e às transferências para a média e alta complexidade, especialmente os seus itens relacionados às “campanhas” desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, até por meio de uma nova modalidade de transferência, denominada de “ações estratégicas”, instituída em 2001. Vale indagar se nos municípios selecionados, as ações de saúde que recebem incentivos federais para a sua implantação, são exatamente aquelas consideradas como prioritárias no planejamento local. O tratamento a essa resposta só será possível por meio da análise do estudo de caso do Município de Assis na ocasião do cotejamento

entre planejamento e gestão em saúde — apresentado no Capítulo 5. Feitas tais considerações, cabe analisar a evolução do gasto em saúde nesses municípios entre 1995 e 2001, bem como sua destinação.

3.4 – Os municípios selecionados e os seus gastos do SUS

A análise do padrão dos gastos do SUS realizados pelos municípios no período analisado está estruturada em duas partes. A primeira contempla a magnitude do gasto total, por fonte de recursos, em geral, e por recursos municipais, em particular, destacando o comportamento do indicador previsto na Emenda Constitucional nº 29 (*Gasto em Saúde com recursos municipais/Receita de impostos mais transferências constitucionais*). A segunda parte diz respeito à direção do gasto em saúde, identificando a destinação em termos de despesas de pessoal e de investimento.

3.4.1 – Magnitude do gasto do SUS realizado pelos 11 municípios selecionados

Entre 1995 e 2001, registra-se, pelos 11 municípios paulistas em gestão semiplena/plena do sistema, um gasto médio *per capita* anual do SUS realizado de forma crescente (12,7%), em torno da média de R\$ 204,38 por habitante/ano, incluindo todas as fontes de recursos de outros níveis de governo. Comparando-se o gasto médio *per capita* do SUS, realizado no total dos municípios do estado sem a capital, com o demonstrado nesses 11 municípios, nota-se que o valor supera em R\$ 57,05, configurando um gasto *per capita* bastante elevado (ver Tabela 34). Isso é um indício de que os gastos totais do SUS realizados pelos municípios por habitante/ano são tão maiores quanto maior o tamanho do município e as responsabilidades pelas ações e pelos serviços de saúde — o que é o caso dos 11 com população acima de 90 mil habitantes e enquadrados em semiplena/plena do sistema.

Tomando os valores consolidados pelos municípios, depreende-se que os mais populosos — acima de 300 mil habitantes — registraram os maiores índices de gasto médio *per capita* do SUS realizado: Jundiaí, R\$ 259,24; São José dos Campos, R\$ 257,35; Santos, R\$ 252,60; e Diadema, R\$ 210,99 (Tabela 33). A exceção dessa categoria populacional foi Mauá, que apresentou um gasto médio *per capita* bem menor (R\$ 157,85), porém, um pouco acima do total do estado sem a capital (R\$ 147,33). Ferreira (2002) adverte que, quanto mais elevada for a população do município, maior será o gasto em assistência hospitalar. A rigor, os grandes

hospitais encontram-se localizados em municípios maiores, levando a que se aumente o gasto *per capita* com saúde. Essa idéia contribui para justificar o elevado padrão do gasto médio *per capita* observado.

Outra razão para os municípios maiores (Jundiaí, São José dos Campos, Santos e Diadema) gastarem mais por habitante está relacionada à sua caracterização como pólos regionais de serviços de saúde, atraindo população de outros municípios, o que obriga à elevação do gasto em saúde.

Tabela 34 - Gasto total *per capita* do SUS realizado pelos 11 municípios selecionados (1995-2001), em R\$ de dez. 2001^(*)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Assis	175,50	201,04	171,98	174,44	163,10	159,83	156,99
Diadema	204,21	213,32	229,53	236,10	170,73	233,65	189,41
Itu	92,52	113,43	112,86	113,48	130,12	121,32	104,80
Jundiaí	175,30	296,50	295,94	282,09	276,45	253,42	235,01
Mauá	163,55	179,58	194,27	166,01	140,94	130,55	130,05
Santos	212,46	244,40	259,53	284,88	254,31	257,07	255,56
São Caetano do Sul	79,56	214,64	198,97	176,25	229,08	196,11	207,47
S. José dos Campos	231,67	289,25	284,41	258,98	224,43	254,53	258,19
São Vicente	108,59	121,28	120,40	139,90	197,08	114,18	123,59
Sertãozinho ^(a)	113,07	140,35	139,48	140,16	161,72	148,62	143,47
Votorantim ^(b)	105,47	126,93	138,65	135,30	156,10	152,11	137,26
11 municípios	173,15	217,57	221,21	216,84	204,25	202,51	195,12
Estado sem capital	104,51	126,32	134,07	167,58	169,01	163,57	166,24

Fonte: Cepam – 1995-1997; SIOPS – 1998-2001.

Notas: (a) Os dados para 1998 e 1999 foram estimados com base no município. Não se encontram disponíveis no *site* do SIOPS.

(b) O dado para 1999 foi estimado baseado no município. Não se encontra disponível no *site* do SIOPS.

(*) Deflator IGP-DI – FGV.

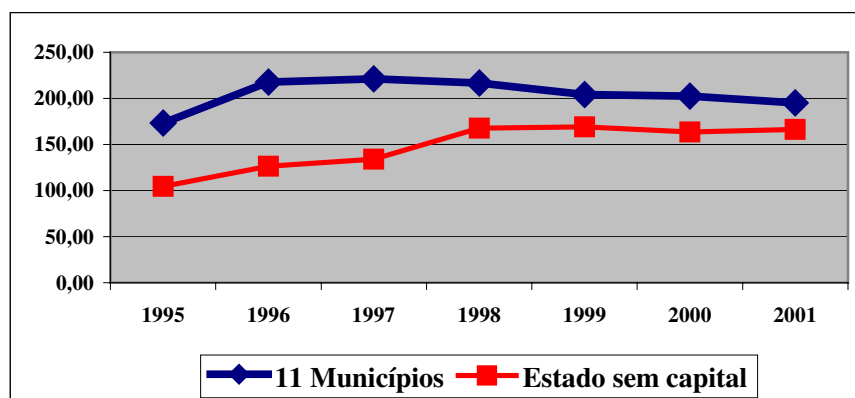
A Tabela 34 registra, ainda, dois municípios que apresentam, ao longo do período analisado, um gasto médio superior à média *per capita* do estado sem a capital: São Caetano do Sul (R\$ 157,85) e Assis (R\$ 171,84). Detendo-se no gasto médio abaixo do total dos municípios de São Paulo, verifica-se Sertãozinho (R\$ 140,98); Votorantim (R\$ 135,97) e Itu (R\$ 112,65), que apresentou o menor gasto médio *per capita* do SUS realizado pelos 11 municípios em gestão simplificada/plena do sistema. É importante registrar que esses três últimos municípios são os menos populosos dentre os 11 municípios analisados, devendo ser incluso também o Município de Assis.

Ao analisar a variação do gasto total *per capita* do SUS realizado pelos 11 municípios no período 1995-2001, nota-se que o crescimento encontrado de 12,7% foi menor que o do total do estado sem a capital (59,1%). Registre-se: o total dos 11 municípios passou de R\$ 173,15, em 1995; para R\$ 195,20, em 2001; já o total dos municípios, sem a capital, de R\$ 104,51 para R\$ 166,24, respectivamente. Trata-se de admitir que, embora os 11 municípios apresentem um gasto total *per capita* do SUS realizado superior, a taxa de crescimento entre 1995 e 2001 foi inferior.

Quando se analisa o desempenho de cada município, constata-se que grande número deles apresentou aumento no gasto total *per capita* do SUS acima do verificado para o total dos 11 municípios. São eles: São Caetano do Sul, Jundiaí, Votorantim, Sertãozinho, Santos, São Vicente e Itu (ver Tabela 34). Chama a atenção o aumento do gasto do município de São Caetano do Sul (160,8%), que passou de R\$ 79,56, em 1995, para R\$ 207,47, em 2001. Por outro lado, vale destacar que São José dos Campos registrou taxa de crescimento inferior ao total dos municípios selecionados — apenas 11,4%. E, por fim, observa-se uma retração do gasto total *per capita* do SUS realizado pelos municípios de Assis (−10,5%), Diadema (−7,2%) e Mauá (−20,5%).

Cabe destacar que a análise da trajetória do gasto *per capita* do SUS realizado pelo total dos 11 municípios selecionados, entre 1995 e 2001, permite identificar um movimento que se assemelha ao das transferências federais do SUS, já descrito (Gráfico 12). Isto é, o gasto total que vinha crescendo, desde 1995, alcança o seu auge em 1997, e se retrai a partir daí, encerrando o período analisado, em 2001, com valores menores daqueles verificados em 1997, com exceção de São Caetano do Sul, São Vicente e Sertãozinho.

Gráfico 12 - Evolução do gasto total *per capita* do SUS realizado pelo total dos municípios selecionados e pelo total dos municípios do estado sem a capital (1995-2001) (*)



Fonte: Cepam – 1995-1997; SIOPS – 1998-2001.

Nota: (*) Deflator IGP-DI – FGV.

É possível dizer que os “curtos anos dourados” do gasto total *per capita* do SUS realizado pelos 11 municípios corresponderam a 1995, 1996 e 1997, justamente quando se encontravam enquadrados na modalidade *semiplena* do sistema de saúde. As taxas de crescimento do gasto nesse subperíodo apresentam um resultado situado no intervalo de 10,9% (São Vicente) a 68,8% (Jundiaí), com destaque excepcional à expansão do gasto de São Caetano do Sul (150,1%). É também importante lembrar que foi nesse período que a receita disponível *per capita* desses municípios apresentou uma tendência de crescimento, principalmente decorrente do esforço de arrecadação de impostos próprios — IPTU e ISS — e da diminuição do grau de dependência da transferência do ICMS, como mencionado anteriormente. Cabe acrescentar, ainda, que foi também nesses três anos iniciais da gestão mais descentralizada do SUS que o Ministério da Saúde repassou mais recursos (sob a denominação de “Transferência Federal SUS”) por habitante/ano a esses municípios, que adotaram a municipalização da saúde de forma mais completa.

Já no segundo subperíodo (1998-2001), em face, principalmente, da retração das transferências federais do SUS — no período de expansão da habilitação à gestão plena do sistema —, os municípios foram forçados a reduzir os seus gastos totais *per capita* do SUS. Isso fez com que, à exceção de São Caetano do Sul, Sertãozinho e Votorantim, houvesse redução no valor do gasto *per capita* nos outros oito municípios, de 2001 em relação a 1998. Assim, as famosas taxas de crescimento de 1995-1997 transformaram-se em taxas de redução em 1998-2001, situadas no intervalo de -7,6% (Jundiaí) a -21,7 (Mauá).

Por fim, ressalta-se que a evolução do gasto total *per capita* dos municípios do estado sem a capital foi distinta dos 11 municípios, qual seja: apresentou uma trajetória de crescimento maior, isto é, até 1999, diminuindo-se em 2000 e recuperando-se em 2001 no mesmo patamar de gasto realizado em 1998.

Para se ter clareza sobre a diminuição do gasto total do SUS realizado pelos municípios selecionados, nesse segundo subperíodo, é fundamental que se discuta a sua composição e indagar sobre qual fonte foi a mais responsável por esse comportamento — os recursos próprios municipais ou as transferências federais do SUS?

3.4.1.1 – GASTO DO SUS REALIZADO PELOS MUNICÍPIOS POR FONTE DE RECURSOS

No período analisado, os recursos próprios municipais respondem por 60,0% do gasto total do SUS realizado pelos municípios, apresentando um valor médio *per capita* de cerca de R\$ 123,00, superior ao gasto para o total dos municípios do estado sem a capital (R\$ 100,00). Registre-se: R\$ 98,00, em 1995; R\$ 126,00, em 1998; e R\$ 129,00 por habitante/ano, em 2001 (Gráfico 13). Ao longo desses anos, os recursos das transferências federais do SUS corresponderam a quase 100% do total de transferências recebido pelos municípios, sendo quase nula ou irrisória a representação dos recursos transferidos pelo governo estadual, isto é, aqueles contabilizados pelo orçamento municipal¹⁷⁴.

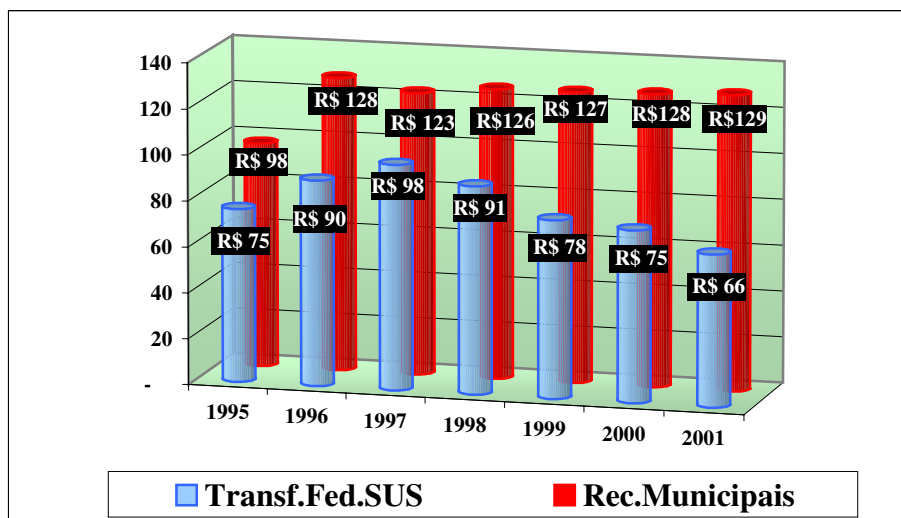
Neste sentido, a análise aqui empreendida se refere a duas fontes de recursos do gasto em saúde: os recursos municipais e as transferências federais do SUS. Estas últimas colaboraram, em média, com R\$ 81,81 por habitante/ano enquanto o total dos municípios do estado sem a capital contou com apenas R\$ 47,33 por habitante/ano. Essa observação reforça o que Mendes, Marques, Leite e Tubone (1999) já advertiam, em pesquisa realizada anteriormente em alguns municípios paulistas, qual seja, as transferências federais aos municípios mais descentralizados do SUS (semiplena) constituem-se em fonte destacada de recursos.

Conforme o Gráfico 13, cabe destacar que a fonte “Transferências Federais SUS” registrou uma evolução crescente no subperíodo 1995-1997 e decrescente no subperíodo 1998-2001, mostrando um comportamento similar à evolução do gasto total do SUS realizado pelos 11 municípios, como mencionado. Já a fonte recursos municipais do gasto apresentou uma tendência de crescimento instável no primeiro subperíodo, e, no segundo, um aumento constante, atingindo em 2001 valores por habitante/ano 2% superiores a 1998 e 31,9% a 1995.

¹⁷⁴ Pesquisas elaboradas anteriormente revelam que a fonte “recursos do Estado de São Paulo” aos municípios paulistas é praticamente inexistente. Ver Mendes, Marques, Leite e Tubone (1999); Fundação Prefeito Faria Lima – Cepam (2000); Mendes e Marques (2001 e 2002). O governo do Estado de São Paulo nunca transferiu recursos de forma automática — do Fundo Estadual de Saúde aos fundos municipais de saúde. A única forma de repasse utilizada aos municípios, no período analisado, foi por meio do instrumento convênio relacionado a despesas de capital/investimento (equipamentos). Contudo, de acordo com as pesquisas citadas, o repasse de recursos para essa finalidade, durante o período analisado neste trabalho, foi irrisório — não atingindo mais que 1% do total das fontes de recursos do gasto do SUS realizado pelos municípios. Cabe lembrar que as transferências estaduais, quando realizadas aos municípios, são destinadas para entidades (Santas Casas) e serviços “no” município e não diretamente à Secretaria Municipal de Saúde — trata-se de recursos não contabilizados pelo orçamento municipal, ou seja, não se constituem despesas “do” município.

Gráfico 13

Evolução do gasto médio *per capita* do SUS realizado pelo total dos municípios selecionados, segundo a fonte de recursos (1995-2001) ^(*)



Fonte: Cepam – 1995-1997; SIOPS – 1998-2001.

Nota: (*) Deflator IGP-DI – FGV.

Assim, pode-se concluir que os “curtos anos dourados” do gasto total *per capita* do SUS realizado pelos 11 municípios — no subperíodo 1995-1997 — contou com a ampliação de ambas as fontes (federal e municipal). O declínio desse gasto no subperíodo posterior — 1998-2001 — foi decorrente da diminuição das transferências federais do SUS e, por outro lado, o seu comportamento só não foi pior diante do esforço que os municípios realizaram com os seus recursos próprios. Neste sentido, é importante destacar que a descentralização da saúde, por meio da gestão mais descentralizada do SUS — plena do sistema —, vem sendo financiada majoritariamente com recursos municipais, inclusive na maior parte dos municípios analisados, como será apresentado a seguir.

Embora haja quem afirme que, na maior parte dos casos, a descentralização venha sendo apoiada largamente com recursos federais (SANTOS, 2004), no caso dos 11 municípios constatou-se o contrário ao longo do período analisado: maior comprometimento financeiro dos recursos próprios municipais, principalmente no subperíodo de retração das transferências do Ministério da Saúde (1998-2001). É importante lembrar que a diminuição dessas transferências, nesse segundo subperíodo, ocorreu principalmente no campo da média e alta complexidade — item de repasse-chave para os municípios em plena do sistema —, conforme analisado em item

anterior deste capítulo. Por outro lado, a prioridade do Ministério, nesses anos, foi o incentivo à política de atenção básica e o conseqüente aumento de suas transferências nesse campo.

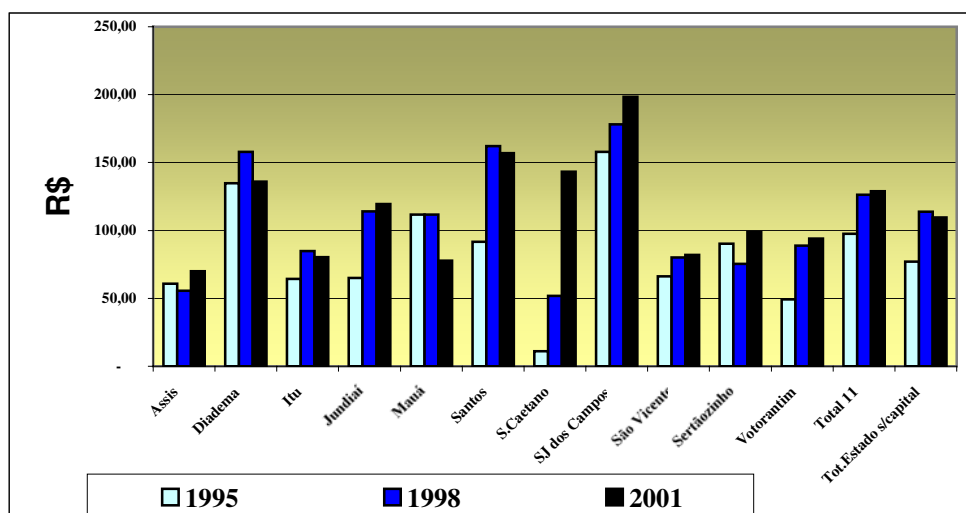
Vale registrar que a fonte federal do gasto realizado pelo SUS a todos os municípios do estado sem a capital teve um comportamento ascendente de 1995 a 1999, ainda que, em 2000 e 2001, tenha sofrido queda em relação a 1999.

Na análise da fonte transferências federais do SUS, pelos 11 municípios, percebe-se que, na média do período, ela só foi majoritária em Assis (63,0%), Jundiaí (56,0%) e São Caetano do Sul (55,6%). Contudo, nesses dois últimos municípios, ela deixa de responder pela maior parte do financiamento do gasto total *per capita* já em 1999, para São Caetano do Sul, e em 2000, para Jundiaí. Cabe, ainda, acrescentar que, mesmo em Assis, essa fonte federal vem diminuindo sua participação relativa no total do gasto, sistematicamente, a partir de 1998 — passando de uma representação de 70,5%, em 1997, para 55,4%, em 2001.

3.4.1.2 – GASTO DO SUS REALIZADO PELOS MUNICÍPIOS COM RECURSOS MUNICIPAIS

Ao se verificar a distribuição por município, percebe-se que há um crescimento geral da fonte municipal, entre os anos de 1995 e 2001, em todos os municípios selecionados, com exceção de Mauá (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Evolução do gasto médio *per capita* do SUS realizado com recursos municipais em cada um dos municípios selecionados e o total dos municípios do estado sem a capital (1995, 1998, 2001)



Fonte: Cepam – 1995; SIOPS – 1998-2001.

Nota: (*) Deflator IGP-DI – FGV.

Cabe assinalar que, no subperíodo de 1998-2001, Diadema, Itu, Mauá, Santos e o total dos municípios do estado sem a capital registraram uma retração do gasto *per capita* do SUS realizado com recursos municipais. Na maioria dos demais, verificou-se aumento bastante significativo, porém nada próximo ao crescimento de São Caetano do Sul (176,8%).

A diminuição da aplicação de recursos na saúde, nesses quatro municípios (Diadema, Itu, Mauá e Santos), entre 1998 e 2001, decorre da instabilidade das finanças municipais, que se traduz, principalmente, pela queda das transferências constitucionais do ICMS e da arrecadação tributária, particularmente o IPTU.

3.4.1.3 – A VINCULAÇÃO DOS RECURSOS PARA A SAÚDE E A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29

Segundo a Emenda Constitucional nº 29/2000, os municípios devem aplicar em ações e serviços de saúde, em 2000, pelo menos 7% das receitas de impostos, compreendidas as transferências, e o percentual deveria crescer anualmente até atingir, no mínimo, 15%, em 2004. Constata-se que o comportamento dessa aplicação nos municípios selecionados, no período analisado, é crescente e superior ao total dos municípios do estado com a capital, passando de 16,74%, em 1995, para 19,59%, em 2001, conforme indica a Tabela 35. É importante observar que, já em 1995, o total dos 11 municípios aplicava, na média, um percentual superior a 15%, o que seria exigido somente em 2004.

Tabela 35
Percentual da receita disponível aplicada em ações e serviços de saúde
de acordo com a Emenda Constitucional nº 29/2000 nos municípios
selecionados e no total dos municípios do estado com a capital, em %

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Assis	18,05	27,56	16,02	13,85	14,17	16,99	18,27
Diadema	27,76	28,46	27,83	24,62	18,77	33,29	26,73
Itu	17,31	19,17	17,87	13,06	21,34	17,84	15,94
Jundiaí	10,63	20,93	17,94	14,52	17,47	17,81	16,46
Mauá	21,91	23,63	28,96	19,15	21,54	17,54	17,80
Santos	10,99	12,46	13,25	16,40	14,69	18,49	18,88
São Caetano do Sul	1,02	6,53	4,79	3,32	9,74	8,49	10,53
São José dos Campos	23,24	32,10	30,17	21,26	17,17	22,76	22,95
São Vicente	29,92	26,75	21,81	24,79	42,76	20,23	22,27
Sertãozinho	21,18	18,35	16,48	16,13	20,09	15,06	19,78
Votorantim	12,95	20,67	24,00	25,80	27,22	23,80	21,28
11 municípios	16,74	20,81	20,26	17,29	18,13	19,22	19,59
Estado com capital	13,78	17,38	16,15	16,51	17,42	16,03	16,27

Fonte: Cepam – 1995-1997; SIOPS – 1998-2001.

Nota: Elaboração própria.

O subperíodo 1995-1997 aponta um crescimento, nos 11 municípios, da aplicação média em ações e serviços de saúde de 21,1% enquanto no subperíodo 1998-2001 essa aplicação aumentou 13,3%. Isso é um indício dos “anos dourados” nos três primeiros anos de gestão semiplena desses municípios.

Na análise por município, o nível obrigatório de aplicação em ações e serviços de saúde da EC 29 para 2004 (15%) só não foi cumprido pelos municípios de Jundiá, Santos, São Caetano do Sul e Votorantim, em 1995. Por outro lado, essa aplicação, determinada legalmente pela Constituição, praticamente já havia sido cumprida em cada um dos municípios em 2000. A exceção verificada foi o município de São Caetano do Sul que, desde 1995, apresentou o menor nível de aplicação dos recursos em saúde.

Por fim, é importante salientar que esses 11 municípios apresentaram índices bem elevados de aplicação em ações e serviços de saúde não somente em relação ao total dos municípios com a capital, mas também no que se refere ao total dos municípios brasileiros. Segundo o SIOPS/MS, a média desses municípios, referente ao percentual da receita disponível aplicada em saúde, foi de 13,64%, em 2000, e de 14,71, em 2001 enquanto os 11 municípios registraram 20,77% e 19,59%, respectivamente, conforme a Tabela 35.

3.4.2 – Direção do Gasto do SUS realizado pelos 11 municípios selecionados

Em relação à direção do gasto do SUS realizado pelos 11 municípios, é importante registrar que, ao longo do período analisado, há um predomínio das despesas correntes — pessoal e outras — (em média, 97,1%), em relação às despesas de capital (que inclui principalmente investimentos — obras e instalações e equipamentos). Na realidade, os 11 municípios — não menos diferentes que os demais municípios do estado — apresentaram baixo nível de investimento em saúde, durante todo o período, com tendência a queda, representando 4,2%, em 1995; 5,6%, em 1996; cai para 1,63%, em 1997, e, desse ano em diante, oscila entre níveis piores que o subperíodo 1995-1996, atingindo, em 2001, uma participação de 2,6% do total do gasto do SUS realizado (Tabela 36). A rigor, a participação do nível de investimento dos 11 municípios no gasto do SUS realizado somente foi pouco acima do total dos municípios do estado com a capital em 1996 (4,54%) e em 2001 (2,2%). Mesmo nesses anos de investimentos superiores ao do total dos municípios com a capital, não se pode dizer que os 11 municípios contribuíram em larga

escala para melhorar a disponibilidade de equipamentos, dado que seu nível de investimento se revelou muito pequeno.

Tabela 36
Gasto do SUS realizado pelos municípios, segundo despesas correntes e de capital (1995-2001), em percentagem e em R\$ 1.000 de dez. 2001

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Total	Pessoal	51,9	48,0	51,6	54,9	54,1	53,8	51,4
11	Outras	43,8	46,4	46,7	43,8	43,1	43,4	46,0
municípios	Capital	4,2	5,6	1,6	1,3	2,8	2,8	2,6
	Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Total	459.507	281.115	311.682	329.496	310.628	310.571	290.589
Total	Pessoal	54,7	43,3	43,8	55,9	53,4	46,2	51,2
municípios	Outras	38,6	52,1	53,8	38,4	43,1	51,2	46,6
do estado	Capital	6,7	4,5	2,4	5,7	3,5	2,6	2,2
com capital	Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Total	3.669.144	4.619.104	4.419.952	3.951.408	2.506.733	4.059.322	4.958.313

Fonte: Cepam – 1995-1997; SIOPS – 1998-2001.

Nota: Elaboração própria.

O avanço da gestão descentralizada do SUS no Estado de São Paulo, a partir do enquadramento desses 11 municípios em 1995, exigiu a implantação de vários programas de saúde, além de uma garantia financeira para a manutenção das atividades. Sem dúvida, esse quadro acarreta um incremento constante de seus gastos correntes, principalmente os relacionados com pessoal e serviços de terceiros.

Cabe assinalar, ainda, que a maior parte dos estudos, que analisa o desempenho dos gastos municipais, revela uma tendência de queda da despesa de capital (investimento) no primeiro ano de gestão das prefeituras. As razões para esse fato decorrem das particularidades do primeiro ano da nova administração — manter o que vinha funcionando dos equipamentos públicos e não implantar nada novo.

No período analisado, houve dois anos com eleições municipais, 1996 e 2000. Campos (2004) alerta que os níveis de investimentos entre 1996 e 1997 deveriam apresentar maior diferença com os registrados entre 2000 e 2001, porque esses dois últimos anos já estavam sob o controle da Lei de Responsabilidade Fiscal. Essa idéia foi ratificada para o total dos 11 municípios, já que, entre 1996 e 1997, se registrou queda brusca nos investimentos em saúde de 69,8%, maior que a retração apresentada pelo total dos municípios do estado com a capital (– 49,9%), observando-se o contrário apenas em Santos, Mauá e Diadema (ver Tabela 37).

Nas eleições de 2000, constatou-se menor índice de queda dos investimentos, bem como mais freqüente número de municípios em que não houve diminuição nos investimentos, com destaque para Assis, Mauá, Santos, São Caetano do Sul e Sertãozinho. Esse resultado, provavelmente, foi reflexo menos do calendário eleitoral e mais do comportamento fiscal “mais responsável” dos governos municipais. Parece claro que essas informações limitam qualquer tratamento à questão do investimento dos 11 municípios no interior do processo de desenvolvimento da gestão mais qualificada do SUS — a semiplena/plena do sistema.

Tabela 37 - Gasto do SUS realizado pelos municípios selecionados, segundo despesas correntes e de capital (1995-2001), em %

Municípios	Despesas	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Assis	Total Saúde	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Pessoal	31,8	42,0	46,4	50,8	53,9	50,5	51,2
	Outras	66,3	56,7	52,8	47,9	44,8	48,2	47,4
	Capital	2,0	1,3	0,8	1,2	1,3	1,3	1,5
Diadema	Total Saúde	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Pessoal	84,8	82,5	81,7	63,9	88,9	64,3	67,0
	Outras	13,0	15,6	15,2	34,9	7,8	32,7	32,0
	Capital	2,2	1,9	3,2	1,1	3,2	3,0	1,0
Itu	Total Saúde	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Pessoal	73,3	80,0	83,6	83,2	78,9	83,2	78,4
	Outras	25,2	17,8	15,7	14,8	20,2	15,4	21,0
	Capital	1,5	2,2	0,6	2,0	0,9	1,4	0,6
Jundiaí	Total Saúde	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Pessoal	24,5	19,2	18,2	20,6	19,4	23,1	24,0
	Outras	73,7	79,0	81,7	79,1	79,1	76,0	74,1
	Capital	1,7	1,7	0,1	0,3	1,5	1,0	1,9
Mauá	Total Saúde	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Pessoal	52,9	48,6	72,3	64,9	67,1	68,6	61,2
	Outras	45,3	51,3	27,6	34,8	30,5	30,4	32,8
	Capital	1,7	0,1	0,1	0,3	2,4	1,0	6,0
Santos	Total Saúde	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Pessoal	44,8	44,8	44,8	59,0	64,0	58,9	52,8
	Outras	54,3	54,3	54,3	39,2	34,0	40,5	46,3
	Capital	0,9	0,9	0,9	1,8	2,0	0,6	0,9
São Caetano	Total Saúde	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Pessoal	42,3	28,5	34,1	41,1	40,4	44,4	29,2
	Outras	52,5	49,1	59,3	54,0	49,5	48,0	63,6
	Capital	5,1	22,4	6,6	5,0	10,1	7,6	7,1
S. J. dos Campos	Total Saúde	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Pessoal	51,4	50,7	49,9	61,4	55,6	53,4	55,7
	Outras	38,8	36,7	48,5	37,8	41,7	42,9	41,6
	Capital	9,7	12,6	1,7	0,8	2,7	3,8	2,7
São Vicente	Total Saúde	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Pessoal	52,5	48,9	55,6	56,8	35,1	57,4	47,4
	Outras	45,3	45,5	41,1	40,6	64,4	41,1	49,0
	Capital	100,0	5,6	3,2	2,6	0,5	1,5	3,6
Sertãozinho	Total Saúde	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Pessoal	59,1	60,8	62,2	62,2	54,1	53,6	53,0
	Outras	29,8	37,9	37,0	37,0	32,3	39,7	45,9
	Capital	11,1	1,3	0,8	0,8	13,6	6,7	1,1
Votorantim	Total Saúde	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Pessoal	48,5	61,9	69,9	69,9	69,9	64,2	64,6
	Outras	32,8	28,0	25,8	25,8	25,8	19,2	28,6
	Capital	18,7	10,1	4,3	4,3	4,3	16,6	6,7

Fonte: Cepam 1995-1997; SIOPS 1998-2001. Nota: Elaboração própria.

Em relação às despesas correntes, como era de se esperar, foi predominante a participação do gasto com pessoal, em todo o período analisado, sendo responsável pela média de 52,0% do total do gasto do SUS realizado pelos 11 municípios (Tabela 37). Isto é válido para oito municípios: Diadema, Itu, Mauá, Santos, São José dos Campos, São Vicente, Sertãozinho e Votorantim. Chama a atenção que os municípios com maior oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares, como Santos, São José dos Campos e também São Vicente, apresentaram, ao longo do período analisado, uma participação bastante equilibrada entre as despesas com Pessoal e “Outras” (incluídos, principalmente, serviços de terceiros —contratos e convênios com prestadores de serviços — e material de consumo). Significa dizer que, diante da maior provisão dos serviços de saúde, as despesas de Pessoal e “Outras” tendem a se equilibrar, no total do gasto do SUS realizado. Por outro lado, verifica-se que em Assis, São Caetano do Sul e Jundiaí, a despesa “Outras” constitui o principal item, comprometendo cerca de 53% do gasto do SUS realizado pelos dois primeiros municípios e 77% do gasto de Jundiaí. Grande parte das despesas “Outras”, no gasto total deste município, não foi uma prerrogativa de alguns anos, mas de todo o período 1995-2001, configurando-se um caso atípico dentre os municípios analisados.

É preciso comentar, ainda, que não foi possível identificar, ao longo do período, alterações significativas da participação dos gastos com “Pessoal” e “Outras”, o que poderia ser resultado da passagem do primeiro subperíodo 1995-1997 — gestão semiplena — para o segundo, 1998-2001 — gestão plena do sistema. O mesmo nível de participação de cada um desses itens das despesas correntes, nos dois subperíodos, foi uma tendência verificada.

Por fim, cabe acrescentar que, a exemplo do gasto geral da União e do estado com saúde, nota-se, também, no gasto do SUS realizado pelos 11 municípios selecionados, um elevado grau de rigidez, ou seja, boa parte desse gasto com a fonte recursos municipais (arrecadação própria) está previamente comprometida com o pagamento das despesas de difícil compressão — despesas com pessoal (86,5%). Isto é, essas despesas são as que, por razões de ordem legal, os municípios têm dificuldade em restringir, ou seja, efetuar cortes¹⁷⁵. Esse percentual encontrado

¹⁷⁵ Reis Velloso (1994), ao examinar o orçamento da União, opta pela identificação do seu grau de rigidez. Nesse conceito, chama a atenção para as despesas predeterminadas como as de difícil compressão. Dentre as principais, destaca as despesas com pessoal. A análise da participação da despesa de pessoal, no total do gasto do SUS realizado pelos 11 municípios, também se apóia no seu conceito para destacar a rigidez do orçamento específico de seus sistemas municipais de saúde, principalmente com base na fonte municipal de recursos — arrecadação própria.

em relação ao gasto com recursos municipais, durante os anos analisados, foi bem superior à participação média do total dos municípios do estado com a capital (55,8%).

3.5 – Principais evidências verificadas sobre a capacidade de gasto dos municípios selecionados

O gasto total *per capita* do SUS realizado pelo conjunto dos 11 municípios paulistas, ao longo do período 1995-2001, foi ampliado. Entretanto, esse alargamento do gasto correspondeu a um crescimento de somente 12,7%, inferior à taxa média verificada para o geral dos municípios do Estado de São Paulo sem a capital (59,0%). Mesmo assim, a premissa elaborada por este trabalho de que, nesses 11 primeiros municípios habilitados na gestão mais descentralizada/qualificada do SUS, o padrão do gasto em saúde fosse elevado e superior ao total dos municípios do estado sem a capital foi verificada: no seu conjunto, o gasto médio, ao longo do período, foi de R\$ 204,38 por habitante/ano, ao passo que, no geral dos municípios do estado de São Paulo, sem a capital, esse gasto médio ficou em R\$ 147,33 (Quadro 18).

Quadro 18

Gastos médios *per capita* do SUS total e com recursos municipais realizado pelos municípios selecionados, segundo o período 1995-2001 e os subperíodos 1995-1997 e 1998-2001^(*)

Município por mil habitantes	Gasto Total Médio P/capita do SUS						Gasto Médio P/capita do SUS c/ Rec.Mun.					
	Período 95-2001		1ºsp 95-97		2ºsp 98-2001		Período 95-2001		1ºsp 95-97		2ºsp 98-2001	
	Valor	taxa	Valor	taxa	Valor	taxa	Valor	taxa	Valor	taxa	Valor	taxa
	P/capita	cresc.	P/capita	cresc.	P/capita	cresc.	P/capita	cresc.	P/capita	cresc.	P/capita	cresc.
30 a 100												
Assis	171,84	-10,5	182,84	-2,0	163,59	-10,0	63,63	15,1	67,01	83,4	61,10	26,2
Sertãozinho	140,98	26,9	130,97	23,4	148,49	2,4	83,02	9,4	82,66	82,9	83,30	31,3
Votorantim	135,97	30,1	123,68	31,5	145,19	1,5	83,91	90,4	70,15	175,6	94,23	5,6
100 a 150												
Itu	112,65	13,3	106,27	22,0	117,43	-7,6	86,30	25,0	75,92	125,6	94,08	-5,2
SCaetano Sul	186,01	160,8	164,39	150,1	202,23	17,7	89,29	1.188,6	55,19	593,5	114,86	176,8
150 a 300												
São Vicente	132,14	13,8	116,75	10,9	143,69	-11,7	79,22	23,5	61,71	83,6	92,36	2,1
acima de 300												
Diadema	210,99	-7,2	215,69	12,4	207,47	-19,8	146,11	0,9	142,10	109,4	149,12	-13,9
Jundiaí	259,24	34,1	255,91	68,8	261,74	-16,7	114,33	84,0	101,53	172,9	123,93	4,8
Mauá	157,85	-20,5	179,13	18,8	141,89	-21,7	105,40	-30,3	125,55	122,7	90,29	-30,3
Santos	252,60	20,3	238,80	22,2	262,96	-10,3	131,19	71,0	105,13	121,3	150,74	-3,2
SJdosCampos	257,35	11,4	268,44	22,8	249,03	-0,3	184,10	25,7	193,02	130,6	177,41	11,4
11 municípios	204,38	12,7	203,97	27,8	204,68	-10,0	122,56	31,9	116,21	126,0	127,33	2,0
Estado s/cap.	147,33	59,1	121,63	28,3	166,60	-0,8	100,00	42,2	86,22	118,2	110,33	-3,7

Fonte: Cepam – 1995-1997; SIOPS – 1998-2001.

Nota: (*) Deflator IGP-DI – FGV.

A expansão do gasto dos 11 municípios deveu-se principalmente ao primeiro subperíodo, 1995-1997 (27,8%), quando se encontravam enquadrados na modalidade semiplena do SUS. Já no segundo (1998-2001), observou-se um declínio de 10,0%. O que se pode verificar é que o crescimento do gasto *per capita* relevante, verificado principalmente nos três primeiros anos, decorreu da manutenção e do alargamento da participação dos recursos municipais no financiamento do gasto, inclusive superior à participação média global estadual sem a capital (Quadro 18). Também, pode-se depreender um aumento da fonte federal “transferências do SUS” nesse primeiro subperíodo, mas sua taxa de crescimento *per capita* foi de 30% enquanto a fonte municipal subiu 126% (Quadro 19).

Uma qualificação interessante, constatada nessa análise, foi a de detectar a existência de dois subperíodos distintos em termos de evolução do gasto *per capita* em saúde nesses municípios selecionados. O primeiro (1995-1997), qualificado como os “curtos anos dourados” do gasto local, contou com a ampliação da participação de ambas as fontes: federal e recursos municipais. O segundo (1998-2001), já em “tempos de queda”, não pode se apoiar nas transferências federais do SUS, dada a sua retração significativa de -26,8% (Quadro 19).

Quadro 19

Receita disponível e transferências federais SUS médias *per capita* dos 11 municípios, segundo o período 1995-2001 e seus subperíodos 1995-1997 e 1998-2001^(*)

Município por mil habitantes	Receita Disponível <i>P/capita</i>						Transf.Federal SUS <i>P/capita</i>					
	Período 95-2001		1ºsp 95-97		2ºsp 98-2001		Período 95-2001		1ºsp 95-97		2ºsp 98-2001	
	Valor <i>P/capita</i>	taxa cresc.	Valor <i>P/capita</i>	taxa cresc.	Valor <i>P/capita</i>	taxa cresc.	Valor <i>P/capita</i>	taxa cresc.	Valor <i>P/capita</i>	taxa cresc.	Valor <i>P/capita</i>	taxa cresc.
30 a 100												
Assis	360,83	13,7	326,20	-6,0	386,80	-4,3	108,2	-24,1	115,83	5,7	102,49	-26,9
Sertãozinho	458,56	17,1	443,92	6,5	469,55	7,0	58,0	96,4	48,31	184,1	65,20	-31,2
Votorantim	378,46	15,9	367,36	-5,2	386,78	28,0	52,1	-22,8	53,54	-7,3	50,97	-6,5
100 a 150												
Itu	497,75	35,8	418,34	21,7	557,31	-22,3	26,4	-13,4	30,35	13,7	23,35	-14,8
Scaetano Sul	1.377,76	24,4	1.275,63	26,0	1.454,35	-12,8	96,72	-6,3	109,20	94,3	87,36	-48,5
150 a 300												
São Vicente	292,81	66,0	237,57	14,7	334,24	13,7	52,92	-1,4	55,05	53,6	51,33	-30,2
acima de 300												
Diadema	550,77	4,8	507,11	9,1	583,53	-20,7	64,9	-23,0	73,59	18,2	58,35	-31,6
Jundiaí	691,91	18,8	615,04	2,5	749,55	-7,6	144,91	4,7	154,38	66,4	137,81	-31,3
Mauá	488,35	-14,2	508,10	-7,2	473,54	-25,0	52,4	0,8	53,58	10,4	51,60	-3,9
Santos	874,69	-0,4	858,85	0,7	886,58	-15,9	121,4	-18,3	133,67	22,8	112,21	-19,7
SJdosCampos	773,06	27,3	677,49	0,6	844,74	3,2	73,2	-19,1	75,42	6,0	71,62	-26,1
11 municípios	647,48	12,7	601,83	4,1	681,71	-10,0	81,8	-12,2	87,76	30,1	77,36	-26,8
Estado s/cap.	467,20	-5,8	488,46	4,4	451,25	-2,0	47,3	106,5	35,41	56,6	56,27	5,4

Fonte: Cepam – 1995-1997; SIOPS – 1998-2001. Nota: (*) Deflator IGP-DI – FGV.

Nesse caso, o resultado do gasto *per capita* do SUS, realizado ao longo de 1995-2001, só não foi pior diante do esforço que os 11 municípios realizaram com os seus recursos próprios, ainda, elevando-os no segundo subperíodo em 2%. Neste sentido, é que se pode reafirmar a idéia de que a descentralização da saúde, por meio da gestão mais descentralizada/qualificada do SUS — semiplena/plena do sistema — ocorreu, principalmente, pela manutenção do comprometimento dos recursos municipais ao longo de todo o período.

Por sua vez, é importante dizer que esses municípios selecionados necessitaram da fonte federal do gasto em saúde, principalmente no cenário econômico recessivo e de ajuste fiscal que se descortinou, com mais ênfase, a partir de 1999, durante o segundo mandato do presidente FHC. Ademais, cabe acrescentar que o financiamento do SUS, por parte dos recursos federais, precisa ser ampliado ainda mais, como enfatizado no Capítulo 1, e os recursos estaduais deveriam participar de fato.

Como tratamos de enfatizar na Introdução deste trabalho, a descentralização dos recursos tributários, consolidada pela Constituição de 1988, possibilitou, no período posterior, a maior participação dos municípios na receita total das três esferas de governo, em termos de arrecadação própria e de receita disponível e no alcance de maior autonomia para a execução das políticas públicas. No caso dos 11 municípios paulistas selecionados, esse quadro foi perceptível, especialmente no que se refere à política de saúde. A receita disponível desses municípios — que inclui principalmente as transferências do ICMS e os impostos IPTU e ISS —, foi alargada, em termos *per capita*, em 23% no período analisado. Tal comportamento revelou-se superior ao conjunto dos municípios sem a capital de São Paulo, que cresceu apenas 5,8%. Essa situação satisfatória no volume de recursos próprios possibilitou uma resposta positiva ao gasto total *per capita* do SUS realizado por esses municípios — mesmo somente o crescimento positivo ter sido detectado apenas no primeiro subperíodo (1995-1997). Ainda que se possa admitir que a relação entre receita disponível e gasto público é comum a qualquer tipo de despesa pública, no caso dos 11 municípios, foi significativa para o gasto em saúde.

Sabe-se que a descentralização de receitas, por meio da “municipalização”, vem reforçando a receita disponível dos municípios, porém assentada em terreno de grande heterogeneidade social e regional entre eles. Os 11 municípios estudados por este trabalho, pertencentes à categoria de municípios populosos do Estado de São Paulo — superior a 90 mil habitantes — e com diferenças socioeconômicas consideradas entre eles, registraram que as

diferenças entre o seus gastos anuais *per capita* do SUS realizado com recursos municipais, ao longo do período analisado, foram se tornando mais equilibradas e menos equidistantes. Entretanto, nota-se, dentre os 11, que São José dos Campos, Santos e Diadema mantiveram, durante todo o período, um padrão do gasto médio *per capita* com recursos municipais bem mais elevado que os demais (ver Quadro 18). São José dos Campos — que apresentou uma das maiores taxas de crescimento da receita disponível (Quadro 19) — mostrou um incremento superior no gasto *per capita* próprio, não verificado pelos outros dois municípios com populações acima de 300 mil habitantes. Se esses municípios são os que concentram maiores aglomerações urbanas, configurando-se em pólos regionais e dispondo de serviços mais complexos da rede de saúde, não é difícil imaginar que a tendência de gastarem mais em termos *per capita* fosse detectada. O interessante, no entanto, é observar que a maior elevação da receita disponível desses 11 municípios provocou maior crescimento do gasto *per capita* do SUS realizado com recursos municipais. Cabe, ainda, acrescentar que essa elevação da receita disponível de São José dos Campos se deveu muito mais ao incremento da arrecadação própria do IPTU do que do ICMS — município sobejamente conhecido como portador do maior volume recebido dessa transferência estadual dentre os municípios paulistas.

Já Jundiaí e São Caetano do Sul, também por esforço de receita disponível, foram subindo seus gastos *per capita* com recursos municipais ao longo do período analisado, passando, em 2001, a, juntos, dividirem com São José dos Campos e Santos o espaço dentre aqueles que apresentam os maiores níveis de gasto próprio. Chama a atenção, durante 1995 a 2001, o crescimento constante e significativo do gasto *per capita* próprio do município de São Caetano do Sul. Observou-se, nesse município, as mais altas taxas de crescimento do gasto próprio nos dois subperíodos (1995-1997 e 1998-2001). Não por acaso, a sua receita disponível foi, ao lado de São José dos Campos, a que mais se elevou no período analisado (24,4%) (Quadro 19).

Reunindo-se todas essas considerações, chega-se à conclusão de que o que explicou a ampliação do gasto do SUS realizado pelos 11 municípios foi, principalmente, o desempenho de suas receitas disponíveis. Nota-se que esse desempenho foi resultado, principalmente, da diminuição do grau de dependência do ICMS (principal fonte de recursos encontrada na maior parte desses municípios), por um lado, e pelo alargamento e pela manutenção do grau de dependência da arrecadação própria do IPTU e do ISS. Mesmo com a estagnação econômica do segundo subperíodo, 1998-2001, esses municípios fizeram um esforço próprio considerável, uma

vez que não puderam contar com o crescimento das transferências federais do SUS (terceira principal fonte de recursos encontrada para esses municípios), que diminuíram 26,2% nesses anos. Não se pode esquecer que a retração dessa importante fonte de recursos, para o desempenho dos sistemas municipais de saúde desses 11 municípios, foi marcada no campo da média e alta complexidade — área-chave justamente para os municípios enquadrados nessa modalidade do SUS.

Por outro lado, foi possível perceber, nesses 11 municípios enquadrados na gestão mais descentralizada e qualificada do SUS, um incremento dos recursos transferidos à atenção básica — política prioritária do Ministério da Saúde, a partir de 1998. Não bastasse isso, o trabalho revelou também que foram priorizadas as transferências de incentivos financeiros, particularmente as referentes ao PAB variável e as transferências no campo da média e alta complexidade, que se relacionavam às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Pode-se depreender que, a partir de 1998, foi rompida a lógica de um repasse global aos municípios — como observado durante o primeiro subperíodo analisado (1995-1997) —, em favor de um repasse controlado e determinado pelas definições do Ministério da Saúde, como discutido no Capítulo 1.

Por último, cabe um comentário sobre a direção do gasto do SUS realizado pelos 11 municípios gestão semiplena/plena do sistema. A análise empreendida não detectou diferenças desses municípios com outros do estado. Como não poderia ser diferente, ao longo do período analisado, despesas correntes predominaram sobre as despesas de capital/investimentos. O pequeno nível de investimento realizado no setor local de saúde retraiu-se, de forma considerável, nos períodos de mudança dos mandatos dos prefeitos — 1996-1997 e 2000-2001 —, o que é conhecido nos estudos que avaliam as finanças públicas municipais. No entanto, essa retração foi mais sentida na primeira passagem, dado que, na segunda, os municípios já estavam sob o controle da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Ainda, cabe acrescentar que não foi possível constatar, entre 1995 e 2001, mudanças significativas na participação dos gastos com “Pessoal” e no item agregado “Outras” (contratos e convênios com prestadores de serviços de saúde e material de consumo) em relação ao total do gasto do SUS realizado pelos 11 municípios. Em que pese esses municípios terem assumido a gestão semiplena e plena do sistema do SUS e se responsabilizado por todas as ações e os

serviços de saúde, verificou-se o mesmo nível de participação de cada um desses itens das despesas correntes, nos dois subperíodos.

Após esses últimos comentários finais em relação ao comportamento da capacidade de gasto dos 11 municípios paulistas semiplena/plena do sistema, cabe analisar a evolução de alguns indicadores de eficiência técnica e social que podem estar associados aos efeitos do gasto em saúde. Esse será o tema do Capítulo 4.

CAPÍTULO 4

A EFICIÊNCIA TÉCNICA E SOCIAL DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS EM GESTÃO SEMIPLENA/PLENA DO SISTEMA

A descentralização dos recursos tributários promovida pela Constituição de 1988 aumentou significativamente a receita dos governos municipais. Especificamente, a Constituição ampliou a participação dos municípios na arrecadação própria e na receita disponível total das três esferas de governo, possibilitando maior autonomia na execução das políticas públicas, em geral, e na saúde, em particular. No Capítulo 3, o exame mais detalhado desse quadro, entre 1995 e 2001, no âmbito dos 11 municípios paulistas mais antigos habilitados em gestão semiplena/plena do sistema municipal do SUS, detecta uma ampliação do padrão do gasto em saúde. Contudo, é importante reconhecer que o aumento do gasto em saúde nesses municípios não significa o alcance de maior eficiência na gestão dos seus recursos. Dito de maneira sintética, gastar mais em saúde não significa gastar melhor. Neste sentido, o objetivo deste capítulo é apresentar os principais resultados da avaliação sobre a eficiência, nas suas dimensões técnica e social, nos municípios selecionados, em 1995, 1997, 1999 e 2001, com o intuito de responder à seguinte indagação:

— Houve melhoria da eficiência técnica e social nas ações e serviços de saúde nos municípios paulistas mais antigos enquadrados nas modalidades mais descentralizadas e qualificadas do SUS — semiplena e plena do sistema municipal — nestes anos?

Parte-se da premissa, apresentada na Introdução deste trabalho, que não apenas os indicadores de eficiência técnica melhoraram, mas também que as diferenças entre os 11 municípios analisados, em relação a tais indicadores, vêm diminuindo, ou seja, convergindo. De forma mais específica, tudo indica que, para cada indicador, um mesmo município deveria apresentar praticamente um mesmo padrão de resultados, melhorando-o a cada ano analisado.

Este Capítulo está dividido em cinco partes. A primeira apresenta os aspectos metodológicos que permitem o entendimento das análises desenvolvidas em cada uma das outras partes do capítulo. A segunda é dedicada à avaliação de desempenho da saúde local por meio da construção de uma tipologia de agrupamentos destes municípios a cada ano analisado — 1995,

1997, 1999 e 2001 —, segundo alguns indicadores de estrutura e resultado das ações e dos serviços de saúde, procurando agregar, em um mesmo grupo, municípios que apresentem resultados semelhantes para o conjunto desses indicadores. Essa avaliação de desempenho da saúde constitui a base necessária para a análise da eficiência técnica de cada um dos três grupos, em cada ano analisado. A terceira parte analisa o comportamento do Índice de Eficiência Técnica em Saúde (IETS) desses municípios, construído com base na análise dos indicadores de desempenho, tratados na segunda parte. O IETS possibilita que se faça uma classificação hierárquica (ou ordinal) quanto aos componentes da eficiência técnica — indicadores de estrutura e resultado — e se acompanhe a evolução dos municípios nesses componentes no tempo. A quarta parte verifica o desempenho da eficiência social nesses municípios paulistas em gestão semiplena/plena do sistema do SUS, por meio da criação de uma medida denominada Índice de Eficiência Social (IES). A quinta e última parte trata das considerações gerais evidenciadas ao longo deste capítulo.

4.1 – Material e métodos para a avaliação da eficiência

A abordagem da eficiência neste capítulo se deteve na avaliação da evolução de alguns indicadores de estrutura, resultado e de controle público da gestão nos municípios selecionados¹⁷⁶. Os indicadores foram classificados, segundo a metodologia utilizada e adaptada por Draibe (1997)¹⁷⁷, conforme dois tipos de eficiência da gestão descentralizada: a *eficiência técnica* e a *eficiência social*.

Segundo sugerem Gropello e Cominetti (1998), o primeiro tipo, relativo à *eficiência técnica*, diz respeito à produção de um resultado específico, isto é, se o resultado produzido atinge a “fronteira das possibilidades produtivas”, o que exige o uso mais adequado e a melhor

¹⁷⁶ Em políticas públicas, as avaliações de programas/ações são comumente divididas em avaliação de estrutura, de processo e de resultado. De forma geral, a *avaliação de estrutura* examina os recursos existentes para desenvolver as ações. A *avaliação de processo* refere-se às atividades desenvolvidas e a *avaliação de resultado* diz respeito às alterações atingidas — efeitos — por meio da relação entre recursos utilizados e atividades obtidas (CONTANDRIOPOULOS, 1997). Neste trabalho, diante das dificuldades de informações, optou-se por não contemplar a avaliação de processo. É importante considerar a ressalva de Tanaka e Melo (2001) no tocante à utilização da avaliação de programas/ações de políticas públicas. Esses autores advertem sobre o grau de subjetividade na avaliação, uma vez que é sempre baseada num juízo de valor que depende da visão de mundo de quem a elabora. Nesta linha, os autores ressaltam que não há uma abordagem correta ou uma metodologia ideal para elaborá-la. Chamam, sim, a atenção para a existência de uma composição de métodos e instrumentos organizados, de maneira que se alcance o objetivo de emitir um juízo de valor em relação ao objeto avaliado.

¹⁷⁷ Como mencionado na Introdução desta tese, Draibe (1977) utiliza e adapta os critérios de avaliação e indicadores sugeridos pelo Projeto *Estudios de Descentralización de Servicios Sociales*, dirigido por Emanuela Di Gropello e Rossella Cominetti na Divisão de Estudos Econômicos da Cepal.

combinação dos recursos para se alcançar um determinado resultado. Neste sentido, a prestação de serviços municipal será mais eficiente se a fronteira dessas possibilidades for ampliada. Dito de outra forma, a prestação local de serviços será mais eficiente se conseguir alcançar, da forma mais próxima possível, o mencionado limite (p. 19).

Os indicadores específicos de eficiência técnica foram agregados em dois eixos principais: estrutura e resultado. Ainda, outros dois indicadores foram escolhidos para figurar como indicadores básicos; são eles: população e receita disponível *per capita* dos municípios¹⁷⁸.

Os *indicadores de estrutura* selecionados foram: gasto *per capita* do SUS com recursos municipais; transferências federais do SUS *per capita*; unidades ambulatoriais por mil habitantes; unidades hospitalares por mil habitantes; leitos por mil habitantes; médicos por mil habitantes; e enfermeiros por mil habitantes.

Os *indicadores de resultado* considerados dizem respeito à dimensão das taxas de mortalidade: taxa de mortalidade geral; taxa de mortalidade infantil; taxa de mortalidade neonatal; taxa de mortalidade pós-neonatal; taxa de mortalidade perinatal; taxa de mortalidade por acidentes de transporte; e taxa de mortalidade por AIDS¹⁷⁹.

É importante destacar que para os dois primeiros indicadores de estrutura relacionados à área financeira foram utilizadas como fontes o Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (Cepam) e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde, e para os indicadores de resultado — taxas de mortalidade —, a Fundação Seade – Sistema Estadual de Análise de Dados¹⁸⁰.

As razões que levaram à escolha dessas variáveis para a análise do desempenho da saúde local e da eficiência técnica dos municípios selecionados se deveram ao fato de elas estarem disponibilizadas de forma sistemática pelas fontes de dados. Para se ter uma idéia, por exemplo,

¹⁷⁸ Para efeito do método estatístico utilizado neste capítulo — explicado no Apêndice 1 —, esses indicadores básicos são denominados de *variáveis nominais ilustrativas*. Isto é, essas variáveis não pertencem ao conjunto das variáveis relativas ao setor saúde. Já os indicadores utilizados nos eixos estrutura e resultados se referem a *variáveis nominais ativas*, que se referem a variáveis típicas do setor saúde.

¹⁷⁹ *Mortalidade infantil*: número de óbitos ocorridos antes de um ano de vida, medida por mil nascidos vivos.
Mortalidade perinatal: número de óbitos fetais (com 22 ou mais semanas de gestação), acrescido do número de óbitos neonatais precoces. É medida por mil nascidos vivos ou mortos.
Mortalidade neonatal: número de óbitos ocorridos nas primeiras quatro semanas de vida, medida por mil nascidos vivos.
Mortalidade pós-neonatal: número de óbitos ocorridos no período entre quatro semanas de vida e antes de completar um ano de vida, medida por mil nascidos vivos.

¹⁸⁰ Disponível em: <www.seade.gov.br/>, em Informações dos Municípios Paulistas e Pesquisa Municipal Unificada.

não foi possível contemplar outras taxas de mortalidade, em especial, a materna, em consequência da total indisponibilidade de dados em alguns anos selecionados.

O Quadro 20 sintetiza as variáveis consideradas para cada um dos dois eixos da eficiência técnica considerada neste trabalho.

Quadro 20
Indicadores selecionados para a análise da eficiência técnica

INDICADORES	ANOS	FONTE
Indicadores de Estrutura		
Gasto <i>per capita</i> do Sus com Recursos Municipais (*)	1995 e 1997 1999 e 2001	Cepam Siops
Transferência Federal SUS <i>per capita</i> (*)	1995 e 1997 1999 e 2001	Cepam Siops
Unidades ambulatoriais por mil habitantes	1995, 97, 99 e 2001	Seade
Unidades hospitalares por mil habitantes	1995, 97, 99 e 2001	Seade
Leitos por mil habitantes	1995, 97, 99 e 2001	Seade
Médicos por mil habitantes	1995, 97, 99 e 2001	Seade (**)
Enfermeiros por mil habitantes	1995, 97, 99 e 2001	Seade (**)
Indicadores de Resultado		
Taxa de mortalidade geral por mil habitantes	1995, 97, 99 e 2001	Seade
Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos	1995, 97, 99 e 2001	Seade
Taxa de mortalidade neonatal por mil nascidos vivos	1995, 97, 99 e 2001	Seade
Taxa de mortalidade pós-neonatal por mil nascidos vivos	1995, 97, 99 e 2001	Seade
Taxa de mortalidade perinatal, por mil nascidos vivos ou mortos	1995, 97, 99 e 2001	Seade
Taxa de mortalidade por acidentes de transporte, por 100 mil habitantes	1995, 97, 99 e 2001	Seade
Taxa de mortalidade por AIDS, por 100 mil habitantes	1995, 97, 99 e 2001	Seade

Notas: (*) Deflator IGP-DI – FVG, a preços de dez. 2001.

(**) Fundação Seade — considera esses indicadores associados, exclusivamente, aos profissionais sob a gerência da Prefeitura e que atuavam na área de saúde em 31 de dezembro.

De acordo com Gropello e Cominetti (1998, p. 18), o segundo tipo de eficiência analisada neste capítulo — a *eficiência social* — diz respeito aos movimentos ao redor da fronteira das possibilidades produtivas, vinculados à escolha de uma diferente composição de resultados, com sua correspondente combinação de insumos, que refletem os valores dos indivíduos, ou da comunidade de indivíduos considerados. É importante salientar que este trabalho não abrange todas as dimensões da eficiência social sugeridas por Gropello e Cominetti e também os utilizados pelo estudo de Draibe (1997). O enfoque adotado restringe-se à dimensão que abrange, de forma mais específica, os novos espaços e canais de participação social dos usuários do SUS implementados na política de saúde dos 11 municípios em gestão semiplena/plena do sistema¹⁸¹.

¹⁸¹ Vale ressaltar que não são objetos desta Tese os aspectos da eficiência social relacionados aos graus de satisfação dos usuários, dos gerentes e dos técnicos das secretarias municipais de saúde sobre os serviços prestados pelos

Desse modo, privilegia-se a análise sobre o número de conferências municipais realizadas, de um lado, e, de outro, do Conselho Municipal de Saúde, com abordagem exclusiva para o segmento dos usuários, sob três aspectos: 1) a observância de regime de paridade dos usuários no Conselho Municipal de Saúde; 2) o seu número de representantes e 3) os tipos de entidades que representam.¹⁸² Esses indicadores permitem avaliar a dimensão da participação da comunidade no processo de decisão da política pública.

Cabe registrar que vários foram os problemas encontrados na coleta de dados e informações na dimensão social da eficiência. Este trabalho não conseguiu abranger alguns indicadores formulados inicialmente em razão, de um lado, da pouca disponibilidade de informações nessa dimensão e, de outro, a incompatibilidade entre as informações existentes e a sua disponibilidade para os anos selecionados.

Para facilitar a avaliação de desempenho da saúde local e a análise da evolução da eficiência técnica dos 11 municípios paulistas ao longo de 1995, 1997, 1999 e 2001, utilizou-se o método estatístico da análise fatorial com correspondência múltipla¹⁸³, por meio do sistema de processamento de dados, denominado de *Statistical Package for Administration* – SPAD, que produz o agrupamento de municípios que apresentam características semelhantes. A vantagem desse método é a possibilidade de sintetizar os diversos indicadores de estrutura e resultado, o que facilita a análise da evolução da eficiência técnica dos municípios nos anos selecionados.

O uso de uma série de indicadores de estrutura e resultado para os municípios selecionados requereu adaptação para compor as variáveis que seriam trabalhadas a cada ano, no método de análise fatorial com correspondência múltipla. A adaptação dos indicadores a cada ano torna-se fundamental nesse caso, uma vez que as variáveis se encontram representadas em um mesmo contexto temporal, facilitando a construção de grupos de municípios com comportamento semelhante no mesmo ano¹⁸⁴.

municípios. Tal avaliação, além de demandar pesquisa qualitativa por meio de entrevistas com os diversos agentes e atores ligados à política de saúde local, escapa aos propósitos deste trabalho.

¹⁸² A fonte dos dados utilizada foi a Fundação Seade – Pesquisa Municipal Unificada (PMU).

¹⁸³ Esse método se encontra descrito no Apêndice 1.

¹⁸⁴ Isto significa que, no método de análise fatorial com correspondência múltipla, não se pode trabalhar dados em *cross-section*, em virtude de problemas de homocedasticidade. Além disso, ao se analisar o comportamento dos municípios ao longo dos quatro anos, verifica-se que, para cada indicador, um mesmo município deverá apresentar basicamente um mesmo padrão de resultados, devendo melhorá-lo a cada ano. Tomando por exemplo o indicador taxa de mortalidade infantil, percebe-se que o intervalo entre a mais baixa e a mais elevada taxa vai se alterando e os municípios individualmente permanecem num mesmo padrão, ou seja, um município que

Para a utilização do sistema de processamento de dados (SPAD), foi necessário converter as variáveis contínuas — tais como população, gasto *per capita* do SUS com recursos municipais, transferência federal SUS *per capita*, taxas de mortalidade — em variáveis discretas, representadas por códigos (números inteiros de 1 até 5, sendo atribuído ao melhor resultado de cada variável o número mais elevado). Somente dessa maneira o sistema de processamento de dados conseguiu agrupar os municípios com resultados semelhantes.

Esse procedimento foi realizado pela construção de intervalos de classe para cada variável contínua. Para evitar distorções na construção dos intervalos de classe, foram utilizados os seguintes passos metodológicos: 1) cálculo da média e do desvio-padrão da distribuição de cada variável e 2) construção das classes centradas na média da distribuição e com uma amplitude de classe de 1 desvio-padrão ($\frac{1}{2} \sigma$ à direita e $\frac{1}{2} \sigma$ à esquerda da média). Esses passos podem ser visualizados no Apêndice 2, que apresenta para os quatro anos trabalhados a construção das classes de cada variável utilizada.

Para se ter uma idéia desses procedimentos, apresenta-se, a seguir, um exemplo da variável “Gasto *per capita* do SUS com Recursos Municipais”, para 1995, apresentada no Apêndice 2.

apresenta baixa mortalidade infantil se manterá nessa posição, e assim por diante (para maiores detalhes ver Apêndice 2).

Gasto per capita do SUS com recursos municipais

média	82,11	
desvio-padrão	41,18	
máx.	157,80	
mín.	11,12	
até	20,32	baixo 1
20,33	61,51	médio-baixo 2
61,52	102,70	médio 3
102,71	143,89	médio-alto 4
143,90		alto 5

	R\$ per capita	GAS
Assis	60,88	2
Diadema	134,68	4
Itu	64,30	3
Jundiaí	64,96	3
Mauá	111,75	4
Santos	91,77	3
São Caetano do Sul	11,12	1
São José dos Campos	157,80	5
São Vicente	66,30	3
Sertãozinho	90,35	3
Votorantim	49,33	2

A análise fatorial e a análise de correspondência múltipla, utilizando o SPAD, processou os dados de todas as variáveis discretas (números inteiros) dos 11 municípios a cada ano, gerando, estatisticamente, a divisão dos municípios em três agrupamentos ou grupos, delineando, assim, uma tipologia. Esses três grupos foram classificados segundo a semelhança dos resultados dessas variáveis. Esses agrupamentos ou grupos são representados pelo SPAD, para cada ano, em um gráfico denominado de “nuvem de pontos”, que identifica as melhores partições possíveis de serem trabalhadas. Todos esses gráficos com os três tipos de agrupamento ou grupo de municípios são apresentados na seção seguinte e constituem a base necessária para a avaliação de desempenho da saúde local e para a análise da eficiência técnica dos 11 municípios ao longo de 1995, 1997, 1999 e 2001.

Por fim, nesses grupos identificados segundo características de semelhança, verificou-se que, a cada ano analisado, mudavam não só a composição de cada um, como também o número

de municípios que os compunham, indicando que esse tipo de análise é limitado ao contexto de cada ano. Observou-se também que, a cada ano, os níveis de desempenho em saúde e de eficiência técnica média dos grupos são diferentes, mas guardam sempre a mesma lógica, sendo no Grupo 1 superiores ao do Grupo 2, que por sua vez, são superiores ao do Grupo 3. Com base nessa constatação, optou-se por representar os grupos da seguinte forma: Grupo 1 na cor verde; Grupo 2 na cor amarela; e Grupo 3 na cor vermelha, para mostrar que o desempenho em saúde e o grau de eficiência técnica média são decrescentes.

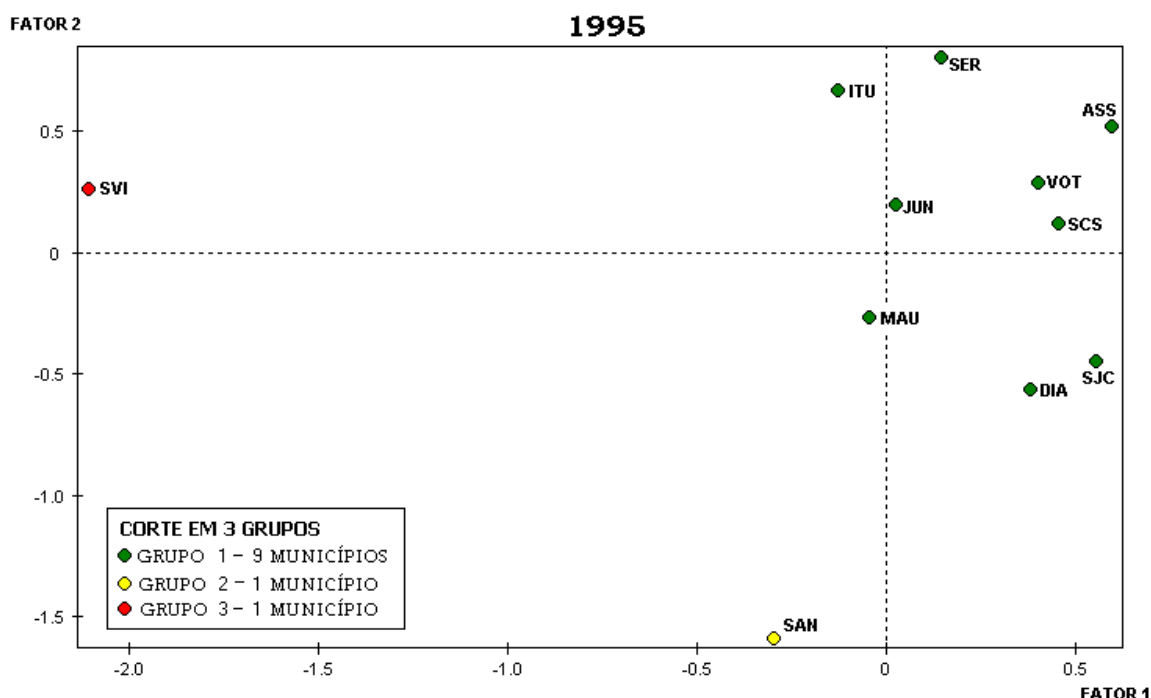
Para o cálculo específico do grau de eficiência técnica, primeiramente, procedeu-se à soma dos valores obtidos em cada uma das variáveis selecionadas, compondo um total de pontos de cada município no ano. Posteriormente, foi efetuado o cálculo da *eficiência técnica máxima* (melhor resultado) a que um município poderia chegar a cada ano. O grau de eficiência técnica de cada município foi calculado em termos percentuais, representando em que medida o resultado municipal se aproxima do grau de eficiência técnica máxima possível naquele ano. Após a obtenção do grau de eficiência de cada município, calculou-se, com base na média, esse grau para cada grupo, isto é, Grupo 1, Grupo 2 e Grupo 3. Para melhor visualizar esse procedimento metodológico, sugere-se a consulta ao Apêndice 3 desta tese.

4.2– Avaliação de desempenho em saúde nos municípios: o grau de eficiência

Examinando-se o desempenho da saúde dos municípios paulistas mais antigos enquadrados na gestão semiplena/plena do sistema do SUS, efetuado para servir de base necessária à análise da eficiência, que será discutida na próxima seção, foram identificados três grupos de municípios, agregados segundo resultados semelhantes.

A Figura 1 apresenta, para 1995, a posição desses três diferentes grupos, representados nas cores verde, amarela e azul, identificando os municípios que os integram. Os três grupos, identificados por cores distintas, foram classificados segundo a semelhança dos resultados das variáveis discretas e/ou indicadores de estrutura e resultado, conforme os dados do Apêndice 3. Esses grupos são representados pelo SPAD na Figura 1, denominada de “nuvem de pontos”, que identifica as melhores partições possíveis de serem trabalhadas numa avaliação, em termos de semelhanças de desempenho em saúde.

Figura 1 – Agrupamentos dos 11 municípios selecionados por três grupos, segundo variáveis de estrutura e resultado em saúde semelhantes – 1995



Nota: Elaboração própria.

De acordo com as informações da Figura 1, os três grupos de municípios são distribuídos em: Grupo 1, composto por nove municípios (Assis, Diadema, Itu, Jundiaí, Mauá, São Caetano do Sul, São José dos Campos, Sertãozinho e Votorantim); Grupo 2, formado por um município (Santos); e Grupo 3, também por um município (São Vicente). Vale mencionar que o nível de desempenho médio decresce do maior agrupamento — Grupo 1 — para os demais, atingindo o pior resultado em São Vicente.

Já em 1995, São Vicente apresenta os piores indicadores em relação aos demais municípios analisados. Registre-se¹⁸⁵: o mais baixo número de unidades hospitalares por mil habitantes (< 0,01); o mais reduzido número de médicos por mil habitantes (0,69); as mais altas taxas de mortalidade infantil, por mil nascidos vivos (33,7); de mortalidade neonatal por mil nascidos vivos (20,2) e de mortalidade perinatal (26,7). Em relação à sua também alta taxa de mortalidade por AIDS, por 100 mil habitantes (40,0), somente foi inferior ao município de Santos. Dessa forma, é possível constatar que, em 1995, São Vicente era o município com menor

¹⁸⁵ Todos os resultados apresentados se encontram relacionados nos Apêndices 2 e 3.

grau de desempenho em relação aos demais municípios paulistas gestão semiplena/plena do sistema do SUS. Os resultados de seus indicadores não permitiram que fosse agrupado com os demais municípios analisados, constituindo-se num caso bem específico, em termos de baixíssimo desempenho em saúde naquele ano.

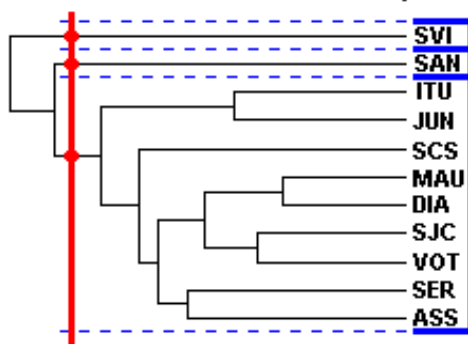
O Grupo 2, constituído por apenas um município — Santos —, apresenta indicadores um pouco melhores que São Vicente, mas ainda inferior ao Grupo 3 dos nove municípios restantes. Os indicadores que explicam o caso de Santos como um grupo isolado se referem: à mais alta transferência federal do SUS *per capita* (R\$ 120,69); a segunda pior taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos, após São Vicente; a alta taxa de mortalidade neonatal por mil nascidos vivos (20,2), idêntica à de São Vicente, e à mais alta taxa de mortalidade por AIDS, por 100 mil habitantes (65,2). Em que pese Santos apresentar melhores resultados que São Vicente, constata-se, em ambos os municípios, no início da gestão semiplena, o que poderia ser denominado como um desempenho dos resultados em saúde precário. Note-se que ambos são municípios litorâneos e que contam com altíssima pressão sob os seus serviços de saúde, principalmente em época de férias e feriados.

Já no Grupo 1, formado por nove municípios e com o melhor desempenho dos resultados em saúde, em 1995, os indicadores que melhor o representam dizem respeito a: baixas e médias taxas de mortalidade infantil por mil nascidos vivos (entre 16,6 e 24,3); de mortalidade neonatal, por mil nascidos vivos (entre 10,2 e 16,1); e de mortalidade por AIDS, por 100 mil habitantes (entre 14,1 e 33,5).

Detendo-se na agregação de subagrupamentos desses municípios do Grupo 3, segundo semelhanças nas variáveis de estrutura e de resultado, verifica-se a conformação de quatro tipos, conforme indica a Figura 2. São eles: 1) São José dos Campos e Votorantim; 2) Sertãozinho e Assis; e, 3) Mauá e Diadema e 4) Itu e Jundiaí. As duas últimas duplas de municípios são semelhantes nos resultados gerais.

Figura 2 – Agrupamentos dos 11 municípios selecionados por semelhanças dos indicadores de estrutura e resultado – 1995

AGRUPAMENTO POR SEMELHANÇAS - 1995



Notas: – A linha vertical representa o corte intencional para os três grupos.
– Elaboração própria.

O subagrupamento São José dos Campos e Votorantim apresenta resultados semelhantes no que se refere à transferência federal do SUS considerada média (entre R\$ 52,04 e R\$ 85,90) ao número de unidades ambulatoriais por mil habitantes acima da média dos demais municípios (entre 0,35 e 0,47); ao número de unidades hospitalares por mil habitantes (entre 0,01 e 0,03) e de médicos por mil habitantes (entre 0,86 e 1,13), classificado na categoria médio; e à baixa mortalidade geral por mil habitantes. Isso pode ser um indício de que esses municípios, mesmo antes do enquadramento em gestão semiplena (1995), já apresentavam uma razoável capacidade instalada de seus serviços e um desempenho importante de seu setor saúde. A segunda posição, que agrupa Sertãozinho e Assis, responde por três indicadores classificados na categoria “médio”, isto é, em relação ao número de unidades ambulatoriais por mil habitantes, número de médicos por mil habitantes e enfermeiros por mil habitantes, e no nível de baixa taxa de mortalidade pós-neonatal e de mortalidade por AIDS.

Também cabe comentar que, já em 1995, Mauá e Diadema apresentam resultados satisfatórios em seus indicadores, destacando aí o alto gasto *per capita* do SUS com recursos municipais (entre R\$ 102,71 e R\$ 143,89, respectivamente), somente inferior a São José dos Campos (R\$ 157,80); o mais alto número de médicos por mil habitantes (1,14 e 1,41); a mais baixa taxa de mortalidade por AIDS, por 100 mil habitantes (19,8 e 14,1); e mortalidade neonatal por mil nascidos vivos considerada média (13,3 e 16,5). Vale mencionar que ambos os municípios apresentam as maiores populações (322.954 e 326.729 habitantes) logo após São José dos Campos e Santos, e uma receita disponível *per capita* média (entre R\$ 415,48 e 666,77).

Além da semelhança de seus indicadores, não se pode ignorar que esses dois municípios se localizam na região da Grande São Paulo.

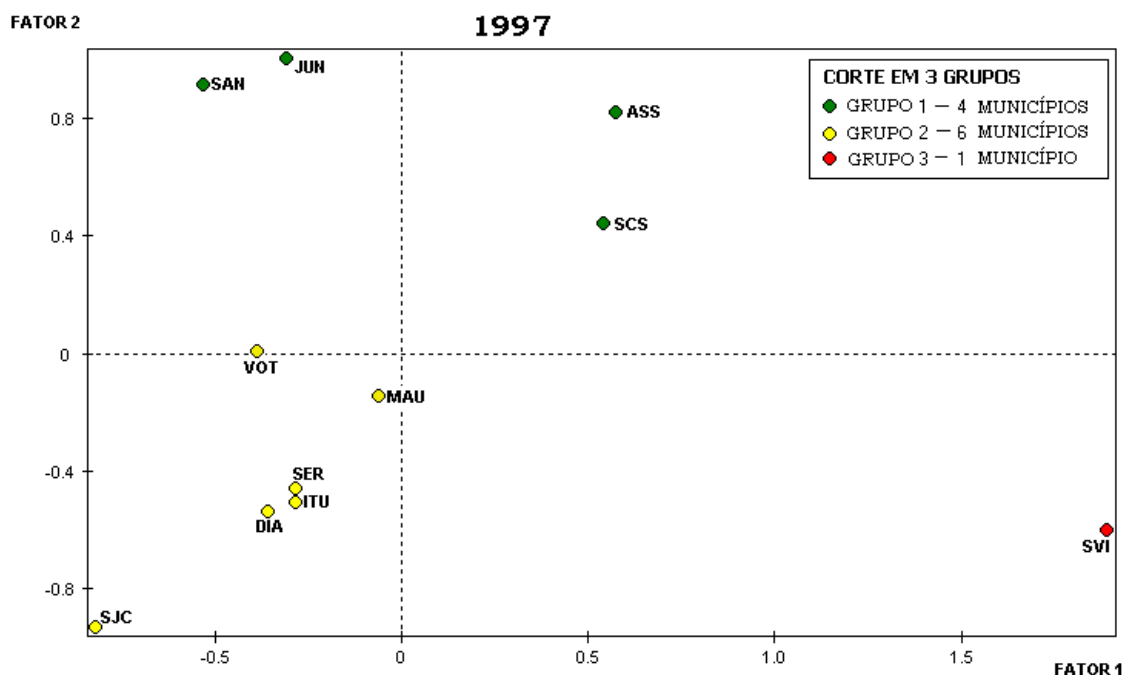
Por outro lado, Itu e Jundiaí formam um outro subagrupamento, cujas semelhanças se referem aos seguintes fatores: médio gasto *per capita* do SUS com recursos municipais (entre R\$ 61,52 e R\$ 102,70); baixo número de enfermeiros por mil habitantes (entre 0,02 e 0,09), sendo melhor apenas que São Caetano do Sul; média taxa de mortalidade geral (entre 6,2 e 7,8); as mais baixas taxas de mortalidade infantil ($< 19,4$); baixa taxa de mortalidade neonatal ($< 13,2$); alta taxa de mortalidade por acidentes de transporte, por 100 mil habitantes (entre 28 e 35,8), inferior somente a Sertãozinho (39,8); e média taxa de mortalidade por AIDS, por 100 mil habitantes (entre 20,1 e 35,0).

Por fim, merece ser ressaltado que São Caetano do Sul não se agrega a nenhum dos subagrupamentos relacionados (Figura 2). A rigor, os indicadores que o tornam um caso específico no Grupo 3 se referem à mais alta receita disponível *per capita* (R\$ 1.094,13); ao mais baixo gasto *per capita* do SUS com recursos municipais (R\$ 11,12); ao mais baixo número de enfermeiros por mil habitantes (0,01); à alta taxa de mortalidade geral por mil habitantes (9,2), somente inferior a Santos (10,4); e à mais baixa taxa de mortalidade por acidentes de transporte, por 100 mil habitantes (17,1).

Em síntese, todas as informações disponíveis revelam um quadro de concentração de nove municípios no Grupo 1, cujo desempenho médio em saúde é superior aos demais grupos, por apresentar baixas e médias taxas de mortalidade. É interessante acrescentar a essa constatação que, nesse grupo, a eficiência técnica média calculada é de 69,5% e possui baixa dispersão entre os municípios com desvio-padrão de 5,49. Os grupos 2 e 3, formados por um município cada um — Santos e São Vicente —, indicaram, em ordem decrescente, desempenhos em saúde inferiores, com altas taxas de mortalidade infantil, neonatal e por AIDS e, particularmente, o Grupo 3, com reduzidos números de unidades hospitalares e de médicos por mil habitantes. Em termos do grau de eficiência técnica calculado, esses grupos indicaram 61,1% e 44,4%, respectivamente.

No tocante ao ano de 1997, quando os municípios já se encontravam há praticamente dois anos enquadrados na modalidade semiplena do SUS, os três agrupamentos dos 11 municípios apresentam um comportamento diferente relativo ao desempenho em saúde de 1995 (Figura 3).

Figura 3 – Agrupamentos dos 11 municípios selecionados por três grupos, segundo variáveis de estrutura e resultado em saúde semelhantes – 1997



Nota: Elaboração própria.

Na Figura 3, representa-se graficamente a situação dos municípios segundo as semelhanças em termos de desempenho de saúde. Pode-se observar que, em relação ao ano anterior, há uma situação de maior equilíbrio no número de municípios entre os grupos 1 (verde) e 2 (amarelo). Isto porque o Grupo 1 passa de nove municípios, em 1995, para quatro em 1997 enquanto o Grupo 2 passa de um para seis municípios. Já o Grupo 3 continua com 1 município apenas. Assim, desde já se ressalta que a passagem de alguns municípios do Grupo 1 para o Grupo 2 está associada a uma relativa piora de algumas de suas variáveis, como se verá mais adiante.

Dentre os três grupos, destacam-se os seguintes municípios: no Grupo 1, Assis, Jundiá, Santos e São Caetano do Sul; no Grupo 2, Diadema, Itu, Mauá, São José dos Campos, Sertãozinho e Votorantim; e, no Grupo 3, São Vicente (Figura 3). Todos os municípios do Grupo 2, nesse ano, integraram o Grupo 1 em 1995.

O caso de São Vicente é singular já que, também em 1997, permanece no Grupo 3, com baixo desempenho em saúde. Além de manter os mais fracos resultados em seus indicadores, quando comparado aos demais municípios, São Vicente registra piora em quatro deles: diminuiu

o gasto *per capita* do SUS com recursos municipais, de R\$ 66,30, em 1995, para R\$ 55,44, em 1997, e o número de leitos por mil habitantes, de 0,67 para 0,65, enquanto aumentou as taxas de mortalidade perinatal, por mil nascidos vivos ou mortos, de 26,7 para 30,1 e por acidentes de transporte, por 100 mil habitantes, de 14,1 para 16,6.

Em relação ao Grupo 1 — Assis, Jundiaí, São Caetano e Santos —, classificado como o grupo de melhor desempenho em saúde, em 1997, pode ser explicado pelas seguintes variáveis: as mais altas transferências federais SUS *per capita* (entre R\$ 121,18 e R\$ 183,60); as mais baixas taxas de mortalidade pós-neonatal (entre 4,7 e 6,6), somente superiores a São José dos Campos (3,1) e as menores taxas de mortalidade por acidentes de transporte, por 100 mil habitantes. Cabe destacar que Santos é o único município que integrou, nesse ano, o Grupo 1. A passagem de Santos do Grupo 2, em 1995, para o Grupo 1, em 1997, pode ser evidenciada pela melhora em todas as variáveis de estrutura, com exceção do número de unidades ambulatoriais e hospitalares, e de resultado, isto é, as associadas às taxas de mortalidade, excluindo a por acidentes de transporte. Vale ressaltar a queda brusca que esse município obteve em sua taxa de mortalidade por AIDS, por 100 mil habitantes, passando de 65,2 para 36,6, entre esses anos.

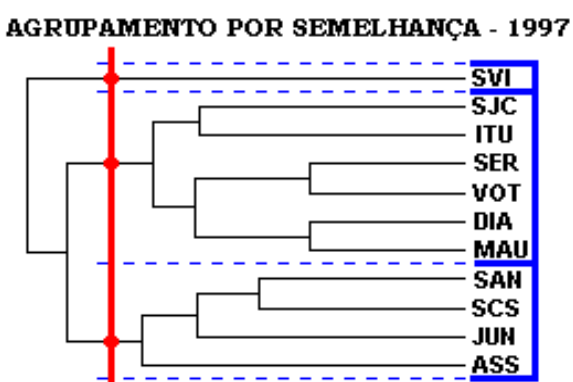
Ainda no que diz respeito ao Grupo 1, observa-se que, entre 1995 e 1997, houve nítida diminuição das taxas de mortalidade infantil, de mortalidade pós-neonatal e de mortalidade perinatal, à exceção de Jundiaí, Assis e São Caetano do Sul, respectivamente. Essa redução refletiu a implantação ou o fortalecimento de programas associados à atenção ao pré-natal, parto e ao recém-nascido, aprimorando o desempenho da saúde local.

No tocante ao Grupo 2, composto pelo maior número de municípios (seis) nesse ano e caracterizado com um desempenho em saúde inferior ao Grupo 1, pode-se verificar alguns aspectos semelhantes que agregam os municípios: nível baixo de transferência federal SUS *per capita* (< R\$ 82,19); médio número de unidades hospitalares por mil habitantes (entre 0,01 e 0,02); alto número de médicos por mil habitantes, na sua maioria acima de 1,00; e média taxa de mortalidade neonatal (entre 8,5 e 15,6). Chama, sim, a atenção, nos casos de Sertãozinho e Votorantim, o aumento do número de médicos por mil habitantes entre 1995 e 1997 enquanto os outros municípios desse grupo permaneceram no mesmo patamar. Isso se deve, sobretudo, ao esforço desses dois municípios em ampliar a oferta de serviços em saúde, a fim de responder às necessidades de suas responsabilidades enquanto gestores semiplenos do SUS.

Por seu turno, cabe frisar que o crescimento do número de municípios no Grupo 2, entre 1995 e 1997, como já mencionado, pode ser explicado pela queda que esses municípios, na sua maior parte, sofreram das variáveis associadas ao número de unidades ambulatoriais e de leitos por mil habitantes e pelo aumento das taxas de mortalidade perinatal e de mortalidade por acidentes de transporte¹⁸⁶.

Analisando-se as semelhanças dos municípios em subagrupamentos, conforme indicados na Figura 4, nota-se, em 1997, significativas alterações em relação a 1995.

Figura 4 – Agrupamentos dos 11 municípios selecionados por semelhanças dos indicadores de estrutura e resultado – 1997



Notas: – A linha vertical representa o corte intencional para três agrupamentos.
– Elaboração própria.

No Grupo 1, com o melhor desempenho em saúde, as combinações dizem respeito a Assis e Jundiaí — ambos com desempenhos específicos — e o subagrupamento Santos e São Caetano do Sul (Figura 4). Embora Assis e Jundiaí possam apresentar proximidades quanto ao mesmo médio número de enfermeiros por mil habitantes (0,14); a mesma média taxa de mortalidade geral; e as baixas taxas de mortalidade perinatal e de mortalidade por AIDS, a variável que os diferenciam é a taxa de mortalidade neonatal. Em Assis, essa taxa (7,3) é bem inferior a demonstrada por Jundiaí (15,4), o que torna o primeiro município o de melhor desempenho do Grupo 1. Algo a ser destacado entre 1995 e 1997 é a redução significativa da taxa de mortalidade perinatal nos dois municípios. Já o outro subagrupamento, formado por Santos e São Caetano do Sul, caracteriza-se pelas semelhanças dos seguintes indicadores: alta transferência federal SUS *per capita* (entre R\$ 116,06 e 163,22), inferior somente a Jundiaí; média taxa de mortalidade infantil (entre 17,5 e 21,8); médio-baixa taxa de mortalidade pós-neonatal (entre 3,2 e 4,9) e

¹⁸⁶ Para esses dados, ver Apêndice 2.

média taxa de mortalidade perinatal (entre 19,4 e 23,9). Ambos os municípios apresentam elevadas taxas de mortalidade por AIDS nesse ano de 1997, porém consideravelmente inferiores a 1995.

Nos subagrupamentos do Grupo 2, observa-se, em primeiro lugar, que Diadema e Mauá se mantêm, como em 1995, com desempenhos semelhantes. Todavia, é digno de nota que ambos alteram sua posição do Grupo 1 para o Grupo 2 em 1997, como já mencionado. As variáveis que explicam as suas semelhanças permanecem as mesmas de 1995. Isto porque Diadema e Mauá dispõem do mesmo médio-alto gasto *per capita* do SUS com Recursos municipais (entre R\$ 125,99 e R\$ 172,71); do alto número de médicos por mil habitantes; da baixa taxa de mortalidade por AIDS, por 100 mil habitantes (entre 15,5 e 22,2) e da média taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos (entre 17,5 e 21,8). Contudo, cabe registrar que, tanto o número de médicos por mil habitantes como a taxa de mortalidade infantil apresentam, em 1997, resultados inferiores a 1995. Ainda, em 1997, é possível perceber que suas semelhanças são explicadas pelo baixo número de unidades ambulatoriais por mil habitantes (entre 0,06 e 0,19), médio número de unidades hospitalares por mil habitantes (entre 0,01 e 0,02) e baixo número de leitos por mil habitantes (1,56).

Em segundo lugar, verifica-se, no Grupo 2, a proximidade de Sertãozinho e Votorantim, que passam a formar um subagrupamento específico, ambos com população na faixa de 90 mil habitantes. Dentre os resultados semelhantes de seus indicadores, destacam-se: médio gasto *per capita* do SUS com recursos municipais (entre R\$ 79,26 e 125,98); baixa transferência federal SUS *per capita* (entre R\$ 21,72 e R\$ 68,88); médio número de unidades hospitalares por mil habitantes e baixa taxa de mortalidade geral.

Por fim, um terceiro subagrupamento pode ser verificado no Grupo 2: Itu e São José dos Campos. É interessante perceber que esses municípios apresentam os mesmos desempenhos em número de médicos por mil habitantes (entre 1,00 e 1,21) e taxa de mortalidade por AIDS (média, entre 15,3 e 22,5). Embora esses municípios possuam, nesse ano, contingentes populacionais bastante diferentes — Itu (125.062) e São José (503.867) —, verifica-se que ambos não atendem apenas à população residente, mas também, de forma destacada, à de outros municípios.

Afora o já comentado, é importante verificar que, em 1997, é possível detectar um maior equilíbrio do número de municípios entre o Grupo 1 (quatro) e o Grupo 2 (seis). Tal

comportamento desses grupos, entre 1995 e 1997, é consideravelmente distinto, conforme indica a Figura 5. Essa figura representa o Grupo 1 na cor verde, o Grupo 2 na cor amarela e o Grupo 3 na cor vermelha, para mostrar que o desempenho em saúde e o grau de eficiência técnica são decrescentes.

Figura 5 – Distribuição dos 11 municípios selecionados por três grupos, segundo variáveis de estrutura e resultado em saúde semelhantes – 1995 e 1997

1995		1997	
Grupos	Nº Mun	Grupos	Nº Mun
Grupo 1	9	Grupo 1	4
		Grupo 2	6
Grupo 2	1		
Grupo 3	1	Grupo 3	1

Nota: Representa-se o Grupo 1 na cor verde; o Grupo 2 na cor amarela; e o Grupo 3 na cor vermelha, para indicar que os desempenhos em saúde e o grau de eficiência técnica média são decrescentes.

Enquanto o Grupo 1 apresenta uma eficiência técnica média de 69,7%, com um desvio-padrão de 8,8, o Grupo 2 indica um nível um pouco menor de 69,2%, com um desvio-padrão de 6,8. Desse modo, constata-se que, embora esses grupos sejam distintos em termos de desempenho de saúde, em que o Grupo 1 é superior ao 2, no caso específico da eficiência técnica, em 1997, essa diferença hierárquica é muito pequena. Isso pode ser um indício de que, no fim do terceiro ano de gestão semiplena, as diferenças entre os municípios selecionados, agregados segundo desempenho semelhante em saúde, vêm diminuindo. Em outras palavras, os três primeiros anos da gestão municipal mais qualificada e descentralizada do SUS contribuíram para que os municípios tornassem os serviços e ações de saúde locais mais homogêneas. Além disso, cabe lembrar também que 1997 se refere ao primeiro ano de governo da administração municipal (1997-2000), em que, raramente, os serviços e as ações de políticas públicas, em geral, e da

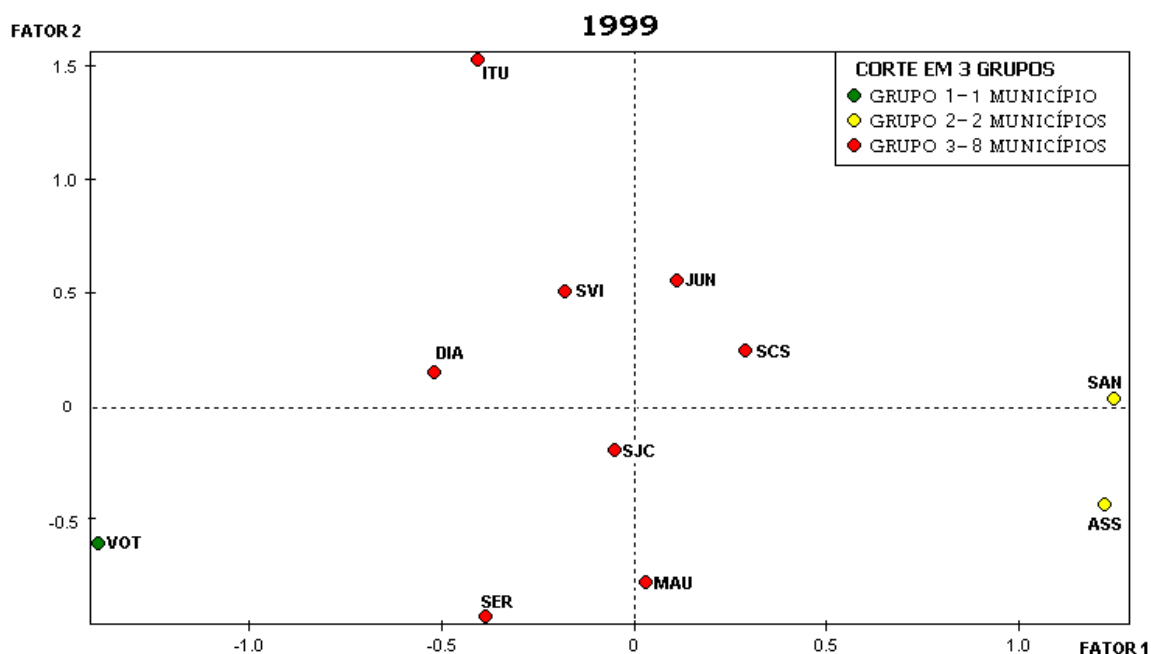
saúde, em particular, são modificados pela nova equipe de governo, comportamento diferente ao dos anos subseqüentes.

Infelizmente, o mesmo não pode ser detectado para a gestão semiplena de São Vicente (Grupo 3). Em 1997, esse município registra 38,5% de eficiência técnica, distanciando-se de forma considerada dos grupos 1 e 2. Esse grau de eficiência é reflexo da posição em que se encontra os seus indicadores de estrutura e resultado em saúde: nos piores níveis, principalmente quando comparados aos dos demais municípios selecionados.

Vejamos agora o ano de 1999, já na fase da gestão plena do sistema municipal do SUS. A distribuição dos municípios entre os três grupos altera-se de forma significativa, quando comparada a 1997 (Figura 6). Pode-se notar que há um número considerado de municípios (oito) no Grupo 3, classificado neste estudo como o pior grupo em termos de desempenho em saúde.

É digno de nota que o Grupo 2 se apresenta mais uma vez reduzido. Registre-se: passa de nove municípios, em 1995, para quatro, em 1997, e para somente dois em 1999 (Assis e Santos). Outra novidade diz respeito ao Grupo 1, que passa a ser formado por apenas um município: Votorantim.

Figura 6 – Agrupamentos dos 11 municípios selecionados por três grupos, segundo variáveis de estrutura e resultado em saúde semelhantes – 1999



Nota: Elaboração própria.

Votorantim revela-se, em 1999, como o município com o melhor desempenho em saúde. As razões que o explicam como um caso isolado no Grupo 1 correspondem, especialmente, a duas variáveis: o maior número de médicos por mil habitantes (acima de 1,53 — situação já detectada em 1997) e a mais baixa taxa de mortalidade perinatal (7,6). Além desse indicador, nota-se também especificidades quanto ao número de unidades ambulatoriais por mil habitantes (0,28 — somente inferior a Assis e Santos) e a média taxa de mortalidade por acidentes de transporte, por 100 mil habitantes (17,1). Vale ressaltar que Votorantim desloca-se do Grupo 2, em 1997, para o Grupo 1, em 1999, principalmente pelo crescimento da variável transferência federal SUS *per capita*; pela queda vertiginosa da taxa de mortalidade perinatal, por mil nascidos vivos ou mortos, de 14,6 para 7,6; e pelo aumento do número de médicos por mil habitantes, de 1,29 para 1,61.

Em relação ao Grupo 2, formado por Assis e Santos, a semelhança entre os seus desempenhos em saúde pode ser observada pelo alto resultado de suas capacidades de oferta de serviços em saúde. Devem ser considerados três principais indicadores: transferências federal SUS *per capita*, classificadas como as mais altas em relação aos demais municípios (entre R\$ 93,12 e R\$ 130,84), com exceção de Jundiaí; número de unidades ambulatoriais por mil habitantes, enquadrado como categoria alta (acima de 0,38); e número de leitos por mil habitantes, classificado como médio-alto (entre 3,89 e 6,51). Contudo, verifica-se que ambos os municípios reduziram sua posição em termos de desempenho em saúde, passando do Grupo 1, em 1997, para o Grupo 2, em 1999. Para Assis, essa situação pode ser observada, de um lado, pelas quedas das transferências federais SUS *per capita* (de R\$ 121,18 para R\$ 108,95) — ainda que se situe entre as mais altas de todos os municípios —; do número de unidades hospitalares por mil habitantes (de 0,04 para 0,03); e do número de leitos por mil habitantes (de 6,89 para 4,80), e, de outro lado, pelo aumento das taxas de mortalidade neonatal por mil nascidos vivos (de 7,3 para 10,0); da mortalidade perinatal, por mil nascidos vivos ou mortos (de 15,2 para 15,7); e da mortalidade por acidentes de transporte, por 100 mil habitantes (de 21,6 para 35,0). Para Santos, três variáveis indicaram pior situação em 1999: 1) a diminuição das transferências federais SUS *per capita* (de R\$ 148,18 para R\$ 118,05); 2) a redução do número de unidades ambulatoriais por mil habitantes (de 0,42 para 0,35); e 3) o crescimento da taxa de mortalidade pós-neonatal, por mil nascidos vivos (de 4,8 para 5,0).

É importante salientar que a originalidade do ano de 1999 é o aumento do número de municípios no Grupo 3, em relação a 1997, passando de um para oito municípios. São eles: Diadema, Itu, Jundiaí, Mauá, São Caetano do Sul, São José dos Campos, Sertãozinho e São Vicente. A participação desse último município no Grupo 3 não se constitui numa novidade, dado que já era integrante em 1995 e 1997. Chama, sim, a atenção a queda do desempenho em saúde dos demais municípios, principalmente Jundiaí e São Caetano do Sul, que, em 1997, pertenciam ao Grupo 1 e não ao Grupo 2, como os demais. Esse deslocamento provavelmente foi reflexo, além dos fatores relacionados a seguir para o conjunto dos municípios, da subida da taxas de mortalidade geral por mil habitantes em São Caetano do Sul (de 9,6 para 9,9) e de mortalidade perinatal, por mil nascidos vivos ou mortos em Jundiaí (de 17,1 para 17,7) enquanto em todos os demais municípios essas taxas foram reduzidas.

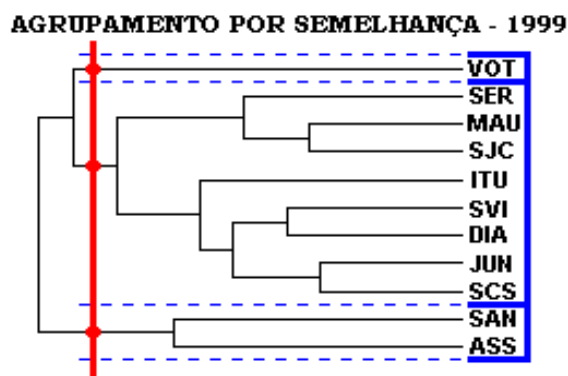
Por sua vez, dentre outros aspectos que explicam a passagem desses sete municípios para o Grupo 3, excluindo São Vicente, destaca-se, principalmente, a diminuição do número de médicos por mil habitantes, que passou, em média, de 1,11, em 1997, para 1,08, em 1999. Esse quadro é diferente dos demais municípios dos grupos 1 e 2, uma vez que ampliaram esse indicador. Além dessa piora na estrutura dos serviços de saúde, esses municípios apresentam, na média, queda vertiginosa das transferências federais SUS *per capita* (de R\$ 90,12 para R\$ 69,25); redução do número de unidades ambulatoriais por mil habitantes (de 0,21 para 0,16) e de leitos por mil habitantes (de 2,42 para 2,25). Note-se que a queda dessas variáveis de estrutura se encontram mais relacionadas ao crescimento da população desses municípios entre esses anos analisados, uma vez que se sabe da dificuldade de investimento dos municípios na expansão da rede de saúde desde 1995.

É pertinente notar que duas explicações gerais contribuem para entender essa peculiaridade de vários municípios passarem para o Grupo 3 em 1999. Em primeiro lugar, como já mencionado e discutido no Capítulo 3, trata-se da retração das transferências federais do SUS pelo Ministério da Saúde, que, sem dúvida, prejudicou o aporte de recursos necessários para dar sequência aos trabalhos em saúde nos municípios. Isso porque, como também já analisado no capítulo anterior, os municípios utilizaram-se do esforço próprio de seus recursos, aumentando-os gradativamente após 1995, levando em conta a magnitude da transferência federal anteriormente estabelecida. Vale lembrar, ainda, que, entre 1997 e 1999, cerca de 326 municípios no Brasil,

sendo cem no Estado de São Paulo¹⁸⁷, enquadraram-se na gestão plena do sistema municipal, o que tornou os repasses do Ministério da Saúde mais vulneráveis. Em segundo lugar, é possível reconhecer que 1999 foi o ano da desvalorização cambial, restringendo o crescimento econômico e fragilizando as finanças públicas. Desse modo, pode-se dizer que 1999 se constitui em um ano atípico para a análise aqui empreendida.

No tocante à análise do Grupo 3, com oito municípios, é interessante perceber que a variabilidade das condições de desempenho em saúde aponta para três principais subgrupos, conforme indicados na Figura 7.

Figura 7 – Agrupamentos dos 11 municípios selecionados por semelhanças dos indicadores de estrutura e resultado – 1999



Notas: – A linha na vertical representa o corte intencional para três agrupamentos.
– Elaboração própria.

O primeiro subgrupo, formado por São José dos Campos e Mauá, apresenta características semelhantes em relação a: baixo número de unidades ambulatoriais por mil habitantes (até 0,15); médio número de unidades hospitalares por mil habitantes (entre 0,01 e 0,03); médio número de médicos por mil habitantes (entre 0,99 e 1,25); médio número de enfermeiros por mil habitantes (entre 0,17 e 0,21); baixa taxa de mortalidade perinatal (até 5,9); média taxa de mortalidade pós-neonatal (entre 3,7 e 5,4); e alta taxa de mortalidade perinatal (entre 19,5 e 23,9). O segundo subgrupo reúne São Caetano do Sul e Jundiaí, cujas semelhanças se referem a oito indicadores: alto gasto *per capita* do SUS com recursos municipais (entre R\$ 131,74 e R\$ 161,14); médio número de unidades ambulatoriais, hospitalares e leitos por mil habitantes; baixo número de

¹⁸⁷ Para os números de municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal no Brasil, ver Capítulo 1 e no Estado de São Paulo, ver Capítulo 2.

enfermeiros por mil habitantes; médias taxas de mortalidade pós-neonatal e perinatal; e baixa taxa de mortalidade por acidentes de transporte (entre 8,6 e 15,3).

O terceiro subgrupo diz respeito à Diadema e São Vicente. Pela primeira vez, nos anos analisados, São Vicente passa a ser comparado com os demais municípios em termos de resultados de indicadores de estrutura e resultado. Entretanto, mesmo nesse ano, sua proximidade faz-se com Diadema — um dos municípios no Grupo 3 com os mais baixos resultados em suas variáveis. Ambos apresentam resultados próximos em relação aos seguintes indicadores: médio-baixa transferências federal SUS *per capita* (entre R\$ 17,66 e R\$ 55,38); baixo número de leitos por mil habitantes (até 1,25); média taxa de mortalidade geral (entre 6,0 e 7,6); alta taxa de mortalidade infantil (entre 17,5 e 20,4); média taxa de mortalidade pós-neonatal; e média taxa de mortalidade por AIDS, por 100 mil habitantes (entre 11,2 e 17,5).

Ainda, observa-se que dois municípios não são considerados agregados em subgrupos, dado que apresentam resultados de seus indicadores bastante específicos. São eles: Itu e Sertãozinho. Contudo, de acordo com a Figura 7, o primeiro revela uma situação muito mais específica. É possível verificar que Itu, no conjunto do Grupo 3 com oito municípios, dispõe de resultados que só são apresentados por ele mesmo. Vale dizer: a mais baixa Transferência federal SUS *per capita* (R\$ 12,94); o maior número de unidades hospitalares por mil habitantes (0,04); e o mais elevado número de leitos por mil habitantes (9,21). Já a especificidade dos indicadores de Sertãozinho diz respeito a ser o único município a apresentar: baixa taxa de mortalidade neonatal por mil nascidos vivos (8,3); médio-baixa taxa de mortalidade pós-neonatal por mil nascidos vivos (11,8); e baixo-média taxa de mortalidade perinatal (11,8).

Em termos dos aspectos gerais da análise de 1999, constata-se uma situação bastante diferenciada na composição dos três grupos, quando comparada aos anos de 1995 e 1997 (Figura 8). Chama a atenção o considerável número de municípios (oito) no Grupo 3.

Figura 8 – Distribuição dos 11 municípios selecionados por três grupos, segundo variáveis de estrutura e resultado em saúde semelhantes – 1995, 1997 e 1999

1995		1997		1999	
Grupos	Nº Mun	Grupos	Nº Mun	Grupos	Nº Mun
Grupo 1	9	Grupo 1	4	Grupo 1	1
				Grupo 2	2
		Grupo 2	6	Grupo 3	8
Grupo 2	1				
Grupo 3	1	Grupo 3	1		

Nota: Representa-se o Grupo 1 na cor verde; o Grupo 2 na cor amarela; e o Grupo 3 na cor vermelha, para indicar que os desempenho em saúde e o grau de eficiência técnica média são decrescentes.

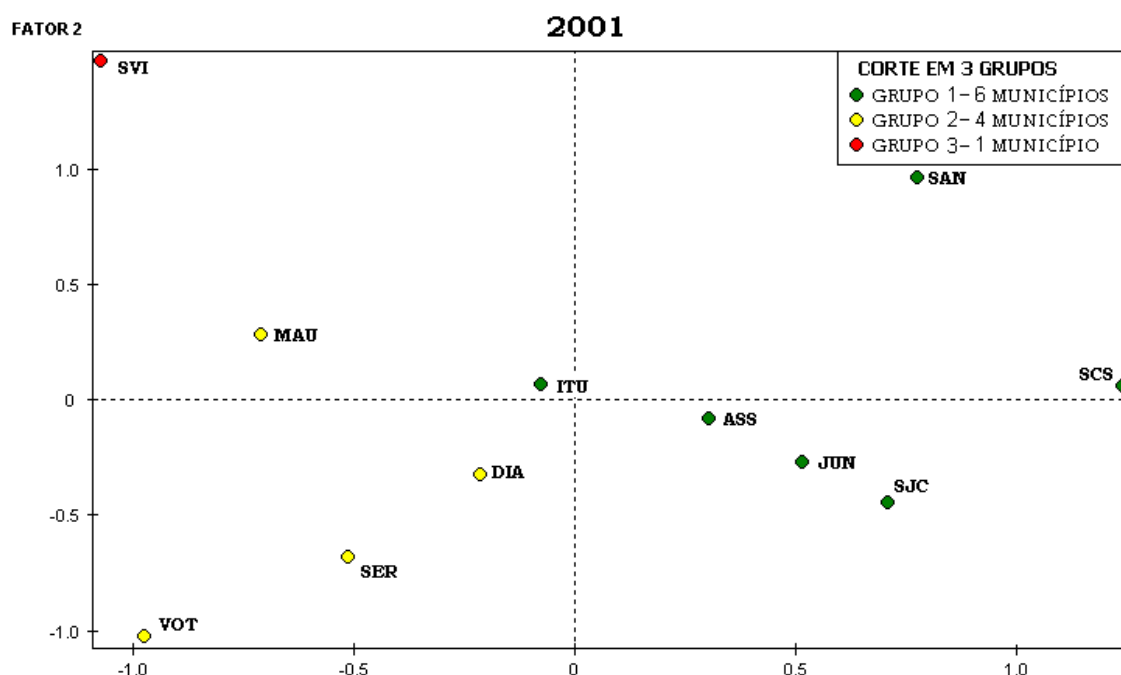
Após cinco anos de implementação da gestão municipal mais descentralizada e qualificada do SUS, verifica-se, de acordo com a Figura 8, um constrangimento do desempenho da saúde local nos municípios paulistas mais antigos nesse tipo de enquadramento no sistema de saúde. A ampliação do Grupo 3, por um lado, e as reduções dos grupos 1 e 2, em relação a 1995 e 1997, de outro, podem evidenciar claramente que algo não andava bem na política de descentralização, até então adotada pelo Ministério da Saúde. Os municípios mais antigos nas modalidades mais descentralizadas do SUS demonstram, em 1999, que o “fôlego”, em termos de desempenho em saúde, dessa forma de gestão, estava prejudicado. Enquanto o Grupo 3 indica uma eficiência técnica médio-baixa de 58,3% e um desvio-padrão de 7,8; o Grupo 2, constituído por dois municípios, apresenta uma eficiência consideravelmente superior de 69,8%; e o Grupo 1, formado apenas por Votorantim, ainda maior, de 71,7%. Note-se que, entre 1995 e 1999, há maior dispersão do desempenho em saúde e do grau de eficiência dos grupos, ou seja, de divergência de seus indicadores (Figura 8) .

Se esse é o quadro problemático apontado pelos municípios selecionados já em 1999, interessa-nos verificar, mesmo num diferente contexto econômico, o comportamento do desempenho da saúde *em 2001*.

No Capítulo 3, ao examinarmos a capacidade das finanças públicas, chamamos a atenção para a recuperação das finanças dos municípios selecionados em 2001, particularmente da receita disponível que retoma o crescimento em relação a 2000 em 4,4%. Pode-se aí verificar que o contexto financeiro local é mais favorável do que o observado em 1999. No entanto, é pouco provável que as demandas pelas políticas sociais, em geral, e pela saúde, em particular, não deixaram de estar firmemente presentes. Desse modo, resta verificar a resposta dos municípios selecionados em termos de desempenho do SUS local.

Detendo-se na distribuição dos municípios selecionados por grupos de desempenho em saúde, pode-se notar que a Figura 9, ao apresentar as informações de 2001, revela uma considerável alteração do quadro indicado em 1999.

Figura 9 – Agrupamentos dos 11 municípios selecionados por três grupos, segundo variáveis de estrutura e resultado em saúde semelhantes – 2001



Nota: Elaboração própria.

Em 2001, a distribuição dos municípios entre os grupos 1 e 2 volta a ser mais equilibrada que em 1999. Isso porque o Grupo 1 é composto por seis municípios — Assis, Itu, Jundiaí, Santos, São Caetano do Sul e São José dos Campos — e o Grupo 2 por quatro municípios — Diadema, Mauá, Sertãozinho e Votorantim. O Grupo 3 passa, como em 1995 e 1997, a ser

constituído por apenas um município, São Vicente, o que não se caracteriza numa novidade no período pesquisado.

De forma similar aos demais anos analisados, São Vicente mantém, em 2001, os seus indicadores nos piores níveis, seja para os associados a oferta de serviços, com exceção do número de enfermeiros por mil habitantes (0,20, considerado médio), seja para as taxas de mortalidade, excluindo as relativas à mortalidade geral, por mil habitantes (na categoria média, 6,9); por acidentes de transporte, por 100 mil (médio-baixa, 13,0) e por AIDS (média, 18,6). Cabe registrar que, ao longo dos anos analisados — 1995, 1997, 1999 e 2001 —, São Vicente sempre permaneceu no Grupo 3.

Em relação ao Grupo 2, formado por Diadema, Mauá, Sertãozinho e Votorantim, o desempenho em saúde semelhante pode ser explicado, de um lado, pelas baixas taxas de mortalidade geral, por mil habitantes (entre 5,1 e 5,6) e mortalidade por AIDS, por 100 mil habitantes (entre 6,0 e 11,3), e, por outro lado, pelas taxas médias de mortalidade pós-neonatal, por mil nascidos vivos (5,1 e 5,6) e de mortalidade de acidentes de transporte (entre 11,6 e 17,1). A rigor, o que mantém esses municípios no Grupo 2, e não no Grupo 1, diz respeito, principalmente, aos baixos números de unidades ambulatoriais por mil habitantes (entre 0,08 e 0,13) e de leitos por mil habitantes (entre 0,90 e 1,24). Cabe destacar que todos os quatro municípios integrantes do Grupo 2 melhoraram suas posições em 2001 em relação a 1999, isto é, passaram do Grupo 3 para o 2 em razão, particularmente, da redução significativa da taxa de mortalidade por AIDS, por 100 mil habitantes e ao aumento do número de enfermeiros e de médicos (à exceção de Diadema) por mil habitantes.

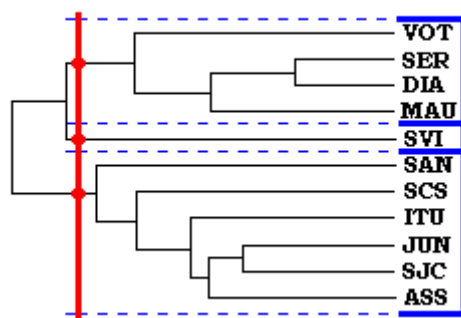
No tocante ao Grupo 1, constituído por seis municípios — Assis, Itu, Jundiaí, Santos, São Caetano do Sul e São José dos Campos —, as características semelhantes que o descrevem como o grupo com melhor desempenho em saúde em 2001 são evidenciadas, na sua maioria, por: médio número de unidades ambulatoriais, por mil habitantes (entre 0,14 e 0,23); médio-alto número de leitos, por mil habitantes (entre 3,77 e 6,28); médio-baixa taxa de mortalidade pós-neonatal, por mil nascidos vivos (entre 2,7 e 4,1); e baixas e médias taxas de mortalidade infantil (entre 11,9 e 16,9). Uma interessante observação é que, considerando-se o período entre 1999 e 2001, os municípios integrantes desse grupo, na sua maioria, melhoraram de forma considerada os indicadores, particularmente os referentes às taxas de mortalidade infantil. Uma das justificativas desse comportamento é que os municípios maiores, em razão da maior demanda por

serviços de saúde e por constar de ponto-chave das agendas nacionais e estaduais de saúde, vem, a mais tempo, assumindo essa meta de redução da mortalidade infantil, bem como a responsabilidade por esse gasto.

Esse movimento geral dos indicadores de desempenho em saúde do Grupo 1, entretanto, não se confirma de forma homogênea quando são examinados os agrupamentos dos municípios por semelhanças (Figura 10).

Figura 10 – Agrupamentos dos 11 municípios selecionados por semelhanças dos indicadores de estrutura e resultado – 2001

AGRUPAMENTO POR SEMELHANÇA - 2001



Notas: – A linha na vertical representa o corte intencional para três agrupamentos.
– Elaboração própria.

De acordo com a Figura 10, é possível perceber no Grupo 1 apenas um subgrupo de municípios semelhantes em termos de desempenho em saúde: Jundiaí e São José dos Campos. Esses municípios respondem por baixo número de enfermeiros, por mil habitantes (iguais em 0,18) e por médio-baixa taxa de mortalidade pós-neonatal, por mil nascidos vivos (3,8 e 4,1, respectivamente). Assis, ainda que não se agregue a nenhum outro município, é o que mais se aproxima de Jundiaí e São José dos Campos em termos de semelhanças, particularmente no nível da taxa de mortalidade pós-neonatal. Já Itu, São Caetano do Sul e Santos apresentam características de indicadores de estrutura e resultado específicas, não se agregando a nenhum outro município, ainda que todos pertençam ao Grupo 1.

O Grupo 2, formado por Diadema, Mauá, Sertãozinho e Votorantim, apresenta apenas um subagrupamento com indicadores de saúde semelhantes, Diadema e Sertãozinho (Figura 10). Suas semelhanças são reflexos, principalmente, do baixo número de unidades ambulatoriais por mil habitantes (0,09 e 0,13, respectivamente), do médio número de médicos por mil habitantes (1,22 e 1,20, respectivamente), das médias taxas de mortalidade infantil (17,2 e 14,4,

respectivamente) e de mortalidade por acidentes de transporte por 100 mil habitantes (14,14 e 15,60) e da baixa taxa de mortalidade por AIDS por 100 mil habitantes (6,0 e 8,3). Já Mauá, embora não se agregue especificamente a outros municípios, é o que mais se assemelha a Diadema e Sertãozinho. Dois dos indicadores de Mauá pertencem ao mesmo nível desses dois municípios. São eles: baixa taxa de mortalidade por AIDS (11,63) e baixo número de unidades ambulatoriais por mil habitantes (0,08). Votorantim também não se apresenta como um subgrupo. O seu desempenho em saúde é bem mais específico que os demais do Grupo 2, isto é, com melhores resultados.

Chama, sim, a atenção que Votorantim, após ter apresentado em 1999 o melhor desempenho dentre os municípios selecionados, passe, do Grupo 1, nesse ano, para o Grupo 2, em 2001. Sua trajetória declinante pode ser explicada pela piora dos seguintes indicadores: do gasto *per capita* do SUS com recursos municipais (de R\$ 102,61 para R\$ 93,90), da transferência federal SUS *per capita* (de R\$ 53,49 para 43,35), do número de leitos por mil habitantes (de 1,09 para 1,04) e da taxa de mortalidade pós-neonatal (de 3,1 para 5,3). Por seu turno, é bom lembrar que Votorantim, mesmo com essa diminuição no seu desempenho em saúde em 2001, destaca-se, dentre os municípios selecionados, por apresentar os melhores resultados em diversos indicadores, especialmente nos mais altos números de médicos e enfermeiros por mil habitantes (1,91 e 0,31, respectivamente) e nas mais baixas taxas de mortalidade neonatal e perinatal (8,9 e 7,7, respectivamente).

Diferentemente de Votorantim, os municípios, na sua grande maioria, seguiram um caminho distinto entre 1999 e 2001, isto é, passaram do Grupo 3 para o Grupo 2 e alguns para o Grupo 1, apresentando um desempenho de saúde crescente. Esse movimento registra um maior equilíbrio no número de municípios entre os grupos 1 e 2, em 2001, conforme indica a Figura 11.

Figura 11 – Distribuição dos 11 municípios selecionados por três grupos, segundo variáveis de estrutura e resultado em saúde semelhantes – 1995, 1997, 1999 e 2001

1995		1997		1999		2001	
Grupos	Nº Mun	Grupos	Nº Mun	Grupos	Nº Mun	Grupos	Nº Mun
Grupo 1	9	Grupo 1	4	Grupo 1	1	Grupo 1	6
		Grupo 2	6	Grupo 2	2		
				Grupo 3	8	Grupo 2	4
Grupo 2	1	Grupo 3	1			Grupo 3	1
Grupo 3	1						

Nota: Representa-se o Grupo 1 na cor verde; o Grupo 2 na cor amarela; e o Grupo 3 na cor vermelha, para indicar que os desempenhos em saúde e o grau de eficiência técnica média são decrescentes.

No tocante ao grau de eficiência, o Grupo 1 alcançou apenas 62,8%, com baixo desvio-padrão de 5,2. Já no Grupo 2, a eficiência fica abaixo de 60% (59,6%), com 7,5 de desvio-padrão. No caso do Grupo 3, o grau de eficiência observado mostrou-se bem reduzido, com 34,5%. Como mencionado, esse último grupo é formado somente pelo município de São Vicente, o que mais uma vez não se constitui em novidade ao longo dos anos analisados. Ainda, algo a ser destacado em 2001 é que o maior equilíbrio do número de municípios entre os grupos, com recuperação do desempenho em saúde em relação a 1999, também aponta para um movimento de divergência de seus indicadores e, conseqüentemente, de seu grau de eficiência.

De forma geral, de acordo com a Figura 11, bastante expressiva é a mudança ocorrida entre o comportamento do desempenho em saúde dos três grupos, 1, 2 e 3, ao longo dos anos. Nota-se que, nesses anos, de maneira geral, as diferenças entre os 11 municípios analisados, em relação a tais indicadores de estrutura e resultado em saúde, vêm aumentando, ou seja, divergindo.

Antes que se possa fazer as considerações finais dos resultados analisados em 1995, 1997, 1999 e 2001, o Quadro 21 sumariza os comportamentos das médias dos indicadores de estrutura e de resultado, registrando a situação ao longo desses anos.

Quadro 21
Situação das médias dos indicadores de estrutura e resultado dos 11 municípios selecionados ao longo de 1995, 1997, 1999 e 2001

Indicadores	1995-2001		1995 e 1997		1997 e 1999		1999 e 2001	
	Situação	Taxa de variação %	Situação	Taxa de variação %	Situação	Taxa de variação %	Situação	Taxa de variação %
Estrutura								
Gasto <i>per capita</i> Sus c/ Rec.Munic.	melhoria	39,2	melhoria	25,0	melhoria	14,0	piora	-2,36
Transferência Federal SUS <i>per capita</i>	piora	-9,7	melhoria	34,1	piora	-19,7	piora	-16,15
Unidades ambulatoriais por mil hab.	piora	-33,5	piora	-7,1	piora	-19,2	piora	-11,30
Unidades hospitalares por mil hab.	estável	0,0	estável	0,0	estável	0,0	estável	0,00
Leitos por mil habitantes	piora	-25,1	piora	-9,9	piora	-14,6	piora	-2,72
Médicos por mil habitantes	melhoria	21,2	melhoria	11,1	melhoria	1,8	melhoria	7,14
Enfermeiros por mil habitantes	melhoria	69,2	melhoria	30,8	melhoria	11,8	melhoria	15,79
Resultado								
Taxa de mortalidade geral (a)	melhoria	-5,7	melhoria	-1,4	melhoria	-1,4	melhoria	-2,94
Taxa de mortalidade infantil (b)	melhoria	-26,5	melhoria	-10,5	melhoria	-18,9	piora	1,26
Taxa de mortalidade neonatal (c)	melhoria	-24,8	melhoria	-7,4	melhoria	-18,1	melhoria	-0,88
Taxa de mortalidade pós-neonatal (d)	melhoria	-29,0	melhoria	-15,9	melhoria	-22,4	piora	8,9
Taxa de mortalidade perinatal (e)	melhoria	-16,2	piora	5,9	melhoria	-20,4	melhoria	-0,58
Taxa de mort.por acid.de transporte (f)	melhoria	-34,7	piora	5,8	melhoria	-27,0	melhoria	-15,51
Taxa de mortalidade por AIDS (g)	melhoria	-51,3	melhoria	-31,3	melhoria	-24,3	melhoria	-6,29

Notas: Elaboração própria

(a) Taxa de mortalidade geral por mil habitantes; (b) Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos; (c) Taxa de mortalidade neonatal por mil nascidos vivos; (d) Taxa de mortalidade pós-neonatal por mil nascidos vivos; (e) Taxa de mortalidade perinatal, por mil nascidos vivos ou mortos; (f) Taxa de mortalidade por acidentes de transporte, por 100 mil habitantes; (g) Taxa de mortalidade por AIDS, por cem mil habitantes.

Observa-se, no Quadro 21, que a situação da maior parte dos indicadores selecionados sinaliza melhora nas condições de saúde da população dos 11 municípios nos quatro anos pesquisados. É digno de destaque o desempenho satisfatório do bloco de indicadores das taxas de mortalidade. Por outro lado, nota-se um movimento contrário dos indicadores de capacidade instalada, especialmente as unidades ambulatoriais e os leitos por mil habitantes, que registram piora nos quatro momentos considerados. Isso pode ser um indício de que o crescimento da população desses municípios, durante os quatro anos, não foi acompanhado pelo aumento do investimento em capacidade instalada nas redes básica e hospitalar. Outro resultado que confirma essa tendência é o comportamento do número de unidades hospitalares por mil, que permaneceu estável.

Pode-se verificar também que a melhora em alguns dos indicadores selecionados foi mais sentida entre os dois primeiros anos da gestão semiplena (1995 e 1997). Particularmente, isto se

observou, de um lado, para os indicadores de médicos e enfermeiros por mil habitantes, com aumento de 11,1% e 30,8% respectivamente, e, de outro, pelo crescimento do gasto *per capita* do SUS com recursos municipais (25,0%) e das transferências federais do SUS *per capita* (34,1%). Este último indicador, como comentado no Capítulo 3, diminuiu sensivelmente apresentando uma redução de 19,7% entre 1997 e 1999, e de 16,15% entre 1999 e 2001. Entre estes últimos anos, é possível perceber também a piora do gasto *per capita* do SUS com recursos municipais (−2,36%).

No Capítulo 3, ao examinarmos o padrão do gasto total médio *per capita* do SUS desses 11 municípios, chamamos a atenção para a existência de dois subperíodos distintos em termos de sua evolução. O primeiro diz respeito a 1995-1997, qualificado como os “curtos anos dourados” desse gasto, com um crescimento de 27,8%, contando com uma ampliada participação das fontes federal e municipal nesses anos. Já no segundo subperíodo (1998 a 2001), verifica-se um caminho oposto. Vale dizer, constata-se uma queda desse gasto de 10,0%, o qual não pode ser sustentado pelas transferências federais do SUS, que também apresentaram retração de 26,8%¹⁸⁸.

Ora, se esse foi o movimento do gasto total *per capita* do SUS, realizado pelos 11 municípios, a mesma tendência parece ter sido demonstrada no tocante ao desempenho dos demais indicadores de estrutura, conforme indica o Quadro 21. É possível dizer que, nesses três primeiros anos da gestão semiplena (1995-1997), a capacidade instalada dos municípios ainda não apresentava sinais de esgotamento, o que vai ser observado posteriormente em processo paulatino de degradação nos subperíodos entre 1997 e 1999 e entre 1999 e 2001. Registra-se, nesses subperíodos, queda do número de unidades ambulatoriais e de leitos por mil habitantes e da estabilidade do número das unidades hospitalares.

Já no caso dos indicadores de resultado, verifica-se um melhor desempenho no período entre 1997 e 1999, isto é, no momento da gestão plena do sistema municipal, quando comparado aos anos anteriores. Tal comportamento pode ser um reflexo do esforço das ações programáticas em saúde, iniciadas a dois anos de existência da gestão semiplena desses municípios e incorporadas à política local de saúde. Contudo, entre 1999 e 2001, detecta-se que dois importantes indicadores associados ao resultado registram piora: a taxa de mortalidade infantil e a taxa de mortalidade pós-neonatal, com um aumento de 1,26% e 8,9%, respectivamente.

¹⁸⁸ Para esses dados, ver quadros 18 e 19 do Capítulo 3.

Em síntese, cabe destacar que, entre 1995 e 2001, mesmo com um comportamento diferente dos indicadores de estrutura e resultado nos subperíodos, há uma tendência de maior dispersão no desempenho dos 11 municípios selecionados ao longo dos anos analisados; ou seja, de menor convergência de seus indicadores. Na análise pelos distintos grupos 1, 2 e 3, chama a atenção que os resultados dos indicadores de desempenho em saúde são piores, em 1999 e 2001, do que os demonstrados em 1995 e 1997. Para que se possa entender as razões que levaram a esse quadro, tratamos de examinar, no próximo item, o desempenho da eficiência técnica com o intuito de compreender qual de suas dimensões — indicadores de estrutura e resultados — mais colaborou para os resultados encontrados. Para tanto, construímos um índice sintético, o Índice de Eficiência Técnica em Saúde (IETS), aplicado a cada município, a fim de ampliar a capacidade de explicação sobre a divergência dos resultados encontrados na análise da evolução do desempenho em saúde, realizada até este momento.

4.3– Os determinantes da eficiência técnica dos 11 municípios selecionados

Em que medida pode-se dizer que os indicadores de estrutura ou os de resultado foram responsáveis para uma retração do padrão de desempenho e da eficiência técnica em saúde em cada um dos municípios selecionados, ao longo dos anos 1995 a 2001?

Na busca de elementos que esclarecessem essa questão, elaboramos um sintético Índice de Eficiência Técnica em Saúde (IETS)¹⁸⁹. Para tanto, foram agregadas as variáveis que integram os indicadores de estrutura de cada um dos 11 municípios, de um lado, e, de outro, reunidos — de forma separada — as variáveis referentes aos indicadores de resultado. Em certa medida a metodologia de elaboração do IETS acompanha a fórmula de cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) proposto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Para obter-se esse índice se utilizou da seguinte fórmula para cada variável de cada município:

$$\text{IETS} = 1 - \left\{ \frac{(\text{Rmelhor} - \text{Rcalc.})}{(\text{Rmelhor} - \text{Rpior})} \right\}$$

¹⁸⁹ Concordamos com Jannuzzi (2002), quando adverte que a construção de índices pode não refletir de forma clara as “dimensões empíricas relevantes para determinadas políticas” (p. 64). Por outro lado, é possível aceitar também quando esse autor chama a atenção de que os índices contribuem para apenas indicar o retrato de um dado momento da realidade social, o que, no caso específico de nossa pesquisa, se constitui de importante auxílio para evidenciar o grau de eficiência técnica no setor saúde.

em que *Rmelhor* representa o melhor resultado de cada variável (como, por exemplo, o “Gasto *per capita* do SUS com Recursos Municipais”, etc.); *Rcalc* corresponde ao indicador do município que se quer calcular na variável; e *Rpior* refere-se ao pior resultado de cada variável.

Vale dizer, calculam-se separadamente os índices de eficiência de estrutura e de resultado de cada município e, a partir daí, é extraída a média aritmética desses dois eixos para completar o cálculo final do IETS, que se expressa no intervalo entre 0 e 1 (Tabela 37). Sete são os indicadores contemplados no eixo estrutura e sete no eixo resultado, conforme indica o Quadro 21, apresentado anteriormente.

Para se ter uma idéia do cálculo do IETS, apresenta-se, a seguir, um exemplo do procedimento utilizado para o Índice de Eficiência de Estrutura, especificamente associado à variável “Gasto *per capita* do SUS com Recursos Municipais”, para 1995. De acordo com as informações a seguir:

Municípios	GAS
Assis	60,88
Diadema	134,68
Itu	64,30
Jundiaí	64,96
Mauá	111,75
Santos	91,77
São Caetano do Sul	11,12
São José dos Campos	157,80
São Vicente	66,30
Sertãozinho	90,35
Votorantim	49,33

tem-se que *Rmelhor* é R\$ 157,80 (São José dos Campos) e *Rpior* R\$ 11,12 (São Caetano do Sul), ou seja, o primeiro corresponde a 1,00 e o segundo representa 0,00. Para calcular o índice dessa variável, por exemplo, para Assis, *Rcalc* refere-se a R\$ 60,88. Portanto, ao se utilizar a fórmula descrita anteriormente, o índice para esse município é 0,339.

Após o cálculo do Índice de Eficiência de Estrutura na variável “Gasto *per capita* do SUS com Recursos Municipais” de Assis e também das demais variáveis nesse mesmo município¹⁹⁰, efetua-se a média aritmética para se obter o Índice de Eficiência de Estrutura. Da mesma forma,

¹⁹⁰ Para as variáveis/indicadores, ver Apêndice 2.

procede-se para o eixo resultado. O cálculo do IETS do município de Assis, por exemplo, decorre da média aritmética simples dos seus dois índices — de estrutura e de resultado.

A Tabela 38 apresenta o IETS de cada um dos 11 municípios paulistas em gestão semiplena e plena do sistema do SUS e sua posição no *ranking*, identificando os seus componentes em termos de Índice de Eficiência de Estrutura (IEE) e resultado durante os anos de 1995, 1997, 1999 e 2001.

Tabela 38
Índice de Eficiência Técnica em Saúde (IETS) dos 11 municípios selecionados, segundo sua posição e a composição dos índices de estrutura (IEE) e de resultado (IER) – 1995, 1997, 1999 e 2001

Municípios	1995				1997				1999				2001			
	IEE	IER	IETS	Posição	IEE	IER	IETS	Posição	IEE	IER	IETS	Posição	IEE	IER	IETS	Posição
Assis	0,660	0,706	0,683	1ª	0,513	0,810	0,662	1ª	0,571	0,688	0,629	2ª	0,499	0,672	0,586	2ª
Diadema	0,563	0,665	0,614	5ª	0,435	0,531	0,483	9ª	0,346	0,477	0,412	9ª	0,274	0,623	0,449	9ª
Itu	0,609	0,694	0,651	2ª	0,574	0,483	0,529	6ª	0,499	0,520	0,509	6ª	0,399	0,559	0,479	6ª
Jundiaí	0,330	0,708	0,519	7ª	0,376	0,685	0,530	4ª	0,404	0,581	0,493	8ª	0,303	0,616	0,459	7ª
Mauá	0,395	0,627	0,511	8ª	0,307	0,720	0,514	7ª	0,243	0,447	0,345	10ª	0,128	0,578	0,353	10ª
Santos	0,690	0,289	0,490	9ª	0,676	0,383	0,530	5ª	0,743	0,260	0,502	7ª	0,653	0,384	0,519	5ª
São Caetano do Sul	0,256	0,658	0,457	10ª	0,252	0,553	0,402	10ª	0,485	0,577	0,531	4ª	0,400	0,648	0,524	4ª
São José dos Campos	0,602	0,686	0,644	3ª	0,505	0,671	0,588	3ª	0,455	0,605	0,530	5ª	0,380	0,689	0,535	3ª
São Vicente	0,179	0,309	0,244	11ª	0,180	0,294	0,237	11ª	0,284	0,391	0,338	11ª	0,102	0,240	0,171	11ª
Sertãozinho	0,316	0,817	0,567	6ª	0,362	0,647	0,504	8ª	0,273	0,869	0,571	3ª	0,184	0,733	0,458	8ª
Votorantim	0,388	0,859	0,623	4ª	0,517	0,796	0,656	2ª	0,542	0,751	0,646	1ª	0,513	0,748	0,631	1ª
11 municípios	0,453	0,638	0,546		0,427	0,598	0,512		0,440	0,560	0,500		0,349	0,590	0,469	

Nota: Elaboração própria

Um retrato da evolução do IETS, ao longo dos anos analisados, mostra que os 11 municípios, em seu conjunto, sofrem queda. Registre-se: 0,546, em 1995; 0,512, em 1997; 0,500, em 1999; e 0,469, em 2001 (Tabela 38). Tanto a dimensão estrutura como a resultado apresentam trajetórias decrescentes, entre 1995 e 2001, sendo, na primeira, a intensidade da queda maior (–23,1%) e, na segunda, menor (–7,5%).

Cabe registrar, no período, que a dimensão estrutura corresponde à menor representatividade no IETS do conjunto dos 11 municípios, à exceção de Santos¹⁹¹. Dessa forma, é possível dizer que os indicadores associados à estrutura mostram que pouco ou nada foi investido em suas capacidades instaladas, mesmo com o aumento de suas populações. Por sua vez, a maior representatividade dos indicadores de resultado no IETS desses municípios indica que foi decorrente do esforço de implementação de ações e programas do setor para minimizar os

¹⁹¹ De acordo com as informações sobre a capacidade instalada, examinadas no Capítulo 2, Santos registra a maior rede pública de saúde dentre os municípios selecionados, sendo: 164 unidades ambulatoriais e 8 hospitalares.

riscos em saúde, com destaque entre 1999 e 2001. Entre esses anos, o componente de resultado do conjunto dos 11 municípios passa de 0,560 para 0,590, porém ainda inferior a 1995 e 1997.

Tomando-se o IETS, para cada um dos 11 municípios, observa-se, no período 1995-2001 (Tabela 38), que apenas São Caetano do Sul, Santos e Votorantim apresentam uma melhora. Nesse período, São Caetano do Sul pulou da 10ª posição (0,457), em 1995, para a 4ª posição (0,524), em 2001. Essa melhora significativa ocorreu, especialmente, entre 1997 e 1999, cuja responsabilidade maior se deveu ao componente estrutura. Santos, entre 1995 e 2001, passou da 9ª para a 5ª posição, e Votorantim da 4ª para a 1ª, entre os municípios selecionados (Tabela 38). Ambos melhoraram suas posições, com maior destaque entre 1995 e 1997. No caso específico de Santos, ainda que seu índice de estrutura tenha maior representatividade, o avanço do IETS, nesse subperíodo, deve ser atribuído ao crescimento da dimensão do resultado, com a redução de quase todas as taxas de mortalidade analisadas¹⁹². Já Votorantim, no mesmo subperíodo, melhorou o seu IETS em virtude da dimensão estrutura. Cabe destacar que esse município também avançou na sua posição entre 1997 e 1999, passando da 2ª para a 1ª e mantendo-a até 2001.

De acordo com a Tabela 38, entre os municípios que mais perderam posições do IETS, estão principalmente aqueles que reduziram de forma significativa seus indicadores de estrutura, particularmente os associados à rede física, isto é, número de unidades ambulatoriais e hospitalares e leitos ou que passaram a contar com menor número de médicos por mil habitantes¹⁹³.

A maior de todas as quedas no IETS é a de Mauá, município que, em 1995, registrou IETS 0,511, o que o deixava um pouco abaixo da média do IETS dos 11 municípios (0,546). No subperíodo entre 1997 e 1999, o município caiu da 7ª posição para a 10ª, mantendo-a em 2001, com IETS de 0,353, bem mais distante da média geral e considerado relativamente baixo. O declínio da dimensão estrutura, entre 1995 e 2001, foi o maior dentre os municípios selecionados (-68,65), porém a piora da posição entre 1997 e 1999 foi também acompanhada pela queda do componente resultado, isto é, pelo aumento das taxas de mortalidade.

Além de Mauá, outros municípios tiveram queda significativa. Registre-se em ordem decrescente: São Vicente, Diadema e Itu. O primeiro, que ao longo do período se manteve sempre na última posição, passou de IETS 0,244 para 0,171. A terceira maior queda no IETS

¹⁹² Para a redução das taxas de mortalidade, ver Apêndice 2.

¹⁹³ Ver Apêndice 2.

ocorre praticamente com a mesma intensidade em Diadema e Itu. Entre 1995 e 2001, ambos passaram de IETS superiores a 0,600 para níveis inferiores a 0,500, isto é, Diadema registrou, no último ano, 0,449, ainda mais baixo que Itu com 0,479. Para esses municípios, a redução significativa foi um movimento entre 1995 e 1997, em que a dimensão estrutura foi a mais responsável para Diadema e o componente resultado para Itu.

Afora o comportamento da evolução dos IETS de cada município, entre 1995 e 2001, é importante observar que há um crescimento do número de municípios que registram IETS superiores à média dos 11, passando de cinco, em 1995, para seis, em 2001, mesmo que o nível dos resultados, nesse último ano, sejam menos elevados, como já comentado. Esse aumento pode ser verificado, com maior ênfase, no subperíodo 1995 e 1997, quando passam de cinco para sete municípios com IETS superior à média dos 11. No subperíodo seguinte, entre 1997 e 1999, esse número se mantém, porém, em 2001, esse registro ficou para apenas seis municípios (Ver Quadro 22). Isso significa que é no primeiro subperíodo, associado aos anos de gestão plena do sistema, que se observa melhora na maior parte da eficiência técnica dos municípios, especialmente decorrente do componente resultado. É importante considerar que o esforço empreendido pelos municípios, na implantação ou fortalecimento de programas relativos à atenção preventiva em saúde, deixou reflexos em maior escala nos primeiros anos de gestão semiplena, o que não foi identificado no período posterior.

O Quadro 22 apresenta uma síntese da posição do Índice de Eficiência Técnica de cada um dos 11 municípios em relação às suas médias anuais: 0,546, em 1995; 0,512, em 1997; 0,500, em 1999; e 0,469, em 2001.

Quadro 22 – Posição do IETS de cada um dos 11 municípios gestão semiplena/plena do sistema (1995, 1997, 1999 e 2001) em relação ao IETS médio de cada ano

Municípios	1995	1997	1999	2001
Assis	acima	acima	acima	acima
Diadema	acima	abaixo	abaixo	abaixo
Itu	acima	acima	acima	acima
Jundiaí	abaixo	acima	abaixo	abaixo
Mauá	abaixo	acima	abaixo	abaixo
Santos	abaixo	acima	acima	acima
São Caetano do Sul	abaixo	abaixo	acima	acima
São José dos Campos	acima	acima	acima	acima
São Vicente	abaixo	abaixo	abaixo	abaixo
Sertãozinho	acima	abaixo	acima	abaixo
Votorantim	acima	acima	acima	acima
IETS médio dos 11 municípios	0,638	0,598	0,560	0,590

Nota: Elaboração própria.

Segundo o Quadro 22, Assis, Votorantim, São José dos Campos e Itu superam o Índice de Eficiência Técnica em Saúde médio do total dos 11 municípios durante todos os anos analisados. Os dois primeiros municípios, nesse período, destacam-se pelos maiores IETS. Assis que ocupa a primeira posição em 1995 e 1997 e a segundo em 1999 e 2001, inferior somente a Votorantim em termos de eficiência técnica em saúde, apresenta uma trajetória bastante particular. O crescimento mais importante do componente dos indicadores de resultado foi o registrado entre 1995 e 1997, quando Assis passou de um índice de 0,706, no primeiro ano, para 0,810, em 1997, sendo o mais elevado, inclusive em comparação a Votorantim (Tabela 38). Esse patamar é decorrente da diminuição significativa das taxas de mortalidade geral, infantil, neonatal, por acidentes de trânsito e por AIDS¹⁹⁴. Como se verá no próximo capítulo — análise do Município de Assis —, foram grandes os avanços observados nesse município em relação aos programas associados ao parto, à gestante e ao recém-nascido. Torna-se um problema entender a fragilidade dos instrumentos da gestão local anunciados aqui pelos baixos e decrescentes índices de estrutura, com exceção em 1999. Registre-se: 0,660, em 1995; 0,513, em 1997; 0,571, em 1999; e 0,499, em 2001. Por fim, chama a atenção o fato de que os declínios dos componentes de estrutura e de resultado em Assis, principalmente em 1999 e 2001, ainda os mantém como os melhores resultados — acima das médias do total dos 11 municípios —, o que coloca esse município na segunda melhor posição do IETS, dentre os selecionados. É certo que a sua eficiência técnica, ainda mais elevada que os demais municípios, reflete, neste caso, a gestão responsável dos indicadores de resultados relacionados.

Votorantim, o município que divide com Assis as mais altas posições em termos do Índice de Eficiência Técnica em Saúde, ao longo dos anos analisados, também melhorou significativamente sua eficiência entre 1995 e 1997. A dimensão que mais colaborou para esse aumento foi a estrutura — que passou de 0,388 para 0,517 — superior à média dos 11 municípios. Em 1999, esse componente também cresceu, passando para 0,542. É preciso reconhecer que Votorantim é o único município que amplia os seus indicadores de estrutura de 1995 para 1997 e para 1999, diminuindo em 2001 (0,388; 0,517; 0,542; 0,513, respectivamente), porém os seus indicadores de resultado atingem patamares bem mais elevados, inclusive em relação aos demais municípios (0,859; 0,796; 0,751 e 0,748). Isto sinaliza o avanço do processo

¹⁹⁴ Ver Apêndice 2.

de descentralização do sistema municipal de saúde desse município, de forma mais homogênea e integrada, entre estrutura e resultados.

São José dos Campos e Itu, que sempre apresentam o IETS acima da média dos 11 municípios, em todo o período, iniciam, em 1995, entre as primeiras posições desse índice. Contudo, a partir de 1997, passam a declinar, atingindo, no caso de Itu, a 6ª posição no *ranking* dos 11 municípios e a mantém nos demais anos analisados enquanto São José dos Campos mantém a 3ª posição em todos os anos, com exceção de 1999 (5ª). Registre-se, em Itu, no período analisado, um dos mais elevados declínios do índice de eficiência técnica, como comentado anteriormente. Trata-se de municípios com contingentes populacionais bastante diferentes — Itu com 138.741 (2001) e São José dos Campos com 550.762 (2001) e com graus de complexidades em saúde bastante diversificados. Ambos os municípios apresentam, em todo o período, diminuição do índice de estrutura. Itu registra 0,609; 0,574; 0,499 e 0,399, em 1995, 1997, 1999 e 2001, respectivamente. Já São José dos Campos apresenta patamar inferior desse índice. Registre-se: 0,602; 0,505; 0,455; e 0,380, nos mesmos anos. Por seu turno, o comportamento do índice de resultado difere entre eles. Em São José dos Campos, nota-se, como na média dos 11 municípios, um crescimento, entre 1999 e 2001, passando de 0,605 para 0,689. Já em Itu se observa um comportamento de aumento desse componente já a partir de 1997. Isso porque passa de 0,483, nesse ano, para 0,520, em 1999, e segue crescendo para 0,559, em 2001. Em que pese o crescimento da dimensão de resultado do IETS, a partir de 1997, esse sempre ficou abaixo da média do total dos 11 municípios. Por fim, cabe dizer que o maior resultado do esforço em ações e serviços de saúde refletiu de forma direta em um município médio, como Itu, e não em um centro urbano — município pólo regional em saúde — como São José Campos.

Ainda de acordo com o Quadro 22, três municípios registram IETS abaixo da média dos 11 municípios em três dos quatro anos analisados. São eles: Diadema, Jundiaí e Mauá. Os dois últimos apenas se encontram acima do IETS médio em 1997. Tal comportamento foi reflexo dos seus indicadores de estrutura que se mantém acima da média do componente médio dos 11 municípios. Em relação ao IETS, a situação volta a ser crítica em 1999 e 2001, dado que Jundiaí passa da 4ª posição, no *ranking* da eficiência técnica dos 11 municípios, em 1997, para 8ª e 7ª posição, nos anos analisados subsequentes. Nesses anos, a dimensão estrutura fica em patamar inferior à média do total dos municípios selecionados. O município de Mauá decresce da 7ª posição para a 10ª e a mantém no último ano. Nesse subperíodo (1999 e 2001), tanto os seus

indicadores de estrutura como de resultado ficam abaixo da média dos 11 municípios. A apresentação dos componentes do IETS inferiores à média é idêntica para o município de Diadema, mas somente a partir de 1997. A exceção fica para 2001, quando a dimensão resultado supera a média (Ver Tabela 38). Pelo fato de Diadema e Mauá situarem-se nas imediações da zona urbana da capital de São Paulo, pode-se inferir que as pressões sobre as ações e os serviços de saúde são bem maiores que em qualquer outro município da pesquisa. Isso pode ser um indício da dificuldade em manter elevado o Índice de Eficiência Técnica em Saúde, em termos da aplicação dos recursos na oferta (estrutura) e no impacto (resultado) de suas ações e seus serviços públicos de saúde.

Como comentado, São Vicente registra o pior IETS dentre os municípios semiplena/plena do sistema do SUS. Seus índices de estrutura não passaram de 0,284 (1999) nos quatro anos e os de resultado, embora com desempenho melhor, não atingem de longe a média dos 11 municípios. Registre-se o maior em 1999, com IER de 0,391. Chama, sim, a atenção a discrepância desse município em relação aos demais. Na realidade, seus índices de estrutura e resultados indicam patamares pouco condizentes com as responsabilidades estabelecidas para um município enquadrado em gestão semiplena/plena do sistema. Dessa forma, fica a indagação de sob em que bases se deram a sua habilitação nessa condição de gestão e o porquê de sua manutenção nesse enquadramento de gestão mais descentralizada/qualificada do SUS ao longo desses anos.

Por sua vez, Sertãozinho e São Caetano do Sul apresentam desempenho semelhante em seus índices de eficiência técnica em saúde nos quatro anos pesquisados. Ambos registram IETS acima da média do total dos 11 municípios apenas em dois anos. Para Sertãozinho, esse comportamento é indicado em 1995 e 1999. Nesses e nos outros dois anos, o componente resultado é o único que fica acima da média dos demais municípios. Já quanto à São Caetano do Sul, o IETS acima da média foi observado em 1999 e 2001, com ambos componentes, de estrutura e de resultado, também superiores à média dos municípios (Tabela 38). É importante salientar que, nesses dois últimos anos, São Caetano do Sul mantém a 4ª posição no *ranking* do IETS dos municípios selecionados, após ter ocupado a 10ª posição em 1995 e 1997.

Por fim, cabe registrar o desempenho específico do IETS de Santos, ao longo dos anos analisados. Nesse município, ao contrário de todos os outros selecionados, o IETS somente fica abaixo da média em 1995. Esse comportamento deve ser atribuído aos índices de estrutura que superam os de resultado, inclusive bem superiores à média do total dos municípios. Registre-se:

0,676, em 1997; 0,743, em 1999; e 0,653 em 2001. Ou seja, sua posição, em relação ao *ranking* do IETS, passa da 9ª, em 1995, para a 5ª, em 1997, e a mantém em 2001, em razão do desempenho bastante satisfatório dos seus índices de estrutura. Essa constatação ganha mais força ao se considerar que, nesse centro urbano, se encontram também os melhores equipamentos e tecnologia para exames e processos cirúrgicos da região litorânea, o que amplia ainda mais a demanda dos serviços de saúde. Isso significa, também, que, nesse município, não se atende apenas à população residente, mas também à de outros municípios da Baixada Santista. Ainda cabe acrescentar que, durante esses anos de implementação da gestão semiplena, Santos contou com a ampliação da rede ambulatorial e do número de profissionais médicos e enfermeiros de forma significativa. É conhecida a construção de diversas policlínicas no município¹⁹⁵. Em compensação, verifica-se que Santos apresenta os índices de resultado em todos os anos inferiores a média do total dos municípios selecionados, inclusive a São Vicente, em 1995 e 1999, isto é, 0,289 e 0,260, respectivamente.

Em síntese, a análise do conjunto dos índices de eficiência técnica em Saúde dos 11 municípios paulistas em gestão semiplena/plena do sistema mostra que houve, na média, queda entre 1995 e 2001. Pode-se observar que o índice de resultado médio caiu em bem menor proporção, quando comparado à redução do índice de estrutura médio (−7,5% e −23,1%, respectivamente). É importante verificar que, no primeiro subperíodo (1995-1997), o número de municípios com IETS acima da média geral, do total dos 11, eleva-se de seis para sete, em virtude do fato de que os índices de resultado apresentam, na maior parte dos municípios, menor queda do que os de estrutura. Desse modo, constata-se que, nos dois primeiros anos de gestão semiplena, o esforço dos municípios foi direcionado para o maior investimento em ações e programas de saúde. Esse investimento, na média dos municípios, foi menor para a capacidade instalada, isto é, a rede de saúde. Entre 1997 e 1999, o número de municípios, que registra IETS acima da média do total dos municípios selecionados, mantém-se, porém, no subperíodo posterior, reduz-se para seis municípios. De forma semelhante ao observado no primeiro subperíodo, entre 1997 e 1999 e entre 1999 e 2001, os índices de resultado também apresentaram, na maioria dos municípios, melhor desempenho. Particularmente, entre 1999 e 2001, a maioria dos municípios registra melhora no componente resultado, em que a média dos municípios apresenta um aumento de 0,560 para 0,590. Já não é novidade, nesse último subperíodo, que o

¹⁹⁵ Ver Campos e Henriques (1996).

componente estrutura não apresenta melhora em relação a todos os municípios. Como mencionado na análise do Quadro 21, essa piora, além de contar com a queda constante do número de unidades ambulatoriais e leitos e da transferência federal SUS *per capita*, foi agravada pela diminuição do gasto *per capita* SUS com recursos municipais.

Finalmente, o IETS sinalizou que a situação dos 11 municípios em questão foi decrescendo ao longo do período analisado, sendo melhor, entre 1997 e 1999, nos anos de gestão semiplena do SUS, em que sete municípios registram resultados acima da média no total dos municípios. Os resultados obtidos podem contribuir para que os gestores do SUS das três esferas de governo possam orientar as correções necessárias para a melhoria do padrão de eficiência técnica desses sistemas locais de saúde, o que deveria ter ocorrido já entre 1999 e 2001, quando o comportamento do IETS permanece em queda.

Contudo, é importante considerar que há outros aspectos da eficiência, também relacionados à gestão dos sistemas municipais de saúde, que merecem observações. Dentre alguns aspectos, destaca-se a instituição de novos canais de participação social, criados pela legislação infra-constitucional da área da saúde, para assegurar o controle público — da coletividade — sobre o processo de implementação do SUS local, facilitando o cumprimento, o acompanhamento e a avaliação da política de saúde em termos das necessidades da população. A próxima seção busca tratar dessa dimensão da eficiência.

4.4— O comportamento da eficiência social nos municípios selecionados

Ao iniciar-se o processo de descentralização da política de saúde, por meio da implantação nos municípios da gestão semiplena (NOB 93), tornou-se fundamental a institucionalização de novos espaços e canais de participação social, tanto pela criação e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde como das Conferências Municipais, como fóruns privilegiados de atuação da sociedade civil nos destinos do SUS local¹⁹⁶. Esses novos mecanismos de participação da sociedade visam valorizar os interesses do coletivo na definição e implementação da política de saúde nos municípios, dando forma e conteúdo à dimensão social da gestão. Nesta perspectiva, indaga-se: em que medida a gestão mais descentralizada e

¹⁹⁶ É importante ressaltar que ambos — Conselho de Saúde e Conferências Municipais de Saúde — foram instituídos pela Lei Federal nº 8.142/90.

qualificada do SUS — semiplena/plena do sistema —, dos 11 municípios selecionados, está contribuindo para a melhoria da eficiência social dos sistemas municipais de saúde?

Este item se propõe responder a essa indagação considerando a institucionalização, nesses municípios, das Conferências Municipais, de um lado, e de outro, da garantia de participação de usuários de ações e serviços de saúde no Conselho Municipal. Segundo as determinações da legislação infraconstitucional do SUS, § 4º do artigo 1º da Lei Federal nº 8.142/90, “a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” (BRASIL, LEI nº 8.142/90). Isso significa que o Conselho deve ser composto, dentre seus vários segmentos, por 50% de membros representantes da categoria usuários do total dos componentes, e os demais 50% devem pertencer às categorias dos trabalhadores de saúde, do governo e dos prestadores de serviços. Sabe-se que a saúde é a única das políticas públicas que exige tal grau de participação dos usuários nesses conselhos, valorizando que os representantes da sociedade civil sejam efetivamente considerados na sua definição e avaliação. Desse modo, é possível depreender que os representantes desse segmento devam ter origem nos movimentos e organizações populares, a fim de que possam exercer com legitimidade o caráter dessa determinação legal.

Assim, o enfoque adotado para a dimensão da eficiência social dos municípios selecionados privilegia a análise de dois aspectos específicos: a realização da Conferência Municipal e o Conselho Municipal de Saúde, com especial atenção ao segmento dos usuários e seus representantes. Optou-se, para essa análise, por trabalhar com dados secundários sobre esses aspectos fornecidos pela Pesquisa Municipal Unificada (PMU) da Fundação Seade, realizada somente para os anos 1995, 1997 e 1999. Nesse caso, o ano de 2001 não pode ser incorporado na análise da eficiência social. Salienta-se que a PMU é a única fonte existente que registra um cadastro dos Conselhos de Saúde com maior número de informações¹⁹⁷.

Os indicadores utilizados para a análise da eficiência social foram: número de Conferências Municipais realizadas; número de representantes de usuários no Conselho Municipal de Saúde (CMS); existência do regime de paridade dos usuários no CMS; existência de representantes de usuários eleitos por associações de moradores; por movimentos

¹⁹⁷ É importante frisar que, até o momento da elaboração deste trabalho, não existem cadastros mais completos sobre Conselhos Municipais de Saúde. Mesmo assim, cabe registrar que a PMU, ainda, dispõe de poucas informações para a realização de um trabalho aprofundado sobre a participação social na saúde, em geral, e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, em particular.

comunitários; por sindicato; por associação de defesa do consumidor; por portador de deficiência e/ou doenças crônicas; e por organizações religiosas. Parte-se da idéia que o cumprimento e/ou a ampliação desses indicadores, entre 1995 e 1999, contribui para o aumento da eficiência social nos municípios selecionados.

O Quadro 23 sintetiza os dez indicadores considerados para a análise da eficiência social nos municípios paulistas mais antigos enquadrados em gestão semiplena/plena do sistema, bem como indica os respectivos anos e fontes pesquisadas.

Quadro 23
Indicadores selecionados para a análise da eficiência social

Nº	Indicadores	Anos	Fonte
1	Número de Conferências Municipais de Saúde realizadas	1995, 1997 e 1999	Seade-PMU
2	Número total de Conselheiros	1995, 1997 e 1999	Seade-PMU
3	Número de representantes de usuários	1995, 1997 e 1999	Seade-PMU
4	Paridade de Usuários no CMS	1995, 1997 e 1999	Seade-PMU
5	Existência de Representantes de Usuários Eleitos por Associação de Moradores	1995, 1997 e 1999	Seade-PMU
6	Existência de Representantes de Usuários Eleitos por Movimentos Comunitários	1995, 1997 e 1999	Seade-PMU
7	Existência de Representantes de Usuários Eleitos por Sindicato	1995, 1997 e 1999	Seade-PMU
8	Existência de Representantes Usuários Eleitos por Associação de Defesa Consumidor	1995, 1997 e 1999	Seade-PMU
9	Existência de Representantes de Usuários Eleitos por Portadores de Deficiência e/ou Doenças Crônicas	1995, 1997 e 1999	Seade-PMU
10	Existência de Representantes de Usuários Eleitos por Organizações Religiosas	1995, 1997 e 1999	Seade-PMU

Nota: Seade – PMU – Pesquisa Municipal Unificada da Fundação Seade.

Para tornar viável a criação de uma medida de eficiência social em saúde, ao longo desses anos, elaboramos um sintético Índice de Eficiência Social (IES), que também acompanha as fórmulas de cálculo do IDH, proposto pelo PNUD, e do IETS, apresentado no item anterior. Cabe enfatizar que todos os indicadores apresentados no Quadro 23, componentes do Índice de Eficiência Social (IES), foram analisados em relação ao seu comportamento ao longo dos três anos pesquisados, isto é, no tocante à evolução dos seus resultados como mecanismos de ampliação da participação da sociedade.

Para a formulação do IES, foi necessário elaborar alguns procedimentos prévios. Em primeiro lugar, foi analisado o comportamento de cada indicador ao longo dos três anos, 1995, 1997 e 1999, definindo uma tipologia específica para cada resultado apresentado. No que diz respeito ao indicador “número de Conferências Municipais realizadas entre 1995 e 1999”, atribuiu-se três categorias: 1) *pleno*, para a realização de duas conferências; 2) *parcial*, para uma conferência; e 3) *não cumpriu*, para a não realização de conferências municipais. Para os indicadores “número total de conselheiros” e “número de representantes de usuários” foram definidas as seguintes modalidades: cresceu, estacionou e decresceu. No tocante aos demais

indicadores, do 4º ao 10º, conforme indica o Quadro 23, que apresentam respostas binárias, tipo “sim” ou “não”, foram caracterizadas quatro diferentes situações: 1) *estacionou +*, todas as respostas em “sim”; 2) *estacionou –*, todas as respostas em “não”; 3) *melhora*, respostas relacionadas a “não”, em 1995, “não”, em 1997, e “sim”, em 1999; 4) *piora*, respostas associadas a “sim”, “sim” e “não”, respectivamente¹⁹⁸.

Em segundo lugar, para a criação do IES, estabeleceu-se um código representado por um número inteiro. Na maioria dos indicadores, esse número variou no intervalo entre 1 e 3, sendo “3” para o maior resultado e “1” para o menor. Apenas para dois indicadores a variação entre esses números inteiros foi distinta: o indicador “existência de representantes de usuários eleitos por portadores de deficiência e/ou doenças crônicas”, que variou entre 1 e 2, e o indicador “existência de representantes de usuários eleitos por organizações religiosas”, entre 1 e 4.

Por fim, elaborou-se o IES com base na mesma fórmula do IETS, que acompanha o cálculo do IDH, como já mencionado. Vale registrar que, para cada indicador, é criada uma escala que varia de zero a um. Atribuí-se ao pior município o valor zero, e ao município que apresentar o melhor resultado, o valor um; e os demais municípios recebem uma pontuação proporcional, de acordo com a sua posição no intervalo entre os extremos.

Assim, a pontuação do município “a” é calculada pela seguinte fórmula:

$$\text{IES} = 1 - \frac{(R_{\text{melhor}} - R_{\text{calc}})}{(R_{\text{melhor}} - R_{\text{pior}})}$$

em que *Rmelhor* corresponde ao valor do indicador no melhor município, *Rcalc* refere-se ao valor do indicador no município “a”, e *Rpior* representa o valor do indicador no pior município.

Para se ter uma idéia desses procedimentos metodológicos, apresenta-se, a seguir, um exemplo do indicador “existência de representantes de usuários eleitos por movimentos comunitários” no Conselho Municipal de Saúde.

¹⁹⁸ Para o conhecimento dos detalhes dessa tipologia e dos resultados encontrados, ver Apêndice 4.

	Usuar. CMS	Eleitos	Movim.Comunitários		
	1995	1997	1999	comporta/o	código
Assis	Não	Não	Não	est –	1
Diadema	Não	Não	Não	est –	1
Itu	Sim	Sim	Sim	est +	3
Jundiaí	Sim	Sim	Sim	est +	3
Mauá	Sim	Sim	Sim	est +	3
Santos	Sim	Sim	Sim	est +	3
São Caetano do Sul	Sim	Sim	Não	piora	2
São José dos Campos	Sim	Sim	Sim	est +	3
São Vicente	Sim	Sim	Sim	est +	3
Sertãozinho	Não	Não	Não	est –	1
Votorantim	Sim	Sim	Sim	est +	3

IES de		MCOM	
1 =	0,000	2 =	0,500
3 =	1,000		

Para o cálculo final do IES de cada município, utiliza-se a média aritmética do IES calculado para cada um dos dez indicadores selecionados (Quadro 23). A Tabela 39 apresenta o Índice de Eficiência Social (IES) médio calculado para o período entre 1995, 1997 e 1999, para cada um dos municípios paulistas em gestão semiplena e plena do sistema do SUS, relacionando a posição no *ranking* entre eles.

Tabela 39
Índice de Eficiência Social (IES) dos 11 municípios selecionados,
de acordo com sua posição no
período 1995, 1997 e 1999

Municípios	IES	POSICÃO 1995 a 1999
Santos	0,900	1ª
Itu	0,850	2ª
S. José dos Campos	0,750	3ª
São Vicente	0,717	4ª
Assis	0,600	5ª
Jundiaí	0,600	5ª
São Caetano do Sul	0,600	5ª
Votorantim	0,533	6ª
Mauá	0,400	7ª
Sertãozinho	0,350	8ª
Diadema	0,200	9ª
11 municípios	0,591	

Nota: Elaboração própria.

De acordo com a Tabela 39, o IES médio de 0,591 dos 11 municípios pode ser classificado na categoria *média eficiência social* (entre 0,500 e 0,800). Dentre os municípios selecionados, Santos e Itu registram alta eficiência social entre 1995 e 1999, isto é, maior que 0,800. Ao analisar o comportamento de cada indicador, percebe-se que Santos, com o maior IES (0,900), foi o único município que apresentou o melhor resultado em todos eles, à exceção do indicador “representantes de usuários eleitos por associação de defesa do consumidor”¹⁹⁹. Nos três anos pesquisados, o segmento dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Santos não contou com representantes dessa forma de organização popular. Destaca-se, ainda, que Santos também foi o único município em que cresceu o número de conselheiros, particularmente entre 1997 e 1999, passando de 40 para 44, o que certamente fez aumentar, também, o número de representantes de usuários no Conselho Municipal (de 20 para 22), seguindo a determinação legal da existência de paridade do segmento dos usuários das ações e dos serviços de saúde.

No Capítulo 2 desta tese, ao examinarmos as características gerais do setor de saúde de cada um dos 11 municípios paulistas em gestão semiplena e plena do sistema do SUS, foram descritas, de forma sucinta, as bases legais e estruturais de cada um dos seus Conselhos Municipais de Saúde. Em todos esses municípios, os conselhos já se constituem em importantes mecanismos do processo de gestão da política de saúde. Não se pode esquecer que, pelo fato de se tratar de municípios em gestão semiplena e plena do sistema, a implantação dos conselhos é uma exigência formal do processo de habilitação dessa condição de gestão do SUS. Como vimos no Capítulo 2, todos eles implantaram seus conselhos antes mesmo da adesão à semiplena, isto é, seis municípios em 1991, dois em 1992 e três em 1993. Cabe ressaltar que Santos, ao lado de São José dos Campos, foi um dos primeiros municípios a constituir o seu Conselho Municipal de Saúde, isto é, em janeiro de 1991. Neste sentido, pode-se dizer que a institucionalização da participação da sociedade civil no desenvolvimento do SUS de Santos dispõe de uma das mais antigas trajetórias e de uma característica de ampliação, dentre os municípios selecionados, o que pode ser apreendido pelo IES no período analisado.

O município de Itu, com o segundo maior IES (de 0,850), no mesmo período, registra os melhores resultados em todos os indicadores que tratam da existência de usuários das diversas formas de organização popular. Contudo, em três indicadores, registrou um resultado regular. Isso porque esse município manteve, entre 1995 e 1999, os mesmos números do total de

¹⁹⁹ Os resultados são apresentados no Apêndice 4.

conselheiros (vinte) e de representantes de usuários (dez) no Conselho Municipal de Saúde, de um lado, e, de outro, até 1999, indicou ter realizado apenas uma Conferência Municipal de Saúde. Assim, os canais abertos de participação de usuários de distintas organizações constituíram positivos efeitos para a alta eficiência social obtida por Itu na saúde local. Em outras palavras, a gestão mais qualificada e descentralizada do SUS nesse município vem efetivamente sendo acompanhada e simultaneamente assegura formas participativas como as de usuários representados por associações de moradores, por movimentos comunitários, por sindicato, por associação de defesa do consumidor, por portador de deficiência e/ou doenças crônicas e por organizações religiosas.

Dentre os municípios com média eficiência social, isto é, com IES entre 0,500 e 0,800, observam-se, em ordem decrescente: São José dos Campos, São Vicente, Assis, Jundiaí, São Caetano do Sul e Votorantim (Ver Tabela 39). No tocante ao município de São José dos Campos, na terceira posição do *ranking*, com IES de 0,750, todos os seus indicadores que apresentam respostas binárias, tipo “sim” ou “não”, associados principalmente à existência de usuários eleitos por organizações populares, se enquadram nas categorias dos melhores resultados. A exceção ficou para o indicador “existência de representantes de usuários eleitos por associação de defesa do consumidor”, que somente aparece no interior do Conselho Municipal de Saúde no último ano analisado — 1999. Observa-se que as características que mantêm esse município na terceira posição do *ranking*, como média eficiência social, e não na categoria da alta eficiência, dizem respeito ao decréscimo do número total de conselheiros, entre 1997 e 1999, de 28 para 22, e da conseqüente redução do número de representantes de usuários, de 14 para 11.

Vale registrar que a segunda maior eficiência social desse grupo “médio” foi apontada para São Vicente. O seu desempenho em termos de reforço dos canais de participação de usuários no Conselho Municipal é semelhante ao de São José dos Campos. As diferenças de resultados referem-se a três indicadores: 1) paridade dos usuários no Conselho, somente cumprida em 1999, diferente de São José dos Campos que a obtém em todos os anos; 2) indicador “representantes de usuários eleitos por associação de moradores”, que passa a não existir no Conselho em 1999 enquanto São José dos Campos o apresenta para todos os anos; e 3) o mesmo comportamento é registrado para o indicador “representantes de usuários eleitos por organizações religiosas”. Vale mencionar que o comportamento da eficiência social em São Vicente é completamente distinto do encontrado para a eficiência técnica em saúde. Isso porque, enquanto o município registra o

pior resultado na última, indica a quarta posição na eficiência social dentre os municípios selecionados. Em alguma medida, é possível identificar que o pior investimento em estrutura de serviços e de resultados em saúde caminhou de forma distinta no âmbito da organização política do SUS local, isto é, especificamente, no tocante ao fortalecimento dos canais de participação de usuários e da comunidade local.

Ainda, nos municípios com média eficiência social, Assis, Jundiaí e São Caetano do Sul mostram o mesmo resultado, isto é, todos eles se encontram na 5ª posição, com IES de 0,600, de acordo com a Tabela 39. Esse resultado provavelmente foi reflexo das seguintes características: Assis e Jundiaí registram piores resultados — valor zero — para três indicadores, isto é, representantes de usuários eleitos por associação de defesa do consumidor, por movimentos comunitários, por organizações religiosas (os dois últimos para Assis) e redução do número total de conselheiros e de usuários (Jundiaí). Ainda, verifica-se que nesses municípios dois indicadores apresentam pontuação proporcional (0,500), sendo para Assis a manutenção do número total de conselheiros e do número de usuários e, para Jundiaí, a adoção da paridade do segmento usuários no Conselho somente em 1999 e não existência de representantes de usuários eleitos por sindicatos, para o mesmo ano. Por sua vez, São Caetano do Sul indica, de um lado, piores resultados para representantes de usuários eleitos por associação de defesa do consumidor e por organizações religiosas (igual a Assis), e, de outro, mostra pontuação proporcional (0,500) para quatro indicadores: número de conferências realizadas (somente uma); manutenção do mesmo número total de conselheiros e de usuários, nos anos pesquisados; e não existência de representantes de usuários eleitos por movimentos comunitários em 1999.

Votorantim, no mesmo período, apresenta IES de 0,533, o que o coloca mais próximo dos municípios de baixa eficiência social (IES abaixo de 0,500). Cabe ressaltar que Votorantim apresenta o maior número de pontuação proporcional nos indicadores, de acordo com a sua posição no intervalo entre os extremos. Salienta-se que Votorantim, ao lado de São Caetano do Sul, também com média eficiência social, e Itu (alta eficiência social), declaram que, entre 1995 e 1999, realizaram somente uma Conferência Municipal de Saúde. Isto significa que esses municípios seguiram especificamente o exigido na Lei Federal nº 8.142/90 — a realização de conferências municipais, pelo menos, a cada quatro anos. Essa lei determina que “a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos

níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde” (BRASIL, LEI nº 8.142/90).

Os municípios Assis, Diadema, Jundiaí, Mauá, Santos, São José dos Campos e São Vicente, no mesmo período, informam que realizaram duas conferências. Isso é um indício de que esses municípios valorizam o espaço da Conferência como mecanismo de participação da comunidade nas definições, na avaliação e nos rumos da política de saúde. Isto porque o número de conferências realizadas nesse período indica que todos esses municípios as convocam a cada dois anos — prazo inferior ao exigido em Lei Federal (a cada quatro anos). Por outro lado, é interessante notar que esses municípios realizaram Conferências Municipais antes mesmo do enquadramento em gestão semiplena, em 1995. Por outro lado, é importante assinalar que Sertãozinho foi o único município que não realizou conferências municipais de saúde no período.

Em termos de baixa eficiência social, constata-se os resultados de Mauá, Sertãozinho e Diadema, com IES de 0,400, 0,350 e 0,200, respectivamente (Tabela 39). Observa-se que nesses municípios ocorre a maior presença de piores resultados (valor zero) em vários indicadores. Para se ter uma idéia, tanto Diadema como Sertãozinho não observam a regra de paridade, isto é, de representação do segmento dos usuários correspondente a 50% do total dos membros dos Conselhos Municipais de Saúde. Deve-se registrar que esse problema permanece nos três anos analisados — 1995, 1997 e 1999. Tal descumprimento da legislação indica que esses municípios dispõem de uma participação fragilizada dos usuários no processo de decisão da política de saúde, o que enfraquece o seu Índice de Eficiência Social.

Particularmente, dois outros aspectos podem evidenciar a baixa eficiência social desses três municípios. São eles: a não existência de representantes de usuários eleitos por associações de moradores e por movimentos comunitários no Conselho Municipal de Saúde. Examinando as informações prestadas pelos municípios, observa-se que, nos três anos pesquisados, Mauá foi o único município no qual os usuários eleitos não participam de associações de moradores no Conselho Municipal de Saúde. Por outro lado, vale salientar que justamente esse município apresenta (entre 1995 e 1997) o maior número total de conselheiros (42) e, conseqüentemente, de membros do segmento dos usuários (21), quando comparado aos demais municípios. A não existência de representantes de usuários eleitos por associações de moradores pode indicar a fragilidade do município no envolvimento da comunidade na definição da política de saúde local. Por seu turno, é também importante chamar a atenção para a não existência de representantes de

usuários eleitos por movimentos comunitários no Conselho Municipal de Saúde de Diadema e Sertãozinho, entre 1995 e 1999. Interessa-nos ressaltar que, no caso de Diadema, com o mais baixo IES de 0,200, embora o município não contemple, no Conselho Municipal de Saúde, a participação de usuários por movimentos comunitários, dispõe, por outro lado, de um Conselho Popular de Saúde, cujos membros pertencem a movimentos comunitários. Talvez, a existência desse Conselho Popular possa justificar a diminuição verificada do número total de conselheiros no Conselho Municipal de Saúde, passando de 13, em 1997, para 11, em 1999. Essa mesma situação decrescente foi constatada para o número de usuários, de seis para cinco, entre os mesmos anos.

Em síntese, observa-se que a eficiência social dos 11 municípios em gestão semiplena/plena do sistema, ao longo de 1995 a 1999, concentra-se na categoria média, isto é, com o Índice de Eficiência Social entre 0,500 e 0,800 (seis municípios). Apenas dois municípios (Santos e Itu) registram alta eficiência social. Já três municípios (Mauá, Sertãozinho e Diadema) mostram que, no período analisado, o esforço em cumprir a exigência legal e ampliar os novos espaços e canais de participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde, tanto pela realização de Conferências Municipais como pela garantia de contemplar o Conselho Municipal de Saúde com a participação das diferentes representações de usuários, ficou aquém do que se esperava do perfil dos municípios mais antigos enquadrados nas modalidades mais descentralizadas e qualificadas do SUS. Constata-se que, para esses municípios alcançarem alta eficiência social (IES acima de 0,800), precisarão de muito trabalho no campo da organização política do sistema de saúde local.

Por fim, é importante sugerir que o IES precisa, a partir da melhoria e/ou criação de indicadores sobre a participação social na implementação do SUS local, nos próximos anos, ser novamente analisado. Isso significa dizer que é fundamental os bancos de dados sobre conselhos municipais de saúde e novos espaços e canais de participação comunitária no SUS contemplarem indicadores que, de certa forma, correlacionem a participação social no sistema e na política de saúde definida localmente.

Vejamos, agora, o resumo das principais evidências verificadas nas três partes desse capítulo a respeito da eficiência técnica e social dos municípios paulistas mais antigos enquadrados nas gestões semiplena/plena do sistema municipal.

4.5– Considerações gerais sobre a eficiência técnica e social dos municípios selecionados

O presente capítulo analisou o comportamento da eficiência técnica e social dos 11 municípios paulistas mais antigos enquadrados nas modalidades mais descentralizadas e qualificadas do SUS — semiplena e plena do sistema municipal —, nos anos 1995, 1997, 1999 e 2001. Para isso, indagou-se: foi possível identificar uma melhoria da eficiência técnica e social nas ações e nos serviços de saúde nesses municípios, nesse período?

A hipótese central era a de que os indicadores de eficiência técnica melhoraram e que as diferenças entre os municípios analisados diminuíram, isto é, convergindo para um desempenho em saúde mais homogêneo entre eles. A justificativa dessa constatação se sustentava na premissa de que nos municípios em gestão mais descentralizada e qualificada do SUS haveria os melhores resultados em eficiência técnica.

De modo geral, o resultado encontrado foi o de que não se observou uma convergência do desempenho de saúde desses municípios ao longo dos anos pesquisados. Os subperíodos, 1995 e 1997; 1997 e 1999; e 1999 e 2001, registraram comportamentos distintos entre os três grupos de municípios trabalhados por esta pesquisa²⁰⁰. No primeiro deles, de 1995 a 1997, constata-se um quadro de maior equilíbrio no número de municípios entre os grupos 1 (quatro) e 2 (seis), que apresenta os melhores desempenhos em saúde, sendo o Grupo 1 superior ao 2. No caso específico da eficiência técnica, essa diferença hierárquica é pequena. Pode-se mencionar que, ao fim do terceiro ano de gestão semiplena (1997), se verifica convergência dos municípios selecionados, agregados de acordo com desempenhos semelhantes em saúde. Cabe registrar que esses anos positivos de gestão semiplena foram reflexo do início da implantação ou do fortalecimento de programas associados à prevenção e à proteção da saúde, até então bem pouco presentes nesses municípios. Nessa perspectiva, constata-se melhoria dos indicadores de resultado, com destaque aos relativos às taxas de mortalidade.

Já em 1999, na fase da gestão plena do sistema municipal de saúde, a distribuição dos municípios modifica-se significativamente em relação a 1997. Depreende-se que o Grupo 3, classificado como o pior grupo em termos de desempenho de saúde, apresenta-se com o maior

²⁰⁰ Os níveis de desempenho em saúde e de eficiência técnica média dos grupos foram diferentes, guardando sempre a mesma lógica, sendo no Grupo 1 superiores ao do Grupo 2, que, por sua vez, são superiores ao do Grupo 3.

número de municípios (oito), quando comparado aos demais grupos, isto é, o Grupo 1 com um e Grupo 2 com dois municípios. Em 1999, observa-se a queda do desempenho em saúde da maior parte dos municípios, revelando que o seu ritmo, observado nos anos de gestão semiplena, se encontrava esgotado. Essa situação pode ser constatada pela piora na estrutura dos serviços de saúde — em especial o número de unidades ambulatoriais e de leitos, ambos por mil habitantes —, que não acompanha o crescimento da população entre 1995 e 1999, de um lado, e, de outro, pela diminuição do ritmo de melhoria dos indicadores de resultado (taxas de mortalidade). Ainda, devem ser lembrados dois problemas que evidenciam o particular e esse pior ano do desempenho em saúde — 1999. O primeiro diz respeito à redução das transferências federais do SUS pelo Ministério da Saúde, em relação ao período anterior (1995 a 1997). O segundo refere-se à tipicidade do momento econômico de desvalorização cambial, dificultando o crescimento e tornando mais vulnerável as finanças públicas, em destaque as municipais, particularmente as receitas próprias.

Assim, uma interessante observação é que, considerando o período de cinco anos de implementação da gestão municipal mais descentralizada e qualificada do SUS, no Estado de São Paulo, a sua situação não se encontrava com bons resultados, revelando que o “fôlego” desse tipo de modalidade do sistema, em termos de desempenho de saúde, se apresentava com problemas. Detecta-se que, em 1999, ocorre maior divergência do desempenho em saúde e do grau de eficiência entre os grupos 1, 2 e 3, com 71,7%, 69,8% e 58,3%, respectivamente.

Por sua vez, em 2001, a distribuição dos municípios, entre os grupos 1 e 2, volta a ser mais equilibrada, quando comparada a 1999. O Grupo 1 passou a ser formado por seis municípios e o Grupo 2 por quatro municípios. Já o Grupo 3 passa a ser constituído por apenas um município (São Vicente), como nos anos 1995 e 1997, e muito diferente de 1999, que registrou oito municípios. Essa melhor distribuição dos municípios em 2001, que se verifica na passagem dos municípios do Grupo 3 para o Grupo 2 e de alguns para o Grupo 1, foi explicada, principalmente, pela diminuição significativa das taxas de mortalidade por AIDS, de mortalidade infantil e do incremento do número de enfermeiros e de médicos por mil habitantes.

Em que pese 2001 apresentar um maior equilíbrio em relação ao número de municípios entre os grupos com melhor desempenho em saúde quando comparado a 1999, constata-se um movimento de divergência tanto nos seus indicadores como no que se refere ao grau de

eficiência. Em 2001, o Grupo 1 atinge 62,8% de eficiência e o Grupo 2 apenas 59,6%, enquanto o Grupo 3 (São Vicente) demonstra apenas 34,3% de eficiência em saúde.

Na análise empreendida dos indicadores de saúde, na média dos municípios, pode-se constatar que, entre 1999 e 2001, alguns indicadores de estrutura registraram piora em relação aos períodos anteriores pesquisados. De um lado, as “transferências federais do SUS *per capita*” diminuíram 16,15%, seguindo a trajetória de declínio verificada já entre 1997 e 1999, de 19,7%, e, de outro lado, o “gasto *per capita* do SUS com recursos municipais” também apresentou retração de 2,36%. Ainda, observa-se, entre 1999 e 2001, redução do número de unidades ambulatoriais e de leitos por mil habitantes.

Cabe, ainda, mencionar que dois dos indicadores de resultado, na média dos municípios selecionados, também registram piora nesse último período: a taxa de mortalidade infantil e a taxa de mortalidade pós-neonatal, crescendo 1,26% e 8,9%, respectivamente.

De forma mais geral, observa-se que, entre 1995 e 2001, ocorrem significativas alterações no desempenho em saúde dos municípios paulistas mais antigos enquadrados na gestão semiplena/plena do sistema municipal de saúde. Verifica-se um movimento de melhora mais importante da maior parte dos indicadores de resultado, quando comparados aos de estrutura. No entanto, revela-se um quadro de maior diferença desses indicadores entre os municípios, ou seja, de ampliação das divergências dos resultados, principalmente a partir de 1999, o que contraria a hipótese central. No último ano analisado, em 2001, verifica-se um desempenho em saúde heterogêneo e uma maior diferenciação entre os graus de eficiência dos grupos 1, 2 e 3, escolhidos para a análise.

Por seu turno, ao longo de 1995, 1997, 1999 e 2001, é importante reconhecer que a abordagem por grupos de desempenho em saúde não pode desconsiderar diferenças de comportamento dos indicadores entre municípios do mesmo grupo, constatando-se diferentes agrupamentos dos municípios por semelhanças.

Na tentativa de esclarecer a nossa pergunta central por completo, isto é, se os indicadores de estrutura ou de resultado foram os mais responsáveis para a retração do desempenho e da eficiência técnica em saúde, nos municípios selecionados, entre 1995 e 2001, analisou-se o comportamento do Índice de Eficiência Técnica em Saúde (IETS) criado neste trabalho.

Ao se verificar a evolução do IETS, ao longo dos anos selecionados, percebe-se que, na média dos 11 municípios selecionados, ocorre uma retração, passando de 0,546 para 0,469. Nesse período, a responsabilidade por essa queda foi decorrente das diminuições dos seus dois componentes, seja o Índice de Estrutura como o Índice de Resultado. O primeiro sofreu uma queda mais significativa, passando de 0,453, em 1995, para 0,349, em 2001, enquanto o segundo índice reduziu-se de 0,638 para 0,590, entre os mesmos anos. A diferença entre os dois é que somente o segundo apresentou crescimento entre 1999 e 2001, aumentando de 0,560 para 0,590. Na realidade, o componente de resultado é superior ao de estrutura na média dos municípios, em quase todos os anos analisados. O único município que se diferencia desse comportamento é Santos, que dispõe da maior rede pública em saúde, dentre os municípios selecionados, indicando os melhores resultados para o Índice de Estrutura.

A ausência de investimento nas capacidades instaladas, num cenário de ampliação das populações dos municípios, foi um dos motivos do retrocesso verificado para o Índice de Estrutura médio dos municípios. Por outro lado, pode-se dizer que o aprofundamento das ações e dos programas preventivos realizados pela média dos sistemas locais de saúde contribuiu para a maior representatividade do componente resultado no IETS, particularmente entre 1999 e 2001. Entre esses anos, foi observado um aumento do Índice de Resultado no conjunto dos 11 municípios, como já comentado.

Entre os municípios que ganharam posições no *ranking* do IETS, no período analisado, estão São Caetano do Sul, Votorantim e Santos. O esforço desses municípios para a melhora do IETS se apóia em período e componentes da dimensão da eficiência distintos. Isto porque, para São Caetano do Sul, o crescimento foi observado entre 1997 e 1999, quando passa da 10ª para 4ª posição no *ranking* do IETS e, para os outros dois municípios, essa melhora já ocorria entre 1995 e 1997. Tanto São Caetano do Sul como Votorantim avançaram na eficiência técnica em decorrência da melhora do Índice de Estrutura; já, para o caso de Santos, os motivos foram explicados pela melhoria do Índice de Resultado, particularmente pela diminuição de quase todas as taxas de mortalidade, em destaque a taxa de mortalidade por AIDS.

Entre os municípios que mais perderam posições no IETS, encontram-se aqueles que reduziram de maneira significativa o Índice de Estrutura, associado principalmente à diminuição de indicadores como número de médicos por mil habitantes, número de unidades ambulatoriais,

hospitalares e leitos. As quedas do IETS mais significativas foram de Mauá, São Vicente, Diadema e Itu.

Examinando-se a posição do IETS de cada um dos municípios selecionados em relação ao IETS médio dos 11, depreende-se que Assis, Votorantim, São José dos Campos e Itu ficaram com resultados superiores em todos os anos pesquisados. Desse modo, é possível notar também que, ao longo de 1995, 1997, 1999 e 2001, o IETS médio desses municípios são os mais altos, conforme a Tabela 39.

Para se ter uma idéia sintética do comportamento do IETS, no período analisado, a Tabela 40 apresenta o seu resultado para cada um dos 11 municípios em gestão semiplena/plena do SUS, identificando-os em ordem decrescente e sua composição em relação aos índices de estrutura e resultado.

Tabela 40
Índice de Eficiência Técnica em Saúde (IETS) médio dos 11 municípios selecionados, segundo sua posição e a composição dos índices de estrutura (IEE) e resultado (IER), no período 1995, 1997, 1999 e 2001

Municípios	IEE Médio	IER Médio	IETS Médio	Posição
Assis	0,561	0,719	0,640	1 ^a
Votorantim	0,490	0,788	0,639	2 ^a
São José dos Campos	0,485	0,663	0,574	3 ^a
Itu	0,520	0,564	0,542	4 ^a
Sertãozinho	0,284	0,767	0,525	5 ^a
Santos	0,691	0,329	0,510	6 ^a
Jundiaí	0,353	0,647	0,500	7 ^a
Diadema	0,405	0,574	0,489	8 ^a
São Caetano do Sul	0,348	0,609	0,479	9 ^a
Mauá	0,268	0,593	0,431	10 ^a
São Vicente	0,186	0,309	0,247	11 ^a
11 municípios	0,417	0,597	0,507	

Nota: Elaboração própria.

Segundo o IETS médio dos municípios, no período analisado (Tabela 40), apesar das oscilações dos indicadores que o compõem para cada ano, percebe-se que seu comportamento de longe não alcança o patamar considerado como alta eficiência técnica, se respeitados os critérios definidos para os resultados da metodologia do IDH, ou seja, nenhum acima de 0,800. Em sete anos de implementação da gestão municipal mais descentralizada e qualificada do SUS, dentre os municípios selecionados, sete deles (Assis, Votorantim, São José dos Campos, Itu, Sertãozinho, Santos e Jundiaí) registram *média eficiência técnica* (IETS entre 0,500 e 0,800). Cabe registrar

que, mesmo dentre esses municípios, os melhores resultados registrados por Assis (0,640) e Votorantim (0,639) encontram-se muito abaixo do limite máximo da categoria considerado para a eficiência técnica média, isto é, de 0,800. Observa-se que o desvio-padrão do IETS médio dessa categoria é 0,058, sendo o intervalo da eficiência técnica desses municípios compreendido entre Assis, com o maior IETS (0,640), e Jundiaí, com o menor resultado (0,500).

O esforço dos municípios com o maior investimento em ações e programas de saúde, possibilitando a maior representatividade do Índice de Resultado — classificados como categoria média (entre 0,500 e 0,800) — foi um dos motivos para a *média eficiência técnica em saúde* verificada. A exceção foi para Santos que indicou um dos mais baixos Índice de Resultado (classificado na categoria baixa, < 0,500), compensando com o mais alto Índice de Estrutura (> 0,500). Por fim, é importante ressaltar que, dentre os municípios com média eficiência técnica, Sertãozinho apresenta a maior diferença entre o índice de resultado em relação ao índice de estrutura, isto é, o primeiro (0,767) bem superior ao segundo (0,284) (ver Tabela 40).

Na categoria de *baixa eficiência técnica* em saúde, no período, observa-se a presença de quatro municípios, em ordem decrescente: Diadema, São Caetano do Sul, Mauá e São Vicente. Isso se deve, sobretudo, aos baixos comportamentos de ambos os índices de estrutura e resultado. No entanto, vale destacar que os índices de estrutura encontram-se na categoria de baixa eficiência técnica (< 0,500) enquanto os índices de resultado são considerados como média eficiência. Chama, sim, a atenção a discrepância do município de São Vicente que registra o pior IETS no período analisado (0,247). Ambos componentes do IETS — estrutura e resultado — são classificados na categoria de baixa eficiência técnica, o que o diferencia de um município com as responsabilidades definidas para as modalidades de gestão semiplena/plena do sistema municipal do SUS.

Além do Índice de Eficiência Técnica em Saúde, outro índice importante trabalhado nesse capítulo, na avaliação da eficiência dos municípios paulistas em gestão mais descentralizada e qualificada do SUS, foi o que mensura o cumprimento e a ampliação de novos canais de participação social, o Índice de Eficiência Social (IES). A criação desse índice buscou responder se os municípios selecionados contribuíram para a melhoria da eficiência social dos sistemas municipais de saúde. Dois aspectos gerais contemplam o enfoque privilegiado pelo IES: a realização das Conferências Municipais de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, com particular atenção à garantia e ampliação do segmento dos usuários e seus representantes.

Diferente do IETS, o IES abrangeu o comportamento consolidado dos indicadores associados aos dois aspectos mencionados, para os anos de 1995, 1997 e 1999. O ano de 2001 não foi contemplado na análise, uma vez que não houve disponibilidade de informações da fonte de dados coletados — a Pesquisa Municipal Unificada da Fundação Seade.

O IES médio dos municípios selecionados, ao longo de 1995, 1997 e 1999, deve ser categorizado como *média eficiência social*, com 0,591 (entre 0,500 e 0,800, conforme critérios do IDH). No entanto, Santos e Itu indicaram *alta eficiência social*, no período, com 0,900 e 0,850, respectivamente. Ambos municípios registraram ampliação de representantes de usuários eleitos por organizações populares no Conselho Municipal de Saúde, especialmente com a participação de associações de moradores, de movimentos comunitários, de sindicato e de organizações religiosas. Desse modo, pode-se verificar que houve, nesses municípios, a intenção de fortalecer a participação da comunidade nos rumos da gestão semiplena/plena do sistema municipal.

Cabe ressaltar que Santos apresenta o segundo maior número total de conselheiros e de representantes do segmento usuários e, até, foi o único município que aumentou esses números, particularmente entre 1997 e 1999, passando de 40 para 44, no total, e de 20 para 22, no segmento de usuários. Dessa forma, esse município passou, no período, a constituir o maior Conselho Municipal de Saúde dentre os municípios selecionados. Certamente, esse movimento de fortalecimento dos canais de participação popular contribuiu para que a implementação do SUS local se efetivasse segundo uma das diretrizes do sistema — participação da comunidade — e de acordo com seus determinantes legais (Leis Federais n^{os} 8.080/89 e 8.142/90).

Por sua vez, os municípios com *média eficiência social* no período foram, em ordem decrescente: São José dos Campos, São Vicente, Assis, Jundiaí, São Caetano do Sul e Votorantim, com desvio-padrão do IES de 0,082. O município de São José dos Campos, com o maior IES dessa categoria (0,750), somente não conseguiu ser classificado como alta eficiência social por causa da redução que sofreu, entre 1997 e 1999, do número total de conselheiros e da conseqüente diminuição do número de representantes de usuários. Outro aspecto que merece comentário nessa categoria foi o resultado da posição de São Vicente, que registrou o 4º lugar, com o IES de 0,717. Nota-se que o comportamento da eficiência social desse município é completamente distinto do verificado para a eficiência técnica em saúde, o que indica baixa correlação entre a organização política do SUS local e o investimento em estrutura de serviços e em programas e ações de saúde para o alcance de resultados (eficiência técnica). Isso porque, na

dimensão da eficiência técnica, São Vicente apresentou o pior resultado entre os municípios selecionados.

Outro fator interessante dessa categoria média de IES foi o mesmo resultado encontrado para Assis, Jundiaí e São Caetano do Sul. Todos eles encontram-se na 5ª posição do *ranking* dos municípios, com 0,600 de IES. Por fim, destaca-se que Votorantim, também oposto ao comportamento do IETS (dentre as melhores posições entre 1995 e 1999), indicou IES mais próximo à categoria de baixa eficiência social, isto é, 0,533.

No caso dessa categoria de *baixa eficiência social*, a análise feita revelou a presença de Mauá, Sertãozinho e Diadema, com IES menores que 0,400. Dois aspectos explicitam a baixa colocação desses municípios, são eles: 1) o desrespeito à regra da paridade do segmento dos usuários no Conselho Municipal de Saúde por parte de Sertãozinho e Diadema; 2) a não existência de representantes de usuários eleitos por associações de moradores (Mauá) e por movimentos comunitários no Conselho Municipal de Saúde (Sertãozinho e Diadema).

Em suma, graças à mobilização política dos 11 municípios paulistas em gestão simplificada/plena do sistema, em 1995, 1997 e 1999, apenas três deles registram baixa eficiência social. A grande maioria, seis municípios, concentra-se na categoria média, com o IES entre 0,500 e 0,800, e apenas dois municípios (Santos e Itu) apontam alta eficiência social (> 0,800). Essas evidências encontradas para a eficiência social indicam que a maior parte dos municípios selecionados demonstrou esforço em cumprir e ampliar os espaços e canais de participação social, exigidos legalmente na implementação do SUS. Essa situação positiva não apresentou correlação com a eficiência técnica medida pelo IETS, em que o comportamento médio analisado revelou-se abaixo do verificado para o IES.

Por fim, cabe o comentário de que a avaliação da participação da comunidade nos rumos do sistema de saúde dependerá da criação de indicadores mais amplos do que os utilizados pelo IES neste trabalho, com o intuito de se conseguir medir a relação direta entre a ampliação da participação da comunidade e a definição da política de saúde.

É possível reconhecer que, mais decisivamente do que em outras áreas da política social nos municípios, a saúde efetivamente definiu instrumentos legais e vem implementando esses novos espaços e instrumentos de participação social e de usuários nas ações e nos serviços desse setor. Contudo, uma análise mais detalhada da eficiência social deveria estender-se à atuação dos

conselhos municipais na formulação e avaliação da política de saúde local, especificamente em todas as funções que integram a complexidade da gestão do sistema municipal, a saber: planejamento; orçamento; execução orçamentária; acompanhamento e fiscalização; e avaliação.

No próximo e último capítulo desta tese, será possível avaliar como o Conselho Municipal de Saúde se constitui, dentre outros, em mecanismo importante no acompanhamento da gestão do SUS local. Embora não sendo objetivo do próximo capítulo o estudo específico do Conselho Municipal de Saúde, a avaliação sobre a gestão dos recursos de um município, dentre os 11 selecionados, permitirá identificar a sua abrangência e delimitar melhor o campo da eficiência social de um município semiplena/plena do sistema. Para tanto, o próximo capítulo examina a eficiência, a eficácia e a gestão dos recursos de um estudo de caso: o Município de Assis.

CAPÍTULO 5

EFICIÊNCIA, EFICÁCIA E GESTÃO: O ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE ASSIS

É certo, como analisado no Capítulo 3, que os 11 municípios paulistas que primeiro se habilitaram na modalidade semiplena/plena do sistema municipal de saúde aumentaram de forma importante suas receitas disponíveis e ampliaram, de forma significativa, seus gastos *per capita* do SUS com recursos municipais. Essa situação pode indicar resultados positivos para o processo de implementação da gestão local de saúde. No entanto, resta verificar se os instrumentos de gestão utilizados são eficientes e eficazes para responder às necessidades da política de saúde. Nesse sentido, torna-se fundamental avaliar os instrumentos e mecanismos que determinam a capacidade de gestão do gasto, particularmente por meio de um estudo de caso específico, o do Município de Assis.

Especificamente no que tange à seleção desse município, como estudo de caso específico, ratifica-se sua importância em razão de se encontrar entre aqueles que assumiram a gestão semiplena, com Secretaria Municipal de Saúde criada há mais tempo e uma dirigente — no momento da habilitação — com origem associada ao movimento sanitário, apresentando potencial de capacidade de governo²⁰¹ em relação aos desafios impostos por essa condição de gestão; de contar com um hospital regional/estadual localizado em seu território, o que o obriga a um processo de negociação mais complexo para efetivar a tomada de decisão da política de saúde local, isto é, estabelecer relações com outra esfera de governo; e de permitir o acesso direto e facilitado das informações da gestão local. Por fim, é notável o comportamento do Índice de Eficiência Técnica em Saúde (IETS) médio, analisado no Capítulo 4, apresentado por Assis, ao longo de 1995, 1997, 1999 e 2001: o melhor resultado dentre os municípios selecionados — 0,640.

A avaliação da eficiência e eficácia da gestão orçamentário-financeira do SUS de Assis foi motivada para responder algumas indagações, tais como: em que medida a gestão orçamentário-financeira implementada, ao longo dos anos de enquadramento na modalidade semiplena/plena do sistema, relacionou — de forma articulada — as funções de planejar, orçar,

²⁰¹ Para Matus (2000 apud TEIXEIRA, 2003), a noção de “capacidade de governo” é especificada por meio de três componentes: perfil do dirigente, sistemas de trabalho e desenho organizativo.

executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde? Em que medida os instrumentos e mecanismos de gestão dos recursos adotados possibilitaram o logro dos objetivos propostos pela política local de saúde? A alteração da sistemática de repasses do Ministério da Saúde, a partir de 1998 — NOB 96 —, introduzindo incentivos, campanhas e outras formas de direcionamento de recursos, poderiam estar restringendo a autonomia do município na alocação dos recursos transferidos ao seu fundo municipal de saúde, dificultando a realização de um planejamento autônomo por parte do município?

Foram essas as preocupações que motivaram a realização deste capítulo. Nesta perspectiva, trata-se de apresentar os principais resultados do exame da eficiência e eficácia dos recursos financeiros do Município de Assis, analisados como parte do complexo processo de gestão da política local de saúde, entre 1998 e 2002. Ao se fazer valer o enfoque sobre a gestão dos recursos financeiros desse município, a análise centrou-se na gestão orçamentário-financeira e de materiais e recursos humanos do SUS local, buscando verificar a articulação das funções de planejar, orçar, executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde, bem como compreender a dinâmica das áreas de suprimentos e recursos humanos.

Na Introdução desta tese, ao se examinar a literatura a respeito desses critérios de avaliação de políticas públicas, chamou-se a atenção, em seu final, para uma abordagem específica, qual seja: as noções de eficiência e eficácia dos recursos financeiros devem ser compreendidas como partes do todo da gestão da política de saúde (CAMPOS, 1989; 1991; 2000). Acresça-se a isso o fato de esses critérios de avaliação necessitarem ser analisados na dinâmica da relação entre as diversas funções da gestão local da saúde, tendo como quadro de referência a construção histórica do próprio desenvolvimento de um processo de descentralização da saúde local e da trajetória do financiamento geral do SUS.

Como abordado na Introdução desta tese, Campos (2000) sustenta que a definição da política de saúde deve ser produto da relação integrada entre a busca pela eficácia e eficiência e seu modo de produção. A política de saúde alcança resultados satisfatórios quando é realizada na busca de resgate de seus objetivos (a eficácia social) e dos sentidos de seus meios (eficiência gerencial). A questão-chave, para o autor, é a de como utilizar a eficiência e eficácia como instrumentos importantes da gestão da saúde. A expectativa da melhoria dos níveis de saúde pública requer um modelo de gestão voltado ao enfrentamento de problemas em que a eficiência (custo/benefício) esteja subordinada à eficácia (cumprimento dos fins da política), rompendo com

a lógica de sobreposição dos meios em relação aos fins e confirmando que é a política de saúde que deve nortear as ações no setor e não a questão contábil/fiscal (CAMPOS, 1989).

Segundo Campos, a gestão do sistema de saúde, em geral, deve ser conceituada como um meio/instrumento fundamental para se efetivar ou transformar um determinado processo de produção de ações de saúde, utilizando diversas técnicas, mecanismos e instrumentos de gerência dos serviços (1991). Contudo, a abordagem de Campos é genérica em relação à gestão financeira da saúde, cuja temática é central para a avaliação realizada neste estudo de caso específico do Município de Assis. Assim, considera-se importante acrescentar outros elementos específicos que permitam entender de modo integrado a gestão, o planejamento, o processo orçamentário, a fiscalização e o acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde, assim como a avaliação da sociedade em geral sobre os recursos orçamentário-financeiros.

Nesta perspectiva, o processo de avaliação aqui empreendido é orientado pela verificação, na prática, da forma como o sistema municipal de saúde de Assis operacionaliza os instrumentos e mecanismos dos recursos, ao longo de todo o “ciclo de vida”²⁰² da gestão orçamentário-financeira da área da saúde. A expressão “ciclo de vida” de Regonini (1989; 1993) permite dizer que, no caso deste trabalho, uma avaliação da gestão orçamentário-financeira *integrada* deve ser mais importante para a análise singular de cada uma de suas funções (do planejamento, passando pelo orçamento, execução, até a avaliação).

Este capítulo está dividido em quatro partes. A primeira é dedicada às características estruturais e legais da gestão orçamentário-financeira integrada, em geral, e na saúde, em particular, de forma a esclarecer a base institucional sobre a qual se apóiam as funções dessa gestão — planejamento, orçamento, fiscalização e avaliação -, que serão analisadas na terceira parte. A segunda parte apresenta os dados gerais sobre a gestão plena do sistema municipal de Assis, de 1998 a 2001, com destaque para o comportamento dos seus recursos financeiros. Dois

²⁰² A idéia do “ciclo de vida” da gestão utilizada aqui se apóia na contribuição de Regonini (1989 e 1993) — apresentada na Introdução dessa tese — quando argumenta que a análise da política pública deve ser realizada numa abordagem mais integrada de suas fases. São elas: a emergência de uma situação-problema; o ingresso da questão na agenda de decisão; a formulação da proposta; a adoção da escolha vinculada; sua implementação; a valorização do resultado; a eventual extinção da política empreendida. Para Regonini, ao se analisar somente algumas dessas fases da política, perde-se a possibilidade de entender as articulações de agregação dos interesses, a decisão das instituições representativas e sua execução da parte administrativa. Dito de maneira mais explícita, Regonini enfatiza a importância de se analisar a integralidade da política, antes que se recorra à análise individual nas suas várias fases.

são os eixos de análise: 1) a comparação dos valores do teto financeiro dos recursos e da produção dos serviços ambulatoriais e hospitalares; 2) o perfil do fluxo de internação hospitalar.

A terceira parte analisa a gestão da saúde no município de Assis, particularmente nos âmbitos orçamentário-financeiro, materiais e humanos da Secretaria Municipal de Saúde, com ênfase no período 1998-2002, bem como reúne a visão dos gestores municipais sobre os incentivos financeiros federais na condução da política local de saúde. A escolha desse período se deveu, de um lado, ao fato de que foi nesses anos que ocorreu a implementação desses incentivos, traduzindo uma nova sistemática de suas transferências, e, de outro lado, a ênfase no município, por sua vez, em implantar novos mecanismos e instrumentos que associassem planejamento ao processo orçamentário. A quarta e última parte trata das considerações gerais sobre a eficiência, a eficácia e a gestão orçamentário-financeira de Assis.

Para a terceira parte, os dados foram coletados por meio de três instrumentos: a análise documental do município de Assis, questionários auto-aplicáveis e entrevistas. Os documentos referem-se basicamente aos mecanismos de planejamento e gestão da política de saúde definidos pelo SUS, tais como a Agenda Municipal de Saúde, o Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão; balanços-gerais do município; e Relatórios de Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde²⁰³. Já os questionários auto-aplicáveis foram de dois tipos. De um lado, contou-se com perguntas, em sua maioria, “fechadas”, sobre a organização e o funcionamento da gestão orçamentário-financeira, de recursos materiais e humanos, relativo a 2002, sendo dirigido às diversas áreas da Secretaria Municipal de Saúde. De outro lado, utilizou-se perguntas “abertas”, com a finalidade de verificar o papel e as conseqüências dos incentivos financeiros federais como estratégia de financiamento das ações de saúde, dirigido tanto à secretária municipal de saúde como ao gestor do Fundo Municipal de Saúde. Esses questionários também foram encaminhados em 2002. As entrevistas foram realizadas com a secretária de saúde, o gestor do Fundo e o presidente do Conselho Municipal de Saúde, entre 1999 e 2003²⁰⁴.

²⁰³ A análise documental foi referente a 1997, 1998, 1999, 2000, 2001 e 2002.

²⁰⁴ Para a coleta de vários dados, também contamos com a participação como observador em reuniões da prefeitura e da Secretaria Municipal de Saúde de Assis.

5.1 - Aspectos estruturais e legais da gestão orçamentário-financeira integrada no SUS

A década de 1990 foi marcada, no Brasil, por um intenso processo de reforma do Estado, tanto em termos do alcance de suas ações como da revisão de suas práticas gerenciais²⁰⁵, em especial a introdução de uma série de inovações do ponto de vista da sistemática do planejamento e orçamento público. Merece menção as várias medidas legais criadas que contribuíram para uma relação mais estreita entre planejamento e processo orçamentário. Desde a Constituição Federal de 1988, foram introduzidos três instrumentos de planejamento do processo orçamentário no País — o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Já na segunda metade dos anos 1990, novas medidas legais foram instituídas, visando garantir que o processo de planejamento e orçamento não fosse conduzido apenas de maneira formal, mas que fosse incorporado pelas práticas de atuação do Estado. Foram duas as principais alterações na legislação: a Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, da Secretaria de Orçamento e Finanças (SOF) do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão e a Lei de Responsabilidade nº 101/2000. Ambas contribuíram para o aprimoramento do processo orçamentário, uma vez que colocam os programas como elementos-chave para a efetivação das políticas públicas e, conseqüentemente, de seus gastos, tornando o planejamento instrumento essencial para determinar as prioridades de recursos, seja no âmbito das receitas, seja no das despesas.

A área da saúde, em particular, não escapou a esse processo de inovação legislativa. Com o objetivo de avançar na implementação do SUS, assegurando a efetivação das políticas e dos programas de trabalho das secretarias estaduais e municipais de Saúde, o Ministério da Saúde reforçou tal lógica de trabalhar os recursos orçamentários de forma planejada, incorporando-a em suas portarias para o sistema nacional de saúde.

Mesmo diante dessas várias exigências legais, a experiência brasileira tem apontado que, na maioria das vezes, a elaboração do processo orçamentário, por parte dos governos municipais, e da área da saúde em particular, é distante dessa sistemática integrada entre planejamento e

²⁰⁵ Como tratado na Introdução desta tese, a década de 1990, em grande parte dos países da América Latina e, particularmente, no Brasil, foi marcada pelo segundo estágio de reforma do Estado. De acordo com Souza e Carvalho (1999) e Almeida (1999), esse segundo estágio de reformas se refere muito mais a novas abordagens gerenciais do Estado, associadas à ampliação de sua capacidade institucional, criando novas responsabilidades e instituindo aspectos de reestruturação organizacional.

orçamento. São poucas as administrações municipais que olham a realidade local com seus problemas e potencialidades e se organizam do ponto de vista gerencial para enfrentá-la. Na prática, o que vem ocorrendo é que os instrumentos do processo orçamentário acabam por não responder às necessidades locais e dificilmente são elaborados de forma a permitir a sua compatibilidade entre planejamento e orçamento, dificultando o acompanhamento e a fiscalização do gasto em saúde *vis-à-vis* o cumprimento das ações e metas planejadas.

Para se contrapor a essa forma de elaboração do planejamento e processo orçamentário, o SUS adota um conceito normativo de gestão definido pela NOB SUS 01/96. Esta norma, ao consolidar a plena responsabilidade do poder público municipal sobre as ações e os serviços de saúde e aperfeiçoar a própria organização do sistema, definiu gestão como a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, pelo exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, execução, acompanhamento, controle e avaliação²⁰⁶. Esse enfoque de gestão foi assimilado gradativamente pelo processo orçamentário do SUS, definindo a gestão orçamentário-financeira como um instrumento de integração dessas funções aos objetivos, produtos e resultados da política de saúde²⁰⁷.

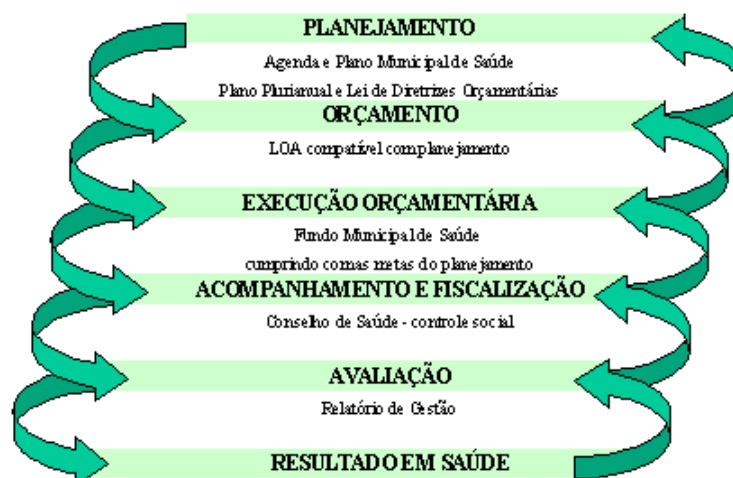
A Figura 12 explicita a relação entre as funções nesse modelo de gestão orçamentário-financeira integrado, indicando a existência de um fluxo contínuo desde o planejamento até a avaliação, contribuindo para a produção do resultado esperado em saúde²⁰⁸.

²⁰⁶ Ver Brasil. Ministério da Saúde (1996). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS 01/96, de 6/11/96.

²⁰⁷ No início dos anos 2000, o SUS edita um manual da gestão financeira que adota a visão da gestão orçamentário-financeira integrada, articulando as funções do conceito de gestão definidas na NOB 96. Ver Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde (2002).

²⁰⁸ A apresentação do conteúdo do modelo de gestão orçamentário-financeira baseia-se em manual do SUS elaborado pelo Fundo Nacional de Saúde e por Mendes e Santos (2001).

Figura 12 – Funções integradas da gestão orçamentário-financeira



Obs.: Elaboração própria.

Ora, se esse é o quadro sobre o qual se apóiam as funções da gestão orçamentário-financeira, interessante é verificar, mesmo nos aspectos mais gerais, o conteúdo dessas funções, para mais adiante entender seu funcionamento na realidade do Município de Assis.

– *As funções de planejamento e orçamento*

A Figura 12 reforça a idéia de que o gasto em saúde deve estar ligado ao planejamento como um instrumento que baliza o orçamento. Se o gasto é caracterizado por um dispêndio de recursos, representado por uma saída de recursos financeiros, esse só pode ser viabilizado se estiver em acordo com o que foi planejado e orçado. É importante assinalar que nenhum gasto deve ser realizado sem que haja disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros. Para tanto, é importante que se resgate o planejamento como primeira função da gestão orçamentário-financeira.

A primeira etapa do planejamento refere-se à elaboração de um diagnóstico, no qual devem ser identificados os problemas e as potencialidades. A partir desse diagnóstico, são elaborados programas que buscam a solução dos problemas e/ou o melhor aproveitamento das potencialidades. Cada programa deve constituir-se em uma das formas de expressão da política de saúde, com a finalidade de produzir uma alteração na situação atual. Assim, o programa de saúde deve indicar objetivos, metas (objetivo quantificado) e indicadores, para que possa ser acompanhado, controlado e avaliado. Dito de outra maneira, não há a possibilidade de se efetuar um gasto em saúde sem antes relacioná-lo ao seu programa — objetivos, metas e indicadores.

Na realidade, essa lógica de trabalhar os recursos de forma planejada foi instituída, em primeiro plano, pela Constituição de 1988, que introduziu três instrumentos do processo orçamentário — o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Mais recentemente, foram criadas duas novas medidas legais. A primeira, por meio da Portaria nº 42 do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, introduziu modificações na classificação funcional do gasto público. No novo modelo, os programas e ações devem ser elaborados com base nos problemas e nas demandas da sociedade identificadas pelo planejamento, e devem se constituir em unidades de gestão, com estruturas idênticas no planejamento e nos orçamentos. Pela nova sistemática, os governos municipais têm liberdade para solucionar seus problemas, organizando suas ações em programas, projetos e atividades de acordo com suas especificidades, originárias do Plano Plurianual. A proposta é transformar o Plano Plurianual num instrumento de gestão, em que dois aspectos são importantes: a cobrança de resultados e a realidade problematizada. Em síntese, os projetos e atividades que integram o orçamento têm origem nas ações de cada programa definido no Plano Plurianual. Cabe lembrar que a quantidade de ações, por sua vez, não pode ser muito extensa, pois há o perigo de tornar inviável seu gerenciamento, uma vez que é desdobrada em metas físicas e financeiras.

A segunda medida legal ancorada nesse novo modelo de gestão orçamentário-financeira se refere à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) nº 101/2000. O capítulo inicial da Lei trata do planejamento (artigos 3º a 10), no qual são reforçadas as atribuições e as conexões entre os instrumentos já criados na Constituição de 1988: PPA, LDO e LOA. Pela determinação da LRF, como condição para a disciplina fiscal, é necessário que exista compatibilidade entre esses três instrumentos do processo orçamentário, o que obriga a formulação de cada um deles de forma mais consistente.

No período entre a Constituição de 1988 e a LRF de 2000, esses instrumentos orçamentários eram elaborados nos municípios de forma tão geral que afinal não respondiam às necessidades locais. Além disso, o gasto, na maior parte das vezes, foi realizado sem nenhuma vinculação com o que constava na programação dos instrumentos orçamentários e sem nenhum controle em relação às receitas efetivamente arrecadadas, acarretando às administrações o processo de endividamento. A Lei de Responsabilidade Fiscal estabelece de forma específica o

conteúdo da LDO e obriga a interação dos instrumentos de planejamento e orçamento — PPA, LDO e LOA.

Esses instrumentos são leis que exprimem, em termos financeiros, a alocação dos recursos públicos, refletindo as decisões políticas e estabelecendo as ações prioritárias para o atendimento das demandas da sociedade. Nesta perspectiva, há uma lógica para a construção desses instrumentos em caráter sequencial: em primeiro, o PPA; em seguida, a LDO; e, por fim, a LOA. Na realidade, o PPA, elaborado no primeiro ano de gestão dos governos para vigorar nos próximos quatro anos, deve orientar a elaboração de quatro LDOs — anuais — e cada LDO deve orientar a elaboração de uma LOA. Cabe lembrar que todos eles devem ser precedidos do Plano de Governo, no qual são dispostas as grandes linhas de atuação, ou seja, as diretrizes do governo eleito.

No tocante à área da saúde, duas novas portarias do Ministério da Saúde contribuíram para a construção desses instrumentos orçamentários. A primeira Portaria, de nº 483, de 6 de abril de 2001, define que os recursos estaduais e municipais destinados ao SUS, e também às ações e os serviços assistenciais de saúde, devem ser explicitados e seus valores apresentados segundo a abertura programática definida na Portaria nº 42 do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. A segunda Portaria, de nº 548, de 12 de abril de 2001, estabelece que o orçamento do Fundo de Saúde deve respeitar as políticas e os programas de trabalho das secretarias de Saúde, observando a Agenda de Saúde e o Plano de Saúde, elaborados e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde. Em resumo, essas portarias estabelecem que os recursos destinados ao SUS devem ser explicitados e seus valores apresentados no PPA, na LDO e na LOA, segundo os programas definidos na Agenda e no Plano de Saúde.

Conforme a segunda portaria, as *Agendas de Saúde* devem demonstrar os eixos prioritários de intervenção, de forma a balizar os programas, seus objetivos e metas da política de saúde. A periodicidade de elaboração da *Agenda de Saúde* é anual e constitui a primeira etapa do processo de planejamento, sendo exigência para habilitação dos municípios ao SUS e instrumento importante para orientar a elaboração do *Plano de Saúde*. O *Plano de Saúde* consolida o processo de planejamento em saúde, devendo incorporar a programação da política de saúde, indicando as intenções políticas, o diagnóstico, as estratégias, as prioridades, os programas de atuação, seus objetivos, metas e indicadores de avaliação. O *Plano de Saúde* deve conter o *Quadro de Metas* inspirado na Agenda de Saúde. Esse Quadro de Metas se transforma na principal referência para

orientar a elaboração da gestão. A periodicidade de elaboração do *Plano de Saúde* é anual, sendo revisto a cada ano em função de novas metas de gestão e adequação à dinâmica da política de saúde. Além disso, não se deve esquecer que a Lei Orgânica do SUS nº 8.080/90, em seu § 1º do artigo 36, estabelece que o Plano de Saúde é a base da programação de cada nível de direção do SUS e seu financiamento deve ser previsto na respectiva proposta orçamentária²⁰⁹.

A *Agenda de Saúde* e o *Plano de Saúde* devem ser submetidos e aprovados pelos Conselhos de Saúde²¹⁰. Os programas previstos no Plano e na Agenda de Saúde devem constituir a base para a elaboração dos instrumentos do processo orçamentário — PPA, LDO e LOA. Em síntese, o Ministério regulamentou a importância do encadeamento lógico entre os planos e orçamentos, ou seja, problemas, programas, projetos e atividades orçamentárias.

– A função da execução orçamentária

Já a execução da gestão orçamentário-financeira integrada, particularmente na área da saúde, é função do Fundo de Saúde. Esse fundo se constitui em mecanismo de gestão financeira de recursos, vinculados ou alocados às secretarias de Saúde para o cumprimento de seus programas e metas, e seus projetos e atividades orçamentárias²¹¹.

A gestão financeira do SUS, por meio do funcionamento do Fundo de Saúde, é definida nas portarias do Ministério da Saúde — denominadas de Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBS 93 e 96) — e nas mais recentes, Normas Operacionais da Assistência à Saúde – SUS — NOAS-SUS nºs 01/2001 e 01/2002, discutidas no Capítulo 1 desta tese. Todas essas normas estabelecem a obrigatoriedade da existência do Fundo de Saúde para que os municípios se habilitem ao SUS e possam receber recursos transferidos do Ministério da Saúde para o financiamento de suas ações e seus serviços de saúde. Ainda, o Decreto Federal nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde municipais.

²⁰⁹ O *caput* do artigo 36, da Lei nº 8.080/90 determina que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvido seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios.

²¹⁰ Para um detalhamento da Agenda e do Plano de Saúde, ver a Portaria do Gabinete do Ministro nº 548 de 12/4/2001.

²¹¹ Os fundamentos legais do Fundo de Saúde estão inscritos no inciso IX do artigo 167 da Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde nºs 8.080/90 e 8.142/90. Tanto a Constituição Federal como as legislações federais da área da saúde determinam a formulação de um Fundo de Saúde, como Conta Especial (conjunto de diferentes contas bancárias da saúde), na qual são depositados e movimentados os recursos financeiros do sistema sob a fiscalização do Conselho de Saúde, conforme o artigo 33, da Lei nº 8.080/90, e incisos I e V, do artigo 4º, da Lei nº 8.142/90.

Por fim, a Emenda Constitucional nº 29, em seu artigo 7º, trata da exigência de que todos os recursos transferidos e próprios devem estar no Fundo de Saúde e acompanhados e fiscalizados pelo Conselho de Saúde²¹². Dessa forma, todos os recursos do SUS, nos municípios, devem ser provenientes do Fundo de Saúde e nenhuma despesa com ações e serviços de saúde pode ser realizada sem constar do Fundo de Saúde.

Assim, o orçamento do Fundo de Saúde deve expressar as políticas e os programas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, observando a Agenda de Saúde, o Plano de Saúde, o PPA e a LDO, e os princípios da universalidade e do equilíbrio do orçamento público. A execução do gasto em saúde por meio do Fundo deve permitir permanentemente o acompanhamento de cada uma de suas dotações orçamentárias, visando ao cumprimento das metas estabelecidas pelos programas nos instrumentos Agenda de Saúde, Plano de Saúde, PPA e LDO. Desse modo, a programação financeira e o cronograma de execução mensal de desembolso devem ser compatíveis com o estabelecido nesses instrumentos.

– As funções de acompanhamento e fiscalização

Em relação às funções de acompanhamento e fiscalização da gestão orçamentário-financeira integrada, devem ser, também, exercidas por meio do Fundo de Saúde. Isto porque é a partir dele que o sistema de acompanhamento dos programas e projetos/atividades (compatíveis com a Agenda de Saúde, o Plano de Saúde, o PPA e a LDO) é operacionalizado, garantindo o controle dos recursos aplicados na área da saúde e o cumprimento das metas definidas nos programas, seus prazos e os resultados esperados.

Para o acompanhamento da gestão dos recursos do Fundo de Saúde, do ponto de vista operacional, é imprescindível a elaboração de demonstrativos orçamentário-financeiros. Esses demonstrativos se constituem materiais essenciais para o acompanhamento e a fiscalização por parte do Conselho de Saúde, do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas. É bom lembrar também que a Lei de Responsabilidade Fiscal enfatizou a necessidade da transparência da ação pública ao exigir a elaboração de relatórios de acompanhamento da gestão fiscal e a realização de audiências públicas para a prestação de contas. Particularmente, na área da saúde, a Lei Federal nº 8.689/93, que extinguiu o INAMPS, em seu artigo 12 estabelece que:

²¹² Ver Brasil. Emenda Constitucional nº 29.

“o gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembleias legislativas respectivas, para análise e divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.”(BRASIL, Lei Federal nº 8.689, 1993, p. 3)

A prestação de contas em audiência pública, a cada três meses, no Legislativo, foi uma exigência restrita ao setor da saúde, não existindo essa determinação legal específica para outras áreas das políticas públicas²¹³. Sabe-se que o cumprimento dessa lei foi ganhando adesão dos municípios somente a partir do fim da década de 1990²¹⁴.

– *A função da avaliação*

No tocante à avaliação da gestão orçamentário-integrada, o manual do Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde (2002) alerta que a função deve ser pensada já no momento do planejamento. Desse modo, o planejamento deve ser detalhado de forma que cada programa apresente os objetivos, metas e indicadores, o que, segundo o Ministério da Saúde, permitirá uma gestão com foco nos resultados. A avaliação deve ser permanente, sendo parte de todo o processo da gestão orçamentário-financeira local do SUS.

Nesse sentido, a avaliação deve orientar-se pela busca da constante adequação do processo em curso ao objetivo explicitado no plano. Vale acrescentar que é mediante instrumentos de avaliação que “correções de rota” podem ser realizadas. Para a avaliação de um Programa de Saúde (estabelecido na Agenda de Saúde, no Plano de Saúde, no PPA, na LDO e na LOA) devem ser criados indicadores suficientemente claros, permitindo a sua adequada avaliação.

Cabe assinalar que o SUS dispõe de instrumentos de avaliação importantes: o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão. O Relatório de Gestão constitui-se em instrumento essencial para a avaliação dos recursos aplicados nos programas de saúde. O Relatório de Gestão deve estar

²¹³ O parágrafo único do artigo 48 da Lei de Responsabilidade Fiscal (nº 101/2000) determina que os governos federal, estadual e municipal apresentem suas contas em audiência pública no Legislativo. Segundo o artigo 54 da mesma Lei, fica o Poder Executivo obrigado a apresentar as contas consolidadas a cada quatro meses. Já no caso da Saúde — conforme o artigo 12, da Lei nº 8.689/93 —, a obrigação da audiência pública é trimestral.

²¹⁴ Essa informação foi obtida no Curso Gestão Financeira do SUS, no IV Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, tendo como docente Áquilas Mendes, realizado em Jundiaí, em 2001.

compatível com o Plano de Saúde, demonstrando sua relação com as metas, os resultados e a aplicação dos recursos planejados.

O Relatório de Gestão permite a sistematização e divulgação das informações sobre os resultados alcançados com o desenvolvimento dos programas do SUS, bem como a avaliação da probidade dos gestores do sistema. Esse instrumento é fundamental para um possível ajuste da Agenda e do Plano de Saúde do próximo exercício. Assim como o Plano de Saúde, o Relatório de Gestão deve ser submetido ao Conselho de Saúde e aprovado por ele.

Feitas essas observações sobre o conteúdo das funções da gestão orçamentário-financeira na área da saúde, cabe analisar a sua abrangência e seus limites ligados ao sistema de saúde do Município de Assis. No entanto, antes dessa análise, o item seguinte trata das principais características da gestão plena do sistema municipal de Assis ao longo de 1998 a 2001.

5.2 – Características gerais da gestão municipal de saúde de Assis na dimensão recursos

Como respaldo empírico para a análise da questão central que permeia esta tese, foi estudado o Município de Assis, dentre aqueles primeiros municípios paulistas que se enquadraram, em 1995, à modalidade semiplena (NOB 93) e continuaram na gestão plena do sistema municipal (NOB 96) até 2001.

Os motivos que levaram à escolha desse município como estudo de caso desta tese, bem como o relato de uma breve descrição sobre a organização do sistema de saúde de Assis já foram evidenciados no início deste capítulo. Nesse caso, opta-se, neste item, por sintetizar a capacidade do gasto desse município, analisado no Capítulo 3, em conjunto com os 11 municípios paulistas em gestão semiplena/plena do sistema, e complementar algumas informações sobre a dimensão dos recursos financeiros da gestão descentralizada do SUS no Município de Assis, especialmente de 1998 a 2001. A apresentação dessas informações está organizada em três itens: 1) a capacidade de gasto do município; 2) a dimensão entre os valores do teto financeiro e da produção dos serviços ambulatoriais e hospitalares; 3) o perfil do fluxo de internação hospitalar no município.

5.2.1 – A capacidade de gasto de Assis

Com base nas informações contidas no Capítulo 3 deste trabalho, apresenta-se, a seguir, uma síntese da capacidade do gasto do Município de Assis, conforme indicada no Quadro 24.

Quadro 24 – Síntese da capacidade de gasto do Município de Assis (1995-2001)^(*)

Variáveis	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Gasto Total <i>p/capita</i> do SUS (em R\$)	175,50	201,04	171,98	174,44	163,10	159,83	156,99
Gasto <i>p/capita</i> c/ Transf. Fed. SUS (em R\$)	114,62	111,68	121,18	118,91	108,95	95,17	86,95
Gasto <i>p/capita</i> do SUS c/ Rec. Munic. (em R\$)	60,88	89,37	50,80	55,52	54,16	64,67	70,05
% Rec. Própria Aplicada em Saúde (Indicador EC 29)	18,05	27,56	16,02	13,85	14,17	16,99	18,27
% Desp. Investimento/Gasto Total do SUS	2,0	1,3	0,8	1,2	1,3	1,3	1,5
% Desp. Pessoal/Gasto Total do SUS	31,8	42,0	46,4	50,8	53,9	50,5	51,2
% Desp. Outras (serv. de terc., mat. consumo)/ Gasto Total do SUS	66,3	56,7	52,8	47,9	44,8	48,2	47,4
Receita Disponível <i>p/capita</i>	337,34	324,26	317,00	400,85	382,14	380,71	383,49
- ICMS <i>p/capita</i>	146,97	123,27	120,62	129,89	85,83	112,95	120,07
- FPM <i>p/capita</i>	74,18	75,77	77,33	87,44	73,62	82,59	85,81
- IPTU <i>p/capita</i>	60,27	65,54	54,12	66,81	78,77	69,37	62,92
- ISS <i>p/capita</i>	22,25	20,95	19,87	22,12	23,14	33,18	24,26

Fonte: Cepam: 1995-1997; SIOPS: 1998-2001.

Notas: Elaboração própria.

(*) Todos os dados foram deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2001, conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV.

O gasto total *per capita* do SUS realizado pelo Município de Assis, durante os anos de 1995 a 2001, foi decrescente (–10,5%), passando de R\$ 175, 50 para R\$ 156,99, registrando média de R\$ 171,84 por habitante/ano (Quadro 24). Esse comportamento se mostrou diferente do gasto médio dos 11 primeiros municípios paulistas que se enquadraram na gestão semiplena/plena do sistema, cujo valor médio foi de R\$ 204,38 por habitante/ano, com um crescimento de 12,7% no período analisado.

Os melhores valores do gasto *per capita* de Assis foram nos primeiros anos de gestão semiplena, sendo R\$ 175,50, em 1995, e R\$ 201,04, em 1996. A partir daí, o gasto caiu, em 1997, e voltou a crescer, em 1998, porém não conseguiu se sustentar nos anos seguintes, declinando-se até 2001, quando correspondeu a R\$ 156,99. Assim, como examinado no Capítulo

3, se, para o total dos municípios selecionados, o subperíodo 1995-1997 significou os “curtos anos dourados” do padrão do gasto total *per capita* com saúde, para Assis esses anos foram “curtíssimos”, apenas 1995 e 1996.

No universo dos 11 municípios, Assis apresentou, no período analisado, um padrão de gasto médio total *per capita* do SUS superior a Sertãozinho, Votorantim (municípios com população semelhante em número), Itu, São Vicente e Jundiá; e inferior aos municípios de Diadema, Mauá, Santos, São José dos Campos e São Caetano do Sul, os dois últimos com população bem superior a Assis²¹⁵.

É certo que a queda do gasto total *per capita* após 1998 não ocorreu somente em Assis. De fato, como vimos, a grande maioria dos demais municípios selecionados registrou queda no subperíodo de 1998 a 2001. Embora o gasto *per capita* do SUS com recursos municipais volte a crescer de forma constante, de 1998 até 2001, ele não foi capaz de contribuir para o crescimento do gasto total *per capita* com saúde em Assis, uma vez que as transferências federais do SUS corresponderam, na média desses anos, a cerca de 63% do gasto total em saúde. E, não diferentes dos demais municípios, as transferências federais do SUS registraram uma trajetória decrescente após 1998. No caso de Assis, registraram uma queda de 26,9%, passando de R\$ 118,91, em 1998, para R\$ 86,95, em 2001 (Quadro 24).

Em que pese o gasto total *per capita* com saúde não ter registrado uma trajetória crescente, ao longo de 1995 a 2001, cabe assinalar o esforço que o Município de Assis realizou por meio de sua receita disponível para financiar esse gasto, não permitindo que caísse além do verificado. No entanto, cabe um esclarecimento: dos recursos que compõem a fonte destinada a cobrir o gasto total *per capita* com saúde — a receita disponível do município —, o esforço efetivo decorreu do crescimento das transferências do ICMS e do FPM (que representam a maior parte) e não dos impostos próprios, como o IPTU e o ISS. Para se ter uma idéia, na média do período analisado, as transferências *per capita* ICMS, FPM, IPTU e ISS, de Assis, corresponderam respectivamente a R\$ 119,94; R\$ 79,53; R\$ 65,40 e R\$ 23,68.

Por fim, é importante dizer que o Município de Assis, tanto ou mais que os demais municípios selecionados e analisados no Capítulo 3, não pôde prescindir da fonte federal para o gasto em saúde. O que se pode identificar na análise da sua capacidade de gasto foi a importância

²¹⁵ Para informação do gasto médio de cada um dos municípios, ver quadros 18 e 19, Capítulo 3.

das transferências federais do SUS para o gasto total *per capita* realizado por Assis. É interessante notar, até, que essa fonte federal, ao longo do período analisado, constituiu-se na segunda maior fonte de recursos, quando comparada às outras fontes que integram a receita disponível do município. Isto é, a média das transferências federal SUS *per capita* foi de R\$ 108,21 por habitante/ano, apenas R\$ 11,73 inferior à média do ICMS (R\$ 119,94). Vale ainda ressaltar que, em 1997 e 1999, as transferências federais do SUS superaram os valores *per capita* da receita arrecadada do ICMS.

No tocante à diminuição dessa importante fonte de recursos para o desempenho do sistema municipal de saúde de Assis, observa-se, como nos demais municípios em gestão semiplena/plena do sistema, queda na participação relativa dos recursos associadas à média e alta complexidade dos serviços de saúde (–3,5%). Por outro lado, de modo também semelhante a todos os outros municípios selecionados, Assis foi priorizado com as transferências de incentivos financeiros, particularmente as referentes ao PAB variável e às transferências para a média e alta complexidade, relacionadas às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, em destaque a Campanha de cirurgia de catarata e o Programa de combate ao câncer de colo uterino.

Em relação à natureza econômica do gasto, é importante registrar que a participação das despesas de investimento é muito pequena, representando não mais que 2,0% do gasto total do SUS realizado pelo Município de Assis (2,0%; 1,3%; 0,8%; 1,2%; 1,3%; 1,3%; e 1,5%, com relação a 1995 até 2001, respectivamente) (Quadro 24). Dentre as despesas correntes, verifica-se que os maiores dispêndios foram com Serviços de Terceiros (outras despesas, conforme Quadro 24) e Pessoal. Cabe mencionar que, de 1995 a 1997 — durante a gestão semiplena —, a despesa com serviços de terceiros registrou a maior participação no total da despesa do município. A estruturação do sistema local de saúde exigiu que o município, embora contasse com uma pequena rede de prestadores privados — contratados e conveniados —, a garantisse, de forma fundamental, para o suporte da rede pública²¹⁶. Já, a partir de 1998, essa posição de maior participação desse tipo de despesa foi substituída pela participação da despesa com pessoal. Isso porque o município implantou uma sistemática de realização de concursos para profissionais de saúde, ampliando a capacidade de recursos humanos da rede pública. Em 2001, a despesa de

²¹⁶ Dentre os principais prestadores, destaca-se, por ordem de importância da despesa, a Santa Casa de Misericórdia (cerca de 55% da despesa com prestadores conveniados e contratados); o Hospital e Maternidade de Assis (19%) e a Unidade de Nefrologia (11,4%) (*Relatório de Prestação de Contas do Fundo Municipal de Saúde* – dados de 1998 e 1999).

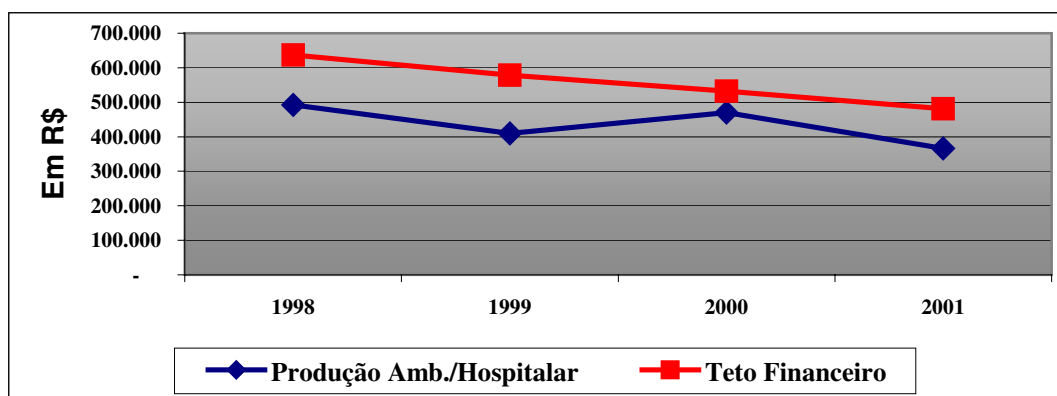
peçoal respondeu por 51,2% do total do gasto em saúde enquanto serviços de terceiros (outras despesas) registrou 47,4%.

5.2.2 – A dimensão do teto financeiro e da produção de serviços na saúde em Assis

O teto financeiro mensal estabelecido para responder às ações referentes à média e alta complexidade do Município de Assis aponta diminuição de 24,5% entre o valor do mês de dezembro de 1998 e o de dezembro de 2001, passando de R\$ 636,6 mil para R\$ 480,9 mil, valores corrigidos para dezembro de 2001 conforme o IGP-DI – FGV²¹⁷. Essa retração não se constitui num problema tão grave para que o município pudesse responder às ações e aos serviços públicos em saúde necessários, uma vez que o valor da produção desses serviços registrado no Sistema de Informação Hospitalar – SUS e no Sistema de Informação Ambulatorial – SUS — sob gestão municipal — também sofreu queda, no mesmo período, ainda maior (–25,6%).

Contudo, chama a atenção o fato de que, entre 1999 e 2000 (Gráfico 15), ocorre crescimento da produção de serviços ambulatoriais e hospitalares de Assis em 14,7%, enquanto que os recursos relativos ao teto financeiro se reduzem em 8,1%.

Gráfico 15 - Evolução do teto financeiro e da produção ambulatorial e hospitalar da gestão plena do sistema municipal de Assis referente a valores de dezembro (1998-2001)^(*)



Fonte: Ministério da Saúde (2002). Elaboração própria.

Notas: – (*) Dados deflacionados pela média anual a preços de dez. 2001, pelo IGP-DI – FGV.

²¹⁷ A informação sobre o teto financeiro disponível diz respeito ao período entre 1998 e 2001 sob o enquadramento do município em gestão plena do sistema municipal, correspondente a valores mensais de dezembro de cada ano, ver Ministério da Saúde (2002). O teto financeiro refere-se ao montante de recursos financeiros, distribuído mensalmente, que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais de média e alta complexidade (MAC), sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde enquadrada na modalidade de gestão plena do sistema municipal, de acordo com a Norma Operacional Básica (NOB) SUS de 1996. Esse teto financeiro é fixado pela Programação Pactuada e Integrada (PPI) — elaborada pelo município em acordo com a Secretaria de Estado da Saúde —, pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), homologado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e formalizado em portaria do Ministro da Saúde. Os valores referentes ao Teto Financeiro são transferidos regular e automaticamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Fundo Municipal de Saúde (FMS).

Tal redução do teto financeiro indicou que, nesses anos, a gestão municipal de saúde de Assis teve que complementar os recursos por meio das receitas próprias — conforme indica o Quadro 23 —, uma vez que os recursos federais repassados pelo teto financeiro caíram.

Conforme indica a Tabela 41, é interessante verificar que, nesses anos, esse não foi o comportamento verificado no total dos 11 municípios, cujo valor da produção se retraiu de forma superior ao valor do teto financeiro, sendo $-11,2\%$ e $-9,7\%$, respectivamente.

Tabela 41
Teto financeiro e produção ambulatorial e hospitalar em Assis e no conjunto dos 11 municípios selecionados, em valores mensais de dezembro (1998-2001)^(*)

		1998	1999	2000	2001
Teto Financeiro	Assis	636.639	578.828	531.845	480.935
	Total dos 11 municípios	15.862.496	14.023.524	12.670.032	11.604.408
Produção Ambulatorial e Hospitalar	Assis	492.398	409.479	469.678	366.497
	Total dos 11 municípios	14.042.671	12.965.207	11.512.977	10.254.609

Fonte: Ministério da Saúde (2002).

Notas: – Elaboração própria.

– (*) Todos os dados foram deflacionados pela média anual a preços de dez. 2001, conforme o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da FGV.

Cabe acrescentar que o incremento da produção de serviços nesses dois anos, em Assis, foi decorrente, principalmente, do crescimento do valor total médio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)²¹⁸ ($4,6\%$) enquanto no conjunto dos 11 municípios esse valor diminuiu ($-8,9\%$) (Tabela 42). No período 1998-2001, registra-se para Assis aumento de $7,1\%$ e para os 11 municípios, decréscimo ($-7,5\%$). É de se perguntar em que medida a alta demonstrada no valor da AIH reflete o maior controle da Secretaria Municipal de Saúde de Assis por parte de sua Unidade de Avaliação e Controle ou, se, ao contrário, houve falta de monitoramento.

Tabela 42
Valor médio da Autorização de Internação Hospitalar em Assis e no conjunto dos 11 municípios selecionados (1998-2001)^(*)

	1998	1999	2000	2001
Assis	457,89	477,39	499,42	490,42
Total dos 11 municípios	6.000,52	6.498,58	5.919,52	5.550,21

Fonte: Ministério da Saúde (2002).

Notas: – Elaboração própria.

– (*) Todos os dados foram deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2001, conforme o Índice Geral de Preços-DI – FGV.

²¹⁸ A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o documento básico para efetivar o pagamento referente à produção de serviços hospitalares, incorporado no teto financeiro dos municípios. A AIH é processada pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH), destinado a auxiliar a operacionalização, o controle e a gestão do atendimento hospitalar do SUS realizados pelas secretarias municipais em gestão plena do sistema municipal.

5.2.3 – O perfil do fluxo de internação hospitalar no SUS de Assis

Outro importante aspecto para dimensionar a abrangência do sistema municipal de saúde de Assis e seus recursos diz respeito ao fluxo de internação de pacientes. Como já comentado neste capítulo, Assis constitui pólo regional de concentração de serviços na área hospitalar, principalmente por meio do Hospital Regional de Assis, sendo referência para 12 municípios da região, a saber: Borá, Cândido Mota, Cruzália, Florínea, Ibirarema, Lutécia, Maracaí, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista, Platina e Tarumã.

Três são as formas comuns na área da saúde para avaliar o fluxo de internação: 1) o número de internações de pacientes residentes, realizadas no próprio município; 2) a “evasão”, que corresponde ao número de internações de pacientes residentes, realizadas em outros municípios; e 3) a invasão, que abrange o número de internações de pacientes não residentes, realizadas no município.

Dentre as internações de pacientes que residam em Assis, no período de 1998 a 2001, verifica-se ter ocorrido redução dos internados tanto no próprio município (–20,9%) — passando de 7.448 para 5.894 —, como fora dele (–4,0), de 1.143 para 1.097 (Tabela 43). Vale comentar que a proporção de pacientes residentes no total das internações é muito mais significativa no *próprio* município. Em comparação com o total dos municípios selecionados, verifica-se um quadro inverso, qual seja, um crescimento no total das internações de residentes tanto dentro como fora dos municípios, conforme indica a Tabela 43.

Tabela 43
Número de pacientes residentes internados no próprio município e fora dele,
em Assis e no conjunto dos 11 municípios selecionados (1998-2001)

		1998	1999	2000	2001
No Município	Assis	7.448	7.914	6.640	5.894
	Total dos 11 municípios	119.837	127.074	131.434	127.329
Fora do Município	Assis	1.143	1.204	1.200	1.097
	Total dos 11 municípios	32.126	38.146	34.785	33.095

Fonte: Ministério da Saúde (2002).

Nota: Elaboração própria.

É certo que na internação de pacientes residentes fora do município incidem gastos referentes a transporte e, ainda, muitas vezes, exige novas pactuações de valores a serem realizadas entre Assis e os municípios que acolhem os pacientes. Entretanto, o gasto com assistência hospitalar de Assis, além de ser significativo em relação ao número elevado com os

pacientes residentes internados no próprio município, ao longo do período analisado, revela-se também considerável no tocante ao número de pacientes *não* residentes internados no município. Esse contingente de pacientes cresceu, entre 1998 e 2001, 7,0%, passando de 2.357 para 2.523 (Tabela 44). No caso do total dos 11 municípios selecionados, nota-se praticamente estabilidade nesse indicador de “invasão” de internações.

Tabela 44
Número de pacientes *não* residentes internados no Município de Assis e no total dos 11 municípios selecionados (1998-2001)

	1998	1999	2000	2001
Assis	2.357	3.415	2.593	2.523
Total dos 11 municípios	34.687	36.973	35.126	34.691

Fonte: Ministério da Saúde (2002).

Nota: Elaboração própria.

Resta, portanto, a indagação: em que medida o Município de Assis negocia os recursos associados à “invasão” de pacientes com os municípios vizinhos, ou mesmo com a Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde? De certa forma, esse problema contribui para entender a fragilidade do gasto do SUS realizado pelo Município de Assis ao longo do período analisado.

Ora, se é nesse contexto problemático da capacidade do gasto, do comportamento do teto financeiro e dos recursos que envolvem a dimensão considerada do fluxo de internações no Município de Assis, interessante se faz verificar os aspectos específicos da gestão orçamentário-financeira, seus limites e potencialidades, em termos de eficiência e eficácia da política local de saúde.

5.3– Avaliação da gestão orçamentário-financeira integrada de Assis

O estudo da gestão orçamentário-financeira, de materiais e recursos humanos do SUS em Assis, ao longo do período 1998-2002, buscou verificar a relação articulada das funções de planejar, orçar, executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde, bem como compreender a dinâmica das áreas de suprimentos e recursos humanos. Incorporou-se também, nesta análise, a visão dos gestores municipais a respeito do papel dos incentivos financeiros federais no desempenho da política de saúde em Assis. Este item se apóia na abordagem das bases estruturais e legais da gestão orçamentário-financeira integrada apresentadas e discutidas no item 5.1 deste capítulo.

5.3.1 – A dimensão da gestão orçamentário-financeira, de materiais e de recursos humanos

A análise da gestão orçamentário-financeira, de materiais e de recursos humanos está organizada em 12 eixos: 1) planejamento; 2) orçamento; 3) execução orçamentária; 4) controle da execução orçamentária; 5) prestação de contas; 6) auditoria, controle e avaliação; 7) despesas com adiantamento e pronto pagamento; 8) processo de compras e licitação; 9) controle de estoque; 10) equipamentos e instalações; 11) manutenção; e, 12) recursos humanos. Esses eixos foram observados, reconstituídos e avaliados segundo questionário encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde em 2003²¹⁹, a respeito de 2002; análise dos instrumentos de gestão da política de saúde — Agenda Municipal, Plano Municipal e Relatório de Gestão²²⁰ — e dos balanços orçamentários municipais de 1997 a 2002.

5.3.1.1 – PLANEJAMENTO²²¹

Observa-se que o Município de Assis elabora e utiliza os diferentes instrumentos formais de planejamento — Agenda Municipal de Saúde e Plano Municipal de Saúde. De acordo com sua informação, o município também se apóia no documento instituído pelo Ministério da Saúde, denominado de “Pacto de Atenção Básica”. Neste documento, são descritas as metas anuais a serem alcançadas nesse campo de atenção do SUS.

Segundo as informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, a maior parte dos dados e informações apresentadas na Agenda e no Plano Municipal, para a definição dos programas, foi coletada com base em levantamento de problemas/potencialidades da realidade local. Esse trabalho foi elaborado pelos próprios técnicos da Secretaria Municipal de Saúde. É interessante salientar que a Secretaria Municipal de Saúde, de forma formal, não informou a existência da presença indutora do Ministério da Saúde na determinação das prioridades. Ao contrário, as informações revelam que o município indica possuir autonomia na definição do

²¹⁹ Ver Apêndice 5.

²²⁰ Para a compreensão desses instrumentos de gestão do SUS, ver item 5.1 deste capítulo.

²²¹ Campos (1992) trabalha com a noção de planejamento como processo permanente de discussão e análise dos problemas, no qual as metas propostas são conflitivas, pois respondem aos diversos interesses de grupos e classes sociais em disputa pelo poder. Para esse autor, o planejamento é mais um item da gestão — com interesses coletivos —, ao contrário de outros autores, para quem a gestão é um item do planejamento. A rigor, Campos contrapõe-se principalmente à abordagem de Matus (1993 apud ONOCKO, 2003). Essa inversão faz todo o sentido na visão de Campos, uma vez que existiria gestão ainda que sem planejamento, mas o contrário não seria possível. Nesse campo de valorização do planejamento, a definição de programas de saúde interligados deve ser a lógica central que norteia o tratamento dos problemas de saúde da população. A simples programação, ou seja, um recorte de diferentes programas, não deve dar conta dos problemas sanitários (CAMPOS, 1991).

planejamento da política municipal de saúde, apoiando-se também nas demandas do Conselho Municipal de Saúde e em histórico dos anos anteriores. Contudo, tais afirmações divergem das informações dadas pelo Conselho Municipal de Saúde e não correspondem a denominação dada aos programas e ações prioritários que integram a Agenda e o Plano.

Em relação ao primeiro aspecto, de acordo com a entrevista realizada com a presidente do Conselho Municipal de Saúde, as informações contrariam o apresentado pela secretaria. Segundo as palavras da presidente do Conselho:

“há muito o que avançar na relação do Conselho com a secretaria. Não conseguimos participar do processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde. Quando ele é encaminhado para o Conselho aprovar, já está pronto. O mesmo acontece com o orçamento e outros documentos formais”. (Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Assis)²²²

Por sua vez, a secretária de saúde informa que os programas e ações prioritárias na gestão foram discutidos e aprovados pelo Conselho. No entanto, a secretária pondera que o Conselho começa somente em 2002 a ter participação maior no entendimento e na discussão do planejamento local.

No tocante ao segundo aspecto, chama, sim, a atenção que os programas prioritários de Assis, relacionados na Agenda de Saúde e no Plano Municipal de Saúde, seguem, na maior parte das vezes, uma nomenclatura tradicional estabelecida pelo Ministério da Saúde, como por exemplo: Programa de Saúde da Família (PSF), Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Saúde Mental e Reorganização da Média Complexidade nos Serviços Municipais de Ambulatórios de Especialidades e readequação do Pronto Socorro Municipal. Isso pode ser um indício de que o processo de planejamento é construído também com base na indução dos programas do Ministério da Saúde que acrescentam receita financeira ao município.

A exceção fica para quando o município relata, dentre as ações consideradas prioritárias desses programas, o nome fantasia “Agita Assis”. Este programa se refere a ações associadas à promoção da saúde por meio de estímulo a atividades físicas e combate ao sedentarismo. Já as demais ações prioritárias não indicaram particularidade do município, sendo possível encontrá-las

²²² Célia Penso, professora da Unesp de Assis e presidente do Conselho Municipal de Saúde — gestão 2001-2003. A entrevista foi realizada em outubro de 2003. Essa observação da então presidente é recorrente entre as presidentes do Conselho Municipal de Saúde de Assis. Em entrevista realizada com a presidente na gestão 1998-2000 — Diléa Zanotto Manfio —, as observações em relação à participação do Conselho na elaboração do Plano Municipal foram praticamente as mesmas. A última entrevista foi realizada em maio de 2000.

em outros municípios: reorganização de equipe de controle de vetores e fiscalização para as Unidades Básicas de Saúde (UBS); descentralização de vigilância epidemiológica para as UBS e reforma dos ambulatórios de especialidade e Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

Não obstante o município pesquisado insistir que segue a priorização dada pelos técnicos e pelo Conselho Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde aponta, também, o fato de dispor de pouco tempo para realizar o planejamento e de não haver pessoal qualificado em planejamento e instrumentos para a identificação dos problemas ou das potencialidades locais. Em outras palavras, contrariando as informações anteriores, Assis ressen-te-se de sua fragilidade, em termos de pessoal qualificado, instrumentos e falta de tempo apropriado, para realizar um processo de planejamento autônomo.

– *Os instrumentos de gestão e planejamento: Agenda, Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão*

Esta parte tem como finalidade apresentar os principais programas/ações que têm sido contemplados nos instrumentos de gestão e planejamento da política de saúde de Assis, visando verificar em que medida eles encontram relação com os recursos federais transferidos ao município ou caracterizam-se por programas e ações definidos localmente²²³. Em que pese os Relatórios de Gestão de Assis tratarem das atividades desenvolvidas entre 1997 e 2004, destacam também algumas ações planejadas. Além disso, para reforçar a necessária comparação entre planejado e realizado nesses anos, foram utilizados os Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde²²⁴, que estabeleceram prioridades a serem executadas.

Inicialmente, é importante indicar que a análise dos documentos apresentados permitiu verificar a existência de relação entre as ações planejadas e realizadas. Apesar de os Relatórios de Gestão não apresentarem correspondência direta entre o realizado e o planejado, um esforço de busca e tentativa de agrupamento das ações relacionadas nos documentos permite estabelecer essa relação. Ainda, saliente-se que Assis, ao tratar das ações em saúde a serem executadas, seja nos Relatórios das Conferências ou nos Relatórios de Gestão, não lista as prioridades e não define os planos de ação, não relaciona as metas e não demonstra as despesas correspondentes e a previsão orçamentária.

²²³ Para a análise desses instrumentos, ver Prefeitura Municipal de Assis. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão* (1997-1998; 1999-2000; 2002 e 2001-2004).

²²⁴ Ver Prefeitura Municipal de Assis. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório da Conferência Municipal de Saúde* (1997, 1999 e 2001).

Em relação à rede básica, é enfatizada, nos documentos de planejamento de Assis, a necessidade de ampliação do número de unidades do PSF, com vistas a garantir o atendimento a toda a população e, com especial destaque a gestantes, crianças e idosos. Observa-se que, de maneira geral, essa reivindicação foi atendida conforme apontam os Relatórios de Gestão de 1999-2000 e 2001-2002. Não só foram ampliados os núcleos do Programa de Saúde da Família — passando de oito, em 1998, para dez, em 2000 —, como foi implantado o PSF Rural, em 2001, além de serem também destacados esforços prioritários da SMS para o desenvolvimento dos Programas de saúde da mulher (humanização do pré-natal), da criança (Programa cirurgias pediátricas ambulatoriais e germinar — amparo à criança desde sua concepção até a idade de 5 anos) e do Idoso (em destaque, o “Agita Assis”). A implantação e ampliação desses programas foram demandas específicas da comunidade local, conforme apontam os Relatórios das Conferências de 1999 e 2001. Entre esses programas priorizados por Assis, somente o Programa do Idoso não conta com recursos transferidos pelo Ministério da Saúde.

No planejamento e na gestão da política de saúde, ainda, Assis concede destaque ao Centro de Orientação de Apoio Sorológico – COAS (cujas atividades estão vinculadas ao programa DST/AIDS) e ao Programa de Saúde Bucal. A leitura dos documentos permite verificar-se que esse programa tem se expandido. Para se ter uma idéia, em 1998, a Secretaria Municipal de Saúde contava com 14 consultórios odontológicos distribuídos pelos diversos bairros e escolas do município, passando para 19, em 2000, e 20, em 2002.

Chama a atenção, ainda, que, dentre os programas prioritários de saúde do município, que não contam com incentivos financeiros federais específicos, destaca-se o Programa da Saúde Mental. Em relação às ações demandadas a esse programa, os Relatórios das Conferências de 1999 e de 2001 salientam a prevenção ao álcool e drogas lícitas e ilícitas. De fato, os Relatórios de Gestão de 1999-2000 e de 2001-2002 apontaram várias estratégias desenvolvidas por esse programa nas UBS e no Centro Integrado de Apoio Psicossocial (CIAPS), ao longo desses anos.

Ainda em relação aos programas, salienta-se que os Relatórios das Conferências Municipais de 1997, 1999 e 2001 destacam a necessidade de implantar o Programa de Saúde do Trabalhador. Contudo, conforme os Relatórios de Gestão analisados, até 2002, essa reivindicação parece não ter sido acatada pela SMS de Assis. Isto porque nada é mencionado em relação às atividades desenvolvidas por esse programa.

Relativo às vigilâncias epidemiológica e sanitária, os documentos de planejamento analisados indicam a necessidade de intensificar as ações de prevenção de doenças de notificação compulsória e de orientação, fiscalização e controle sobre os estabelecimentos industriais e de serviços no município. Analisando os Relatórios de Gestão, pode-se observar que essas atividades foram ampliadas, principalmente as eminentemente preventivas, tais como: vacinações, investigações epidemiológicas, controle de doentes e comunicantes, bloqueios, prevenção e controle da dengue, etc. Além disso, verificou-se, no campo da vigilância sanitária, o desenvolvimento das seguintes atividades: fortalecimento da aplicação de autos de infração; ampliação do controle de qualidade da água para consumo humano; aprovação de projetos de edificação para atividades de serviços industriais e de inspeção na área de alimentos, etc. Cabe ressaltar que, para o apoio da ampliação das ações de vigilância, os incentivos financeiros federais foram importantes, como já destacados na Tabela 30 do Capítulo 3 desta tese. Isso porque esses incentivos cresceram para a Vigilância Epidemiológica, passando de 1,6%, do total das transferências em 2000, para 2,5%, em 2001. Para a Vigilância Sanitária, essa participação ficou estável, correspondendo a cerca de 0,30%.

Em relação à rede hospitalar, registrou-se um esforço da SMS em responder às necessidades de expansão dos serviços relacionados nos documentos de planejamento. Isto porque, segundo os Relatórios de Gestão de 1999-2000 e 2001-2002, o Município de Assis está tentando alterar o perfil da assistência hospitalar. Os gestores, para sustentar essa afirmação, citam, nos referidos relatórios, a relação internações/total da população: 11,47% em 1997; 11,36% em 1998; 12,94% em 2000; e apenas 9,51% em 2001. Como destacado pelos Relatórios de Gestão, uma parte dos leitos SUS no município serve de referência para as cidades da região compreendida pela DIR, principalmente por estar localizado no município o Hospital Regional de Assis (cujo gestor é a Secretaria de Estado da Saúde – SES). Dessa forma, torna-se compreensível que os percentuais de internações apontados excedam os 9% ao ano estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Outro dado que explicita a mudança no perfil das internações hospitalares em Assis se refere ao crescimento de 25% do valor médio da AIH entre 1997 e 2000. Já em 2001, verifica-se uma queda de -1,8% em relação ao ano anterior. Em que pese essa retração se dar apenas em 2001, o crescimento dos anos anteriores indica a tendência para a realização de um atendimento mais complexo e de maior custo na rede hospitalar de Assis, conforme indicam os Relatórios de Gestão analisados.

No tocante ao programa de Urgência e Emergência, as necessidades relacionadas nos documentos de planejamento e no Relatório de Gestão de 1997-1998, particularmente em relação à maior contratação de profissionais médicos e de enfermagem, parecem ter sido enfrentadas. Isso porque os Relatórios de Gestão de 1999-2000 e 2001-2002 destacaram que o Pronto-Socorro Municipal, instalado no subsolo do Hospital Regional, atende, em grande parte, “às necessidades do serviço”. Contudo, nada foi relacionado nesse relatório em relação aos problemas citados no Relatório de Gestão anterior (1997-1998), quais sejam: excessiva demanda, com grande percentual de não urgências; falta de retaguarda hospitalar para internação e procedimentos médicos em algumas especialidades.

Em relação à Atenção Secundária, verificou-se que a maior exigência presente nos documentos de planejamento — ampliação do espaço físico do Ambulatório de Especialidades de Assis — foi atendida. Em fins de 2000, a unidade de saúde foi transferida do espaço destinado ao ambulatório do Hospital Regional, para funcionar no mesmo prédio do Posto Central de Saúde, sendo esse totalmente reformado e estruturado.

Por fim, cabe observar que não foram encontradas citações relevantes nos documentos de Assis sobre as “campanhas” incentivadas financeiramente pelo Ministério da Saúde. Nada foi relatado em relação à “Campanha de cirurgia de catarata” e bem pouco — uma sem comentários — no tocante ao “Programa de combate ao câncer de colo uterino”, o que é de se estranhar, dado que foram repassados recursos pelo governo federal a essas ações, ao longo de 1999, 2000 e 2001, conforme indicado na Tabela 25, do Capítulo 3 desta tese (dados do Datasus).

5.3.1.2 – ORÇAMENTO

Em relação à tramitação dos instrumentos orçamentários — PPA, LDO e LOA — no Legislativo, observa-se, no município, o cumprimento dos prazos formais. A rigor, esse tipo de informação é pouco revelador dos eventuais problemas que o município poderia apresentar no processo de construção e aprovação de seus instrumentos orçamentários.

O que parece importante destacar é o fato de Assis ter o PPA e a LDO aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde, conforme determina a legislação infraconstitucional do SUS. Isto pode ser um indício de que esteja havendo, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, um reconhecimento dos mecanismos de valorização do controle público em termos do processo de construção da política de saúde. Mas, como foi destacado no item anterior — planejamento —, as

informações da presidente do Conselho Municipal de Saúde são categóricas. Aqui as repetimos: “(...) Não conseguimos participar do processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde. Quando ele é encaminhado para o Conselho aprovar, já está pronto. O mesmo acontece com o orçamento e outros documentos formais” (a presidente do Conselho Municipal de Saúde de Assis).

Assis não relacionou a Agenda e o Plano de Saúde como instrumentos para servirem de base de dados à elaboração do orçamento. Entende-se assim por que o município informou que a estrutura do orçamento acaba contendo itens/rubricas gerais, prejudicando a identificação de programas e ações prioritários definidos na Agenda e no Plano. Não resta dúvida que esse comportamento impede que se acompanhe de forma sistemática a alocação de recursos dos programas e ações definidos no planejamento e seu processo de execução do orçamento.

Além disso, foi acrescentado ao relato que o fato de os programas prioritários não constarem da estrutura do orçamento decorreu da exigência do contador-geral da prefeitura em garantir a mesma estrutura do ano anterior. Nota-se que a Secretaria Municipal de Saúde apresenta pouca governabilidade no processo de elaboração do orçamento. Em que pese essa secretaria seguir todos os passos exigidos pelas normas e legislações do SUS no tocante à elaboração do planejamento, inclusive com a participação constante do Conselho de Saúde nesse processo, o resultado de tudo o que foi planejado não fica contemplado no instrumento que aloca os recursos para tanto: a Lei Orçamentária Anual. Vale dizer, não é passível de acompanhamento a execução dos recursos orçamentários dos programas/ações específicos definidos no planejamento. Tudo indica que o controle é possível somente por meio de itens/rubricas gerais.

Para que se possa ter uma visualização da problemática estrutura dos orçamentos de Assis no tocante à área da saúde, apresenta-se mais adiante uma rápida análise em termos de subprogramas, projetos e atividades do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde, conforme determina a Lei de Orçamento Público nº 4.320/64. Contudo, antes dessa apresentação, é importante mencionar que Assis apresenta dificuldades em relação ao processo de elaboração do Orçamento.

De forma geral, o município relata, primordialmente, a centralização das informações pela Secretaria de Finanças/Planejamento. A comunicação entre esta secretaria e a Secretaria Municipal de Saúde é difícil, levando a que esta, em vários casos, não disponha de acesso aos

dados sobre a receita e a despesa do governo, em geral, e por isso tenha dificuldade para alterar os valores que constam do Orçamento. Chama, sim, a atenção a pouca autonomia da Secretaria Municipal de Saúde em elaborar seu orçamento. É certo que, desde 1995, com a adesão à gestão semiplena, Assis tem a obrigação de estruturar e operar seus recursos de forma autônoma do conjunto da prefeitura, por meio do Fundo Municipal de Saúde. Trata-se de recursos vinculados a uma determinada finalidade — saúde — e cuja responsabilidade é do secretário de saúde²²⁵. Não obstante, passados sete anos, as informações fornecidas pela secretaria à pesquisa deste trabalho parecem indicar dificuldades de implantação dessa determinação legal. As informações disponíveis permitem dizer que se, de um lado, há a centralização da Secretaria da Fazenda/Planejamento em relação aos dados do orçamento, de outro lado, a Secretaria Municipal de Saúde não conseguiu até aquela data assegurar sua possibilidade de gestora autônoma, conforme determina a lei.

– A estrutura do orçamento correspondente ao gasto do SUS realizado por Assis por subprogramas, projetos e atividades

A análise dos orçamentos da Secretaria Municipal de Saúde de Assis, entre 1994 e 2001, foi circunscrita a verificar, de um lado, se sua estrutura está melhor detalhada, tal como exigem as portarias do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e do Ministério da Saúde, e de outro lado, se confirma a centralização da Secretaria de Finanças/Planejamento no que tange à elaboração do orçamento, conforme mencionado anteriormente. Como é sabido, o detalhamento é condição para que a sociedade civil (Conselho Municipal de Saúde) possa acompanhar e fiscalizar o cumprimento das metas do Plano Municipal de Saúde e da Agenda de Saúde.

Para o registro das informações referentes ao gasto do SUS realizado pelo Município de Assis, por subprogramas/projeto e atividades, foram coletados os dados do Anexo 6 dos orçamentos e apresentados na Tabela 45 (de 1994 a 1997) e na Tabela 46 (de 1998 a 2001), relacionadas a seguir. A apresentação em dois subperíodos é resultado da possível agregação dos subprogramas/projetos/atividades. Nota-se que a estrutura dos orçamentos se modifica de um subperíodo para o outro, porém não de forma significativa em relação à essência de seu conteúdo.

²²⁵ A legislação infraconstitucional da Saúde estabelece os parâmetros legais. A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, em seu artigo 9, estabelece que a direção do SUS, no âmbito dos municípios, deve ser exercida pela Secretaria Municipal de Saúde, e que as receitas geradas no âmbito do SUS serão creditadas diretamente em contas especiais (Fundo de Saúde) e movimentadas pela sua direção — a Secretaria Municipal de Saúde (artigo 32, § 2º e artigo 33, § 1º, da Lei nº 8.080/90).

Tabela 45
Gasto do SUS realizado pelo Município de Assis, segundo
subprogramas, projetos e atividades (1994-1997), em %

Subprogramas/projetos/atividades	1994	1995	1996	1997
Supervisão e Coordenação Superior	2,1	0,9	0,5	0,7
Gabinete do Secretário	2,1	0,9	0,5	0,7
Administração-Geral	0,0	0,0	0,6	0,6
Aquis.de equiptos. e sist. informática	-	0,0	0,4	0,0
Aquis. de viaturas	-	-	0,2	0,6
Edificações Públicas	0,3	0,5	0,1	0,0
Ampliação Reforma Prédios SMHS	0,3	0,5	0,1	0,0
Assistência Financeira	-	6,1	2,6	0,1
Aux. Financ. Santa Casa de Assis	-	6,1	0,2	-
Assoc. de Caridade Santa Casa	-	-	2,4	-
Aux. Financ. a Entidades	-	-	-	0,1
Assistência Médica e Sanitária	97,6	92,5	96,2	98,6
Aquis. equiptos hospit./odont.	1,1	0,5	0,0	0,1
Departamento de Saúde	79,2	91,5	96,1	98,5
Aquis. equiptos hosp./odont.	-	-	-	0,0
Aquisição de ambulâncias	0,4	0,6	-	-
Constr. Ambulatório Especialidades	0,6	-	-	-
Departamento de Saúde Coletiva	16,3	-	-	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Orçamentos municipais.

De acordo com as tabelas 45 e 46, as atividades-fim da Secretaria Municipal de Saúde fazem parte, na sua grande maioria, do Subprograma Assistência Médica Sanitária, cuja denominação decorre da Lei de Orçamento Público. Contudo, não é possível obter-se informações do gasto por programa, pois as despesas estão apropriadas em departamentos da Secretaria Municipal de Saúde.

Entre eles, destaca-se o Departamento de Saúde por sua elevada participação na despesa total, em média, entre 1994 e 2001, de 86,0%. Esse departamento agrega toda a rede de serviços de saúde do município. A análise das despesas compreendidas pelo Departamento de Saúde, dada a inexistência de uma regularidade de detalhamento específico por atividade, fica prejudicada, o que impede conhecer quanto foi efetivamente despendido em ações e serviços da área de saúde, conforme definidas nos respectivos planos de saúde.

Tabela 46
Gasto do SUS realizado pelo Município de Assis, segundo
subprogramas, projetos e atividades (1998-2001), em %

	1998	1999	2000	2001
Supervisão e Coordenação Superior	-	0,8	0,6	0,5
Op. Manutenção FMS	-	0,8	-	-
Op. Manut. do Gabinete	-	-	0,6	0,5
Administração-Geral	10,4	8,9	8,5	8,3
Op. Manutenção FMS	-	8,9	-	-
Informatização Unid. Saúde	0,1	-	-	-
Op. Manut. do Gabinete	0,7	-	-	-
Op. Manut. Depart. Adm.	9,6	-	8,5	8,3
Publicidade-Geral	-	-	-	0,1
Assistência Financeira	1,5	1,4	1,2	5,1
Auxílio à Santa Casa	1,5	1,4	0,6	4,1
Aquis. Equip. UTI Santa Casa	-	-	0,6	0,4
Aquis. Equip. UTI Santa Casa	-	-	-	0,4
Aquis. Equip. Méd./Odon./Enf.	-	-	-	0,1
Assistência Médica e Sanitária	85,0	85,8	87,0	84,5
Construção de UBS Jd. Eldorado	-	-	0,4	-
Reforma UBS Central	-	-	1,2	-
Construção UBS Bonfim	-	0,4	-	-
Equip. Med./Odont./Enf.	0,4	1,1	0,0	-
Op. Manut. FMS	84,2	84,3	-	-
Depart. Unid. Aval. Cont.	0,8	0,8	-	-
Departamento de Saúde	79,6	79,6	-	-
Departamento de Saúde Bucal	3,7	3,9	-	-
Op. Manut. Depart. Saúde	-	-	81,3	80,7
Op. Depart. Saúde Bucal	-	-	4,0	3,8
Salário-Família	0,4	-	-	-
Vigilância Sanitária	3,1	3,1	2,7	1,6
Op. Manut. FMS	2,0	3,1	1,9	-
Depart. de Vigil. Contr.	-	1,0	-	-
Erradicação da Dengue	2,0	2,0	1,9	-
Op. Manut. Depart. Vig. e Contr.	1,2	-	0,9	0,7
Erradicação da Dengue	-	-	-	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Orçamentos municipais.

Nota-se, ainda, que, somente a partir de 1998, a Secretaria Municipal de Saúde de Assis criou o item no orçamento referente ao subprograma Vigilância Sanitária. A rigor, foi após essa data que o município passou a contar com transferências federais associadas à vigilância — conforme mencionado no Capítulo 3 —, o que levou a prefeitura a criar um item de subprograma específico. No entanto, é digno de nota verificar que o recurso federal transferido foi relacionado à vigilância epidemiológica (dengue) e não à vigilância sanitária, conforme consta no orçamento indicado pela Tabela 46. Isto é um indício de que a elaboração da estrutura do orçamento é

realizada pela Secretaria de Finanças/Planejamento, particularmente pelo contador-geral, sem o mínimo conhecimento dos itens que se referem às subáreas da vigilância em saúde. Além disso, cabe registrar que a estrutura do orçamento, quando foi alterada, seguiu a indução do programa definido pelo Ministério da Saúde, isto é, de acordo com o tipo de recurso transferido por esse órgão.

5.3.1.3 – EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Ainda que os dados apresentados na pesquisa não permitam uma análise mais apurada dos *recursos transferidos pelo Tesouro à Secretaria Municipal de Saúde*, em 2002, verificam-se alguns problemas na execução orçamentária de Assis. No que se refere às despesas correntes, os registrados indicam: redução entre a dotação inicial e a final; queda do valor empenhado em relação à dotação inicial. No tocante às despesas com capital, verifica-se uma diferença muito grande entre valor inicial, dotação final e empenhado.

No que se refere aos recursos do Fundo Municipal de Saúde, chama a atenção as transferências recebidas do Ministério da Saúde “Fundo a Fundo”. Essas transferências correspondem à fonte principal para a aplicação em gasto na saúde local.

Quando se indaga sobre os problemas mais freqüentes que ocorreram em cada etapa da execução orçamentário-financeira, Assis aponta cortes e contingenciamentos elaborados pelas secretarias da Fazenda, a demora na conclusão das licitações e a escassez de recursos como fatores que comprometeram a etapa do pagamento. Ainda, é possível verificar que os pagamentos feitos com recursos do Tesouro municipal às vezes atrasam por demora no encaminhamento do processo administrativo. Essa demora não é exclusiva desse momento, tendo sido relatada também quando houve a dos cheques para cada fornecedor e prestador, em razão da ausência de um sistema de pagamento informatizado.

Ainda, de forma específica, cabe mencionar um problema ocorrido na execução orçamentário-financeira da saúde de Assis em 2001. Segundo uma observação obtida na entrevista realizada com a secretária, o setor saúde do município procura seguir as determinações gerais do Conselho Nacional de Saúde em relação às despesas que devem ser consideradas como gasto em saúde para efeito da aplicação dos recursos. Porém, no início dessa gestão (2001), a Secretaria Municipal de Saúde foi surpreendida pela atitude da área financeira de alocar recursos do Fundo Municipal de Saúde para a Feira de Agricultura, tradicionalmente realizada pelo

município. A justificativa foi a de que os recursos remanejados do fundo seriam posteriormente devolvidos. O problema estava relacionado à falta de “caixa” da prefeitura naquele momento. No entanto, a secretária informou que o Conselho Municipal de Saúde de Assis não aceitou o descumprimento realizado, isto é, de utilizar recursos do Fundo de Saúde para atividades alheias, solicitando ao promotor local que agisse “em defesa da saúde assisense” (palavras da secretária). A secretária também informou que a reação da Câmara Municipal foi significativa para o retorno dos recursos ao fundo. Isto porque foram abertas as discussões para instalar um processo de *impeachment* do prefeito. Após a representação favorável do promotor ao Conselho Municipal de Saúde, os recursos voltaram à sua origem. O prefeito não foi cassado e, desde aquele momento, a área financeira da prefeitura vem respeitando a destinação dos recursos da saúde, conforme as decisões da secretária.

Há também que se mencionar problemas na execução orçamentária por ocasião da *análise das fontes dos recursos*. No tocante aos *recursos transferidos* para o Fundo Municipal de Saúde, Assis não apontou problemas. No entanto, quando se analisam os *recursos provenientes do Tesouro Municipal*, os problemas na execução orçamentária são: congelamento, cortes e atrasos. O município enfatizou que a existência de atrasos é decorrente da queda da arrecadação do FPM, exigindo reprogramação.

A *diferença entre os recursos programados e executados* repassados pelo Tesouro é presente no município. Assis afirma que a diferença existente deve-se ao fato de a Secretaria Municipal de Saúde executar mais do que havia planejado, necessitando de suplementação. Essa situação decorre de três problemas: a fragilidade do planejamento da Secretaria Municipal de Saúde; a sua dificuldade em se programar, dado que os recursos se encontram centralizados na Secretaria de Finanças; e, principalmente, ao excesso de liminares judiciais para compra de medicamentos excepcionais. A secretária de Saúde informa que a secretaria chega a atingir, em média, R\$ 15.000,00 mensais relativos às liminares judiciais. Ela afirma:

“Não sei onde vamos parar. Essas liminares judiciais prejudicam qualquer planejamento. O Município de Assis não vai agüentar. É necessário haver alguma medida do Ministério da Saúde, pois sabemos que o problema não é só de Assis é de todos os municípios do Brasil”. (Secretária Municipal de Saúde de Assis)²²⁶

²²⁶ Entrevista com a secretária municipal de Saúde de Assis — Denise Fernandes Carvalho Leme. Entrevista realizada em outubro de 2003. As liminares judiciais para a entrega de medicamentos têm se constituído num

5.3.1.4 – CONTROLE DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIO-FINANCEIRA

Quando se analisa o controle da execução orçamentário-financeira, verifica-se que é restrito ao acompanhamento do fluxo extremamente contábil. Nada foi indicado em relação a um acompanhamento da execução orçamentário-financeira integrada ao planejamento. Assis informa que se utiliza dos demonstrativos de despesas e de contrapartidas. As finalidades são somente para acompanhar a execução, isto é, o que e onde foi gasto, quanto de recursos entrou, qual o saldo orçamentário disponível para o exercício, como anda a liquidação, a programação dos pagamentos, o cumprimento do cronograma financeiro, entre outros.

Dentre os *problemas do acompanhamento e do controle da execução orçamentária*, observa-se o fato de os dados serem apresentados de maneira agregada e de forma apenas quantitativa e, ainda, de terem periodicidade defasada. A Secretaria Municipal de Saúde atribuiu a esse problema o sistema de execução orçamentária fornecido pela Cetil — empresa com que o município trabalha para o desenvolvimento do programa orçamentário, de compras, controle e de estoque. Trata-se de um sistema rígido, que não permite a análise e o acompanhamento dos recursos de forma ágil e de acordo com a necessidade do usuário. O sistema também não permite o cruzamento de diversos dados.

5.3.1.5 – PRESTAÇÃO DE CONTAS

Os documentos utilizados na prestação de contas referem-se, principalmente, aos instrumentos de informações contábeis. Destacam-se: o balancete de verificação mensal e os anexos da Lei de Orçamento Público nº 4.320/64; as notas fiscais, os recibos, os extratos bancários, e demonstrativos de receita e despesa anuais. Essa prestação de contas é, geralmente, apresentada ao conselho e aos vereadores, trimestralmente, na Câmara Municipal. Esses instrumentos também são encaminhados anualmente à Direção Regional de Saúde (DIR) da Secretaria de Estado da Saúde e ao Ministério da Saúde.

O Município de Assis destacou a elaboração do Relatório de Gestão como um dos instrumentos-chave de prestação de contas, encaminhado, anualmente, ao Conselho Municipal de Saúde.

problema recorrente e difícil nos municípios e, inclusive, para o Estado de São Paulo. Para essa discussão das liminares judiciais e seus impasses, ver Cabanas (2004).

Na legislação infraconstitucional do SUS, o Relatório de Gestão é salientado como um dos principais documentos de prestação de contas. Certamente, por isso, Assis declarou que os programas e ações considerados prioritários são analisados no Relatório de Gestão. Entretanto, alertou para o fato de o Relatório de Gestão não detalhar os programas e as ações prioritários, apresentando os resultados de gestão somente quantitativos. O município informou, ainda, que quando apresentados resultados qualitativos alcançados, eles não são relacionados com os objetivos e metas, definidos no Plano/Agenda de Saúde.

A utilização da prestação de contas como avaliação interna da gestão, em termos de resultados em saúde, não indica ser uma prática corrente da Secretaria Municipal de Saúde de Assis. Dessa forma, a prestação de contas fica restrita à verificação do desempenho das unidades orçamentárias.

5.3.1.6 – AUDITORIA, CONTROLE E AVALIAÇÃO

A implementação do SUS, ao longo da década de 1990, exigiu que se instalasse nos municípios departamento ou órgão para executar a auditoria, o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde. O objetivo central desses departamentos é o de garantir a eficácia das ações e dos serviços. Assis informa que dispõe de uma Coordenadoria do Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria.

As principais atribuições dessa coordenadoria, que possui médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais, se concentram na avaliação dos serviços próprios e contratados. No entanto, a Secretaria Municipal de Saúde informa que essa coordenadoria possui dificuldades. Foram destacadas a inexistência de controle na ponta dos serviços, acrescida da insuficiente qualificação/treinamento dos auditores existentes. E, ainda, um outro problema mencionado, e que merece destaque, foi o fato de as auditorias focalizarem a avaliação somente no lado médico (AIH) e não na relação entre o gasto efetivo e a ação realizada.

5.3.1.7 – DESPESA COM ADIANTAMENTO E PRONTO PAGAMENTO

A Secretaria Municipal de Saúde declarou fazer uso regular da verba de adiantamento/pronto pagamento/suplementação. O valor anual informado revelou-se baixo — apenas 0,16%, do total dos recursos empenhados. Assis não informou o número de pessoas que recebem essa verba anualmente.

A destinação dessa verba de adiantamento é feita para a compra de materiais de pequeno valor. Assis declarou que a verba é controlada por legislação específica.

5.3.1.8 – PROCESSO DE COMPRAS E LICITAÇÃO

A autorização da compra de materiais e medicamentos é realizada pela Secretaria Municipal de Saúde. No caso específico da contratação de serviços e da compra de equipamentos, o mesmo procedimento é mantido, isto é, são autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Já no que tange à realização da compra ou contratação, Assis informou que fica sob responsabilidade do diretor administrativo da prefeitura.

A Secretaria Municipal de Saúde informou dispor de padronização para medicamentos e materiais de consumo e que o controle dos recebimentos dos bens e serviços é realizado pelo almoxarifado central da secretaria, de acordo com essa padronização.

Em relação ao tempo para efetivação de compras, há diferenças relevantes a depender do tipo de material. No tocante aos medicamentos, Assis informou absorver de dois a três meses. No caso da compra de material hospitalar, registrou de um a dois meses.

O problema da existência de atrasos nas licitações da Secretaria Municipal de Saúde provocou a necessidade de realização de compra emergencial. Especificamente, chama a atenção a frequência em materiais médico-hospitalares.

Em relação às modalidades de compras, em 2002, Assis declarou utilizar diversas formas. Apontou ter realizado 209 compras diretas, 28 de carta-convite, 11 de tomada de preços. O município não informou o valor total dessas compras.

Ao apontar os motivos da realização da dispensa de licitação, indicou o cumprimento de Ordem Judicial, necessidades imprevistas anteriormente e, em alguns casos, o atraso nas licitações/emergências.

No tocante à gestão dos contratos de prestação de serviços, Assis comentou que se utiliza somente de metas quantitativas.

5.3.1.9 – CONTROLE DE ESTOQUE

Assis realiza o controle do estoque do almoxarifado e da farmácia pelo almoxarifado central da Secretaria Municipal de Saúde.

No que se refere à área física para armazenamento, Assis informou que há problemas. Especificamente, a Secretaria Municipal de Saúde atribuiu-os à falta de espaço e divisão.

O inventário do estoque é realizado frequentemente pelo município, isto é, mensalmente. O seu controle é informatizado. A distribuição de material e medicamentos é realizada mediante o instrumento denominado de Planilha de estoque mínimo.

Pode-se verificar que Assis utiliza-se de uma rotina de acompanhamento da validade dos materiais em estoque. O município apontou que o farmacêutico e o responsável pelo almoxarifado realizam visitas a cada 15 dias nas Unidades Básicas de Saúde.

No que se refere ao destino dos medicamentos com prazo de validade vencido, constata-se que Assis utiliza o processo de incineração.

No último inventário realizado, não se pôde detectar diferenças entre a quantidade registrada no controle de estoque e no levantamento físico, em virtude de problemas por mudança no sistema. Por fim, é importante dizer que Assis conta com doações de medicamentos pelos governos federal/estadual.

5.3.1.10 – EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES

É possível identificar que Assis dispõe de equipamentos de alta complexidade, sendo, na sua grande maioria, contratados. Relativo aos *equipamentos de ultra-sonografia*, o município informou dispor de dois próprios. Constata-se que esses equipamentos atendem parcialmente à população. Em relação aos *equipamentos de tomografia*, Assis dispõe de somente um contratado, atendendo parcialmente às necessidades da população. No que diz respeito aos *equipamentos de laboratório e análises clínicas*, informou dispor de apenas um contratado e considera que as necessidades estão completamente atendidas. Por fim, o município apontou a existência de um equipamento próprio de endoscopia, que atende parcialmente a população, com uma taxa de uso de 60%.

5.3.1.11 – MANUTENÇÃO

O município declarou utilizar manutenção corretiva e preventiva. Note-se que a Secretaria Municipal de Saúde apontou como o principal problema do parque de equipamento a obsolescência dos equipamentos. A taxa de uso informada pelo município é de 100%.

5.3.1.12 – RECURSOS HUMANOS

A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de um departamento de recursos humanos. No que se refere ao pagamento dos salários, verifica-se que é de responsabilidade conjunta da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria da Fazenda.

No que se refere à contratação de pessoal, observa-se que é solicitada pelo Departamento/Setor de RH da secretaria e realizada pela Secretaria de Administração e Negócios Jurídicos. Em relação ao desenvolvimento e treinamento de pessoal, é aprovado e está sob a responsabilidade do mesmo Departamento de RH da Secretaria Municipal de Saúde. A demissão de pessoal não é atribuição específica desse departamento, sendo também de responsabilidade da Secretaria de Administração e Negócios Jurídicos. Relacionado ao pagamento dos salários dos funcionários, verifica-se que, nos últimos seis meses, não ocorreram atrasos.

No tocante aos treinamentos, dos últimos seis meses, Assis declarou ter realizado 60 horas de treinamento, envolvendo 250 funcionários. A solicitação desses treinamentos constava do planejamento anual.

Em relação aos principais problemas de recursos humanos, a Secretaria Municipal de Saúde informou o absenteísmo e a baixa qualificação — sem especificar em que campo de conhecimento. Ainda, foi relatado o problema de insuficiência de técnicos de enfermagem.

Vale registrar que o remanejamento dos funcionários, caso haja necessidade, não se constitui em mecanismo possível em Assis. No tocante à avaliação de desempenho, o município declarou dispor, porém não especificou o tipo de avaliação utilizada.

A presença de médicos terceirizados não foi apontada em Assis. Todos os funcionários da secretaria são próprios e concursados. Registre-se: 109 médicos; 19 enfermeiros diplomados; 120 auxiliares de enfermagem; 2 farmacêuticos; e 64 outros profissionais de nível superior.

Examinadas tais considerações em relação à estrutura de funcionamento da gestão orçamentário-financeira, dos recursos materiais e humanos do Município de Assis, cabe analisar a visão dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde — a secretária e o gestor do fundo — no aspecto particular associado ao papel e às consequências dos incentivos federais como estratégia de financiamento das ações e dos serviços de saúde local.

5.3.2 – Gestores municipais e os incentivos financeiros federais para a saúde em Assis

Para melhor dimensionarmos a gestão orçamentário-financeira em Assis, apresentam-se, a seguir, os pontos considerados mais relevantes para discussão sobre o papel e as conseqüências dos incentivos financeiros federais no desenvolvimento da política de saúde em Assis.

No Capítulo 1, ao examinarmos o financiamento e a descentralização dos recursos do SUS, chamamos a atenção para o momento em que a forma transferências do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde se firmava como alternativa à remuneração por serviços produzidos pelo Ministério da Saúde. Os recursos federais, principalmente depois da NOB 96, ganharam um “carimbo”, classificando sua destinação, num processo de subvinculação a programas e ações específicas. A cada ano, a partir de 1998, foi aumentado o número de itens carimbados — na média e alta complexidade (campanhas), nas ações estratégicas (em 2001) e nos componentes do PAB variável —, para os quais se destinaram os recursos federais. Esse crescimento dos itens de despesa não preocupa apenas pela complexidade do seu aspecto contábil. Trata-se de recursos vinculados a programas específicos, de maneira que, para o município ter acesso a eles, a condição é sua implementação.

Em que medida a necessidade de recursos induz à adesão aos programas, independentemente da relevância da ação para o atendimento às necessidades de saúde da população local? Qual teria sido o impacto dessa sistemática de repasse de recursos do Ministério da Saúde, introduzida pela NOB 96 aos municípios? Foram essas as preocupações que motivaram as entrevistas com os gestores municipais em Assis. Responder ao conjunto dessas indagações é o objetivo específico deste item. Inserido numa abordagem mais abrangente, trata-se de uma tentativa de melhor entender a estratégia adotada pelo governo federal e analisar seus desdobramentos na condução da política de saúde de Assis, com base na organização de quatro pontos considerados importantes e relacionados a seguir, conforme os questionários auto-aplicáveis encaminhados, em 2003, para a secretária municipal e para o responsável pelo Fundo Municipal de Saúde²²⁷.

²²⁷ Ver Apêndices 6 e 7.

– *Sobre a indução dos incentivos na definição de prioridades do município*

Segundo a secretária de Saúde de Assis, a definição de programas/ações prioritários ocorreu por meio de discussão com a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde e de deliberações da Conferência Municipal de Saúde. Dentre os programas, destacam-se: o Programa de Saúde da Família (PSF); o controle e a prevenção da dengue; a capacitação de recursos humanos; a implantação dos conselhos gestores nas unidades de saúde; a implantação da política de assistência farmacêutica; Saúde da criança (Projeto Germinar); Saúde da mulher (humanização do pré-natal); Programa DST/AIDS; implementação do Centro Integrado de Apoio Psicossocial (CIAPS); e a readequação do Pronto-Socorro Municipal. Acrescenta ainda a secretária que os programas ou ações foram alçados a prioritários por causa da avaliação dos indicadores do município realizada pelos gerentes das unidades de saúde.

Contudo, não se pode esquecer que, dentre os programas prioritários de Assis, o PSF e o controle e a prevenção da dengue são integrantes do PAB variável, formando parte dos incentivos financeiros do governo federal. Para a atual gestão municipal, o PSF, embora seja um programa incentivado pelo Ministério da Saúde, constitui-se peça-chave para a reorientação da atenção básica no Município de Assis. Cabe lembrar que esse município encontra-se dentre os primeiros municípios do Estado de São Paulo a instituírem esse programa, já em 1995.

O depoimento da secretária de Saúde sobre os incentivos financeiros que compõem o PAB variável permite se ter uma idéia ainda mais clara da possível indução do governo federal na determinação da política local de saúde. Segundo declaração da secretária, os incentivos deveriam compor o PAB em seu montante global e ser definidos pelas necessidades e pelo planejamento locais. Também acrescentou que, se o “Ministério da Saúde repassasse para o município o total dos recursos dos incentivos, os mesmos seriam mais aproveitados e o Pacto da Atenção Básica²²⁸ seria cumprido pelo município”.

Para confirmar a marcante presença dos incentivos federais para viabilizar os programas e ações prioritários da gestão atual, a secretária de saúde salienta três aspectos básicos do

²²⁸ O Pacto de Atenção Básica é constituído por indicadores gerais, definidos pelo Ministério da Saúde, nos quais cada município deve estabelecer as metas a serem cumpridas anualmente. São eles: i) número de óbitos em menores de 1 ano; ii) número de óbitos em menores de 1 ano por causas evitáveis; iii) cobertura vacinal de rotina por DPT em menores de 1 ano; iv) cobertura vacinal contra influenza em idosos; v) proporção de casos de sarampo investigados em 48 horas após notificação; vi) número de casos confirmados de tétano neonatal; vii) número de casos confirmados de sífilis congênita; viii) taxa de incidência de tuberculose; ix) taxa de prevalência de hanseníase.

financiamento do sistema local, em ordem de importância: 1) em sua maioria, a relevante participação dos recursos federais para sua realização; 2) a existência de “contrapartida” dos recursos municipais, principalmente naqueles programas que assumem o caráter de incentivo, em destaque o PSF; 3) a presença de recursos estaduais não aparece para o município.

Na mesma linha de argumentação de que as transferências de recursos federais não alteravam as prioridades locais, o gestor do Fundo Municipal de Saúde de Assis respondeu que dificilmente as prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde — principalmente os incentivos relativos às ações estratégicas — dizem respeito às definidas pela gestão municipal por meio de seu planejamento e orçamento. Acrescenta, ainda, que os Planos Municipais de Saúde, elaborados com base em propostas das Conferências Municipais e do Conselho Municipal de Saúde, não são considerados pelo Ministério da Saúde na definição e alocação de recursos.

Ainda, o gestor do Fundo Municipal de Assis acredita que os incentivos financeiros estimulam a implantação de alguns programas, mas que seus valores são ainda insuficientes para que os mesmos se fortaleçam. Ainda, acrescenta que o fato de os valores serem pequenos determina que as transferências de recursos federais por meio dos incentivos não tenham capacidade para reorientar a política de saúde local.

Por sua vez, é interessante observar que o gestor do Fundo de Assis acredita que a sistemática de transferência dos recursos federais em contas separadas assegura a aplicação nos programas e ações que o Ministério da Saúde considera prioritário, o que se constitui numa “vantagem para a esfera federal”. Como desvantagem, salientou que não é possível o remanejamento com vista às necessidades locais de saúde, além do que aumenta o volume de trabalho contábil, financeiro e fiscal e requer a ampliação da equipe técnica e treinamento e capacitação profissional com maior frequência.

– *incentivo federal ao PSF e a construção de um novo modelo de Atenção Básica*

Para a secretária de Saúde, a ênfase do governo federal no PSF constitui uma estratégia para constituir um novo modelo de atenção básica nos municípios. Embora a secretária de Assis tenha declarado que as prioridades tenham sido definidas com base nos indicadores do município, não deixa de perceber que “o PSF foi uma estratégia do governo federal para melhorar a qualidade de vida das famílias e para resgatar o papel da atenção básica nas ações realizadas, buscando a co-responsabilidade entre os serviços de saúde e a comunidade”. A secretária de

Saúde de Assis, contudo, não parece ver contradição entre a afirmação de que as prioridades foram definidas baseadas nos indicadores do município e no fato de o PSF se constituir uma estratégia federal.

A secretária de Saúde de Assis considera que o PSF é vantajoso para municípios de pequeno porte, pois, como o incentivo financeiro é crescente, conforme a cobertura, há estímulo a que a cobertura de 100% seja atingida. Como desvantagem, ela aponta que o programa se torna oneroso para municípios de médio e grande portes. Isto porque, dependendo da região onde é implantando, o perfil salarial torna-se um obstáculo para o aumento da cobertura.

Em relação à adequação do volume de recursos repassados pelo governo federal, a secretária de Saúde de Assis destaca que a folha de pagamento fica comprometida com o PSF, pois os profissionais que atuam no programa têm carga horária e salários diferenciados em relação aos demais. Nesse caso, afirma que os recursos são insuficientes porque o volume dos recursos municipais necessários ao pagamento dos diferentes salários pesa muito no orçamento; às vezes dificultando a implantação ou permitindo apenas sua implantação parcial.

De forma geral, de acordo com o gestor do Fundo de Saúde de Assis, o montante repassado pelo governo federal é insuficiente e a agilização de sua aplicação depende exclusivamente do município, de seus processos administrativos, do setor de compras e de contabilidade, que ainda se encontra muito centralizado na prefeitura.

Particularmente, no tocante aos critérios para os repasses de recursos federais para o PSF, a secretária de Saúde de Assis afirma que o critério populacional deveria ser levado em conta. Os motivos para esse tipo de proposição foram abordados anteriormente, quando se manifestou com relação às desvantagens do PSF. Isto é, a diferença de incentivo, dependendo do porte populacional, pode trazer melhores condições de gerenciamento, uma vez que os municípios de maior parte possuem características populacionais que, em grande parte, acarretam gastos maiores. Além disso, a secretária sugere a introdução da condição financeira da população assistida, como um outro critério.

A respeito da possibilidade da priorização da atenção básica pelo governo federal estar comprometendo o preceito da integralidade, a opinião da secretária de Saúde do município é divergente. Ela entende não só que a priorização da atenção básica não compromete o preceito da integralidade, como essa é a melhor forma de se promover a saúde.

– *Transferências de recursos federais – Sugestões de critérios e sistemática*

Perguntada se a sistemática de transferência de recursos pela realização de campanhas de combate ao câncer de colo uterino, de cirurgia de catarata, cirurgia de mama e hipertensão, entre outras, facilita ou não a execução da política de saúde local, a secretária de Saúde pondera diversos aspectos. Destacou que as campanhas nem sempre coincidem com a prioridade local, o que dificulta o cumprimento da agenda e acarreta desperdício de recursos humano e material. Do ponto de vista gerencial, a secretária lembrou que as campanhas constituem acréscimo de recursos que, apesar de pouco, são bem-vindos. Salientou, ainda, que “as campanhas geralmente são muito bem divulgadas, fazendo com que a população se informe e desperte para o problema, auxiliando no estudo epidemiológico”.

Como sugestões, a secretária de Assis considera que a definição das transferências de recursos federais deveria levar em conta: a necessidade de discussão por intermédio de fóruns entre as duas esferas de governo, priorizando a definição de metas e resultados das ações e dos serviços de saúde. Dentre os principais aspectos a serem considerados como critérios de transferências destaca: se o município atende às necessidades locais; os indicadores socioeconômicos; a capacidade instalada, dentre outros. Além disso, a secretária defende que o repasse seja global para a atenção à saúde da população. Neste sentido, informa que a secretaria está aprimorando os instrumentos para a melhoria do planejamento local. Segundo suas palavras:

“a Secretaria Municipal de Saúde de Assis está passando por uma reestruturação em seu organograma e metodologia, incluindo em seu quadro o setor de planejamento, constituído por pessoas comprometidas com o SUS e voltadas à promoção da saúde, trabalhando com metas e prioridades. Acreditamos estar dando, a partir desta reestruturação, um grande salto em busca da qualidade do atendimento, estimulando a participação popular, com o compromisso social de formar cidadãos conscientes e comprometidos”.

(Secretária de Saúde de Assis)

Perguntado sobre quais deveriam ser os critérios e a sistemática do repasse dos recursos federais, o gestor do Fundo de Assis sugeriu os indicadores epidemiológicos nacionais, respeitadas as especificidades e o planejamento locais. Também defendeu que a esfera estadual assumisse a função de avalista do processo, em um contínuo processo de acompanhamento e avaliação de resultados.

– *Gestão dos recursos transferidos pelo governo federal*

No tocante à execução financeira, o gestor do Fundo de Assis destacou que ela é prejudicada tanto na atenção básica quanto na média complexidade, uma vez que os recursos estão vinculados a programas e ações e não podem ser remanejados. Sua percepção está de acordo com o pensamento da secretária de Saúde que defende o repasse global para os municípios. Também salientou que “a fragmentação dos recursos, principalmente das ações estratégicas, não atende de modo prático as ações desenvolvidas. A incorporação ao tema maior, Gestão Plena, seria recomendada”.

Em relação ao acompanhamento das transferências federais do SUS, o gestor do Fundo informou que não houve tratamento especial, pois isso demandaria treinamento e capacitação permanente dos servidores, o que não tem sido objeto de preocupação das instâncias federal e estadual. Em outras palavras, o acompanhamento e a gestão dos recursos não sofreram modificações depois da criação da sistemática de incentivos. O gestor do Fundo enfatizou também que o Conselho Municipal de Saúde tem acesso a todas as contas e participa da definição da aplicação dos recursos. Salientou, ainda, a prática de realizar audiências públicas na Câmara Municipal, trimestralmente, conforme indica a Lei Federal nº 8.689/93.

5.4 – Comentários gerais sobre a eficiência, a eficácia e a gestão orçamentário-financeira de Assis

Mesmo diante das várias exigências legais de determinar a integração entre as funções da gestão orçamentário-financeira (planejamento, orçamento, execução, prestação de contas e avaliação), impedindo que seja conduzida apenas de maneira formal, a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Assis, aqui analisada, aponta que essa integração é pouca trabalhada. Em que pese a maior parte dos dados e informações inserida nos instrumentos de planejamento tenha sido coletada com base no levantamento de problemas/potencialidades, elaborados pelos próprios técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, verifica-se a falta de compatibilidade entre o planejamento e o processo orçamentário — seja na sua elaboração como na sua execução e avaliação.

Por outro lado, constata-se sinais positivos na condução da política local de saúde. Isto porque não se observa, em Assis, a presença indutora tão marcante do Ministério da Saúde na determinação das prioridades de ações e serviços de saúde, pelo menos no relato descrito no

questionário aplicado à secretaria. Ao contrário, o município indica possuir autonomia na definição da política municipal de saúde, apoiando-se também nas demandas do Conselho Municipal de Saúde e em histórico dos anos anteriores. Contudo, não se pode esquecer que, dentre os programas prioritários de Assis, o PSF e o controle e prevenção da dengue recebem incentivos do governo federal.

Sabe-se que são poucos os municípios que tratam da realidade local, com seus problemas e potencialidades, e se organizam do ponto de vista gerencial para enfrentá-la. Na prática, o que ocorre em Assis se encaixa no primeiro aspecto: há uma preocupação com a realidade local. No entanto, em relação ao segundo, os instrumentos e mecanismos gerenciais são problemáticos. Vale salientar que os instrumentos do processo orçamentário acabam por não responder às necessidades locais e dificilmente são elaborados de forma a permitir a compatibilidade entre o planejamento, o orçamento, a execução e a avaliação, como mencionado, dificultando o acompanhamento e a fiscalização do gasto em saúde *vis-à-vis* o cumprimento das ações e metas planejadas. Como demonstrado na estrutura do orçamento, os principais ações e programas de saúde encontram-se centralizadas em somente uma rubrica/item — Departamento de Saúde.

Dentre as várias outras dimensões de análise desenvolvidas na gestão orçamentário-financeira, de recursos materiais e humanos, cabe destacar algumas. Particularmente, quando se analisa a dimensão da execução orçamentário-financeira, pode-se constatar que o acompanhamento do fluxo é extremamente contábil, impedindo que haja uma relação integrada entre execução orçamentário-financeira e planejamento. Um problema destacado pela Secretaria Municipal de Saúde diz respeito à insuficiência de recursos humanos qualificados para o desempenho de uma execução orçamentário-financeira à contento das ações planejadas. Não se pode esquecer que o relato da secretária municipal de Saúde enfatizou o problema dos dados serem apresentados de maneira agregada e de forma apenas quantitativa e, ainda, de terem periodicidade defasada.

As dimensões da eficiência e eficácia do gasto em saúde podem ser analisadas, dentre vários aspectos, até pela forma de operacionalização da avaliação, do controle e da auditoria na gestão. Como verificado, a Secretaria Municipal de Saúde de Assis dispõe de uma coordenadoria que procura garantir essa responsabilidade. Contudo, não faltou que a secretaria apontasse dificuldades operacionais dessa coordenadoria. Foram mencionados: as inexistências de controle na ponta dos serviços, a insuficiente qualificação/treinamento dos auditores existentes; e o fato de

as auditorias focalizarem a avaliação somente no lado médico (AIH) e não na relação entre gasto efetivo e ação realizada.

Em relação à análise da gestão de materiais, algumas dimensões merecem comentário. Em primeiro lugar, é importante observar que a Secretaria Municipal de Saúde informou dispor de padronização para medicamentos e materiais, o que permite a racionalização das despesas. Em segundo lugar, chama a atenção que o tempo para efetivação das compras revelou-se curto, isto é, no período máximo de dois meses — entre recurso solicitado e pagamento efetivo ao fornecedor. Em terceiro, salienta-se o problema da existência de atrasos nas licitações, provocados por diversos tipos de problemas. Para corrigir esses ocorridos, a Secretaria Municipal de Saúde apontou a necessidade de realização de compra emergencial. Por fim, é importante lembrar a preocupação de Assis com o processo de gestão dos contratos. É surpreendente que o gerenciamento dos contratos considere apenas metas quantitativas. Sem dúvida, esse fato revela a dificuldade de o gestor de saúde se comprometer com a eficiência e eficácia do gasto.

Por último, cabe ressaltar alguns aspectos da gestão de pessoal. Problemas de absenteísmo e a baixa qualificação foram apontadas por Assis. Além disso, foi assinalado que a secretaria não pode dispor do mecanismo de remanejamento dos funcionários, caso tenha necessidade. Apenas um aspecto positivo deve chamar a atenção na gestão de recursos humanos de Assis: a contratação dos funcionários é baseada somente em concurso público, o que dispensa a terceirização de mão-de-obra. Dessa forma, duas são as vantagens para o adensamento do sistema municipal de saúde. A primeira diz respeito à possibilidade do município efetivar uma política de pessoal padronizada, assegurando um atendimento padronizado dos serviços de saúde. A segunda vantagem permite que o município adote um processo de treinamento e formação de recursos humanos de caráter contínuo e estável, vinculando o conhecimento apreendido na gestão dos serviços.

No tocante à investigação sobre o papel das transferências federais do SUS, por meio de incentivos, a opinião apresentada pela secretária municipal de Saúde de Assis revelou a necessidade de valorizar o planejamento local. Sua afirmação foi contundente: “os incentivos deveriam compor o PAB em seu montante global e serem definidos a partir das necessidades e planejamento locais. Dessa forma, os recursos repassados pelo Ministério da Saúde poderiam ser mais bem aproveitados e possibilitariam o cumprimento pelo município do Pacto de Atenção

Básica”. Por outro lado, a secretária de saúde argumentou que as campanhas do Ministério da Saúde facilitam a execução da política de saúde, auxiliando, até, no âmbito epidemiológico.

Não faltou, porém, sugestão dessa secretária em relação aos novos critérios para a definição dos repasses. Dentre os mencionados, salienta: a realização de fóruns de discussão entre as esferas de governo, a fim de decidirem as metas e os resultados nas ações e serviços de saúde; aspectos específicos relacionados ao atendimento das necessidades locais, contemplando indicadores socioeconômicos e capacidade instalada, dentre outros; adoção de repasse global para a atenção à saúde geral da população. Ainda que possa haver muita polêmica sobre os mecanismos de transferências de recursos, merecem destaque esses pontos levantados pela secretária de Saúde de Assis, uma vez que contribuem para uma alocação de recursos baseados nas prioridades estabelecidas pela política de saúde local.

Além disso, os alertas do gestor do Fundo Municipal de Saúde relativos à operacionalização das atuais formas de transferências adicionam aspectos importantes a serem considerados para uma futura agenda mais eficiente e eficaz das sistemáticas de repasses aos municípios. Dentre suas idéias gerais, destacam-se: a execução financeira dos recursos da atenção básica e da média complexidade é prejudicada, uma vez que os recursos estão vinculados a programas e ações, não podendo ser remanejados conforme as necessidades em saúde, e a proliferação de contas bancárias individuais vinculadas a cada forma de incentivo aumenta o volume do trabalho contábil, incompatível com o número disponível de técnicos na área financeira, bem como o conhecimento técnico específico, necessário à gestão eficiente e eficaz dos recursos.

Por fim, é possível verificar que o Município de Assis avançou na construção de instrumentos novos em cada uma das funções da gestão da política de saúde analisadas. Contudo, parece que há pouca ou quase nenhuma integração entre as funções de planejamento, orçamento, execução, controle e avaliação. Deve-se reconhecer que os instrumentos e mecanismos da gestão orçamentário-financeira apresentados ainda são limitados em termos de eficiência e eficácia e prejudicados pelo grande volume de incentivos federais específicos que aumentam o volume do trabalho contábil em detrimento da alocação de recursos definida pelo planejamento local.

Nesta perspectiva, cabe mencionar que deve ser muito mais importante para o município construir e até redesenhar instrumentos e mecanismos que permitem a integração das diversas

funções da gestão orçamentária e menos de aprofundar o uso dos instrumentos existentes. De certa forma, o estudo do Município de Assis não permite que se concorde com Arretche (2003). Isto porque, para essa autora, o desafio para a gestão local da política de saúde consiste mais em amadurecer a utilização da estrutura institucional já existente e menos em recriá-la. De acordo com o estudo de Assis, parece que o SUS local, no âmbito da gestão orçamentário-financeira, precisa de mudanças mais profundas, de correção de rumo dos instrumentos para que não se tornem meramente formais, e isso só será possível repensando qual gestão do sistema de saúde que se quer e quais os mecanismos a serem privilegiados em sua implementação. Essa idéia deveria ser seguida também pelo Ministério da Saúde. Se se deseja um sistema público para todos, não se trata de somente aperfeiçoar mecanismos. A adoção desse caminho exige alterações fundamentais no âmbito da gestão local e na sistemática de transferências de recursos do governo federal para contribuir para a eficiência e eficácia da gestão da política de saúde do SUS.

A potencialização das vantagens e virtudes da gestão orçamentário-financeira integrada, dos recursos materiais e humanos do SUS de Assis apenas resultará da clara definição e fortalecimento, por exemplo, por meio de um programa de incentivos de mecanismos de gestão, podendo estar direcionado para as funções típicas federais e estaduais. Fundamentalmente, esses incentivos deveriam estar voltados para a melhoria da gestão do sistema de saúde local, assegurando a integração das funções da gestão orçamentário-financeira — planejamento, processo orçamentário (elaboração e execução), controle e avaliação — e contribuindo para ampliar o suporte técnico e a elaboração de um sistema de informação e produção de indicadores de eficiência técnica e social, etc. Nesta perspectiva, tanto o Ministério da Saúde como a Secretaria de Estado da Saúde deveriam optar por transferir recursos de forma global — fundo a fundo — com o objetivo de fortalecer a gestão, sem vinculá-los ao desenvolvimento de determinados programas. A distribuição dos recursos poderia ocorrer mediante diferentes critérios de fortalecimento da gestão do sistema de saúde a serem criados para cada uma das funções da gestão orçamentário-financeira, de forma a torná-las integradas. Sabe-se que a experiência gaúcha de alocação de recursos estaduais nos municípios, adotada na gestão de 1999 a 2002, implantou tal sistemática de recursos visando fortalecer o município como esfera de

gestão do sistema de saúde²²⁹. Não se trata de reproduzir o modelo gaúcho, mas sim de aperfeiçoá-lo por meio da adoção do material discutido nos Capítulos 4 e 5 desta tese.

É importante assinalar que o fortalecimento da gestão de saúde não tem relação com a idéia de equidade na alocação de recursos. A alocação equitativa pressupõe outros incentivos e outras metodologias que nem sequer foram discutidas no âmbito deste trabalho²³⁰.

O problema seria que qualquer tipo de programa dessa natureza exige um monitoramento rigoroso para impedir os abusos e desvios na contabilização dos dados.

Além da sugestão geral de adoção de um programa de incentivo ao fortalecimento da gestão local, os três níveis de gestores do SUS deveriam decidir sobre políticas que: instituíssem sistemas de capacitação dos agentes locais para o desempenho da gestão orçamentário-financeira integrada, como tão mencionado por Assis como uma falha na sua gestão; e estimulassem a criação e implantação de sistemas de monitoramento e avaliação da qualidade das ações e dos serviços de saúde.

²²⁹ Para uma síntese da alocação de recursos globais da experiência do Estado do Rio Grande do Sul, ver Marques e Mendes (2003). Para uma análise mais detalhada dessa experiência, ver Cunha (2002).

²³⁰ Para tanto, ver o trabalho de Porto et al. (2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os motivos que nos levaram a analisar a gestão semiplena/plena do sistema do SUS, no Estado de São Paulo, de 1995 a 2001, remontam a inquietações surgidas no início do processo de descentralização desse sistema, as quais nos levaram a indagar se esse tipo de gestão do SUS trazia algo de novo para a política de saúde universal. O foco de nossa preocupação deteve-se na avaliação da eficiência, eficácia e gestão dos recursos dos 11 municípios paulistas mais antigos habilitados na gestão semiplena/plena do sistema²³¹, reconhecendo sua relação com a institucionalização do financiamento do SUS e seus tensos caminhos percorridos ao longo da década de 1990. Essa preocupação inicial nos mostrou a necessidade de analisar também o comportamento da gestão orçamentário-financeira na prática da gestão de um daqueles municípios: o Município de Assis. Desde o início, acreditamos que, para medir a eficiência e eficácia dos recursos locais, era imprescindível acompanhar de perto desde o planejamento da política local, seu orçamento e execução, até seu controle e avaliação.

Nesta perspectiva, partimos da premissa de que avaliar a gestão de sistemas municipais de saúde mais descentralizados e qualificados do SUS não poderia incorrer no risco de utilizar critérios de eficiência apoiados somente no campo da ciência econômica — o que remeteria, de forma simplificada, à noção de “custo-benefício” individual, conforme examinada na Introdução. Essa concepção de eficiência — defendida também pelo Banco Mundial — impede o estabelecimento de conexões rigorosas entre aspectos econômicos e sociais no movimento de uma política pública voltada para a redução de desigualdades sociais, como é o caso da saúde em nosso País. Trata-se de uma política pública de caráter universal, que se direciona para produzir saúde em benefício dos interesses coletivos, isto é, em defesa da vida coletiva. Nesta direção, parece-nos indiscutível que também os trabalhos sobre eficiência no campo da disciplina de economia da saúde, de forma geral, ao não levar em conta a lógica evolutiva e a dinâmica do processo de implementação de uma política descentralizada, num contexto bem específico como o nosso, perdem a capacidade de explicar os complexos movimentos desse processo de descentralização que se paute pela produção social da saúde. Por sua vez, foi possível perceber que nenhuma das contribuições dos autores, que vêm discutindo os critérios de avaliação das políticas públicas no País, sugere um tratamento que incorpore a noção e a prática da gestão dos

²³¹ São eles: Assis, Diadema, Itu, Jundiaí, Mauá, São Caetano do Sul, São José dos Campos, Santos, São Vicente, Sertãozinho e Votorantim.

serviços da política em processo de implementação, questão a nosso ver absolutamente chave para a preocupação central desta tese.

Quase todas as contribuições que procuram explicar as concepções de eficiência e eficácia nos pareceram insuficientes para as análises por nós empreendidas, sobretudo aquelas abordadas de forma isolada do complexo processo de construção e desenvolvimento da política de saúde, a partir da segunda metade dos anos 1990. Desse modo, admitimos que as noções de eficiência e eficácia devem ser compreendidas como partes do todo da gestão da política de saúde local. Na realidade, essa política precisa ser pensada em termos de resgate de seus fins (eficácia social), e dos sentidos de suas práticas (eficiência, aspecto gerencial) (CAMPOS, 2000).

Foi, então, a partir dessa visão que procuramos deixar claro nossa idéia de avaliar os municípios em gestão semiplena/plena do sistema. Deveríamos tratar de forma específica as diversas funções que explicitam o interior da gestão orçamentário-financeira do sistema municipal. Vale dizer, a análise da eficiência, eficácia e gestão dos recursos só teria sentido se fossem analisadas, de forma integrada, as funções de planejamento da política local, do orçamento, da execução orçamentária, da prestação de contas, do controle público e da avaliação. Trata-se de reconhecer o “ciclo de vida”²³² da gestão orçamentário-financeira, em termos de sua eficiência e eficácia dos recursos financeiros, por meio da análise específica de um estudo de caso — o Município de Assis.

Entretanto, essa preocupação não permitia que nos estendêssemos a uma análise do “ciclo de vida” da gestão semiplena/plena do sistema em 11 municípios paulistas distantes geograficamente. Nossa indagação central — em que medida a descentralização implementada no SUS, a partir dos anos 1990, por meio dessa gestão mais descentralizada e qualificada, contribui para a melhoria da eficiência e eficácia dos recursos direcionados à saúde universal? — precisaria, também, de uma resposta mais agregada, isto é, daí a necessidade de se elaborar um estudo específico desses 11 municípios. Isso significou o reconhecimento e a utilização da visão de Campos (2000) para que a avaliação da eficiência e eficácia dos recursos financeiros dos municípios em gestão semiplena/plena do sistema do SUS não descartasse as contribuições da literatura analisada. Todavia, dentre elas, percebemos que a melhor que se aplicava à nossa preocupação era a metodologia sugerida pela Cepal, utilizada e adaptada por Draibe (1997). Nela,

²³² Ver Nota 202, Capítulo 5.

a eficiência é tratada nas suas dimensões da eficiência técnica e social, reconhecendo a importância do processo de desenvolvimento da política de saúde e sua particular história.

Da forma como concebemos e enunciamos nossa pesquisa, não se poderia deixar de levar em conta, antes mesmo de evidenciarmos os resultados, o importante contexto em que essas gestões municipais se inseriram nos anos 1990, especialmente no que diz respeito à tensa trajetória do financiamento do SUS e sua dimensão descentralizada. Ao longo do Capítulo 1, procuramos demonstrar que, para entender os “tortuosos” caminhos do financiamento do SUS na década de 1990, uma assertiva é fundamental: trata-se de um sistema público e universal cujo esquema de financiamento se apóia num frágil tripé — montantes insuficientes, indefinidos e alterações constantes e significativas na sistemática de repasses financeiros do governo federal para os governos municipais. Como construir um sistema-chave para sustentar o núcleo duro das políticas sociais neste País quando também é frágil o consenso na sociedade de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”?

Na verdade, para entender os diversos embates políticos e econômicos nos tensos caminhos de institucionalização do SUS, inspiramo-nos na idéia de um duplo movimento tal como foi desenvolvida por Polanyi (apud FIORI, 1999) e comentada no Capítulo 1. Sem dúvida, baseado em “suas luzes”, procuramos mostrar que, ao mesmo tempo em que se implementa o SUS, com base no movimento que denominamos de “princípio da construção da universalidade”, se agrava a crise fiscal e financeira do Estado, limitando o aporte de recursos para a saúde, sobretudo após as decisões de uma política econômica ortodoxa do governo federal, ancorada no “princípio da contenção do gasto” — o outro movimento por nós denominado, que se manteve durante os anos 1990 e se estende nos primeiros anos de 2000. No enfrentamento desses movimentos, procuramos salientar as tensões que fragilizaram o SUS no interior da seguridade social, perdendo recursos de forma sistemática por meio de mecanismos criados pelo governo federal, como a “antiga (FSE), reformulada (FEF) e atual DRU – Desvinculação das Receitas da União (com mudanças de nomes, ao longo de “sua” década, tendo sido criada em 1994). Não faltaram mecanismos verbais dos integrantes do governo federal para justificar os diversos remanejamentos e cortes no orçamento da saúde, sempre alegando que a previdência apresentava problemas de caixa.

Ainda nesse quadro, evidenciamos que a problemática situação financeira da área da saúde foi, e ainda o é, condicionada pela lógica da política econômica de plantão há uma década.

Mostramos que a ênfase em uma política econômica que promove elevados superávites primários (acordados com o FMI) resulta em uma política fiscal de redução das despesas sociais, prejudicando o desenvolvimento das políticas sociais, tais como a de garantir saúde para a população brasileira.

As tensões e os conflitos entre os dois princípios demonstrados não permitem manter o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000, cujo foco resultou de intensos embates para que se conseguisse vincular recursos suficientes, definidos e seguros para a saúde. A fragilidade de vários itens da redação da emenda tem permitido que a União descumpra sistematicamente — após 2000 — o montante estipulado para sua aplicação de recursos. Em parceria com a União, vimos que os estados, em sua maioria, vêm descumprindo a aplicação tanto no tocante ao seu percentual — no mínimo 12% das receitas de impostos — como no que consideram como gasto em “ações e serviços de saúde”. Como bem comentado no Capítulo 1, não faltam documentos, no âmbito do SUS, que explicitem essa definição do que vem a ser o conceito de “ações e serviços de saúde”. Lembramos, principalmente, o artigo 196 da Constituição Federal e os artigos 6º e 7º da Lei Orgânica da Saúde, além da Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde. É interessante comentar que, para os tribunais de contas do País e o Ministério Público Federal, esses “documentos” são suficientes. Todavia, principalmente para a União e para os estados, nada se encontra devidamente legalizado.

Espera-se que a regulamentação da emenda possa estabelecer as bases legais e necessárias para que a União e os estados cumpram o disposto na EC 29. Mas essa, certamente, não é a “esperança” dos arautos do “princípio da contenção do gasto”. Daí o sentido das várias, intensas e sistemáticas investidas da área econômica e de alguns estados contra a saúde, tais como mencionados neste trabalho: o descumprimento da proposta orçamentária do Ministério da Saúde, tentando incluir como item de gasto inativos, pensionistas e o *Fome Zero*; o desrespeito de alguns estados ao conceito de saúde, incluindo, por exemplo, ações de saneamento (obra viária); programas assistenciais de distribuição de leite; hospitais de clientela fechada, etc.; a ameaça do documento do Ministério da Fazenda ao FMI em se estudar a possibilidade de desvinculação de algumas despesas sociais; a resolução do Conselho do Ministério das Cidades em redefinir o conceito de saneamento ambiental conforme estabelecido no projeto de regulamentação da EC 29, dentre outros.

Como tratamos de enfatizar nesta tese, as tensões no financiamento do SUS não param por aí. Procuramos demonstrar que os conflitos foram constantes entre os níveis de governo na luta pelo rompimento da centralização de ações e recursos federais, por meio do embate pela descentralização/municipalização.

É inegável o avanço da descentralização da política de saúde durante os anos 1990. Contudo, em nome da continuidade da descentralização dessa política, o Ministério da Saúde impôs maior comprometimento das esferas estaduais e municipais no financiamento da saúde e maior controle sobre os recursos transferidos. Isto porque, mesmo tendo reduzido o peso dos recursos federais no financiamento da saúde, ainda é o governo federal que garante 56,2% do total de recursos, conforme dados de 2001. Mesmo quando a forma transferências “fundo a fundo” se institucionaliza como alternativa à lógica de “remuneração por serviços produzidos” pelo MS, os recursos federais, principalmente depois da NOB 96, ganharam um “carimbo”, determinando sua destinação. Encontramos como expressão desse movimento os seguintes tipos de transferências: a separação promovida pela NOB 96 dos recursos para a alta e média complexidade daqueles destinados à atenção básica, por meio da criação do PAB variável, composto por um conjunto de incentivos que acrescentam receitas financeiras à implantação de determinados programas nos municípios; a lógica de manutenção dessa separação pela NOAS/2001; e o crescimento do número de itens relacionados a repasses de recursos para viabilizar campanhas definidas pelo MS, como, por exemplo, campanhas de combate à catarata; ao câncer de colo uterino, etc. Como evidenciamos, o aumento desses itens foi significativo a cada ano, passando de cinco tipos de carimbos, em 1997, para 77, em 2001 (dados do Datasus).

Fizemos questão de reforçar que o crescimento de importância das transferências federais “fundo a fundo” após a NOB 96 não foi acompanhado pela autonomia dos municípios na determinação da política de saúde. Esses, dependentes dos recursos federais, passaram a ser muito mais executores da política estabelecida no âmbito federal, tendo em vista que os recursos financeiros, em sua maioria, foram sendo vinculados aos programas de saúde, incentivados pelo Ministério da Saúde, não podendo ser redirecionados para outros fins. Isto fragilizou o papel da gestão municipal descentralizada na execução do seu Plano Municipal de Saúde, elaborado sob a lógica de programas definidos localmente. Em outras palavras, a forma assumida pelo financiamento acabou reforçando a centralização pelo Ministério da Saúde na elaboração da

política local de saúde, criando embates ao exercício da autonomia do gestor municipal — já exercida no período da NOB 93 pela gestão semiplena de 1995-1997.

Nessa perspectiva, é nossa conclusão que, no período pós-NOB 96, persistiu a concepção de descentralização tutelada pelo governo federal, operando por meio do financiamento. Vale dizer que a imposição de condicionalidades para o financiamento associou-o, em grande parte, a compromissos com a execução dos programas federais, distanciando os municípios da aplicação de recursos conforme suas demandas locais.

Com base nessa trajetória de tensões e embates no financiamento do SUS, procuramos indagar em que medida esse cenário dificultou os avanços na eficiência e eficácia dos recursos alocados na política de saúde definida pelos municípios paulistas em gestão semiplena/plena do sistema. Para respondermos à essa indagação geral, acrescentamos outras importantes questões, relacionadas a seguir.

A adoção, pelos municípios, dessas modalidades mais descentralizadas do SUS permitiu a melhoria da capacidade de gasto e de maior eficiência dos recursos financeiros para o desenvolvimento do sistema municipal de saúde? É possível identificar, nesses municípios, instrumentos e mecanismos institucionalizados de gestão dos recursos e da política de saúde mais eficazes, que possibilitem o alcance dos objetivos reformistas na saúde, formulados pelo SUS? O estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento da saúde, desses municípios, pelo Ministério da Saúde, por meio de incentivos, campanhas e outras formas de direcionamento de recursos, prejudicam a autonomia do município na alocação dos recursos de seu Fundo Municipal de Saúde? A permanente indução de mecanismos de financiamento — principalmente a partir de 1998 —, que estimulem os municípios, particularmente os habilitados em gestão plena do sistema municipal, a adotarem programas que lhes acrescentam receita financeira, constitui-se em elemento que reforça o poder do governo federal na formulação da política local de saúde e constringe a realização de um planejamento autônomo por parte dos municípios?

Para tratar dessas questões, passemos às averiguações de nossas cinco hipóteses definidas para o estudo empírico. A primeira delas era a de que os 11 municípios selecionados em gestão semiplena/plena do sistema ampliaram suas despesas com saúde, constituindo um padrão elevado de gasto local com a área. Partia-se da premissa de que o gasto do SUS realizado por esses municípios apresentava uma magnitude maior em relação ao total dos municípios do estado, sem

a capital, e, ainda, que as diferenças entre os seus montantes fossem diminuindo a partir de 1995. O resultado obtido verificou que o gasto total *per capita* do SUS, realizado pelo conjunto desses municípios, foi ampliado somente em 12,7%, ao longo do período de 1995 a 2001. Na realidade, esse crescimento foi inferior à taxa média verificada para o geral dos municípios do Estado de São Paulo sem a capital (59,0%). Por sua vez, o padrão do gasto médio em saúde foi superior ao geral dos municípios do estado sem a capital, porque os municípios em gestão semiplena/plena do sistema registraram, entre 1995 e 2001, gasto de R\$ 204,38 por habitante/ano enquanto os outros apresentaram R\$ 147,33.

Uma qualificação interessante constatada na análise do gasto total *per capita* do SUS, realizado pelos 11 municípios selecionados, foi a existência de dois subperíodos completamente distintos em termos de sua evolução. Isto porque a expansão desse gasto foi verificada entre 1995 e 1997 (27,8%), justamente quando esses municípios se encontravam enquadrados na modalidade semiplena do SUS. Já no subperíodo seguinte (1998-2001), observou-se retração desse gasto em 10%.

Para diferenciarmos claramente esses dois subperíodos em termos da evolução do gasto, denominamos o primeiro como os “curtos anos dourados” do gasto local, o que contou com o crescimento de ambas as fontes — federal e municipal. O segundo período (de 1998 a 2001) qualificamos como “os tempos de queda”, dado que a retração do gasto foi acompanhada pela diminuição das transferências federais do SUS em 26,8%. Devemos lembrar que a redução dessa importante fonte de recursos para o desempenho dos sistemas municipais de saúde foi acentuada no campo da média e alta complexidade — áreas essenciais para os municípios em gestão semiplena/plena do sistema. Além disso, quando analisamos em particular a evolução das transferências do Ministério da Saúde, nos municípios selecionados, constatamos que foram priorizados os repasses destinados aos incentivos financeiros, particularmente os referentes ao PAB variável e às transferências no campo da média e alta complexidade, associadas às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Neste quadro, depreendemos que, a partir de 1998, o MS rompeu com a lógica do repasse global — como existia em 1995-1997 — aos municípios em gestão plena do sistema em favor do repasse controlado e determinado pelas suas definições da política. De certa forma, neste momento da análise, já tínhamos clareza do movimento de indução dos recursos federais repassados aos municípios, determinando o sentido da política de saúde local. Precisávamos, por outro lado, identificar se esse movimento

prejudicava o exercício da autonomia do gestor municipal em definir a sua política local de saúde. Para tanto, deixamos para a averiguação do estudo de caso do Município de Assis, cujos resultados serão comentados adiante.

Constatamos que o resultado do gasto *per capita* do SUS, realizado ao longo de 1995-2001, só não foi pior diante do esforço que os 11 municípios realizaram com os seus recursos próprios, ainda elevando-os, no segundo subperíodo, em 2%. Esse pequeno esforço deve ser salientado, uma vez que ocorreu no cenário macroeconômico recessivo e de ajuste fiscal que se descortinou, com mais ênfase, a partir de 1999, durante o segundo mandato do presidente FHC. Neste sentido, é possível afirmar que a descentralização da saúde, por meio da gestão mais descentralizada e qualificada do SUS — semiplena/plena do sistema —, ocorreu, principalmente, pela manutenção do comprometimento dos recursos municipais ao longo de todo o período analisado.

Como tratamos de enfatizar nesta tese, a descentralização dos recursos tributários, consolidada pela Constituição de 1988, possibilitou, no período posterior, a maior participação dos municípios na receita total das três esferas de governo em termos de arrecadação própria e de receita disponível e no alcance de maior autonomia para a execução das políticas públicas. Isto pode ser percebido no caso dos 11 municípios paulistas selecionados, especialmente em relação à política de saúde. A receita disponível desses municípios — que inclui principalmente as transferências do ICMS e os impostos IPTU e ISS — foi alargada, em termos *per capita*, em 23%, no período analisado.

Esse quadro contribuiu para o crescimento do gasto *per capita* do SUS, realizado *com recursos municipais* pelos municípios selecionados, em 31,9%, sendo 126% entre 1995 e 1997 e 2% entre 1998 e 2001. Esses 11 municípios selecionados registraram que, embora se caracterizem por municípios populosos do Estado de São Paulo — entre cerca de 90 mil e 550 mil habitantes —, com disparidades socioeconômicas consideráveis entre eles, as diferenças entre os seus gastos anuais *per capita* do SUS realizados com *recursos municipais*, entre 1995 e 2001, tornaram-se mais equilibradas e menos eqüidistantes. Entretanto, verificamos que, dentre os 11 municípios, São José dos Campos, Santos e Diadema apresentaram, durante todo o período, um padrão do gasto médio *per capita* com recursos municipais superior aos demais. Já Jundiaí e São Caetano do Sul, também por esforço de suas receitas disponíveis, subiram sistematicamente seus gastos *per capita* com recursos municipais ao longo do período analisado, passando, em 2001, a,

juntos, dividirem com São José dos Campos e Santos o espaço dentre aqueles que apresentam os maiores níveis de gasto próprio.

Por fim, de forma sintética, é importante que ressaltemos a idéia central. O principal motivo que explicou a ampliação do padrão do gasto do SUS realizado pelos 11 municípios foi o desempenho satisfatório de suas receitas disponíveis, principalmente das parcelas relativas a IPTU e ISS — em que pese o ICMS constituir-se na principal fonte da receita disponível. Vale dizer que, mesmo com a estagnação econômica presente no segundo subperíodo, 1998-2001, esses municípios fizeram um esforço próprio considerável, uma vez que não puderam contar com o crescimento das transferências federais do SUS, e, quando repassadas, vinculavam-se, em parte, a gastos predefinidos pelo governo federal — PAB variável e “campanhas”.

Já a segunda hipótese dizia respeito ao fato de que esses 11 municípios paulistas apresentaram, após o enquadramento em gestão semiplena, considerável eficiência técnica e social, em termos dos recursos alocados em saúde. A premissa básica era a de que o crescimento do gasto em saúde não apenas provocava melhoria nos indicadores de estrutura e resultado das ações e dos serviços de saúde, mas também que as diferenças desses indicadores, entre os municípios, fossem diminuindo ou convergindo, ao longo do período analisado.

Para facilitar a análise dessa hipótese, associada à eficiência técnica²³³ dos 11 municípios, utilizamos um método estatístico da análise fatorial combinada com a técnica de análise de correspondência múltipla, descrito no Apêndice 1 desta tese. Esse método possibilitou a construção de uma tipologia de agrupamentos desses municípios a cada ano analisado — 1995, 1997, 1999 e 2001 —, de acordo com alguns indicadores de estrutura e resultado das ações e serviços de saúde. Procurou-se agregar, em um mesmo grupo, municípios que apresentassem resultados semelhantes para o conjunto desses indicadores. Baseado nessa avaliação de desempenho da saúde local, foi possível desenvolver a análise da eficiência técnica de cada um dos três grupos. Verificamos que, a cada ano, os níveis de desempenho em saúde e de eficiência técnica média dos grupos foram diferentes, levando-nos a representá-los conforme seus resultados decrescentes, sendo no Grupo 1 superiores ao Grupo 2, que, por sua vez, foram superiores ao Grupo 3.

²³³ Para o estudo da eficiência técnica, foram agregados indicadores para o eixo *estrutura* (capacidade instalada) e *resultado* (as diversas taxas de mortalidade).

De acordo com os resultados obtidos, observamos diferentes movimentos em relação ao desempenho de saúde dos municípios selecionados, ao longo dos anos pesquisados. Ao fim de três anos de *gestão semiplena*, em 1997, detectamos maior equilíbrio no número de municípios entre os grupos com melhores desempenhos em saúde, isto é, o Grupo 1, com quatro municípios, e o Grupo 2, com seis. Já a eficiência técnica mensurada para cada um desses grupos foi quase semelhante, 69,7% e 69,2%, respectivamente, não correspondendo, de forma significativa, à diferença hierárquica existente no desempenho em saúde entre eles. Pode-se dizer que esses três primeiros anos de *gestão semiplena*, nesses municípios, foram marcados pela implantação ou fortalecimento de programas associados à prevenção e à proteção da saúde, facilitando a melhoria dos indicadores de resultado, particularmente no âmbito das taxas de mortalidade. Em 1999 — na fase de *gestão plena do sistema municipal* —, a distribuição dos municípios entre os grupos altera-se significativamente. O Grupo 3, classificado como o pior grupo em termos de desempenho de saúde passou a contar com o maior número de municípios (oito), o Grupo 1 com apenas um município e o Grupo 2 com dois. Desta forma, observamos que 1999 se revelou no ano de queda do desempenho de saúde desses municípios selecionados. De um lado, constatamos piora na estrutura de serviços de saúde, em particular no número de unidades ambulatoriais e de leitos, ambos por mil habitantes, não acompanhando o crescimento populacional ao longo dos anos anteriores. De outro lado, verificamos redução no ritmo de melhoria dos indicadores de resultado (taxas de mortalidade), quando comparado ao desempenho dos anos de *gestão semiplena*.

Assim, para os propósitos de nossa discussão até o momento, o problema é menos o de verificar como e por que as *gestões plena dos sistemas municipais*, no Estado de São Paulo, apresentaram piores desempenhos de saúde em 1999, mas antes o de refletir sobre seu esgotamento na modalidade mais descentralizada e qualificada do SUS, já mesmo ao final de cinco anos da sua implementação. A maior divergência do desempenho em saúde, nesse ano, também refletiu no comportamento do grau de eficiência dos grupos, em que o Grupo 3, com o maior número de municípios (oito), registrou 58,3% enquanto o Grupo 2 ficou com 69,8% e o Grupo 1 com 71,7%. Sem dúvida, se essa divergência de resultados fosse detectada pelos gestores do SUS, municipal, estadual e nacionalmente, à época, poderia o processo de descentralização da gestão ter adquirido as correções e o suporte necessários para alcançar melhores desempenhos em saúde.

Ao analisar 2001, vimos a manifestação de um quadro mais satisfatório em relação à distribuição dos municípios nos grupos estudados. De forma distinta de 1999, observamos uma relação mais equilibrada, isto é, o Grupo 1 foi formado por seis municípios, o Grupo 2 por quatro e o Grupo 3 por apenas um (São Vicente), este com o mesmo município verificado para 1995 e 1997. Contudo, o maior equilíbrio do número de municípios entre os grupos não significou resultados mais homogêneos entre eles. Constatamos diferenças consideráveis nos resultados dos indicadores em termos de desempenho em saúde e do grau de eficiência. O Grupo 1 registrou grau de eficiência com 62,8%; o Grupo 2, com 59,6%; e o Grupo 3, com apenas 34,3%. Esses resultados foram os mais baixos encontrados ao longo de todo os anos pesquisados.

Assim, se, nos “curtos anos dourados” — 1995-1997 — do gasto total *per capita* do SUS realizado pelos 11 municípios, foi detectado crescimento, a mesma tendência foi constatada em relação ao desempenho da saúde e da eficiência técnica média desses municípios. Por sua vez, observa-se que, ao longo de todo o período analisado, os municípios paulistas mais antigos enquadrados na gestão semiplena/plena do sistema municipal de saúde apresentaram significativas alterações no desempenho em saúde. No plano do comportamento dos indicadores, não há como deixar de reconhecer um movimento de melhora, mais importante, da maior parte dos indicadores de resultado, quando comparados aos de estrutura. No entanto, notamos, a partir de 1999, maior diferença desses indicadores entre os municípios, ou seja, de ampliação das divergências entre os seus resultados, o que contraria a nossa hipótese central, de que essas diferenças fossem diminuindo ou convergindo, ao longo dos anos analisados. Como apontado, tal situação foi marcante em 2001. O desempenho em saúde revelou-se heterogêneo e constatamos maior diferenciação entre os graus de eficiência dos grupos 1, 2 e 3, escolhidos para a análise.

Para entendermos as razões que levaram a essa situação de divergência do desempenho em saúde e da eficiência técnica, analisamos os comportamentos das médias dos indicadores de estrutura e de resultado, ao longo desses anos. Verificamos, de maneira geral, que os indicadores de resultado (taxas de mortalidade) tiveram trajetória crescente ao longo dos anos pesquisados, o que não ocorreu com os indicadores de estrutura (capacidade instalada), especialmente com o número de unidades ambulatoriais e os leitos por mil habitantes, que registraram piora nos quatro anos considerados. Isto pode ser um indício de que o crescimento da população desses municípios, durante os quatro anos, não foi acompanhado pelo aumento do investimento em capacidade instalada nas redes básica e hospitalar. Outro indicador de estrutura que confirmou

essa tendência foi o comportamento do número de unidades hospitalares por mil habitantes, que permaneceu estável.

Vimos, porém, mais do que isso. Observamos que, nos três primeiros anos da gestão semiplena (1995-1997), a capacidade instalada dos municípios ainda não apresentava sinais de esgotamento, o que se modificou nos subperíodos seguintes, isto é, entre 1997 e 1999 e entre 1999 e 2001. Percebemos a ocorrência de um claro processo paulatino de degradação da estrutura dos serviços de saúde, com quedas do número de unidades ambulatoriais e de leitos por mil habitantes e da estabilidade do número das unidades hospitalares por mil habitantes.

Particularmente no tocante aos indicadores de resultado, detectamos melhor desempenho entre 1997 e 1999, justamente nos anos da gestão plena do sistema municipal. Atribuímos a esse desempenho satisfatório o esforço das ações programáticas em saúde, iniciadas nos dois primeiros anos de existência da gestão semiplena nos municípios selecionados. No entanto, entre 1999 e 2001, dois dos indicadores associados a resultado registraram piora, sendo a taxa de mortalidade infantil, com aumento de 1,26%, e a taxa de mortalidade pós-neonatal, com 8,9%.

Vimos que, entre 1995 e 2001, mesmo com um comportamento diferente dos indicadores de estrutura e resultado nos subperíodos, ocorreu uma tendência de maior dispersão no desempenho dos 11 municípios selecionados, ou seja, de menor convergência de seus indicadores. Para que pudéssemos aprofundar a análise sobre o movimento de divergência do desempenho em saúde e do grau de eficiência técnica entre os municípios elaboramos um Índice de Eficiência Técnica em Saúde (IETS), com o intuito de ampliarmos nossa capacidade de explicação. Vale dizer que nossa preocupação foi procurar entender qual das duas dimensões da eficiência técnica — indicadores de estrutura e de resultados — colaborou para o resultado obtido em cada um dos municípios. A pergunta central era: em que medida pode-se dizer que os indicadores de estrutura ou os de resultado foram os mais responsáveis para tal comportamento de divergência no desempenho em saúde e na eficiência técnica?

A evolução do IETS, na média dos 11 municípios selecionados, ao longo de 1995, 1997, 1999 e 2001, foi decrescente, passando de 0,546 para 0,469, isto é, de média eficiência técnica para baixa — conforme categorias de resultados do Índice de Desenvolvimento Humano

(IDH)²³⁴. Essa queda foi decorrente das retrações dos seus dois componentes, o Índice de Estrutura e o Índice de Resultado. O primeiro sofreu uma queda maior, passando de 0,453, em 1995, para 0,349, em 2001 enquanto o segundo índice, de 0,638 para 0,590. No entanto, entre 1999 e 2001, o Índice de Resultado registrou aumento, passando de 0,560 para 0,590. O aprofundamento das ações e dos programas preventivos realizados pela média dos municípios contribuiu para que o componente do Resultado, na média dos municípios, fosse superior ao da Estrutura, no decorrer de todos os anos, e que apresentasse um desempenho positivo entre 1999 e 2001. Conforme as informações obtidas, ao longo de todos os anos, apenas Santos registrou um comportamento distinto dos demais municípios, em que o Índice de Estrutura foi sempre superior ao de Resultado. Não se pode esquecer que, dentre os 11 municípios, Santos dispõe da maior rede pública em saúde.

A análise empreendida pelo cálculo do IETS demonstrou diferenças entre os 11 municípios em relação a seus resultados. Como em certa medida a metodologia de elaboração do IETS acompanha a fórmula de cálculo do IDH, evidenciamos duas categorias de resultados, verificados entre 1995 e 2001. Isso porque nenhum município alcançou o patamar considerado com *alta eficiência técnica*, isto é, com IETS > 0,800. Ressaltamos em ordem decrescente do IETS médio:

- **Média eficiência técnica:** Assis (0,640); Votorantim (0,639); São José dos Campos (0,574); Itu (0,542); Sertãozinho (0,525); Santos (0,510); e Jundiaí (0,500). Mesmo dentre esses municípios, os melhores resultados registrados por Assis e Votorantim ficaram bem inferiores ao limite máximo da categoria considerada para a média eficiência técnica, isto é, até 0,800. As razões principais que explicam o comportamento do IETS médio desses municípios, na categoria média, devem ser atribuídas ao Índice de Resultado, que superam, de forma ampla, os dados observados para o Índice de Estrutura. A exceção foi verificada para Santos, em que esse último índice registrou valor superior ao de Resultado.
- **Baixa eficiência técnica:** Diadema (0,489); São Caetano do Sul (0,479); Mauá (0,431); e São Vicente (0,247). Esses IETS se deveram aos baixos Índices de

²³⁴ Os resultados do IDH são divididos em três categorias: 1) alto desenvolvimento humano, com IDH > 0,800; 2) médio desenvolvimento humano, com IDH entre 0,500 e 0,800; e 3) baixo desenvolvimento humano, com IDH < 0,500.

Resultado e de Estrutura desses municípios. São Vicente registrou o pior IETS. Chama, sim, a atenção que esse município, em termos de eficiência técnica, difere radicalmente de todos os demais. Os seus dois componentes do IETS — estrutura e resultado — ficaram registrados na categoria de baixa eficiência técnica.

Reunindo-se todos esses resultados, é possível traçar algumas considerações sobre esses municípios selecionados. A primeira delas é que a ausência de investimento em capacidades instaladas na área da saúde, num quadro de ampliação do contingente populacional, criou constrangimentos para o Índice de Estrutura médio dos municípios, possibilitando sua queda ao longo do período analisado. Em termos do melhor desempenho do Índice de Resultado médio, o que permitiu que o IETS registrasse, em sete municípios, uma média eficiência técnica, pode ser atribuído ao desenvolvimento de ações e programas preventivos em saúde realizados pelos municípios, com base nas diretrizes do modelo de atenção à saúde do SUS.

Para além do IETS médio observado dos 11 municípios, merece menção o esforço desenvolvido por alguns municípios para a melhora do seu sistema de saúde local ao longo de cada ano pesquisado. Notamos que São Caetano do Sul, Votorantim e Santos ganharam posições no *ranking* do IETS no período. O crescimento do IETS de Votorantim e Santos já acontece entre 1995 e 1997, quando passam, respectivamente, da 4ª para a 2ª e da 9ª para a 5ª posições no *ranking* dos municípios. Nos demais subperíodos, esses municípios não deixaram de melhorar suas posições, passando, respectivamente, para a 1ª e 5ª posições. A melhoria de São Caetano do Sul no *ranking* do IETS foi observada entre 1997 e 1999, quando passa da 10ª posição para a 4ª, e a mantém até 2001.

Por fim, espera-se que esses resultados obtidos no IETS desses municípios selecionados possam servir de subsídios para os gestores do SUS, das três esferas de governo, refletirem sobre a necessidade de adotarem mecanismos que busquem alterar o padrão de eficiência técnica desses sistemas locais de saúde, promovendo um apoio para que possam lograr a categoria da alta eficiência técnica.

Por outro lado, procuramos demonstrar que há outros aspectos da eficiência que merecem ser considerados, particularmente os relativos à sua dimensão social. Nossa indagação era sobre

em que medida a gestão mais descentralizada e qualificada do SUS —semiplena/plena do sistema — contribuiu para a melhoria da eficiência social dos sistemas municipais de saúde.

Colocado o problema nos termos da dimensão social, a nossa investigação dirigiu-se para o controle público, por meio da contribuição da Conferência Municipal de Saúde e da ação do Conselho Municipal de Saúde sobre a gestão dos serviços e ações de saúde dos municípios selecionados. Optamos por medir esses mecanismos de ampliação da participação da sociedade civil baseando-nos no Índice de Eficiência Social (IES), criado especialmente para avaliar esse enfoque. De um lado, o IES contemplou a realização de Conferências Municipais de Saúde como fórum privilegiado para a definição dos rumos da política de saúde local, e, de outro, abrangeu a garantia e ampliação do segmento dos usuários dos serviços de saúde e seus representantes no Conselho de Saúde. Os anos cobertos pelo IES foram 1995, 1997 e 1999. Não foi considerado nesse Índice o ano de 2001, pois a Pesquisa Municipal Unificada da Fundação Seade, de onde os dados foram extraídos, não disponibilizou informações para esse ano. O sentido da análise do IES disse respeito à evolução dos mecanismos de ampliação da participação da sociedade civil na saúde, ao longo dos três anos pesquisados. Dessa forma, avaliamos o IES agregado, de cada município selecionado, para o período dos três anos.

Conforme as informações obtidas, no período de 1995, 1997 e 1999, o IES médio do total dos 11 municípios foi 0,591, categorizado como *média eficiência social*, de acordo com os critérios de classificação do IDH. Os municípios que seguiram esse resultado na categoria média foram, em ordem decrescente: São José dos Campos (0,750); São Vicente (0,717); Assis, Jundiaí e São Caetano do Sul (todos com 0,600); e Votorantim (0,533). Na análise dessa categoria, foi possível detectar que o comportamento da eficiência social teve pouca correlação com os resultados verificados para o Índice de Eficiência Técnica em Saúde (IETS). Isso fica mais perceptível no caso dos municípios de Assis, Votorantim e São Vicente. Os dois primeiros registraram os melhores IETS médios no período, por um lado, e, por outro, indicaram os IES mais próximos à categoria de baixa eficiência social (0,600 e 0,533, respectivamente). Já São Vicente apresentou o pior resultado do IETS entre os municípios selecionados e, de forma distinta, registrou IES de 0,717, sendo a 4ª posição no *ranking* dos 11 municípios. Nesta perspectiva, constatamos que houve baixa correlação entre a organização política do SUS local — observada pela ampliação da participação da sociedade civil na gestão da saúde (eficiência

social) — e o investimento em estrutura de serviços e em programas e ações de saúde para o alcance de resultados (eficiência técnica).

Apenas Santos e Itu registraram *alta eficiência social*, com 0,900 e 0,850, respectivamente. Ambos municípios fortaleceram, de forma significativa, a participação da comunidade nos rumos da gestão semiplena/plena do sistema municipal, ampliando o número de representantes de usuários eleitos por organizações populares no Conselho Municipal de Saúde, particularmente com a participação de associações de moradores, de movimentos comunitários, de sindicatos e de organizações religiosas. Por seu turno, entre os municípios analisados, houve também indicação de *baixa eficiência social*. Mauá, Sertãozinho e Diadema tiveram IES menores que 0,400. Dois aspectos foram os motivos do baixo índice verificado. Em primeiro lugar, ressaltamos o desrespeito à regra da paridade do segmento dos usuários no Conselho Municipal de Saúde em Sertãozinho e Diadema. Em segundo lugar, observamos a não existência de representantes de usuários eleitos por associações de moradores (Mauá) e por movimentos comunitários no Conselho (Sertãozinho e Diadema).

Em síntese, verificamos que a eficiência social — analisada sob a dimensão dos mecanismos de ampliação da participação da sociedade civil na gestão dos serviços de saúde — é, de forma geral, notória na maior parte dos municípios selecionados em gestão semiplena/plena do sistema, ao longo de 1995 a 1999. Apenas três deles registraram baixa eficiência social. Por sua vez, a grande maioria dos municípios empreendeu esforços para cumprir e ampliar os espaços e canais de participação social, exigidos legalmente na implementação do SUS. Contudo, essa situação positiva na eficiência social (IES) não apresentou correlação com a eficiência técnica mensurada pelo IETS.

Uma questão nova desafia o gestores do SUS e todos aqueles interessados no acompanhamento desse sistema nos municípios. A avaliação da participação social nos rumos do sistema de saúde dependerá da criação de indicadores mais consistentes aos utilizados para a análise do IES. Sem dúvida, será necessário que os bancos de dados oficiais se empenhem em criar indicadores que possam medir a relação mais direta entre a ampliação da participação da comunidade na gestão da saúde local, por meio da atuação do Conselho Municipal da Saúde e da realização das Conferências Municipais de Saúde, e a formulação, definição e avaliação da política de saúde.

Como é sabido, mais decisivamente que em outras áreas da política social nos municípios, a saúde efetivamente definiu instrumentos legais, no período pós-Constituição, e vem implementando esses novos espaços e instrumentos de participação social e de usuários nas ações e nos serviços desse setor. Espera-se que essas definições possam ser ainda mais bem exploradas.

A nossa terceira hipótese foi de que ainda eram limitados os instrumentos e mecanismos inovadores de gestão dos recursos, principalmente no tocante à integração das funções da gestão, o que constrangia a eficiência e a eficácia da política de saúde. Como já comentado no início de nossas considerações finais, entendíamos que a eficiência e eficácia deveriam ser analisadas no contexto complexo do processo de gestão da política de saúde, valorizada pelos seus fins pretendidos — elaborados no planejamento local e assegurados durante o processo orçamentário, a prestação de contas, o controle, a fiscalização e avaliação. Neste caso, passemos às constatações do estudo realizado, em 2002, no Município de Assis.

De maneira geral, a experiência do Município de Assis diante da gestão orçamentário-financeira da saúde demonstrou que muito se tem por fazer em relação à integração de suas funções — planejamento, orçamento, execução orçamentária, prestação de contas e avaliação. Em relação ao planejamento, podemos perceber que, embora a maior parte dos dados e informações inserida nos instrumentos de planejamento tenha sido coletada com base em problemas/potencialidades, elaborados pelos próprios técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, verificamos falta de compatibilidade entre planejamento e processo orçamentário, seja em sua elaboração como em sua execução e avaliação.

Depreendemos, do estudo realizado, que os instrumentos do processo orçamentário não foram elaborados de forma a permitir a compatibilidade entre as ações relacionadas no Plano Municipal de Saúde e as indicadas na estrutura do orçamento. Conforme demonstrado nessa estrutura, os principais ações e programas de saúde foram centralizados em apenas uma rubrica/ítem — o Departamento de Saúde. Dessa forma, é importante reconhecer que o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação das ações e dos serviços de saúde foram totalmente prejudicados.

Quando analisamos a execução orçamentário-financeira, verificamos que o acompanhamento do fluxo é extremamente contábil, impedindo que haja uma relação entre execução e planejamento. Para a Secretaria Municipal de Saúde esse problema deve ser atribuído

à insuficiência de recursos humanos qualificados, principalmente no tocante ao entendimento de que essas funções devem estar sempre integradas para facilitar o processo de acompanhamento e avaliação.

Outra dimensão analisada referente à eficiência e eficácia do gasto em saúde, no âmbito da gestão orçamentário-financeira, foi a forma de operacionalização da função de avaliação, controle e auditoria na gestão. Em que pese a Secretaria Municipal de Saúde dispor de uma coordenadoria para exercer esse papel, foram mencionados sérios problemas. Dentre eles, destacamos: inexistência de controle na ponta dos serviços; insuficiente qualificação/treinamento dos auditores existentes; e o fato de as auditorias focalizarem a avaliação somente no laudo médico (AIH) e não na relação entre gasto efetivo e ação realizada. No aspecto da avaliação, salientamos, ainda, a preocupação da Secretaria Municipal de Saúde com a gestão dos contratos dos prestadores de serviços, sejam eles filantrópicos ou privados lucrativos. Foi apontado que o gerenciamento dos contratos considera apenas as metas quantitativas, isto, sem dúvida, revela a dificuldade de o gestor de saúde se comprometer com a eficiência e a eficácia do gasto.

No tocante à gestão de pessoal, algumas questões devem ser ressaltadas. De um lado, foram identificados problemas da ordem de absenteísmo, da baixa qualificação e da ausência de mecanismo de remanejamento dos funcionários — caso a secretaria necessite. Por outro lado, chamou-nos a atenção de que a contratação dos funcionários é baseada somente em concurso público, dispensando totalmente o mecanismo de terceirização de mão-de-obra. Dessa forma, entendemos haver duas vantagens para o adensamento do sistema municipal de saúde. A primeira refere-se à possibilidade de o município efetivar uma política de pessoal homogênea, assegurando um atendimento padronizado das ações e dos serviços de saúde. A segunda diz respeito à possibilidade de o município adotar um processo de treinamento e formação de recursos humanos de forma continuada, vinculando o conhecimento apreendido à gestão dos serviços.

Em relação à nossa quarta hipótese, merece ser relatado que o estudo de Assis pode contribuir para a discussão sobre a indução dos repasses federais vinculados a programas de saúde. Isto porque sustentávamos como premissa que as modificações nas sistemáticas de financiamento, induzidas pelo governo federal, após a NOB 96 (1998), constrangiam o exercício da autonomia do município na alocação de recursos e na implementação de uma política de saúde definida localmente, prejudicando uma administração com eficiência e eficácia dos seus recursos.

Tal premissa foi comprovada no caso do Município de Assis, tanto pela secretária municipal como pelo gestor do Fundo Municipal de Saúde.

A afirmação da secretária foi contundente: os incentivos deveriam compor o PAB em seu montante global e ser definidos com base nas necessidades e no planejamento locais. Ainda, completou afirmando que os recursos repassados pelo Ministério da Saúde poderiam ser mais bem aproveitados e possibilitariam o cumprimento, pelo município, do Pacto de Atenção Básica. Por outro lado, chamou-nos a atenção o destaque da secretária de saúde em relação às campanhas do Ministério da Saúde. Para ela, as campanhas têm um aspecto positivo de auxiliar no âmbito epidemiológico.

Nesse debate, destacamos as sugestões da secretária em relação aos novos critérios para a definição dos repasses do governo federal. São eles: a realização de fóruns de discussão entre as esferas de governo, a fim de decidirem as metas e os resultados nas ações e nos serviços de saúde; aspectos específicos relacionados ao atendimento das necessidades locais, contemplando indicadores socioeconômicos e de capacidade instalada, dentre outros; adoção de repasse global para a atenção à saúde geral da população.

Ainda que possa haver polêmica sobre os mecanismos de transferências de recursos e também muita discussão a ser realizada sobre esse tema, consideramos importantes os aspectos lembrados pela secretária de saúde de Assis. Não se deve esquecer que o gestor municipal se depara diretamente com os problemas de execução das ações e dos serviços de saúde, o que faz de sua experiência uma valiosa informação para os formuladores das sistemáticas de transferências do Ministério da Saúde.

Sobre as sugestões do gestor do Fundo Municipal de Saúde, salientamos: a execução financeira dos recursos da atenção básica e da média complexidade é prejudicada, uma vez que os recursos estão vinculados a programas e ações, não podendo ser remanejados conforme as necessidades em saúde; a proliferação de contas bancárias individuais vinculadas a cada forma de incentivo aumenta o volume do trabalho contábil, incompatível com o número disponível de técnicos na área financeira, bem como com o conhecimento técnico específico, necessário à gestão eficiente e eficaz dos recursos.

Por fim, a quinta hipótese averiguada no estudo de Assis é que as indefinições legais no esquema de financiamento geral do SUS — tais como o que deve ser considerado como conceito

de gasto em saúde para efeito de aplicação dos recursos e a ausência de padronização dos instrumentos de controle e fiscalização dos recursos — facilitaram a alocação dos recursos em ações e serviços que não correspondem à área da saúde e que não se encontravam relacionadas no Plano Municipal de Saúde. Conforme informações obtidas, em entrevista realizada com a secretária municipal de Saúde, essa situação foi detectada no Município de Assis. No início da gestão, a área financeira remanejou recursos do Fundo Municipal de Saúde para a realização de uma Feira de Agricultura. Após a investida contrária do Conselho Municipal de Saúde e do parecer do promotor público local para que os recursos voltassem a sua origem, a Secretaria de Finanças e o prefeito devolveram os recursos ao Fundo. Cabe destacar que a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 deve impedir que esses procedimentos ocorram. Como vimos anteriormente, esses desvios de finalidade dos recursos da Saúde não são prerrogativas apenas da União e dos estados. O Município de Assis confirmou essa atitude.

Reunindo-se todas essas considerações, chega-se à conclusão de que, se, por um lado, o Município de Assis avançou na construção de novos instrumentos na gestão da política de saúde, por outro lado, parece que muito resta a realizar em relação à integração entre as funções de planejamento, orçamento, execução, controle e avaliação. Reconhecemos, ainda, que esses instrumentos são limitados em termos de eficiência e eficácia. Um aspecto importante destacado é que a eficiência e eficácia desses instrumentos são prejudicadas pelo grande volume de incentivos federais específicos, aumentando o trabalho contábil em detrimento da alocação de recursos definida pelo planejamento local.

Com isso, destacamos a importância do Município de Assis em construir e até redesenhar novos instrumentos e mecanismos que permitam a integração das diversas funções da gestão orçamentário-financeira. Diante da precariedade dos instrumentos existentes, não se trata de aprimorá-los, mas sim de serem criados novos sistemas de acompanhamento e controle dos recursos utilizados, por exemplo.

De acordo com o estudo realizado em Assis, tudo indica que o SUS local, no âmbito da gestão orçamentário-financeira, precisa de mudanças mais profundas, de correção de rumo dos instrumentos para que não se tornem meramente formais. Vale dizer que isso só será possível se a discussão de Assis não for feita de forma isolada. É certo que se esse município deve repensar a gestão do sistema de saúde, mas deveria fazê-lo no conjunto da reforma da gestão do SUS, ou

seja, no âmbito do Pacto de Gestão, anunciado pelo Ministério de Saúde em 2004. Intuímos que os problemas de Assis não são exclusivos de sua localidade.

Certamente, todos os interessados na contínua implementação do SUS deveriam contribuir para avançar na reforma da gestão do sistema. A rigor, deveríamos pensar sobre os instrumentos que se quer e quais os mecanismos a serem privilegiados no desenvolvimento do SUS. Se se deseja um sistema público para todos, não se trata de somente aperfeiçoar mecanismos. A adoção desse caminho exige alterações fundamentais no âmbito da gestão local e na sistemática de transferências de recursos do governo federal para contribuir para a eficiência e eficácia da gestão da política de saúde do SUS.

As considerações do estudo de Assis mostraram-nos as dificuldades e os avanços na gestão da política de saúde de um município em gestão semiplena/plena do sistema, nesses últimos anos. E nos levaram a reflexões que podem contribuir para o desenvolvimento de uma agenda futura na reforma da gestão da saúde local que considere a eficiência e a eficácia. São elas:

- A criação de sistemas de capacitação dos gestores municipais para o exercício da gestão orçamentário-financeira integrada e dos recursos materiais e humanos do SUS. Essa medida poderia ser direcionada para as funções típicas federais e estaduais.
- A necessidade de um suporte técnico aos gestores locais no que se refere à montagem de um sistema de informação e produção de indicadores de eficiência técnica e social.
- O resgate do sistema de transferência de recursos de forma global — fundo a fundo — com o objetivo de fortalecer a gestão, sem vinculá-los ao desenvolvimento de determinados programas. Nessa perspectiva, tanto o Ministério da Saúde como a Secretaria de Estado da Saúde deveriam optar por estudar formas que vinculassem o repasse a: i) fortalecimento na criação e integração dos diversos mecanismos da gestão orçamentário-financeira do sistema de saúde — incentivos voltados para assegurar a integração das funções de planejamento, processo orçamentário (elaboração e execução), controle e avaliação; ii) metas pactuadas no modelo de atenção à saúde; iii)

funcionamento de sistema de informações e produção de indicadores de estrutura e de resultado da gestão, dentre outras.

- A implantação de sistemas de acompanhamento, controle e avaliação da qualidade das ações e dos serviços de saúde.

Se tivéssemos que expressar, de forma extremamente sintética, nossas reflexões sobre a experiência da gestão *semiplena e plena do sistema*, diríamos que ela se traduz no laboratório mais exitoso para avançar na reforma de gestão local do SUS. A continuidade da institucionalização do SUS universal exige a redefinição de instrumentos e mecanismos que vêm sendo utilizados no processo de gestão nos municípios mais descentralizados e qualificados do sistema.

Não encarar essa questão implicaria uma atitude imprudente — diríamos, até mesmo perigosa — de se desviar dos rumos de consolidação do SUS, especialmente no município. Como assegurar uma postura lúcida e firme perante o problema? Só há uma garantia: manter a discussão da reforma da gestão por meio de um firme processo de pactuação de responsabilidades entre os três gestores do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFFONSO, Rui B. A. Descentralização e reforma do estado: a federação brasileira na encruzilhada. **Economia e Sociedade**, Campinas (14): 127-152, jun. 2000.

_____. **O federalismo e as teorias hegemônicas da economia do setor público na segunda metade do século XX**: um balanço crítico. Tese (Doutorado)– Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, 2003.

AFONSO, José R. **Descentralização**: um estudo de caso sobre o Brasil. Rio de Janeiro: Cepp, jan. 1994. Mimeografado. (Texto para discussão n. 20).

AFONSO, José R. et al. Arrecadação e administração tributária: quebrando tabus. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro: BNDES, n. 10, dez.1998b.

_____. **Breves notas sobre o federalismo fiscal no Brasil**. 1998a. Mimeografado.

AFONSO, José R.; ARAÚJO, Erika. A. **A capacidade de gastos dos municípios brasileiros**: arrecadação própria e receita disponível. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, p. 35-54, jun. 2000. (Cadernos Adenauer 4: os municípios e as eleições de 2000).

ALMEIDA, Célia. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Abrasco, v. 4, n. 2, 1999.

_____. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília, DF: IPEA, 1998. (Texto para discussão, n. 599).

_____. As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 207-220, set./dez. 2003.

ALMEIDA, Eurivaldo. S. **Contribuição à implantação do SUS**: estudo do processo com a estratégia, Norma Operacional Básica 01/93. 1995. Tese (Livre-Docência)– Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo,1995.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. **Federalismo e políticas sociais**. Redefinição de competências entre esferas de governo na prestação de serviços públicos na área social. Relatório final do subprojeto integrante da pesquisa Balanço e perspectivas do federalismo fiscal no Brasil. São Paulo: Fundap/IESP, 1994. Mimeografado.

ARAÚJO, Erika; FERREIRA, Sergio G. Municípios: os bons resultados orçamentários de 2000. **Informe-se**, Rio de Janeiro: BNDES: Secretaria para Assuntos Fiscais, n. 33, dez. 2001.

ARRETCHE, Marta T. S. **O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes**. Tese (Doutorado)– Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 1998.

_____. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M (Org.). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, Instituto de Estudos Especiais, 1998a.

_____. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8 (2): 331-345, 2003.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – ANFIP. **Análise da seguridade social em 2000**. Brasília, DF: Assessoria Econômica, 2001. Mimeografado.

BANCO MUNDIAL. **Envejecimiento sin crisis**: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento. Washington: Banco Mundial, 1994.

_____. **Informe sobre el desarrollo mundial 1993**: invertir en salud. Washington: Banco Mundial, 1993.

_____. **Inequality in Latin America & the Caribbean**: breaking with history?. Washington: Banco Mundial, 2003.

BARROS, Maria Elizabeth. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Abrasco, 1 (1): 5-18, 1996.

_____. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? **Ciência e Saúde Coletiva**, 6 (2): 307-310, 2001.

BARROS, Maria Elizabeth; PIOLA, Sergio. F.; VIANNA, Solón. M. **Política de saúde no Brasil**: diagnóstico e perspectivas. Brasília, DF: IPEA, 1996. (Texto para discussão, n. 401).

BATISTA JR., Paulo N. **Mitos da “globalização”**, São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da USP, 1997. (Coleção Documentos).

BIASOTO JR., Geraldo. **Setor saúde**: constituição do SUS, financiamento federal, transferências e questões federativas. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 2003. Mimeografado.

BRANDT DE CARVALHO, Maria do Carmo. Avaliação participativa: uma escolha metodológica. In: RICO, Elizabeth M. (Org.). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 1998.

BUENO, Wanderley S.; MERHY, Emerson E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro: Abrasco, n. 54, 1997.

CABANAS, Shirley. **Os dilemas das liminares na saúde pública do Estado de São Paulo**. Monografia (Conclusão de Curso)– Faculdade de Direito da Fundação Armando Alvares Penteado – FAAP. São Paulo, 2004.

CAMPOS, Angela M.S. P. **O município como agente das políticas públicas**: a perspectiva das cidades médias. In: IX ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA. Universidade Federal de Uberlândia, junho de 2004. Disponível em: <www.sep.org.br>. Acesso em: 12.12.2004.

CAMPOS, Antonio C. Normativismo e incentivos: contributo da economia para a administração em saúde. In: PIOLA, S.; VIANNA, S. M. **Economia da saúde**: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, DF: IPEA, 1995.

CAMPOS, Florianita C. B.; HENRIQUES, Claudio M. P. **Contra a maré à beira-mar**: a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Scritta, 1996.

CAMPOS, Gastão W. S. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. Ciência e políticas públicas em saúde: relações perigosas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 82-91, maio/ago. 2000.

_____. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____. **Reforma da reforma, repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CARVALHO, Gilson. O caos no financiamento da saúde... no fundo do poço. **Saúde em Debate**, n. 33, p. 8-22, 1991.

_____. **A crise da saúde em 1993**: previdência subtrai recursos da saúde. Pronunciamento na Comissão do Congresso Nacional em 22 de junho, 1993. Disponível em: <www.idisa.org.br>. Acesso em: 18/5/2003.

_____. Saúde: avanços e entraves ao processo de descentralização. In: FUNDAÇÃO PREFEITO FARIA LIMA - CEPAM. **O município no século XXI**: cenários e perspectivas. São Paulo, 1999.

_____. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Abrasco, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

_____. **Financiamento público federal do Sistema Único de Saúde – 1988-2001**. Tese (Doutorado)– Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo: Papercom, 2002. 311p.

CEBES; ABRASCO; REDE UNIDA; ABRES. **Reflexões atualizadas sobre a urgência da tramitação do projeto de lei complementar da EC 29**. Brasília, DF, ago. 2004.

CEPAL. **Equidad, desarrollo y ciudadanía** (LC/G. 2071/Ver. 1-P), Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas, ago. 2000.

_____. **Panorama social da América Latina 1999-2000**. Santiago, 2000a.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

_____. (Coord.). **A mundialização financeira**: gênese, custos e riscos. São Paulo: Xamã. 1998.

_____. A teoria do regime de acumulação financeirizado: conteúdo, alcance e interrogações. **Economia e Sociedade**, Campinas, Unicamp. Instituto de Economia da Unicamp, v. 11, n. 1 (18), p. 1-44, jan./jun. 2002.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

COHN, Amélia. Saúde para todos. In: RATTNER, Henrique (Org.). **Brasil no limiar do século XXI**: alternativas para a construção de uma sociedade sustentável. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000.

COMINETTI, Rossella. **Descentralización de la atención de la salud en América Latina**: un análisis comparativo. Santiago de Chile: Cepal, set. 1997.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) E ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Salud, equidad y**

transformación productiva en América Latina y el Caribe. Washington: OPS, n. 41, mar. 1994. (Serie Documentos Reproducibles).

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Algumas questões na implementação do novo modelo gerencial para o SUS.** Brasília, DF: CNS, 1997. Mimeografado.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. (Org). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

COSTA, Nilson; RIBEIRO, José M. **Consórcios municipais no SUS.** Brasília, DF: IPEA, 1999. (Texto para discussão).

CRUZ, Maria do Carmo M.; JUNQUEIRA, Ana; MENDES, Áquilas. Consórcios intermunicipais de saúde no Estado de São Paulo: situação atual. **Revista de Administração de Empresas**, v. 39, n. 4, out./dez. 1999.

CUNHA, Fátima T. S. **Relações entre o governo federal e o governo do Rio Grande do Sul:** federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde (1999-2001). Tese (Doutorado)– Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002. 255 p.

DAIN, Sulamis. **Do direito social à mercadoria.** Tese (Concurso para Professor Titular)– Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ. Rio de Janeiro, 2000. 190 p.

_____. O financiamento público na perspectiva da política social. **Economia e Sociedade.** Campinas, Unicamp. Instituto de Economia da Unicamp, (17), p.113-140, dez. 2001.

DORNELLES DE CASTRO, Janice. **A utilização do sistema de custeio por absorção para avaliar custos da atenção básica de saúde:** reformulações e aprimoramentos metodológicos. Tese (Doutorado)– Curso de Pós-Graduação, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2000. 167 p.

DRAIBE, Sônia Miriam. As políticas sociais nos anos 90. In: BAUMANN, R. (Org.). **Brasil:** uma década em transição. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

_____. **Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil:** saúde e educação fundamental. Informe Final do Projeto Estudios de Descentralización de Servicios Sociales, División de Desarrollo Económico, Cepal, 1997. Mimeografado.

_____. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Social,** Revista de Sociologia da USP. Departamento de Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. v. 15, n. 2, p. 63-101, nov., 2003.

ELIAS, Jorge; BENEVIDES, Rodrigo P.; ABREU, Ricardo V. **Análise do financiamento do SUS.** Relatório sobre o financiamento da saúde no Brasil: assegurando a estabilidade do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. Mimeografado.

ELIAS, Paulo. Relações de responsabilidade entre os gestores do SUS: perspectivas para a garantia do acesso, qualidade e humanização. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde,** Brasília, DF Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Das propostas de descentralização da saúde ao SUS:** as dimensões técnica e político-institucional. Tese (Doutorado)– Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo - USP. São Paulo, 1996.

ELIAS, Paulo; MARQUES, Rosa M.; MENDES, Áquilas. O financiamento e a política de saúde. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 16-27, set./nov. 2001.

FAGNANI, Eduardo. Avaliação do ponto de vista do gasto e financiamento das políticas públicas. In: RICO, Elizabeth M. (Org.). **Avaliação de políticas sociais:** uma questão em debate. São Paulo: Cortez, Instituto de Estudos Especiais, 1998.

FARIA, Regina. Avaliação de programas sociais. In: RICO, Elizabeth M. (Org.). **Avaliação de políticas sociais:** uma questão em debate. São Paulo: Cortez. Instituto de Estudos Especiais, 1998.

FERLA, Alcindo. **Notas sobre o financiamento da atenção básica.** [S.l.]: 2001. Mimeografado.

FERREIRA, Sergio G. Municípios: despesa com saúde e transferências federais. **Informe-se**, Rio de Janeiro: BNDES, Secretaria para Assuntos Fiscais, n. 38, fev. 2002.

FERRERA, Maurizio; RHODES, Martin (Ed.). Building a sustainable welfare state. **Recasting European Welfare States.** London: Frank Cass, 2000.

FIGUEIREDO, Marcos Faria; FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. **Análise e Conjuntura**, Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1(3): 107-127, set./dez. 1986.

FIORI, José Luís. Estados, moedas e desenvolvimento. In: FIORI, J. L. (Org.). **Estados e moedas e desenvolvimento das nações.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

FLEURY, Sonia; MENDES; Áquilas; LOBATO, Lenaura; MARQUES, Rosa M. **Contexto político e econômico.** Relatório sobre o financiamento da saúde no Brasil: assegurando a estabilidade do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. Mimeografado.

FUNDAÇÃO PREFEITO FARIA LIMA – CEPAM. **Financiamento e gasto da saúde nos municípios paulistas.** Relatório final. São Paulo: Ministério da Saúde: FPFL-Cepam, 2000. Mimeografado.

_____. **Dados de saúde do Estado de São Paulo.** Secretaria de Economia e Planejamento do Governo do Estado de São Paulo, 2000. 1 CD-ROM.

GERSCHMAN, Silvia. Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de 1990. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6(2): 417-434, 2001.

GIRALDES, Maria do Rosário. Distribuição de recursos num sistema público de saúde. In: PIOLA, S.; VIANNA, S. M. **Economia da saúde:** conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, DF: IPEA, 1995.

GROPELLO, Emanuela; COMINETTI, Rossella. **La descentralización de la educación e la salud:** un analisis de la experiencia latinoamericana. Santiago del Chile: Cepal, 1998. Disponível em: <www.eclac.cl>. Acesso em: jan. 2005.

GUIMARÃES, Luísa; GOMES, M. A.; GUERRERO, E. **Quatro modalidades de consórcios intermunicipais de saúde:** a realização de experiências microrregionais. Trabalho apresentado ao 2º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, 1999. Mimeografado.

GUIMARÃES, Sergio et al. Municípios: os bons resultados orçamentários se repetem em 2001. **Informe-se**, Rio de Janeiro: BNDES, Secretaria para Assuntos Fiscais, n. 49, dez. 2002.

HARTZ, M. A.; POUVOUVILLE, G. Avaliações dos programas de saúde: a eficiência em questão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 68-82, 1998.

HEIMANN, Luíza S. et al. **Descentralização do sistema único de saúde**: trilhando a autonomia municipal. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos: Hucitec, 2000.

JANNUZZI, Paulo M. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro 36 (1): 51-72, jan./fev. 2002.

JUNQUEIRA, Luciano A. P.; INOJOSA, Rose M. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo: situação e mudança. Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde em São Paulo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 4, v. 24, ago./out. 1990.

KULGEMAS, Eduardo; SOLA, Lourdes. Recentralização/Descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. **Tempo Social**, Revista Sociologia, Universidade de São Paulo - USP, v. 11, n. 2, out. 1999.

LEVCOVITZ, Eduardo. **Transição x consolidação**: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde – 1974/1996. Tese (Doutorado)– Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana D.; MACHADO, Cristiani V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2): 269-291, 2001.

LOBO, Thereza. Avaliação de processos e impactos em programas sociais: algumas questões para reflexão. In: RICO, Elizabeth M. (Org.). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, Instituto de Estudos Especiais, 1998.

MARQUES, Rosa M. Descentralização da política de saúde. In: ARRETCHE, M.; RODRIGUES, V. (Org.). **Descentralização das políticas sociais no Estado de São Paulo**. São Paulo: Fundap: IPEA, 1998.

_____. **O financiamento do sistema público de saúde brasileiro**. Santiago: Cepal, 82, 1999. (Série Financiamiento del Desarrollo).

MARQUES, Rosa M.; MENDES, Áquilas. Financiamento da seguridade social brasileira: uma história de conflitos. **Augusto Guzzo Revista Acadêmica**, São Paulo: Faculdades Integradas Campos Salles, São Paulo, p. 53-61, 2001.

_____. **Notas técnicas para operacionalização da Emenda Constitucional nº 29**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <www.idisa.org.br>. Acesso em: jan. 2002.

_____. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. XI Conferência Nacional de Saúde, **Cadernos**, p. 118-138, Brasília, DF: MS, 2000.

_____. Novas incertezas sobre o financiamento da saúde. **Gazeta Mercantil**, São Paulo, p. 4, 13 set. 2000a.

_____. **Financiamento:** a doença crônica da saúde pública brasileira. Trabalho apresentado ao V Encontro de Economia da Saúde. Associação Brasileira de Economia da Saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, 1999.

_____. Estado e saúde: a posição das agências internacionais e a experiência brasileira recente. **Indicadores Econômicos FEE/Fundação de Economia e Estatística Siegfried Eanuel Heuser.** Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 272-289, fev. 2002.

_____. Atenção básica e programa de saúde da família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Abrasco, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

_____. Saúde e reforma tributária: reflexões sobre as propostas de FHC e Lula. **Revista de Economia & Relações Internacionais**, São Paulo: Faculdade de Economia da Fundação Armando Alvares Penteado, v. 2, n. 3, p. 77-96, 2003a.

MARQUES, Rosa M.; MENDES, Áquilas; GUEDES, Marcel; HUTZ, Ana. **A importância do bolsa família nos municípios brasileiros.** Relatório de Pesquisa do Núcleo de Pesquisa em Políticas para o Desenvolvimento Humano da PUC/SP. Brasília, DF: MDS, 2004. Mimeografado.

MEDICI, André C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil:** balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP, 1994.

MELAMED, Clarice; COSTA, Nilson, R. Inovações no financiamento federal à atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Abrasco, v. 8, n. 2, p. 393-491, 2003.

MENDES, Áquilas. A saúde na Emenda Constitucional nº 29 e na Lei de Responsabilidade na Gestão Fiscal. **Resenha Econômica**, São Paulo: FPFL-Cepam, n. 44, ano 4, out. 2000.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa M. **Análise e apropriação da despesa do sistema municipal de saúde de Mauá.** Santos: Consaúde, 2001. Mimeografado.

_____. **Financiamento no setor saúde em Diadema.** Santos: Consaúde, 2002. Mimeografado.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa M.; LEITE, Marcel G.; TUBONE, Márcia. **Financiamento da saúde:** análise dos gastos estaduais e municipais do Estado de São Paulo. Brasília, DF: IPEA, Relatório de Pesquisa, Projeto BRA 97/03, 1999. Mimeografado.

MENDES, Áquilas; SANTOS, Suzana B.S. **Administração orçamentária e financeira governamental.** São Paulo: Escola Fazendária do Estado de São Paulo; 2001. Apostila do Curso Aperfeiçoamento em Administração Orçamentária e Financeira Governamental –Fazesp.

MENDONÇA DE BARROS, Maria Camila, M. **Piso da Atenção Básica:** um estudo de caso da descentralização da saúde no Brasil. Tese (Mestrado)– Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria de Políticas de Saúde. **Análise de alguns aspectos do processo de descentralização no Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <www.saude.gov.br/descentralização, 2001>. Acesso em: jan. 2002.

_____. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Informações da gestão municipal.** Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: jun. 2002.

NASSIF, Luís. O ajuste fiscal e a saúde. **Folha de S.Paulo**, p. 2-3, 14 jan. 1994. Disponível em: <www.idisa.org.br>. Acesso em: 18/5/2003.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS. Unicamp. **Avaliação da descentralização dos recursos do Ministério da Saúde para a gestão plena da atenção básica:** PAB, PSF/PACS, combate às carências nutricionais, assistência farmacêutica básica e vigilância básica. Relatório final. Campinas: Fecamp, Unicamp, Nepp, 2001.

OLIVEIRA, Fabrício A. Fundef e saúde: duas experiências (virtuosas?) de descentralização. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. (Org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil:** desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer Stiftung, 2003.

OLIVEIRA, Paulo A.; ARAÚJO, Erika. Receita municipal: a importância das transferências do FPM e do SUS. **Informe-se**, Rio de Janeiro: BNDES, Secretaria para Assuntos Fiscais, n. 28 jun. 2001.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Health Report 2004**. Genebra: OMS, 2004. (Annex Tabel 5).

ONOCKO, Rosana C. **O planejamento no labirinto:** uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec, 2003.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe**. Washington: Cepal: OPAS, n. 1, mar. 1994. (Serie Documentos Reproducidos).

PIOLA, Sergio; BIASOTO JR., Geraldo. **Finanças e dispêndios:** financiamento do SUS, gasto público e base tributária: Brasília, DF: IPEA, 2000. Mimeografado.

_____. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, Barjas; GIOVANNI, G. (Org.) **Brasil:** radiografia da saúde. Campinas, SP: Unicamp, IE, 2001.

PIOLA, Sergio; REIS, Carlos O.; RIBEIRO, José A. **Financiamento das políticas sociais nos anos 90:** o caso do Ministério da Saúde. Brasília, DF: IPEA, 2001. (Texto para discussão, n. 802).

PIOLA, Sergio; VIANNA, Sólon. **Regionalização dos gastos federais com saúde:** desigualdades na distribuição espacial dos recursos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; São Paulo: Fundap, Projeto Análise da Regionalização dos Gastos Federais em Saúde, no Brasil e no Estado de São Paulo, 2002.

POCHMANN, Márcio. **Desigualdade de renda e gastos sociais no Brasil:** algumas evidências para o debate. Secretaria do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade. Prefeitura do Município de São Paulo. São Paulo, 2003. Mimeografado.

PORTO, Silvia M. et al. Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 290-301, set./dez. 2003.

PRADO, Sergio. **Transferências fiscais e financiamento municipal no Brasil**. Unicamp. Trabalho elaborado no contexto do projeto Descentralização Fiscal e Cooperação Financeira Intergovernamental, São Paulo, jul. 2001.

_____. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. (Org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil:** desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer Stiftung, 2003.

PROPPER, Carol. Efficiency, equity and choice. In: ALCOCK, Peter; ERSKINE, Angus; MAY, Margaret (Ed.). **The students companion to social policy**. London: Blackwell, 1998.

REGONINI, Gloria. Lo studio delle politiche pubbliche. **Panebianco (a cura di): l'analisi della politica**. Bologna: Mulino, p. 491-516, 1989.

_____. **Mantenere la disciplina: tendenze e dilemmi nello studio delle politiche pubbliche**. Congresso Della Societa Italiana di Scienza Politica, Siena, 1993. Mimeografado.

REIS VELLOSO, Raul W. Rigidez orçamentária da União. In: _____ (Org.). **Brasil a superação da crise**. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1994.

RIBEIRO, José A. C.; PIOLA, Sergio; SERVO, Luciana M. **Financiamento da saúde**. Texto da Diretoria de Estudos Sociais. Brasília, DF: IPEA, 2005. Mimeografado.

RICO, Elizabeth M. (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 1998.

SANTOS, Angela M. S. **O município como agente das políticas públicas: a perspectiva das cidades médias**. Trabalho apresentado no IX Encontro Nacional de Economia Política, realizado na Universidade Federal de Uberlândia, 2004. Mimeografado.

SAUL, Ana M. Avaliação participante: uma abordagem crítico-transformadora. In: RICO, Elizabeth M. (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, Instituto de Estudos Especiais, 1998.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Concepção, organização e funcionamento**. São Paulo: SES, 1987.

SEN, Amartya. **Sobre ética e economia**. São Paulo: Cia das Letras, 1998.

SIQUEIRA, Sandra A. et al. Descentralização e assistência à saúde no Brasil: a oferta de serviços nos anos 90. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 25-36, jan./abr. 2002.

SOUZA, Celina; CARVALHO, Iná M. M. Reforma do estado, descentralização e desigualdades. **Lua Nova**, São Paulo: Cedec, n. 48, p. 187-212, 1999.

SOUZA, Renilson R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde**, 6(2): 451-455, 2001.

TANAKA, Oswaldo; MELO, Cristina. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Ed. USP, 2001.

TAVARES, Maria da Conceição; MELIN, Luiz Eduardo. Pós-escrito 1997: a reafirmação da hegemonia norte-americana. In: TAVARES, Maria da Conceição; FIORI, José Luís (Org.). **Poder e dinheiro: uma economia política da globalização**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

TAVARES, Martus; AFONSO, José Roberto; NUNES, Selene. Princípios e regras em finanças públicas: a proposta da lei de responsabilidade fiscal no Brasil. V Encontro da Sociedade Brasileira de Economia Política. **Anais...**, Fortaleza: SEP, 2000.

TEIXEIRA, Carmem F. Determinantes do desempenho institucional do SUS municipal: controle de gestão ou capacidade de governo?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Abrasco, v. 8, n. 2, p. 346-369, 2003.

UGÁ, Maria Alicia. Instrumento de avaliação econômica dos serviços de saúde; alcances e limitações. In: PIOLA, S.; VIANNA, S. **Economia da saúde: conceitos e contribuições para a gestão em saúde**. Brasília, DF: IPEA, 1995

UGÁ, Maria Alicia; SANTOS, Isabela S. **Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro**. Relatório de Pesquisa. Projeto Economia da Saúde. Cooperação Técnica Brasil-Reino Unido. Rio de Janeiro, 2005.

VIANA, Ana L. **Sistema e descentralização**. A política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões. Tese (Doutorado)– Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1994. 188 p.

VIANNA, Solón M.; PIOLA, Sergio F.; GUERRA, A. J.; CAMARGO, S. F. **O financiamento da descentralização dos serviços de saúde**: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios. Brasília, DF: IPEA, 1991. 29 p. (Documento de Política n. 3).

DECRETOS, LEIS E PROJETOS DE LEI

BRASIL. **Decreto nº 1.232**, de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br>.

_____. **Lei complementar nº 101/00**. Estabelece normas de finanças públicas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, 2000.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 31 jan. 2002.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 31 jan. 2002.

_____. **Lei nº 8.689**, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, e dá outras providências. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 31 jan. 2002.

_____. **Projeto de Lei nº 4.606**, de 2004. Dispõe sobre a responsabilidade sanitária dos agentes públicos e a aplicação de penalidades administrativas. Disponível em: <www.camara.gov.br/legislacao>. Acesso em: dez. 2004.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº 1**, de 2003. Dispõe sobre a regulamentação do parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal. Disponível em: <www.camara.gov.br/legislacao>. Acesso em: maio 2004.

SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei nº 35**, de 2002. Dispõe sobre a regulamentação do parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal. Disponível em: <www.senado.gov.br>. Acesso em: fev. 2003.

DOCUMENTOS OFICIAIS

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão financeira do sistema único de saúde**: manual básico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA FAZENDA. **Carta de intenção referente ao novo acordo**, 2003. Disponível em: <<http://www.fazenda.gov.br>>. Acesso em: dez. 2003.

_____. Secretaria de Política Econômica. **Gasto social do governo central**: 2001 e 2002. Brasília, DF: 2003. Mimeografado.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Relatório do Seminário A Operacionalização da Emenda Constitucional nº 29**, de setembro de 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Documento Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da Emenda Constitucional nº 29**, de julho de 2001.

_____._____. Comissão de Orçamento e Finanças. Relatório nº 148, 2004. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/orcafinan2004.htm>>. Acesso em: dez. 2004.

DOCUMENTOS OFICIAIS DE ASSIS

PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSIS. **Balancos municipais** – Anexos 2, 6, 10 e 11, referentes aos anos de 1994–2003

_____. **Plano Plurianual**. 2002-2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde**. 1999.

.

_____. _____. Conselho Municipal de Saúde. **Prestação de contas**. 1998, 1999, 2001.

_____. _____. **Plano municipal de saúde**. 2000.

_____. _____. **Plano municipal de saúde**. 2001.

_____. _____. **Plano municipal de saúde**. 2002.

_____. _____. **Relatório da IV conferência municipal de saúde**. 1997.

_____. _____. **Relatório da V conferência municipal de saúde**. 1999.

_____. _____. **Relatório da VI conferência municipal de saúde**. 2001.

_____. _____. **Relatório de gestão**. 1997-1998.

_____. _____. **Relatório de gestão**. 1999-2000.

_____. _____. **Relatório de gestão**. 2001-2004.

_____. _____. **Relatório de gestão**. 2002.

RESOLUÇÕES E PORTARIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a Noas – Norma Operacional da Assistência à Saúde. Noas/2002. **Diário Oficial da União**, 2 mar. 2002.

_____._____._____. **Portaria nº 483**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a definição de que os recursos estaduais e municipais destinados aos SUS, e também às ações e serviços assistenciais de saúde, devem ser explicitados e seus valores apresentados conforme a abertura programática estabelecida na Portaria 42 do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 22 nov. 2002.

_____. _____. _____. **Portaria nº 548**, de 12 de abril de 2001. Estabelece que o orçamento do Fundo de Saúde deve respeitar as políticas e os programas de trabalho da Secretaria de Saúde, observando a Agenda de Saúde e o Plano de Saúde, elaborados e aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 22 nov. 2002.

_____. _____. _____. **Portaria nº 2.047**, de 5 de novembro de 2002. Dispõe sobre as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 22 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a Noas – Norma Operacional da Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União**, 29 jan. 2001.

_____. _____. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Dispõe sobre a NOB 01/93 – Norma Operacional Básica do SUS. **Diário Oficial da União**, 24 maio 1993.

_____. _____. Portaria nº 2.023, de 6 de novembro de 1996. Dispõe sobre a NOB 01/96 – Norma Operacional Básica do SUS. **Diário Oficial da União**, 6 nov. 1996.

_____. _____. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Dispõe sobre a aprovação do Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 316**, de 4 de abril de 2002. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes/resolucoes.htm>>. Acesso em: maio 2002.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 322**, de 8 de maio de 2003. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes/resolucoes.htm>>. Acesso em: jul. 2003.

OUTRAS REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislação>. Acesso em: 31 jan. 2002.

_____. **Emenda Constitucional nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislação>. Acesso em: 31 jan. 2000.

_____. **Emenda Constitucional nº 42**, de 19 de dezembro de 2003. Altera o Sistema Tributário Nacional e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/ccivil/03/Constituicao/Emendas/Emc/emc42.htm>>. Acesso em: set. 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

O método estatístico utilizado na análise da eficiência técnica e social dos 11 municípios, tratada no Capítulo 4 desta tese, refere-se à análise fatorial combinada com a técnica de análise de correspondência múltipla. Segundo Lebart, Morineau e Piron (1995, p. 13)¹, em que pese o trabalho de preparação e codificação de dados exigidos pelo método de análise fatorial, as regras de interpretação e validação das representações fornecidas pelas técnicas usadas no caso multidimensional não têm a simplicidade da estatística descritiva elementar, porém o uso dessa técnica permite verificar e provar, por exemplo, algumas hipóteses. No caso, uma hipótese inicial seria a de que a amostra dos 11 municípios era praticamente homogênea. Uma das vantagens de se utilizar um método fatorial consiste no fornecimento de representações sintéticas de vastos conjuntos de valores numéricos, em geral sob a forma de visualizações gráficas. Além disso, pode-se dizer que a análise fatorial facilita a operação de algumas representações multidimensionais.

A análise fatorial procura em subespaços de pequenas dimensões (uma, duas ou três dimensões, por exemplo) aquela que melhor se ajusta à nuvem de *pontos-indivíduos* e a de *pontos-variáveis*, de forma que as proximidades medidas nesses subespaços, reflitam ao mesmo tempo as reais proximidades, representadas no espaço fatorial.

A análise de correspondência múltipla refere-se a uma extensão do domínio de aplicação da análise de correspondência, com seus procedimentos de cálculo e regras de interpretação específicas. Seu campo de aplicação é adaptado à descrição de grandes tabelas de variáveis numéricas (nominais) — como a utilizada no Capítulo 4 desta tese. As linhas das tabelas são em geral os indivíduos ou observações (podem ser milhares) enquanto as colunas são as modalidades de variáveis nominais (discretas), freqüentemente as formas de resposta para as questões formuladas na pesquisa.

A análise de correspondência múltipla é uma análise de correspondência simples aplicada a uma tabela disjuntiva completa. As prioridades dessa tabela são interessantes, os procedimentos de cálculo e as regras de interpretação das representações obtidas são simples e específicas.

¹ LEBART, Ludovic; MORINEAU, Alain; PIRON, Marie. *Statistique exploratoire multidimensionnelle*. Paris: Dunod, 1995.

A extensão do domínio de aplicação da análise de correspondência funda-se sobre a seguinte equivalência: se, para “n” indivíduos, um arranjo de valores de respostas tomadas por duas variáveis nominais que têm respectivamente p_1 e p_2 modalidades, então é equivalente a submeter à análise das correspondências o quadro de contingência (p_1 , p_2), cruzando as duas variáveis, ou analisar o quadro binário a “n” linhas e (p_1+p_2) colunas que descrevam as respostas. A análise desse último quadro é mais trabalhosa, mas mais interessante, porque ela se generaliza imediatamente para além do caso de duas variáveis nominais.

Uma parte geralmente importante dos arquivos de pesquisa compõe-se de respostas a questões disjuntivas, ou seja, quando cada alternativa de resposta é mutuamente exclusiva e uma modalidade ou alternativa precisa ser obrigatoriamente escolhida.

As variáveis contínuas precisam ser transformadas em variáveis discretas, pelo arranjo em estratos ou classes de valores da variável, como por exemplo, as faixas de idade, estratos de renda, etc. É importante salientar que a transformação de variáveis contínuas em variáveis discretas ocasiona uma perda de informação bruta, mas apresenta certas vantagens, tais como: a de poder explorar conjuntamente variáveis contínuas e discretas em correspondência múltipla; validar, *a posteriori*, dados, enquanto permite observar a possível proximidade das classes vizinhas; e colocar em evidência as eventuais ligações não lineares que possam existir entre as variáveis contínuas.

Em relação à questão da análise de correlação múltipla, se for designado por “q” o número de questões feitas a “n” indivíduos, será possível obter uma tabela no domínio R com “n” linhas e “q” colunas, sob a forma de código condensado. Cada uma das questões “q”, porém, se desdobra pelo número de alternativas ou “modalidades” de resposta. Assim, um termo geral “ r_{iq} ” designará a modalidade da questão “q” escolhida pelo indivíduo “i”. Designando por p_q o número de modalidades de resposta de uma questão “q”, é possível ter “ $r_{iq} \leq p_q$ ”. A análise de correspondências múltiplas põe então em evidência os tipos de indivíduos que têm perfis semelhantes em relação aos atributos escolhidos que os descrevem. Considerando as distâncias entre os elementos do quadro disjuntivo completo e as relações entre os centros de gravidade particulares, depreende-se as seguintes observações:

- *Proximidade entre indivíduos em termos de semelhanças*: dois indivíduos parecem semelhantes se eles escolherem, globalmente, as mesmas modalidades ou alternativas;
- *Proximidade entre alternativas de variáveis diferentes em termos de associação*: estas alternativas correspondem aos pontos medianos dos indivíduos que as escolheram e se estão próximas é porque os pontos interessam aos mesmos indivíduos ou a indivíduos semelhantes;
- *Proximidade entre duas alternativas de uma variável em termos de semelhanças*: por meio da construção, as alternativas de uma mesma variável se excluem. Se elas estiverem próximas, essa proximidade é interpretada em termos de semelhança entre os grupos de indivíduos que os escolheram (*vis-à-vis* outras variáveis ativas de análise).

As regras de interpretação de resultados (coordenadas, contribuições, cosenos quadrados) relativas aos elementos ativos de uma análise de correspondências múltiplas são as mesmas utilizadas em uma análise das correspondências simples.

Para elaboração da análise comparativa das informações foi utilizado o sistema de processamento de dados denominado de SPAD – *Statistical Package for Administration*, para geração da análise fatorial de dados e análise de correspondência múltipla.

- *Utilização do SPAD para a análise específica da eficiência técnica analisada no Capítulo 4*

Para utilização do SPAD, é necessário que nenhuma variável tenha modalidade igual a zero, e, portanto, para designar respostas binárias tipo “não” ou “sim”, utilizam-se as codificações 1 e 2, respectivamente.

Outro ajuste necessário para a utilização do SPAD se refere à conversão de variáveis contínuas (como população, gasto *per capita* do SUS com recursos municipais, taxas de mortalidades e seus componentes, etc.), em variáveis discretas. Este procedimento foi realizado de forma bastante simples, pela construção de intervalos de classe para cada variável. Assim, cada intervalo assumirá um código (número inteiro) considerado sempre com base na unidade. Vale ressaltar que, para evitar distorções no caso da construção dos intervalos de classe, sempre se procedeu utilizando os seguintes passos metodológicos:

- Cálculo da média e do desvio-padrão da distribuição; e

- Construção das classes centradas na média da distribuição e com uma amplitude de classe de 1 desvio-padrão ($\frac{1}{2} \sigma$ à direita e $\frac{1}{2} \sigma$ à esquerda da média).

Ainda cabe ressaltar que sempre que uma classe apresentar frequência igual a zero, ela não deverá receber codificação, podendo-se expressar essa ocorrência com designações da modalidade de forma mais adequada. Estas questões podem ser mais bem visualizadas a partir do **Apêndice 2 desta tese**, que apresenta para os quatros anos trabalhados — 1995, 1997, 1999 e 2001 — a construção das classes de cada variável utilizada.

Por fim, para a elaboração da análise fatorial e análise de correspondências múltiplas o SPAD, além de ser bem simples de ser operado para esses fins, produz o gráfico da nuvem de pontos identificando as melhores partições possíveis de serem trabalhadas. Assim, uma vez selecionadas as variáveis finais, o programa possibilitou a separação das informações em três agrupamentos ou *clusters* (grupos), gerando, estatisticamente, uma tipologia desses municípios, fornecendo a base necessária para o desenvolvimento da análise.

APÊNDICE 2

VARIÁVEIS E MODALIDADES - 1995

População/95

média	241.262		
desvio padrão	143.776		
máx	482.539		
mín	80.672		
	169.373	baixa	1
169.374	313.150	média	2
313.151	456.927	média alta	3
456.928		alta	4

		POP
Assis	80.672	1
Diadema	326.729	3
Itu	118.903	1
Jundiaí	303.281	2
Mauá	322.954	3
Santos	417.406	3
São Caetano do Sul	146.311	1
São José dos Campos	482.539	4
São Vicente	282.862	2
Sertãozinho	85.495	1
Votorantim	86.730	1

Receita Disponível per capita

média	541,12		
desvio padrão	251,29		
máx	1.094,13		
mín	221,58		
164,18	415,47	baixa	1
415,48	666,77	média	2
666,78	918,07	média alta	3
918,08	1.169,37	alta	4

		REC
Assis	337,34	1
Diadema	485,10	2
Itu	371,44	1
Jundiaí	610,94	2
Mauá	510,01	2
Santos	835,13	3
São Caetano do Sul	1.094,13	4
São José dos Campos	679,07	3
São Vicente	221,58	1
Sertãozinho	426,68	2
Votorantim	380,88	1

Gasto per capita do SUS c/ Recursos Municipais

média	82,11	
desvio padrão	41,18	
max	157,80	
mín	11,12	
até	20,32	baixo 1
20,33	61,51	médio-baixo 2
61,52	102,70	médio 3
102,71	143,89	médio-alto 4
143,9	alto	5

		GAS
Assis	60,88	2
Diadema	134,68	4
Itu	64,30	3
Jundiaí	64,96	3
Mauá	111,75	4
Santos	91,77	3
São Caetano do Sul	11,12	1
São José dos Campos	157,80	5
São Vicente	66,30	3
Sertãozinho	90,35	3
Votorantim	49,33	2

Transferência federal SUS per capita

média	68,97	
desvio padrão	33,86	
max	120,69	
mín	22,72	
18,17	52,03	baixa 1
52,04	85,90	média 2
85,91	119,77	média-alta 3
119,78	alta	4

		TRA
Assis	114,62	3
Diadema	69,53	2
Itu	28,22	1
Jundiaí	110,33	3
Mauá	51,80	1
Santos	120,69	4
São Caetano do Sul	68,44	2
São José dos Campos	73,87	2
São Vicente	42,30	1
Sertãozinho	22,72	1
Votorantim	56,15	2

Unidades Ambulatoriais por 1.000 hab.

média	0,28	
desvio padrão	0,12	
max	0,46	
mín	0,16	
0,09	0,21 abaixo da média	1
0,22	0,34 média	2
0,35	0,47 acima da média	3

		AMB
Assis	0,30	2
Diadema	0,17	1
Itu	0,46	3
Jundiaí	0,19	1
Mauá	0,16	1
Santos	0,43	3
São Caetano do Sul	0,16	1
São José dos Campos	0,41	3
São Vicente	0,19	1
Sertãozinho	0,25	2
Votorantim	0,36	3

Unidades Hospitalares por 1.000 habitantes

média	0,02
desvio padrão	0,01
max	0,04
mín	0,00

OBS: Classe média centrada na média da distribuição
com 1 desvio padrão à esquerda e 1 desvio padrão à direita

menor que	0,01 baixa	1
0,01	0,03 média	2
0,04 e +	alta	3

		HOS
Assis	0,04	3
Diadema	0,02	2
Itu	0,04	3
Jundiaí	0,02	2
Mauá	0,01	2
Santos	0,02	2
São Caetano do Sul	0,02	2
São José dos Campos	0,01	2
São Vicente	0,00	1
Sertãozinho	0,01	2
Votorantim	0,01	2

Leitos /1.000 habitantes

média	3,34	
desvio padrão	2,91	
max	10,20	
mín	0,67	
	1,88 baixo	1
1,89	4,80 médio	2
4,81	7,72 médio-alto	3
7,73	10,64 alto	4

		LEI
Assis	7,12	3
Diadema	3,23	2
Itu	10,20	4
Jundiaí	2,37	2
Mauá	1,03	1
Santos	4,21	2
São Caetano do Sul	3,00	2
São José dos Campos	1,92	2
São Vicente	0,67	1
Sertãozinho	1,39	1
Votorantim	1,58	1

Médicos por 1.000 hab.

média	0,99	
desvio padrão	0,27	
max	1,40	
mín	0,44	
	até 0,57 baixo	1
0,58	0,85 médio-baixo	2
0,86	1,13 médio	3
1,14	1,41 alto	4

		MED
Assis	0,95	3
Diadema	1,36	4
Itu	1,00	3
Jundiaí	0,44	1
Mauá	1,40	4
Santos	1,05	3
São Caetano do Sul	1,05	3
São José dos Campos	0,91	3
São Vicente	0,69	2
Sertãozinho	1,05	3
Votorantim	1,00	3

Enfermeiros por 1.000 hab.

média	0,13	
desvio padrão	0,07	
max	0,22	
mín	0,01	
	0,01 baixo	1
0,02	0,09 médio-baixo	2
0,10	0,17 médio	3
0,18	0,25 alto	4

		ENF
Assis	0,17	3
Diadema	0,22	4
Itu	0,07	2
Jundiaí	0,09	2
Mauá	0,15	3
Santos	0,21	4
São Caetano do Sul	0,01	1
São José dos Campos	0,21	4
São Vicente	0,08	2
Sertãozinho	0,11	3
Votorantim	0,13	3

Taxa de Mortalidade Geral por 1.000 hab.

média	7,0	
desvio padrão	1,6	
max	10,4	
mín	5,6	
	6,1 baixa	4
6,2	7,8 média	3
7,9	9,5 média-alta	2
9,6 e +	alta	1

		MGE
Assis	7,5	3
Diadema	6,2	3
Itu	7,0	3
Jundiaí	7,2	3
Mauá	5,6	4
Santos	10,4	1
São Caetano do Sul	9,2	2
São José dos Campos	5,6	4
São Vicente	7,2	3
Sertãozinho	5,8	4
Votorantim	5,8	4

Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos

média	21,9	
desvio padrão	4,8	
max	33,7	
mín	16,6	
	19,4 baixa	4
19,5	24,3 média	3
24,4	29,2 média-alta	2
29,3 e +	alta	1

		MIN
Assis	20,6	3
Diadema	22,7	3
Itu	18,8	4
Jundiaí	18,7	4
Mauá	24,4	2
Santos	26,1	2
São Caetano do Sul	19,0	4
São José dos Campos	20,2	3
São Vicente	33,7	1
Sertãozinho	16,6	4
Votorantim	19,8	3

Taxa de Mortalidade Neonatal por 1.000 nascidos vivos

média	14,9	
desvio padrão	3,2	
max	20,2	
mín	10,2	
10	13,2 baixa	3
13,3	16,5 média	2
16,6	19,8 média-alta	*
19,9 e +	alta	1

* Frequência da classe é igual a zero

		MNE
Assis	15,6	2
Diadema	14,6	2
Itu	10,2	3
Jundiaí	12,5	3
Mauá	16,1	2
Santos	20,2	1
São Caetano do Sul	13,7	2
São José dos Campos	14,3	2
São Vicente	20,2	1
Sertãozinho	11,5	3
Votorantim	15,5	2

Taxa de Mortalidade Pós Neonatal, por mil nascidos vivos

média	6,9	
desvio padrão	2,6	
max	13,6	
mín	4,3	
	5,5 baixa	4
5,6	8,2 média	3
8,3	10,9 média-alta	2
11,0	13,6 alta	1

		PNE
Assis	5,0	4
Diadema	8,1	3
Itu	8,6	2
Jundiaí	6,2	3
Mauá	8,4	2
Santos	5,9	3
São Caetano do Sul	5,2	4
São José dos Campos	5,9	3
São Vicente	13,6	1
Sertãozinho	5,2	4
Votorantim	4,3	4

Taxa de Mortalidade Perinatal, por mil nascidos vivos ou mortos

média	20,4	
desvio padrão	4,2	
max	26,7	
mín	13,7	
	13,9 baixa	4
14,0	18,2 média-baixa	3
18,3	22,5 média	2
22,6	26,8 alta	1

		PER
Assis	18,4	2
Diadema	22,1	2
Itu	16,6	3
Jundiaí	18,9	2
Mauá	23,7	1
Santos	25,9	1
São Caetano do Sul	21,1	2
São José dos Campos	21,6	2
São Vicente	26,7	1
Sertãozinho	13,7	4
Votorantim	15,4	3

Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte, por cem mil habitantes

média	24,2	
desvio padrão	7,8	
max	39,8	
mín	14,1	
até	20,0	baixa 4
20,1	27,9	média 3
28	35,8	média-alta 2
35,9 e +	alta	1

		ACI
Assis	23,6	3
Diadema	23,6	3
Itu	32,0	2
Jundiaí	29,4	2
Mauá	20,4	3
Santos	22,0	3
São Caetano do Sul	17,1	4
São José dos Campos	28,8	2
São Vicente	14,1	4
Sertãozinho	39,8	1
Votorantim	15,0	4

Taxa de Mortalidade por AIDS, por cem mil habitantes

média	27,5	
desvio padrão	14,9	
max	65,2	
mín	14,1	
	20,0	baixa 4
20,1	35,0	média 3
35,1	50,0	média-alta 2
50,1	65,0	alta *
65,1 e +	extrema/e alta	1

* frequência da classe é igual a zero

		AID
Assis	18,6	4
Diadema	14,1	4
Itu	31,1	3
Jundiaí	22,1	3
Mauá	19,8	4
Santos	65,2	1
São Caetano do Sul	33,5	3
São José dos Campos	25,9	3
São Vicente	40,0	2
Sertãozinho	15,2	4
Votorantim	17,3	4

APÊNDICE 2

VARIÁVEIS E MODALIDADES - 1997

População/97

média	248.143		
desvio padrão	148.102	74.051	
máx	503.867		
mín	83.262		
25.989	174.091	baixa	1
174.092	322.194	média	2
322.195	470.297	média alta	3
470.298	618.400	alta	4

		POP
Assis	83.262	1
Diadema	338.046	3
Itu	125.062	1
Jundiaí	310.845	2
Mauá	337.876	3
Santos	417.552	3
São Caetano do Sul	144.058	1
São José dos Campos	503.867	4
São Vicente	289.821	2
Sertãozinho	89.050	1
Votorantim	90.135	1

Receita Disponível per capita

média	579,17		
desvio padrão	314,41	157,21	
máx	1.379,09		
mín	254,20		
107,55	421,96	baixa	1
421,97	736,38	média	2
736,39	1.050,80	média alta	3
1050,81	1.365,22	alta	*
1365,23 e +		altíssima	4

* frequência igual a zero

		REC
Assis	317,00	1
Diadema	529,42	2
Itu	452,16	2
Jundiaí	626,05	2
Mauá	473,39	2
Santos	840,68	3
São Caetano do Sul	1.379,09	4
São José dos Campos	683,32	2
São Vicente	254,20	1
Sertãozinho	454,62	2
Votorantim	360,97	1

Gasto per capita do SUS c/ Recursos Municipais

média	102,62	
desvio padrão	46,72	23,36
max	206,14	
mín	50,80	

32,53	79,25 baixo	1
79,26	125,98 médio	2
125,99	172,71 médio-alto	3
172,72	219,44 alto	4

		GAS
Assis	50,80	1
Diadema	147,35	3
Itu	80,78	2
Jundiaí	112,33	2
Mauá	137,07	3
Santos	111,35	2
São Caetano do Sul	66,01	1
São José dos Campos	206,14	4
São Vicente	55,44	1
Sertãozinho	74,94	2
Votorantim	86,63	2

Transferência federal SUS per capita

média	92,47	
desvio padrão	47,16	23,58
max	183,60	
mín	32,08	

21,72	68,88 baixa	1
68,89	116,05 média	2
116,06	163,22 média alta	3
163,23	210,39 alta	4

		TRA
Assis	121,18	3
Diadema	82,19	2
Itu	32,08	1
Jundiaí	183,60	4
Mauá	57,20	1
Santos	148,18	3
São Caetano do Sul	132,96	3
São José dos Campos	78,26	2
São Vicente	64,96	1
Sertãozinho	64,54	1
Votorantim	52,02	1

Unidades Ambulatoriais por 1.000 hab.

média	0,26	
desvio padrão	0,13	0,07
max	0,45	
mín	0,09	
0,06	0,19 baixa	1
0,20	0,33 média	2
0,34	0,47 alta	3

		AMB
Assis	0,38	3
Diadema	0,10	1
Itu	0,45	3
Jundiaí	0,21	2
Mauá	0,09	1
Santos	0,42	3
São Caetano do Sul	0,22	2
São José dos Campos	0,17	1
São Vicente	0,19	1
Sertãozinho	0,28	2
Votorantim	0,38	3

Unidades Hospitalares por 1.000 habitantes

média	0,02	
desvio padrão	0,01	
max	0,04	
mín	0,00	
	0 baixa	1
0,01	0,02 média	2
0,03	0,04 alta	3

		HOS
Assis	0,04	3
Diadema	0,01	2
Itu	0,04	3
Jundiaí	0,02	2
Mauá	0,01	2
Santos	0,02	2
São Caetano do Sul	0,01	2
São José dos Campos	0,02	2
São Vicente	0,00	1
Sertãozinho	0,01	2
Votorantim	0,02	2

Leitos /1.000 habitantes

média	3,01	
desvio padrão	2,89	1,45
max	9,70	
mín	0,65	
	1,56 baixo	1
1,57	4,46 médio	2
4,47	7,36 médio-alto	3
7,37	10,26 alto	4

		LEI
Assis	6,89	3
Diadema	1,32	1
Itu	9,70	4
Jundiaí	2,22	2
Mauá	0,99	1
Santos	4,38	2
São Caetano do Sul	0,71	1
São José dos Campos	2,45	2
São Vicente	0,65	1
Sertãozinho	1,34	1
Votorantim	2,43	2

Médicos por 1.000 hab.

média	1,10	
desvio padrão	0,21	0,11
max	1,36	
mín	0,70	
	0,77 baixo	1
0,78	0,99 médio-baixo	2
1,00	1,21 médio	3
1,23	1,44 alto	4

		MED
Assis	0,84	2
Diadema	1,29	4
Itu	1,07	3
Jundiaí	0,70	1
Mauá	1,25	4
Santos	1,24	4
São Caetano do Sul	0,92	2
São José dos Campos	1,15	3
São Vicente	0,95	2
Sertãozinho	1,36	4
Votorantim	1,29	4

Enfermeiros por 1.000 hab.

média	0,17	
desvio padrão	0,06	0,03
max	0,26	
mín	0,07	
0,07	0,13 baixo	1
0,14	0,20 médio	2
0,21	0,27 alto	3

		ENF
Assis	0,14	2
Diadema	0,24	3
Itu	0,12	1
Jundiaí	0,14	2
Mauá	0,16	2
Santos	0,26	3
São Caetano do Sul	0,07	1
São José dos Campos	0,21	3
São Vicente	0,13	1
Sertãozinho	0,13	1
Votorantim	0,23	3

Taxa de Mortalidade Geral por 1.000 hab.

média	6,9	
desvio padrão	1,6	0,8
max	9,9	
mín	5,2	
4,4	6,0 baixa	3
6,1	7,7 média	2
7,8	9,4 média-alta	*
9,5 e +	alta	1

* Frequência da classe igual a zero

		MGE
Assis	7,1	2
Diadema	6,4	2
Itu	6,9	2
Jundiaí	7,1	2
Mauá	5,2	3
Santos	9,9	1
São Caetano do Sul	9,6	1
São José dos Campos	5,2	3
São Vicente	7,2	2
Sertãozinho	5,8	3
Votorantim	6,0	3

Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos

média	19,6	
desvio padrão	4,3	2,2
max	30,2	
mín	13,9	
13,1	17,4 baixa	3
17,5	21,8 média	2
21,9	26,2 média-alta	*
26,3	30,6 alta	1

* Frequência da classe igual a zero

		MIN
Assis	13,9	3
Diadema	21,2	2
Itu	20,5	2
Jundiaí	20,3	2
Mauá	19,7	2
Santos	21,5	2
São Caetano do Sul	18,8	2
São José dos Campos	16,5	3
São Vicente	30,2	1
Sertãozinho	16,8	3
Votorantim	16,4	3

Taxa de Mortalidade Neonatal por 1.000 nascidos vivos

média	13,8	
desvio padrão	3,5	1,8
max	20,6	
mín	7,3	
	8,4 baixa	5
8,5	12,0 média-baixa	4
12,1	15,6 média	3
15,7	19,2 média-alta	2
19,3 e +	alta	1

		MNE
Assis	7,3	5
Diadema	13,8	3
Itu	15,5	3
Jundiaí	15,4	3
Mauá	13,8	3
Santos	16,7	2
São Caetano do Sul	14,1	3
São José dos Campos	13,4	3
São Vicente	20,6	1
Sertãozinho	11,4	4
Votorantim	10,0	4

Taxa de Mortalidade Pós Neonatal, por mil nascidos vivos

média	5,8	
desvio padrão	1,7	0,9
max	9,6	
mín	3,1	

	3,1 baixa	5
3,2	4,9 média-baixa	4
5,0	6,7 média	3
6,8	8,5 média-alta	2
8,6	10,3 alta	1

		PNE
Assis	6,6	3
Diadema	7,4	2
Itu	5,0	3
Jundiaí	4,9	4
Mauá	6,0	3
Santos	4,8	4
São Caetano do Sul	4,7	4
São José dos Campos	3,1	5
São Vicente	9,6	1
Sertãozinho	5,4	3
Votorantim	6,3	3

Taxa de Mortalidade Perinatal, por mil nascidos vivos ou mortos

média	21,6	
desvio padrão	4,5	2,3
max	30,1	
mín	14,6	

	14,7 baixa	5
14,8	19,3 média-baixa	4
19,4	23,9 média	3
24,0	28,5 média-alta	2
28,6 e +	alta	1

		PER
Assis	15,2	4
Diadema	24,4	2
Itu	25,2	2
Jundiaí	17,1	4
Mauá	21,8	3
Santos	21,9	3
São Caetano do Sul	22,7	3
São José dos Campos	22,8	3
São Vicente	30,1	1
Sertãozinho	21,9	3
Votorantim	14,6	5

Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte, por cem mil habitantes

média	25,6		
desvio padrão	6,7	3,4	
max	36,1		
mín	16,6		
15,5	22,2 baixa		4
22,3	29,0 média		3
29,1	35,8 média-alta		2
35,9 e +	alta		1

		ACI
Assis	21,6	4
Diadema	30,8	2
Itu	36,0	1
Jundiaí	22,8	3
Mauá	18,7	4
Santos	24,4	3
São Caetano do Sul	20,1	4
São José dos Campos	36,1	1
São Vicente	16,6	4
Sertãozinho	30,3	2
Votorantim	24,4	3

Taxa de Mortalidade por AIDS, por cem mil habitantes

média	18,9		
desvio padrão	7,2	3,6	
max	36,6		
mín	12,2		
8,0	15,2 baixa		4
15,3	22,5 média		3
22,6	29,8 média-alta		2
29,9	37,1 alta		1

		AID
Assis	14,4	4
Diadema	13,9	4
Itu	18,4	3
Jundiaí	13,5	4
Mauá	14,8	4
Santos	36,6	1
São Caetano do Sul	22,9	2
São José dos Campos	15,9	3
São Vicente	24,8	2
Sertãozinho	20,2	3
Votorantim	12,2	4

APÊNDICE 2

VARIÁVEIS E MODALIDADES – 1999

População/99

média	255.539		
desvio padrão	153.016	76.508	
máx	526.651		
mín	85.798		
	179.030 baixa		1
179.031	332.047 média		2
332.048	485.064 média alta		3
485.065	638.081 alta		4

		POP
Assis	85.798	1
Diadema	350.114	3
Itu	131.641	1
Jundiaí	318.670	2
Mauá	354.286	3
Santos	417.698	3
São Caetano do Sul	141.513	1
São José dos Campos	526.651	4
São Vicente	298.084	2
Sertãozinho	92.657	1
Votorantim	93.814	1

Receita Disponível per capita

média	656,28		
desvio padrão	343,15	171,58	
máx	1.489,65		
mín	340,54		
	até 484,70 baixa		1
484,71	827,86 média		2
827,87	1.171,02 média alta		3
1171,03	1.514,18 alta		4

		REC
Assis	382,14	1
Diadema	631,01	2
Itu	549,22	2
Jundiaí	762,15	2
Mauá	460,00	1
Santos	927,88	3
São Caetano do Sul	1.489,65	4
São José dos Campos	867,09	3
São Vicente	340,54	1
Sertãozinho	432,54	1
Votorantim	376,91	1

Gasto per capita do SUS c/ Recursos Municipais

média	117,03	
desvio padrão	29,40	14,7
max	148,90	
mín	54,16	
até	72,91	baixo 1
72,92	102,32	médio-baixo 2
102,33	131,73	médio 3
131,74	161,14	alto 4

		GAS
Assis	54,16	1
Diadema	118,42	3
Itu	117,18	3
Jundiaí	133,17	4
Mauá	99,08	2
Santos	136,26	4
São Caetano do Sul	145,08	4
São José dos Campos	148,90	4
São Vicente	145,61	4
Sertãozinho	86,89	2
Votorantim	102,61	3

Transferência federal SUS per capita

média	74,25	
desvio padrão	37,72	18,86
max	143,28	
mín	12,94	
até	17,65	baixa 1
17,66	55,38	média-baixa 2
55,39	93,11	média 3
93,12	130,84	média alta 4
130,85	168,57	alta 5

		TRA
Assis	108,95	4
Diadema	52,31	2
Itu	12,94	1
Jundiaí	143,28	5
Mauá	41,86	2
Santos	118,05	4
São Caetano do Sul	84,00	3
São José dos Campos	75,53	3
São Vicente	51,46	2
Sertãozinho	74,83	3
Votorantim	53,49	2

Unidades Ambulatoriais por 1.000 hab.

média	0,21	
desvio padrão	0,10	0,05
max	0,39	
mín	0,08	
até	0,15 baixa	1
0,16	0,26 média	2
0,27	0,37 média-alta	3
0,38 e +	alta	4

		AMB
Assis	0,38	4
Diadema	0,09	1
Itu	0,22	2
Jundiaí	0,18	2
Mauá	0,08	1
Santos	0,39	4
São Caetano do Sul	0,20	2
São José dos Campos	0,15	1
São Vicente	0,19	2
Sertãozinho	0,14	1
Votorantim	0,28	3

Unidades Hospitalares por 1.000 habitantes

média	0,02
desvio padrão	0,01
max	0,04
mín	0,00

intervalo de classe de 0,02 = 2 desvios padrão

	0,00 baixa	1
0,01	0,03 média	2
0,04 e +	alta	3

		HOS
Assis	0,03	2
Diadema	0,01	2
Itu	0,04	3
Jundiaí	0,02	2
Mauá	0,01	2
Santos	0,02	2
São Caetano do Sul	0,03	2
São José dos Campos	0,02	2
São Vicente	0,00	1
Sertãozinho	0,01	2
Votorantim	0,02	2

Leitos /1.000 habitantes

média	2,57		
desvio padrão	2,62	1,31	
max	9,21		
mín	0,61		
até	1,25	baixo	1
1,26	3,88	médio	2
3,89	6,51	médio-alto	3
6,52	9,14		*
9,15 e +	alto		4

* frequência igual a zero

		LEI
Assis	4,80	3
Diadema	0,61	1
Itu	9,21	4
Jundiaí	2,17	2
Mauá	0,94	1
Santos	4,38	3
São Caetano do Sul	1,26	2
São José dos Campos	1,89	2
São Vicente	0,63	1
Sertãozinho	1,28	2
Votorantim	1,09	1

Médicos por 1.000 hab.

média	1,12		
desvio padrão	0,26	0,13	
max	1,61		
mín	0,74		
até	0,98	baixo	1
0,99	1,25	médio	2
1,26	1,52	médio-alto	3
1,53	1,79	alto	4

		MED
Assis	1,05	2
Diadema	1,27	3
Itu	0,84	1
Jundiaí	0,74	1
Mauá	1,02	2
Santos	1,29	3
São Caetano do Sul	1,37	3
São José dos Campos	1,22	2
São Vicente	0,85	1
Sertãozinho	1,09	2
Votorantim	1,61	4

Enfermeiros por 1.000 hab.

média	0,19	
desvio padrão	0,04	0,02
max	0,27	
mín	0,12	
0,12	0,16	baixo 1
0,17	0,21	médio 2
0,22	0,26	médio-alto 3
0,27 e +	alto	4

		ENF
Assis	0,20	2
Diadema	0,22	3
Itu	0,16	1
Jundiaí	0,14	1
Mauá	0,21	2
Santos	0,27	4
São Caetano do Sul	0,12	1
São José dos Campos	0,19	2
São Vicente	0,16	1
Sertãozinho	0,15	1
Votorantim	0,23	3

Taxa de Mortalidade Geral por 1.000 hab.

média	6,8	
desvio padrão	1,6	0,8
max	9,9	
mín	5,1	
até	5,9	baixa 3
6,0	7,6	média 2
7,7	9,3	*
9,4 e +	alta	1

* freqüência da classe é igual a zero

		MGE
Assis	6,9	2
Diadema	6,2	2
Itu	6,6	2
Jundiaí	6,8	2
Mauá	5,6	3
Santos	9,8	1
São Caetano do Sul	9,9	1
São José dos Campos	5,3	3
São Vicente	7,0	2
Sertãozinho	5,1	3
Votorantim	6,0	2

Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos

média	15,9	
desvio padrão	2,9	1,45
max	19,8	
mín	11,5	
11,5	14,4 baixa	3
14,5	17,4 média	2
17,5	20,4 alta	1

		MIN
Assis	11,5	3
Diadema	18,2	1
Itu	16,1	2
Jundiaí	16,4	2
Mauá	19,8	1
Santos	18,9	1
São Caetano do Sul	13,6	3
São José dos Campos	14,5	2
São Vicente	19,3	1
Sertãozinho	11,9	3
Votorantim	14,3	3

Taxa de Mortalidade Neonatal por 1.000 nascidos vivos

média	11,3	
desvio padrão	1,9	0,95
max	14,8	
mín	8,3	
até	8,3 baixa	5
8,4	10,3 média-baixa	4
10,4	12,3 média	3
12,4	14,3 média-alta	2
14,4	16,3 alta	1

		MNE
Assis	10,0	4
Diadema	11,2	3
Itu	9,8	4
Jundiaí	12,1	3
Mauá	14,8	1
Santos	13,9	2
São Caetano do Sul	10,0	4
São José dos Campos	10,7	3
São Vicente	12,4	2
Sertãozinho	8,3	5
Votorantim	11,2	3

Taxa de Mortalidade Pós Neonatal, por mil nascidos vivos

média	4,5	
desvio padrão	1,7	0,85
max	7,0	
mín	1,4	
até	1,8 baixa	4
1,9	3,6 média-baixa	3
3,7	5,4 média	2
5,5	7,2 alta	1

		PNE
Assis	1,4	4
Diadema	7,0	1
Itu	6,3	1
Jundiaí	4,3	2
Mauá	5,0	2
Santos	5,0	2
São Caetano do Sul	3,7	2
São José dos Campos	3,8	2
São Vicente	6,9	1
Sertãozinho	3,6	3
Votorantim	3,1	3

Taxa de Mortalidade Perinatal, por mil nascidos vivos ou mortos

média	17,2	
desvio padrão	4,4	2,2
max	22,6	
mín	7,6	
6,0	10,4 baixa	4
10,5	14,9 baixa-média	3
15,0	19,4 média	2
19,5	23,9 alta	1

		PER
Assis	15,7	2
Diadema	16,9	2
Itu	16,3	2
Jundiaí	17,7	2
Mauá	22,6	1
Santos	18,9	2
São Caetano do Sul	18,7	2
São José dos Campos	21,0	1
São Vicente	22,1	1
Sertãozinho	11,8	3
Votorantim	7,6	4

Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte, por cem mil habitantes

média	18,7	
desvio padrão	6,7	3,35
max	35,0	
mín	13,0	
8,6	15,3 baixa	4
15,4	22,1 média	3
22,2	28,9 média-alta	2
29,0	35,7 alta	1

		ACI
Assis	35,0	1
Diadema	22,3	2
Itu	23,6	2
Jundiaí	15,1	4
Mauá	14,7	4
Santos	14,1	4
São Caetano do Sul	14,1	4
São José dos Campos	22,8	2
São Vicente	13,8	4
Sertãozinho	13,0	4
Votorantim	17,1	3

Taxa de Mortalidade por AIDS, por cem mil habitantes

média	14,3	
desvio padrão	6,3	3,15
max	31,6	
mín	8,2	
4,8	11,1 baixa	3
11,2	17,5 média	2
17,6	23,9 média-alta	*
24	30,3 alta	*
30,4 e +	extrema/e alta	1

* Classes com frequência igual a zero

		AID
Assis	8,2	3
Diadema	11,4	2
Itu	16,0	2
Jundiaí	10,4	3
Mauá	9,3	3
Santos	31,6	1
São Caetano do Sul	14,1	2
São José dos Campos	13,3	2
São Vicente	15,1	2
Sertãozinho	13,0	2
Votorantim	14,9	2

APÊNDICE 2

VARIÁVEIS E MODALIDADES – 2001

População/2001

média	263.379		
desvio padrão	158.339	79.170	
máx	550.762		
mín	88.535		
até	184.209	baixa	1
184.210	342.549	média	2
342.550	500.889	média alta	3
500.890		alta	4

		POP01
Assis	88.535	1
Diadema	362.663	3
Itu	138.741	1
Jundiaí	326.915	2
Mauá	371.475	3
Santos	417.817	3
São Caetano do Sul	138.993	1
São José dos Campos	550.762	4
São Vicente	306.860	2
Sertãozinho	96.605	1
Votorantim	97.808	1

Receita Disponível per capita

média	629,61		
desvio padrão	298,28	149,14	
máx	1.361,36		
mín	367,77		
	480,46	baixa	1
480,47	778,75	média	2
778,76	1.077,04	média alta	3
1077,05		alta	4

		REC
Assis	383,49	1
Diadema	508,26	2
Itu	504,23	2
Jundiaí	726,05	2
Mauá	437,44	1
Santos	831,48	3
São Caetano do Sul	1361,36	4
São José dos Campos	864,78	3
São Vicente	367,77	1
Sertãozinho	499,61	2
Votorantim	441,26	1

Gasto per capita do SUS c/ Recursos Municipais

média 114,27
 desvio padrão 40,46 20,23
 max 198,42
 mín 70,05

até 94,02 baixo 1
 94,03 134,50 médio-baixo 2
 134,51 174,97 médio 3
 175 alto 4

		GAS
Assis	70,05	1
Diadema	135,86	3
Itu	80,35	1
Jundiaí	119,50	2
Mauá	77,85	1
Santos	156,96	3
São Caetano do Sul	143,32	3
São José dos Campos	198,42	4
São Vicente	81,90	1
Sertãozinho	98,85	2
Votorantim	93,90	1

Transferência federal SUS per capita

média 62,26
 desvio padrão 27,34 13,67
 max 115,50
 mín 24,45

até 48,58 baixa 1
 48,59 75,93 média 2
 75,94 103,28 média alta 3
 103,29 e mais alta 4

		TRA
Assis	86,95	3
Diadema	53,55	2
Itu	24,45	1
Jundiaí	115,50	4
Mauá	52,21	2
Santos	98,60	3
São Caetano do Sul	64,15	2
São José dos Campos	59,77	2
São Vicente	41,68	1
Sertãozinho	44,62	1
Votorantim	43,35	1

Unidades Ambulatoriais por 1.000 hab.

média	0,18		
desvio padrão	0,09	0,05	
max	0,40		
mín	0,08		
até	0,13	baixa	1
0,14	0,23	média	2
0,25	0,34	média-alta	3
0,35		alta	4

		AMB
Assis	0,40	4
Diadema	0,09	1
Itu	0,22	2
Jundiaí	0,18	2
Mauá	0,08	1
Santos	0,22	2
São Caetano do Sul	0,19	2
São José dos Campos	0,14	2
São Vicente	0,10	1
Sertãozinho	0,13	1
Votorantim	0,28	3

Unidades Hospitalares por 1.000 habitantes

média	0,02		
desvio padrão	0,01		
max	0,04		
mín	0,00		

intervalo de classe de 0,02 = 2 desvios padrão

	0,00	baixa	1
0,01	0,03	média	2
0,04		alta	3

		HOS
Assis	0,03	2
Diadema	0,01	2
Itu	0,04	3
Jundiaí	0,01	2
Mauá	0,01	2
Santos	0,02	2
São Caetano do Sul	0,03	2
São José dos Campos	0,01	2
São Vicente	0,00	1
Sertãozinho	0,01	2
Votorantim	0,02	2

Leitos /1.000 habitantes

média	2,50	
desvio padrão	2,51	1,26
max	8,74	
mín	0,62	
até	1,24	baixo 1
1,25	3,76	médio 2
3,77	6,28	médio-alto 3
6,3		alto 4

* frequência igual a zero

		LEI
Assis	4,65	3
Diadema	1,24	1
Itu	8,74	4
Jundiaí	1,25	2
Mauá	0,90	1
Santos	4,69	3
São Caetano do Sul	1,28	2
São José dos Campos	1,88	2
São Vicente	0,62	1
Sertãozinho	1,23	1
Votorantim	1,04	1

Médicos por 1.000 hab.

média	1,20	
desvio padrão	0,33	0,16
max	1,91	
mín	0,81	
até	1,02	baixo 1
1,03	1,36	médio 2
1,37	1,70	médio-alto 3
1,71		alto 4

		MED
Assis	1,04	2
Diadema	1,22	2
Itu	0,81	1
Jundiaí	0,93	1
Mauá	0,84	1
Santos	1,44	3
São Caetano do Sul	1,43	3
São José dos Campos	1,39	3
São Vicente	0,99	1
Sertãozinho	1,20	2
Votorantim	1,91	4

Enfermeiros por 1.000 hab.

média	0,22	
desvio padrão	0,05	0,02
max	0,31	
mín	0,17	
	0,18	baixo 1
0,19	0,24	médio 2
0,25	0,30	médio-alto 3
0,31		alto 4

		ENF
Assis	0,20	2
Diadema	0,22	2
Itu	0,21	2
Jundiaí	0,18	1
Mauá	0,23	2
Santos	0,30	3
São Caetano do Sul	0,17	1
São José dos Campos	0,18	1
São Vicente	0,20	2
Sertãozinho	0,18	1
Votorantim	0,31	4

Taxa de Mortalidade Geral por 1.000 hab.

média	6,63	
desvio padrão	1,68	0,8
max	9,92	
mín	5,06	
até	5,6	baixa 3
5,7	7,4	média 2
7,5	9,2	média-alta *
9,3		alta 1

		MGE
Assis	7,2	2
Diadema	5,6	3
Itu	6,1	2
Jundiaí	6,5	2
Mauá	5,1	3
Santos	9,5	1
São Caetano do Sul	9,9	1
São José dos Campos	5,2	3
São Vicente	6,9	2
Sertãozinho	5,3	3
Votorantim	5,6	3

Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos

média	16,13	
desvio padrão	3,99	2
max	26,22	
mín	11,85	
	14,0 baixa	4
14,1	18,1 média	3
18,2	22,2 alta	2
22,3	extremamente alta	1

		MIN
Assis	11,9	4
Diadema	17,2	3
Itu	15,2	3
Jundiaí	15,6	3
Mauá	19,5	2
Santos	16,9	3
São Caetano do Sul	12,8	4
São José dos Campos	13,5	4
São Vicente	26,2	1
Sertãozinho	14,4	3
Votorantim	14,2	3

Taxa de Mortalidade Neonatal por 1.000 nascidos vivos

média	11,2	
desvio padrão	3,0	1,51
max	18,9	
mín	8,7	
até	9,6 baixa	4
9,7	12,7 média	3
12,8	15,8 média-alta	2
15,9	alta	1

		MNE
Assis	8,7	4
Diadema	12,1	3
Itu	9,5	4
Jundiaí	11,8	3
Mauá	14,0	2
Santos	10,8	3
São Caetano do Sul	10,3	3
São José dos Campos	9,4	4
São Vicente	18,9	1
Sertãozinho	9,2	4
Votorantim	8,9	4

Taxa de Mortalidade Pós Neonatal, por mil nascidos vivos

média	4,90	
desvio padrão	1,41	0,71
max	7,33	
mín	2,43	
até	2,6 baixa	5
2,7	4,1 média-baixa	4
4,2	5,6 média	3
5,7	7,1 alta	2
7,2	extremamente alta	1

		PNE
Assis	3,2	4
Diadema	5,1	3
Itu	5,8	2
Jundiaí	3,8	4
Mauá	5,6	3
Santos	6,1	2
São Caetano do Sul	2,4	5
São José dos Campos	4,1	4
São Vicente	7,3	1
Sertãozinho	5,2	3
Votorantim	5,3	3

Taxa de Mortalidade Perinatal, por mil nascidos vivos ou mortos

média	17,1	
desvio padrão	4,4	2,2
max	23,8	
mín	7,7	
	10,3 baixa	4
10,4	14,8 baixa-média	3
14,9	19,3 média	2
19,4	23,8 alta	1

		PER
Assis	14,9	2
Diadema	17,5	2
Itu	17,5	2
Jundiaí	16,4	2
Mauá	22,1	1
Santos	19,9	1
São Caetano do Sul	19,2	2
São José dos Campos	14,9	2
São Vicente	23,8	1
Sertãozinho	13,7	3
Votorantim	7,7	4

Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte, por cem mil habitantes

média	15,8	
desvio padrão	3,9	1,94
max	21,1	
mín	8,6	
	9,8 baixa	4
	9,9 13,8 média-baixa	3
	13,9 17,7 média	2
	17,8 alta	1

		ACI
Assis	19,26	1
Diadema	17,14	2
Itu	19,54	1
Jundiaí	18,68	1
Mauá	11,63	3
Santos	12,69	3
São Caetano do Sul	8,64	4
São José dos Campos	21,13	1
São Vicente	13,04	3
Sertãozinho	15,60	2
Votorantim	16,40	2

Taxa de Mortalidade por AIDS, por cem mil habitantes

média	13,4	
desvio padrão	6,1	3,04
max	27,5	
mín	6,0	
	até 10,3 baixa	4
	10,4 16,5 média	3
	16,6 22,7 média-alta	2
	22,8 e + alta	1

		AID
Assis	14,7	3
Diadema	6,0	4
Itu	14,5	3
Jundiaí	10,7	3
Mauá	8,9	4
Santos	27,5	1
São Caetano do Sul	17,3	2
São José dos Campos	9,8	4
São Vicente	18,6	2
Sertãozinho	8,3	4
Votorantim	11,3	3

APÊNDICE 3

EFICIÊNCIA TÉCNICA - BASE DE DADOS – 1995, 1997, 1999 e 2001

EFICIÊNCIA TÉCNICA - BASE DE DADOS - 1995, 1997, 1999 e 2001																	
1995	5 4 3 3 4 4 4 4 4 3 4 4 4 4 4																
	GRUPOS	POP95	REC	GAS	TRA	AMB	HOS	LEI	MED	ENF	MG E	MIN	MNE	PNE	PER	ACI	AID
Assis	1	1	1	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	4	2	3	4
Diadema	1	3	2	4	2	1	2	2	4	4	3	3	2	3	2	3	4
Itu	1	1	1	3	1	3	3	4	3	2	3	4	3	2	3	2	3
Jundiaí	1	2	2	3	3	1	2	2	1	2	3	4	3	3	2	2	3
Mauá	1	3	2	4	1	1	2	1	4	3	4	2	2	2	1	3	4
São Caetano do Sul	1	1	4	1	2	1	2	2	3	1	2	4	2	4	2	4	3
São José dos Campos	1	4	3	5	2	3	2	2	3	4	4	3	2	3	2	2	3
Sertãozinho	1	1	2	3	1	2	2	1	3	3	4	4	3	4	4	1	4
Votorantim	1	1	1	2	2	3	2	1	3	3	4	3	2	4	3	4	4
Santos	2	3	3	3	4	3	2	2	3	4	1	2	1	3	1	3	1
São Vicente	3	2	1	3	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	4	2

1997	4 4 3 3 3 4 3 3 3 5 5 4 4 4																
	GRUPOS	POP97	REC	GAS	TRA	AMB	HOS	LEI	MED	ENF	MG E	MIN	MNE	PNE	PER	ACI	AID
Assis	1	1	1	1	3	3	3	3	2	2	2	3	5	3	4	4	4
Jundiaí	1	2	2	2	4	2	2	2	1	2	2	2	3	4	4	3	4
Santos	1	3	3	2	3	3	2	2	4	3	1	2	2	4	3	3	1
São Caetano do Sul	1	1	4	1	3	2	2	1	2	1	1	2	3	4	3	4	2
Diadema	2	3	2	3	2	1	2	1	4	3	2	2	3	2	2	2	4
Itu	2	1	2	2	1	3	3	4	3	1	2	2	3	3	2	1	3
Mauá	2	3	2	3	1	1	2	1	4	2	3	2	3	3	3	4	4
São José dos Campos	2	4	2	4	2	1	2	2	3	3	3	3	3	5	3	1	3
Sertãozinho	2	1	2	2	1	2	2	1	4	1	3	3	4	3	3	2	3
Votorantim	2	1	1	2	1	3	2	2	4	3	3	3	4	3	5	3	4
São Vicente	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	4	2
1999	4 5 4 3 3 4 4 3 3 5 4 4 4 3																
	GRUPOS	POP99	REC	GAS	TRA	AMB	HOS	LEI	MED	ENF	MG E	MIN	MNE	PNE	PER	ACI	AID
Votorantim	1	1	1	3	2	3	2	1	4	3	2	3	3	3	4	3	2
Assis	2	1	1	1	4	4	2	3	2	2	2	3	4	4	2	1	3
Santos	2	3	3	4	4	4	2	3	3	4	1	1	2	2	2	4	1
Diadema	3	3	2	3	2	1	2	1	3	3	2	1	3	1	2	2	2
Itu	3	1	2	3	1	2	3	4	1	1	2	2	4	1	2	2	2
Jundiaí	3	2	2	4	5	2	2	2	1	1	2	2	3	2	2	4	3
Mauá	3	3	1	2	2	1	2	1	2	2	3	1	1	2	1	4	3
São Caetano do Sul	3	1	4	4	3	2	2	2	3	1	1	3	4	2	2	4	2
São José dos Campos	3	4	3	4	3	1	2	2	2	2	3	2	3	2	1	2	2
São Vicente	3	2	1	4	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	4	2
Sertãozinho	3	1	1	2	3	1	2	2	2	1	3	3	5	3	3	4	2
2001	4 4 4 3 4 4 4 3 4 4 5 4 4 4																
	GRUPOS	POP01	REC	GAS	TRA	AMB	HOS	LEI	MED	ENF	MG E	MIN	MNE	PNE	PER	ACI	AID
Assis	1	1	1	1	3	4	2	3	2	2	2	4	4	4	2	1	3
Itu	1	1	2	1	1	2	3	4	1	2	2	3	4	2	2	1	3
Jundiaí	1	2	2	2	4	2	2	2	1	1	2	3	3	4	2	1	3
Santos	1	3	3	3	3	2	2	3	3	3	1	3	3	2	1	3	1
São Caetano do Sul	1	1	4	3	2	2	2	2	3	1	1	4	3	5	2	4	2
São José dos Campos	1	4	3	4	2	2	2	2	3	1	3	4	4	4	2	1	4
Diadema	2	3	2	3	2	1	2	1	2	2	3	3	3	3	2	2	4
Mauá	2	3	1	1	2	1	2	1	1	2	3	2	2	3	1	3	4
Sertãozinho	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	3	3	4	3	3	2	4
Votorantim	2	1	1	1	1	3	2	1	4	4	3	3	4	3	4	2	3
São Vicente	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	3	2

APÊNDICE 4
EFICIÊNCIA SOCIAL - VARIÁVEIS E MODALIDADES

3

	Conferências Realizadas					
	1995	1997	1999	Dif 99-95	comporta/o	código
Assis	2	3	4	2	pleno	3
Diadema	2	3	4	2	pleno	3
Itu	0	1	1	1	parcial	2
Jundiaí	3	4	5	2	pleno	3
Mauá	1	2	3	2	pleno	3
Santos	3	4	5	2	pleno	3
S.Caetano do Sul	0	1	1	1	parcial	2
S.José dos Campos	3	4	5	2	pleno	3
São Vicente	2	3	4	2	pleno	3
Sertãozinho	0	0	0	0	n cumpriu	1
Votorantim	0	0	1	1	parcial	2

CONF

1 = 0,000
 2 = 0,500
 3 = 1,000

3

	Nº total de Conselheiros				
	1995	1997	1999	comporta/o	código
Assis	18	18	18	est	2
Diadema	13	13	11	decresc	1
Itu	20	20	20	est	2
Jundiaí	27	27	20	decresc	1
Mauá	42	42	42	est	2
Santos	40	40	44	cresc	3
S.Caetano do Sul	12	12	12	est	2
S.José dos Campos	28	28	22	decresc	1
São Vicente	34	34	20	decresc	1
Sertãozinho	20	20	20	est	2
Votorantim	10	10	10	est	2

CONS

1 = 0,000
 2 = 0,500
 3 = 1,000

3

	Nº representantes de usuários			comporta/o	código
	1995	1997	1999		
Assis	9	9	9	est	2
Diadema	6	6	5	decresc	1
Itu	10	10	10	est	2
Jundiaí	13	13	10	decresc	1
Mauá	21	21	21	est	2
Santos	20	20	22	cresc	3
S.Caetano do Sul	6	6	6	est	2
S.José dos Campos	14	14	11	decresc	1
São Vicente	8	8	10	cresc	3
Sertãozinho	9	9	8	decresc	1
Votorantim	5	5	5	est	2

USU

1 = 0,000

2 = 0,500

3 = 1,000

3

	Paridade dos Usuários no CMS				
	1995	1997	1999	comporta/o	código
Assis	Sim	Sim	Sim	est +	3
Diadema	Não	Não	Não	est -	1
Itu	Sim	Sim	Sim	est +	3
Jundiaí	Não	Não	Sim	melhora	2
Mauá	Sim	Sim	Sim	est +	3
Santos	Sim	Sim	Sim	est +	3
S.Caetano do Sul	Sim	Sim	Sim	est +	3
S.José dos Campos	Sim	Sim	Sim	est +	3
São Vicente	Não	Não	Sim	melhora	2
Sertãozinho	Não	Não	Não	est -	1
Votorantim	Sim	Sim	Sim	est +	3

PARI

1 = 0,000

2 = 0,500

3 = 1,000

3

	Usuarios Eleitos Assoc.Morad CMS				
	1995	1997	1999	comporta/o	código
Assis	Sim	Sim	Sim	est +	3
Diadema	Sim	Sim	Não	piora	2
Itu	Sim	Sim	sim	est +	3
Jundiaí	Sim	Sim	Sim	est +	3
Mauá	Não	Não	Não	est -	1
Santos	Sim	Sim	Sim	est +	3
S.Caetano do Sul	Sim	Sim	Sim	est +	3
S.José dos Campos	Sim	Sim	Sim	est +	3
São Vicente	Sim	Sim	Não	piora	2
Sertãozinho	Sim	Sim	Sim	est +	3
Votorantim	Sim	Sim	Sim	est +	3

ASSM

1 = 0,000

2 = 0,500

3 = 1,000

3

	Usuar. Eleitos Movim.Comunitários CMS				
	1995	1997	1999	comporta/o	código
Assis	Não	Não	Não	est -	1
Diadema	Não	Não	Não	est -	1
Itu	Sim	Sim	Sim	est +	3
Jundiaí	Sim	Sim	Sim	est +	3
Mauá	Sim	Sim	Sim	est +	3
Santos	Sim	Sim	Sim	est +	3
S.Caetano do Sul	Sim	Sim	Não	piora	2
S.José dos Campos	Sim	Sim	Sim	est +	3
São Vicente	Sim	Sim	Sim	est +	3
Sertãozinho	Não	Não	Não	est -	1
Votorantim	Sim	Sim	Sim	est +	3

IES de MCOM

1 = 0,000

2 = 0,500

3 = 1,000

3

	Usuar.Eleitos por Sindicato CMS				
	1995	1997	1999	comporta/o	código
Assis	Sim	Sim	Sim	est +	3
Diadema	Sim	Sim	Não	piora	2
Itu	Sim	Sim	Sim	est +	3
Jundiaí	Sim	Sim	Não	piora	2
Mauá	Não	Não	Não	est -	1
Santos	Sim	Sim	Sim	est +	3
S.Caetano do Sul	Sim	Sim	Sim	est +	3
S.José dos Campos	Sim	Sim	Sim	est +	3
São Vicente	Sim	Sim	Sim	est +	3
Sertãozinho	Sim	Sim	Sim	est +	3
Votorantim	Sim	Sim	Não	piora	2

SIND

1 = 0,000

2 = 0,500

3 = 1,000

3

	Usuar.Ele.AssocDefesa Consumidor				
	1995	1997	1999	comporta/o	código
Assis	Não	Não	Não	est -	1
Diadema	Não	Não	Não	est -	1
Itu	Sim	Sim	Sim	est +	3
Jundiaí	Não	Não	Não	est -	1
Mauá	Não	Não	Não	est -	1
Santos	Não	Não	Não	est -	1
S.Caetano do Sul	Não	Não	Não	est -	1
S.José dos Campos	Não	Não	Sim	melhora	2
São Vicente	Não	Não	Sim	melhora	2
Sertãozinho	Não	Não	Não	est -	1
Votorantim	Não	Não	Não	est -	1

ADC

1 = 0,000

2 = 0,500

3 = 1,000

2

	Usu.El.PortDefici.Doenças Crônicas				
	1995	1997	1999	comporta/o	código
Assis	Sim	Sim	Sim	est +	2
Diadema	Não	Não	Não	est -	1
Itu	Sim	Sim	Sim	est +	2
Jundiaí	Sim	Sim	Sim	est +	2
Mauá	Não	Não	Não	est -	1
Santos	Sim	Sim	Sim	est +	2
S.Caetano do Sul	Sim	Sim	Sim	est +	2
S.José dos Campos	Sim	Sim	Sim	est +	2
São Vicente	Sim	Sim	Sim	est +	2
Sertãozinho	Sim	Sim	Sim	est +	2
Votorantim	Não	Não	Não	est -	1

DDC

1 = 0,000

2 = 1,000

4

	Us.El.Organiz.Religiosa				
	1995	1997	1999	comporta/o	código
Assis	Não	Não	Não	est -	1
Diadema	Não	Não	Não	est -	1
Itu	Sim	Sim	Sim	est +	4
Jundiaí	Sim	Sim	Sim	est +	4
Mauá	Não	Não	Não	est -	1
Santos	Sim	Sim	Sim	est +	4
S.Caetano do Sul	Não	Não	Não	est -	1
S.José dos Campos	Sim	Sim	Sim	est +	4
São Vicente	Sim	Sim	Não	piora	2
Sertãozinho	Não	Não	Não	est -	1
Votorantim	Não	Não	Sim	melhora	3

OREL

1 = 0,000

2 = 0,333

3 = 0,666

4 = 1,000

APÊNDICE 5
QUESTIONÁRIO GESTÃO ORÇAMENTÁRIO-FINANCEIRA

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSIS

PESQUISA SOBRE
GESTÃO ORÇAMENTÁRIO-FINANCEIRA, RECURSOS MATERIAIS
E HUMANOS

2003

Local: ASSIS

Data:

Bloco A – Informações da Secretaria

Nome da Secretaria	
Município	
Endereço	
Gestor / Responsável	
Cargo / Função	
Telefone	
e-mail	

Bloco B - Planejamento e Orçamento**B.1 –Planejamento – Exercício de 2002**

a - Identifique os principais documentos resultantes do processo de planejamento.	1- 2- 3- 4- 5-
b – Quais são os principais dados/ informações utilizados para a definição dos programas e prioridades de saúde? Marque até 3 (três) alternativas.	☐ Levantamento de problemas/ potencialidades (diagnóstico) elaborado pelos técnicos da secretaria; ☐ Levantamento de problemas/ potencialidades (diagnóstico) a partir das demandas/necessidades da com Secretaria; ☐ Histórico dos anos anteriores ☐ Atendimento às definições do chefe do executivo ☐ Atendimento às políticas/programas do Ministério da Saúde; ☐ Atendimento às demandas do Conselho de Saúde. ☐ Outros: _____
c – Quais os programas prioritários em 2002?	1 – 2 – 3 – 4 -
d – Quais as ações consideradas prioritárias em 2002?	1 – 2 – 3 – 4 – 5 -
e - Quais foram os programas / ações prioritários da gestão 2002, citados na pergunta anterior, que integram a Agenda Municipal / Estadual de Saúde e o Plano Municipal / Estadual de Saúde?	1 - 2 - _____ 3 - _____ 4 - _____
f - Cite algum programa ou ação que seja prioritário na gestão 2002 e que não tenha sido contemplado na Agenda Municipal /Estadual de Saúde e no Plano Municipal /Estadual de Saúde. Identifique os motivos que levaram o município /estado a não contemplá-lo (s) na Agenda e nos Planos Municipais /Estaduais?	1 – _____ 2 - _____ 3 - _____ 4 - _____

g – Quais são os principais problemas enfrentados no processo de planejamento? Cite até 3 (três).	☐ Ausência de instrumentos locais para identificação dos problemas/potencialidades do município/estado; ☐ Prazos curtos para elaboração do Plano; ☐ Baixa comunicação entre a Secretaria e a população; ☐ Adoção de programas/prioridades do Ministério da Saúde, dificultando a definição de programas/prioridades em nível local/regional; ☐ Ações/programas desarticulados devido às contribuições fragmentadas de áreas da Secretaria de Saúde; ☐ Ausência de participação da Secretaria; ☐ Outros _____ _____

B.2– Orçamento – exercício 2002

B.2.1 – Informe as datas/prazos para cada fase do processo orçamentário em seu estado / município

Instrumentos Orçamentários	Legislativo			Conselho de Saúde
	Data limite prevista p/ o envio ao Legislativo	Data real do envio ao Legislativo	Data de aprovação pelo Legislativo	Aprovação (marque com X)
Plano Plurianual – PPA (estados 2000, municípios 2002)				
Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO - 2002				
Lei Orçamentária Anual – LOA - 2002				

B.2.2 – Definição do Orçamento 2002

a – Quais as fontes de informações utilizadas para a elaboração do orçamento?	☐ Agenda de Saúde ☐ Orçamento ano anterior ☐ Séries históricas ☐ Plano de Saúde ☐ Outra - identificar: _____ _____

B.2.3 – Análise do Orçamento

a - É possível identificar os programas /ações prioritários da gestão 2002 (<i>bloco B1</i>) na estrutura do Orçamento? Explique como ou cite exemplos / programas e qual o valor alocado	
b - Caso algum programa/ação prioritário da gestão 2002 não tiver sido contemplado no Orçamento, explique qual foi a razão que levaram o município /estado a tal decisão?	☐ Falta de disponibilidade orçamentária; ☐ Garantia de manutenção da mesma estrutura do orçamento do ano anterior; ☐ Evitar a fragmentação dos recursos quando da execução orçamentária, mantendo o orçamento em itens agregados/gerais; ☐ Determinação do chefe do executivo ☐ Outros. _____ _____

c – Identifique os principais problemas enfrentados no processo de elaboração do Orçamento 2002. Cite até 3 (três).	☐ Falta de acesso às fontes dos dados sobre receita e despesa do governo em geral; ☐ Falta de parâmetros para o custo dos serviços; ☐ Centralização das informações em nível da Secretaria de Finanças/Planejamento; ☐ Centralização das informações em nível da área orçamentária/contábil da secretaria de saúde; ☐ Dificuldade em alterar os valores dispostos no orçamento anterior; ☐ Permissão para somente incrementar os valores já dispostos no orçamento anterior; ☐ Ausência de comunicação entre a área de planejamento e orçamentária/contábil ☐ Outros: _____

B.3 – Execução orçamentária – exercício 2002

B.3.1 – Identifique o setor responsável em cada etapa do fluxo da execução orçamentário-financeira para cada tipo de recurso listado abaixo.

Tipo de Recurso	Setor responsável				
	Programação/ Reserva Recursos	Licitação	Empenho	Liquidação	Pagamento
a – Transferência fundo a fundo a.1 – Intra-governamental (mesma esfera de governo) a.2 – Inter-governamental (de uma esfera de governo para outra)					
b) Transferência de recursos de convênios					
c) Recursos do Tesouro					

B.3.2 – Informe o valor dos recursos recebidos/ repassados por meio dos Fundos de Saúde

Fundo	2000	2001	2002
Serviços prestados recebidos Fundo a Fundo			
Transferências recebidas Fundo a Fundo			
Convênios recebidos Fundo a Fundo			
Recursos próprios repassados ao Fundo Estadual/Municipal			

B.3.3 – Indique e explique os problemas mais frequentes (até três) que ocorrerem em cada etapa da execução orçamentário-financeira.

a - Modificações da dotação inicial (suplementações, cortes, contingenciamentos e congelamentos)	
b - Programação e reserva do recurso	
c – Licitação	
d – Empenho	
e - Liquidação	
f – Pagamento	

B.3.4 – Indique os problemas mais frequentes (até três) que ocorrerem na execução orçamentário-financeira, de acordo com a fonte dos recursos.

Recursos transferidos para o Fundo Municipal/Estadual de Saúde	
a - Liberação dos recursos (ex: atrasos, etc)	
b - Redução do volume de recursos (cortes e /ou contingenciamentos)	
c – Diferença entre os recursos programados e executados	
Tesouro:	
d - Liberação dos recursos (ex: atrasos, etc)	
e - Redução do volume de recursos (cortes e /ou contingenciamentos)	
f - Diferença entre os recursos programados e executados	

B.4 - Controle da Execução Orçamentário-financeira – exercício 2002

a – Quais são os principais documentos/instrumentos utilizados no acompanhamento e controle da execução orçamentária?	1- _____ finalidade: 2- _____ finalidade: 3- _____ finalidade: 4- _____ finalidade:
b – Indique até 3 (três) problemas que dificultam o acompanhamento e controle da execução orçamentária.	☐ Insuficiência de recursos humanos qualificados; ☐ Dados agregados não permitem o acompanhamento sistemático da execução; ☐ Dados em linguagem estritamente contábil, dificultando o entendimento para não especialistas; ☐ Dados apenas quantitativos/financeiros, sem relação com os programas / ações planejadas; ☐ Dados com periodicidade defasada; ☐ Ausência de dados sobre a despesa paga; ☐ Outros: _____

B.5 – Prestação de Contas – exercício 2002

B.5.1 – Processo de prestação de contas

a - Quais os principais documentos / instrumentos utilizados, para onde eles são encaminhados e qual sua periodicidade?	1 - _____ para: _____ period: 2 - _____ para: _____ period: 3 - _____ para: _____ period:
b – Essa prestação de contas é utilizada internamente para avaliação de gestão ou resultados?	☐ Sim – explique: ☐ Não - explique

Nota: assinale no campo periodicidade: M – mensal; T – trimestral; S – semestral; A anual, N nenhuma das anteriores.

B.5.2 - Relatório de Gestão:

a - Relacione os programas /ações prioritários da gestão 2002 (citados na pergunta B.1 do bloco planejamento) analisados no Relatório de Gestão	1 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 4 - _____ 5 - _____ 6 - _____
b - Caso algum programa /ação prioritário não tenha sido contemplado no Relatório de Gestão, explique as razões que levaram o município /estado a tal decisão?	☐ Relatório de Gestão geral, sem detalhamento por programa / ação; ☐ Estrutura do Relatório de Gestão igual ao ano anterior; ☐ Determinação do secretário (a) para não apresentar os programas / ação prioritários; ☐ Esquecimento da equipe que elaborou o Relatório de Gestão; ☐ Outros: _____
c - Quais são as principais limitações do relatório de Gestão?	☐ É um documento formal sem utilidade real ☐ Não permite uma avaliação real do desempenho e realizações da instituição – explique porque ☐ Não relaciona os resultados alcançados com os objetivos e metas definidas no Plano/Agenda de Saúde ☐ Trata os resultados quantitativos (quantidade de serviços, programas etc,) de maneira dissociada dos resultados financeiros ☐ Outro – identificar: _____

B.6 – Auditoria, Controle e Avaliação

a - Existe na sua secretaria um departamento /órgão que execute a auditoria, o controle e a avaliação em saúde?	☐ Sim, qual: Coordenadoria do Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria ☐ Não
b – Se existe, a quem esse departamento /órgão está subordinado?	
c – Se existe, quantas pessoas trabalham nessa Secretaria? (informar por cargo e formação)	☐ Contadores e economistas: ☐ Médicos: ☐ Outros profissionais de saúde: ☐ Outros:
d - Quais são as principais atribuições dessa Secretaria?	
e – Identifique 3 (três) principais problemas na área de Auditoria, Controle e Avaliação.	☐ Falta de instrumentos efetivos para o exercício das funções de auditoria, controle e avaliação; ☐ Falta de auditores; ☐ Insuficiente qualificação/treinamento; ☐ Falta de infra-estrutura apropriada; ☐ Inexistência da função de auditor no quadro de servidores; ☐ Foco restrito à auditoria médica (AIH) e não ao acompanhamento da efetividade do gasto; ☐ Resistência dos profissionais da máquina burocrática quanto ao papel da auditoria; ☐ Inexistência de controle na “ponta” dos serviços; ☐ Falta de avaliação que estabeleça a relação entre gasto efetivo e ação realizada; ☐ Outros: _____

C.9 Despesa com adiantamento e pronto-pagamento

a – A Secretaria faz uso regular de verba de adiantamento/pronto pagamento/ suplementação?	☐ Sim ☐ Não
b – Informe o valor anual e a quantidade de pessoas que recebem esta verba	Valor anual: Quantidade de pessoas: _____
c – Quais são as principais utilizações dessa verba?	☐ Compra de emergência de medicamentos ☐ Compra de emergência (outros materiais) ☐ Compra de materiais de pequeno valor ☐ Contratação de serviços de emergência ☐ Contratação de serviços pequenos ☐ Pagamento de diárias e transporte
d – Como é controlada essa verba de pronto pagamento?	☐ Legislação específica ☐ Livro-caixa ☐ Controle informal ☐ Outro – identifique: _____ ☐ Não há controle efetivo

Seção D – Compras e Controle de Materiais e Medicamentos**D 1 –Processo de compras e licitação – exercício 2002**

a - Quem tem autoridade para autorizar a compra de materiais e medicamentos destinados às Secretarias de saúde?	☐ Secretaria de Saúde ☐ Outra secretaria ☐ Secretarias de saúde ☐ Outra:
b - Quem tem autoridade para autorizar contratação de serviços destinados às Secretarias de saúde?	☐ Secretaria de Saúde ☐ Outra secretaria ☐ Secretarias de saúde ☐ Outra:
c - Quem tem autoridade para autorizar compras de equipamentos?	☐ Secretaria de Saúde ☐ Outra secretaria ☐ Secretarias de saúde ☐ Outra:
d – Quem realiza a compra ou contratação?	☐ Secretaria de Saúde ☐ Outra secretaria ☐ Secretarias de saúde ☐ Outra:
e – Existe padronização para medicamentos e materiais de consumo e/ou permanente?	☐ Sim ☐ Não
f – O controle do recebimento de bens e serviços é realizado de acordo com a padronização de produtos?	☐ Sim: ☐ Não, Como é realizado:

g - Nos 3 últimos processos de compra e contratação, quais foram as datas/prazos médios de cada etapa no processo de compra? Registre no Quadro abaixo

	Compra 1	Compra 2	Compra 3	Contrato 1	Contrato 2	Contrato 3
Objeto						
Valor (em mil R\$)						
Modalidade compra (direta, concorrência..)						
Solicitado pelo setor	__/__/__					
Reserva	__/__/__					
Compra / Licitação	__/__/__					
Empenho	__/__/__					
Entrega	__/__/__					
Liquidação / Pagto	__/__/__					

h – Se houve atrasos nas licitações realizadas (referir-se em particular às do Quadro anterior) qual foi o impacto no funcionamento das Secretarias de Saúde?	Cite os três principais impactos ocorridos nos últimos seis meses _____ _____ _____
i – Estes atrasos ocorrem mais freqüentemente em relação a:	☐ Materiais gerais ☐ Materiais médico-hospitalares ☐ Medicamentos ☐ Serviços de manutenção ☐ Outros serviços
j – Na maioria das vezes, o que é feito quando ocorrem esses atrasos?	☐ Remanejamento de outra Secretaria ☐ Dispensa de licitação ☐ Compra de emergência ☐ Suspensão do serviço até resolução ☐ Outro: _____
k – Qual o número e valor total de compras e contratações realizadas em 2002 por modalidade	Compra direta: Qtde:____ R\$: _____ Convite: Qtde:____ R\$: _____ Tomada preços: Qtde:____ R\$: _____ Concorrência: Qtde:____ R\$: _____ Outra: Qtde:____ R\$: _____
l – Quais foram os motivos para realização das compras com dispensa de licitação?	☐ Ordem judicial ☐ Atraso nas licitações/emergência ☐ Falta de planejamento ☐ Anulação de licitação anterior ☐ Necessidade imprevista ☐ Outro - identifique:
m – Os contratos de prestação de serviços são gerenciados considerando(assinale):	☐ Metas quantitativas e prazos ☐ Metas quantitativas, qualitativas e prazos ☐ Indicadores de qualidade ☐ Sanções pelo descumprimento de cláusulas contratuais ☐ Revisão e atualização dos termos do contrato periodicamente

D 2 – Controle do Estoque

a – Qual o setor responsável pelo controle do estoque (almoxarifado e farmácia)?	☐ Almoxarifado central da Secretaria ☐ Vários almoxarifados descentralizados ☐ Almoxarifado central em outro órgão ☐ Outro: _____
b – Informe o número de itens e o valor em 31/12/02 dos materiais armazenados na Secretaria?	1- Materiais gerais: Itens: _____ Valor: _____ 2- Materiais médico-hospitalares: Itens: _____ Valor: _____ 3- Medicamentos Itens: _____ Valor: _____
c – A área física reúne as condições mínimas necessárias para o armazenamento desses materiais?	☐ Sim ☐ Não, informe os problemas principais: espaço e divisão do espaço _____
d – É realizado regularmente um inventário físico do estoque?	☐ Não ☐ Sim, com que frequência: ☐ mensal ☐ trimestral ☐ semestral ☐ anual ☐ Data última contagem: _____
e – O controle de estoque está informatizado?	☐ Sim ☐ Não
f – Como é realizada a distribuição de materiais e medicamentos?	☐ Formulário de requisição pelo setor ☐ Distribuição regular automática ☐ Solicitação informal (telefone, etc) ☐ Outro, informe: planilha com estoque mínimo
g – Existe uma rotina de acompanhamento da validade dos materiais em estoque?	☐ Sim – explique: visita do farmacêutico e responsável pelo almoxarifado a cada 15 dias nas UBS ☐ Não
h – No último ano o que foi feito com os medicamentos com prazo de validade vencido?	☐ Devolução: Valor R\$ _____ ☐ Incineração: Valor R\$ _____ ☐ Devolução à origem: Valor: R\$ _____ ☐ Outro: _____ Valor R\$ _____
i – No último inventário quais foram as diferenças detectadas entre quantidade registrada no controle de estoque (contábil) e na contagem física?	☐ Materiais gerais Qtde: _____ Valor: _____ ☐ Mat. Médico-hospitalares Qtde: _____ Valor: _____ ☐ Medicamentos Qtde: _____ Valor: _____
j – Em função destas diferenças quais foram as medidas tomadas?	☐ Inquérito administrativo ☐ Revisão do processo ☐ Outro: _____
k – Existem doações de bens transferidos pelo governo federal / estadual? (indicar volume e valor)	Medicamentos: ☐ Sim ☐ Não Volume: _____ Valor: _____ Outros materiais: ☐ Sim ☐ Não

Seção E – Equipamentos e Instalações**E 1 – Parque de equipamentos**

Equipamento	Quantidade de equipamentos	Status	Taxa de Uso*	Problemas nos últimos 6 meses
Radiologia	Próprios: ____ Contrat: ____	☐ Atende completamente ☐ Atende parcialmente ☐ Não atende		☐ Quebra ☐ Falta materiais ☐ Outro:
Ressonância magnética	Próprios: ____ Contrat: ____	☐ Atende completamente ☐ Atende parcialmente ☐ Não atende		☐ Quebra ☐ Falta materiais ☐ Outro:
Ultra-sonografia	Próprios: ____ Contrat: ____	☐ Atende completamente ☐ Atende parcialmente ☐ Não atende		☐ Quebra ☐ Falta materiais ☐ Outro:
Tomografia	Próprios: ____ Contrat: ____	☐ Atende completamente ☐ Atende parcialmente ☐ Não atende		☐ Quebra ☐ Falta materiais ☐ Outro:
Laboratório / Anal. Clínica	Próprios: ____ Contrat: ____	☐ Atende completamente ☐ Atende parcialmente ☐ Não atende		☐ Quebra ☐ Falta materiais ☐ Outro:
Outro	Próprios: ____ Endoscopia ____ Lab. Papanicolau	☐ Atende completamente ☐ Atende parcialmente ☐ Não atende		☐ Quebra ☐ Falta materiais ☐ Outro: falta de profissionais

* Quantidade produzida no ano/capacidade

E 2 - Manutenção

a – Quais os programas de manutenção empregados	☐ Manutenção preventiva ☐ Manutenção corretiva ☐ Nenhum
b – Quais os principais problemas do parque de equipamentos?	☐ Obsolescência ☐ Indisponibilidade por quebras frequentes ☐ Outro: _____
c - Quais as taxas de:	☐ Disponibilidade - ____ ☐ Uso –
d - Qual o valor contábil do parque?	R\$:

Seção F – Recursos Humanos**F.1 - FUNÇÃO DE RECURSOS HUMANOS**

a - Existe um departamento ou setor de RH na Secretaria?	☐ Sim ☐ Não
b - Quem é responsável pelo pagamento dos salários?	☐ Secretaria de Saúde ☐ Outra Secretaria – especificar: Fazenda ☐ Outro - especificar: _____
c - Quem é responsável e /ou aprova a contratação de pessoal?	☐ Departamento/setor de RH da Secretaria ☐ Departamento de RH centralizado ☐ Outro (especificar):
d - Quem é responsável e /ou aprova o desenvolvimento e treinamento de pessoal?	☐ Departamento/setor de RH da Secretaria ☐ Departamento de RH centralizado ☐ Outro (especificar):
e - Quem é responsável e /ou aprova a demissão de pessoal?	☐ Departamento/setor de RH da Secretaria ☐ Departamento de RH centralizado ☐ Outro (especificar):

f – Nos últimos seis meses ocorreram atrasos no pagamento de salários?	☐ Não ☐ Sim – quantos funcionários: ____ Por quanto tempo: _____
g – Nos últimos seis meses quantos funcionários participaram de programas de treinamento?	Horas totais: 60hs Valor Total:
h – Esses treinamentos foram solicitados ?	☐ Não. R\$: _____ ☐ Sim. R\$: _____
j – Quais os principais problemas com pessoal	☐ Absenteísmo – Taxa: _____ ☐ Não cumprimento da jornada de trabalho - Taxa _____ ☐ Funcionários emprestados a outros órgãos – Quantidade: _____ ☐ Funcionários emprestados de outros órgãos Quantidade: _____ ☐ Funcionários de vários regimes (funcionalismo do Estado/ Município, CLT, Cooperativas, outros níveis de governo, outros) ☐ Funcionários afastados – Qtde: _____ ☐ Baixa qualificação - especificar _____ ☐ Baixa produtividade – exemplificar/especificar _____ ☐ Insuficiência ou excesso do quadro – identificar áreas/categorias específicas e qtde __Falta de técnicos na enfermagem__ ☐ Outros: _____
k – É possível remanejar os funcionários para diferentes funções e com que frequências são realizadas?	☐ Não ☐ Sim, Quem autoriza: _____ frequência: _____ funções: _____
l – Existem mecanismos de avaliação de desempenho de pessoal?	☐ Não. ☐ Sim. Quais: _____

F2 - Informe a quantidade de pessoal existente nas seguintes categorias por jornada*:

	Jornada	Servidores	Terceirizados	Disponibilizados por outros (1)
a - Médico				
b - Enfermeiro Diplomado				
c - Técnico/auxiliar de enfermagem				
d - Farmacêutico				
e – Outros profissionais de saúde de nível superior				
f – Técnicos de SADT				
g - Outros profissionais de apoio técnico				
h- Pessoal administrativo – nível superior				
i- Pessoal administrativo – nível médio				

j- Pessoal de serviços gerais				
k- Total de Pessoal				

* Jornada é a carga horária contratada por semana. (1) Identificar outros níveis de governo

APÊNDICE 6
QUESTIONÁRIO AO GESTOR

***PESQUISA: O PAPEL E AS CONSEQÜÊNCIAS DOS INCENTIVOS COMO
ESTRATÉGIA DE FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE***

Estamos realizando uma pesquisa sobre o “Papel e as Conseqüências dos Incentivos como Estratégia de Financiamento das Ações de Saúde”.

Para isso estamos contando com sua colaboração, respondendo as perguntas relacionadas abaixo.

Desde logo agradecemos e informarmos que os resultados da pesquisa serão posteriormente encaminhados à sua Secretaria.

Contamos com sua atenção.

Agradecemos antecipadamente.

Áquilas Mendes.

Coordenador

Enviar para:

aquilasn@uol.com.br

PERGUNTAS PARA O SECRETÁRIO DE SAÚDE:

1 – Cite até 8 programas/ações que eram prioritários no período anterior à sua gestão (1998/2000)?

Na Atenção Básica

- 1 –
- 2 –
- 3 –
- 4 –

Na Média e Alta Complexidade

- 1 –
- 2 –
- 3 –
- 4 –

2 – Cite até 8 programas/ações que constituem prioridade na sua gestão (a partir de 2001)?

Na Atenção Básica

- 1 –
- 2 –
- 3 –
- 4 –
- 5 -
- 6 -
- 7 –
- 8 -

Na Média e Alta Complexidade

1 –

2 –

3 –

4 –

3 – Quais dos programas/ações prioritários de sua gestão, listados anteriormente, fazem parte da Agenda Municipal de Saúde e do Plano Municipal de Saúde dos exercícios 2001 e 2002?

4 – Caso algum programa/ação prioritário de sua gestão não tenha sido contemplado na Agenda Municipal de Saúde e do Plano Municipal de Saúde; explique quais foram as razões que levaram o município a considerá-lo como essencial?

5 - O (s) programa (s) /ação (ões) mencionados na pergunta anterior (pergunta 4) foi (foram) discutidos e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde? E, qual o nível de participação do CMS?

6– Grosso modo, indique, preenchendo a tabela abaixo, a importância relativa (%) dos recursos federais, estaduais e municipais no financiamento dos programas/ações prioritários listados na pergunta 2 acima.

Programas/Ações / Fontes	Federal	Estadual	Municipal	Outras Fontes	Total
Na Atenção Básica					
1 -PSF					
2 -					
3 -					
4 -					
Na Média e Alta Complexidade					
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
Exemplo: PSF	60%	-	40%	-	100%

7 – Descreva como foi o processo de definição dos programas/ações considerados prioritários em sua gestão?

8 – Algum dos programas/ações foram alçados a prioritários em razão da existência dos incentivos do Ministério da Saúde? Quais?

9 – Qual a sua opinião sobre os incentivos financeiros através do PAB variável?

10 – Alguns gestores consideram que a ênfase do governo federal no PSF faz parte de uma estratégia para constituir um novo modelo de atenção à saúde em nível dos municípios. Qual sua opinião sobre isso?

11 – No tocante ao financiamento do PSF:

- a) Cite as vantagens e desvantagens dos critérios atualmente adotados para a transferência de recursos do governo federal para o PSF.

Vantagens

Desvantagens

- b) O volume de recursos transferidos pelo governo federal para o PSF é suficiente? Porque?
- c) No seu entender, os recursos federais para o PSF deveriam levar em conta o porte populacional de modo a diferenciar os municípios pequenos, médios e grandes? Além disso, deveriam ser incorporados outros critérios?

12 – Nos últimos anos, o governo federal tem priorizado a Atenção Básica em relação aos demais níveis da Assistência à Saúde. Na sua opinião, essa priorização está comprometendo o preceito da integralidade?

13 – A sistemática de transferência de recursos através da realização de campanhas de combate ao câncer de colo uterino, transplantes, cirurgia de catarata, cirurgia de mama e hipertensão, entre outras, facilita ou não a execução da política de saúde local?

Cite as vantagens e as desvantagens.

Vantagens

Desvantagens

14 – Na sua opinião, quais deveriam ser os critérios e a sistemática da transferência de recursos do governo federal para os municípios?

15 - Acrescente outras observações gerais que considerar importante.

APÊNDICE 7
QUESTIONÁRIO AO GESTOR DO FMS

***PESQUISA: O PAPEL E AS CONSEQÜÊNCIAS DOS INCENTIVOS COMO
ESTRATÉGIA DE FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE***

Caro Gestor do Fundo Municipal de Saúde,

Estamos realizando uma pesquisa com alguns municípios no Brasil sobre o “Papel e as Conseqüências dos Incentivos como Estratégia de Financiamento das Ações de Saúde”.

Para isso estamos contando com sua colaboração, respondendo as perguntas relacionadas abaixo.

Desde logo agradecemos e informarmos que os resultados da pesquisa serão posteriormente encaminhados à sua Secretaria.

Contamos com sua atenção.

Agradecemos antecipadamente.

Áquilas Mendes.

Coordenador

Enviar para:

aquilasn@uol.com.br

**PERGUNTAS PARA O GESTOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E/OU
COORDENADOR/DIRETOR ORÇAMENTÁRIO FINANCEIRO DA SECRETARIA
DE SAÚDE:**

***QUESTÕES SOBRE O PAPEL E AS CONSEQÜÊNCIAS DOS
INCENTIVOS COMO ESTRATÉGIA DE FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE
SAÚDE***

1 – Em que medida as transferências de recursos do governo federal para o município, através dos incentivos financeiros (contas bancárias abertas no Banco do Brasil) reorientam os programas/ações da Secretaria de Saúde?

2 – Na sua opinião, como vem sendo o acompanhamento e a gestão dos recursos transferidos pelo governo federal?

3 – Quais os problemas que a SMS enfrenta na execução financeira das transferências de recursos do governo federal para a operacionalização de seus programas/ações prioritários?

Na atenção básica

Na média e alta complexidade

4 – Comente até que ponto as transferências de recursos do governo federal, via incentivos, encontram relações com as ações planejadas e com o orçamento?

5 – Os montantes repassados nas diversas contas bancárias respondem às necessidades de execução dos programas/ações prioritários da SMS? a) do ponto de vista dos montantes; b) do ponto de vista da agilidade de aplicação dos recursos.

6 - A sistemática de transferência dos recursos federais segue a lógica de abertura de contas bancárias específicas e separadas. Essa sistemática é adequada para garantir a execução dos programas/ações prioritários? Cite as:

Vantagens –

Desvantagens –

7 – Na sua opinião, quais deveriam ser os critérios e a sistemática da transferência de recursos do governo federal para os municípios?

8 - Acrescente outras observações gerais que considerar importante.