

A descentralização da política de saúde no final dos anos 1990*

Silvia Gerschman**

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Descentralização e reforma do Estado; 3. O movimento municipalista no final dos anos 1970; 4. A descentralização no fim dos anos 1980; 5. A recentralização na década de 1990: o caso da política de saúde; 6. A descentralização dos recursos financeiros; 7. A regulação da política de saúde; 8. A habilitação dos municípios; 9. Conclusão.

PALAVRAS-CHAVE: descentralização e reforma do Estado; regulação; política de saúde.

Este artigo discute o processo de descentralização associado à reforma do Estado, com especial ênfase no setor saúde, percorrendo uma ampla gama de problemas que se vêm apresentando na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dois aspectos são considerados eixos da análise para a avaliação da descentralização da política de saúde: de uma parte, a descentralização dos recursos financeiros por regiões do país e o repasse de recursos para o setor privado e filantrópico *vis-à-vis* as transferências diretas para estados e municípios; de outra, a regulação da política de saúde através das normas operacionais básicas, assim como os procedimentos previstos para a habilitação dos municípios ao modelo de gestão descentralizado.

Health policy decentralization at the end of the 1990's

This paper discusses the decentralization process associated with the State reform, with special emphasis to the health sector, covering a wide range of problems related to the implementation of the Unified Healthcare System (SUS). Two aspects serve as analytical guides for the evaluation of health policy decentralization: on one hand, the decentralization of funds according to the country's regions and their repassage to the private and philanthropic sector *vis-à-vis* the direct transfers to states and municipalities; on

* Artigo recebido em mar. e aceito em jul. 2000.

** Socióloga, mestre em ciência política, doutora em ciências sociais, professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) e consultora na área de regulação.

the other, health policy regulation by means of the basic operational rules, as well as the procedures that entitle the municipalities to the decentralized management model.

1. Introdução

A discussão sobre a descentralização no país tem considerado este processo um dos procedimentos que levariam a uma redistribuição do poder político entre instâncias de governo. A efetivação deste processo estaria associada à reforma do Estado, no sentido de sua democratização. No entanto, ainda que a Constituição de 1988 tenha incorporado o princípio da descentralização como eixo da política pública, os percalços na sua implementação apontam para as dificuldades de mudanças mais incisivas no seio do Estado (Gerschman, 1995).

Em produção recente sobre o tema, Arretche (1997) avalia que a descentralização na prestação de serviços sociais não necessariamente procederia no sentido de consolidar a democracia, dado que a descentralização da política pública não eliminaria a apropriação privada dos bens e serviços do Estado. Na medida em que a organização e a atuação dos atores envolvidos nas instituições estatais correspondem a culturas institucionais estabelecidas, dificilmente há mudanças a partir de princípios constitucionais.

O estabelecimento de um novo pacto federativo que dê ao processo de descentralização atribuições e responsabilidades de execução diferenciadas entre instâncias governamentais, junto à solidificação do caráter público do Estado, para o andamento de políticas sociais universais e equitativas, requer uma cultura político-institucional sustentada nos princípios da universalidade e da não-exclusão e exige processos de negociação entre partidos políticos, movimentos sociais, sindicatos, usuários, associações profissionais e demais organizações sociais.

2. Descentralização e reforma do Estado

O processo de descentralização de políticas públicas que se inicia no Brasil a partir dos anos 1970 e que culmina com as mudanças legais incorporadas na Constituição de 1988 é profundamente marcado pela conjuntura de abertura política e de oposição ao regime militar. Esta se caracteriza pela presença de velhos e novos atores políticos e pela configuração de amplas alianças em prol da democracia. Diferentemente, a implantação desse processo, a partir da década de 1990, trouxe consigo o fortalecimento dos velhos atores e procedimentos que permanecem no cerne da política brasileira e que retornaram, como a fênix, com a democracia.

Para a análise do próprio processo de descentralização que se opera no país, as referências são das mais diversas ordens. Grande quantidade de trabalhos (Jacobi, 1992; Vianna, 1989; Teixeira, 1990; Campos, 1990; Arretche, 1997; Gerschman, 1995) situa a questão a partir de análises do processo de descentralização de políticas sociais específicas, tais como saúde, educação, saneamento etc. Outros autores (Lobo, 1998; Rezende, 1990; Tavares & Fiori, 1991; Fiori, 1995; Vianna, 1998) analisam aspectos sobre questões tributárias e de financiamento e temas relativos ao modelo político de proteção social e/ou às implicações que o modelo coloca para a implementação da descentralização de políticas de seguridade social. Por sua vez, estes enfoques expressam diferenças na ênfase dada a aspectos conjunturais e/ou estruturais na interpretação das modalidades de implantação do processo de municipalização no Brasil.

Neste sentido, escolhemos enfocar a implantação da descentralização do ponto de vista dos procedimentos políticos, considerando que a base dos mesmos é dada pela cultura institucional e política. Entendemos por procedimentos políticos um resultado observável da combinação das condições dadas pelo caráter estrutural da sociedade e pela conjuntura política que redesenha cenários nos quais se constituem atores políticos e alianças, assim como o ascenso e descenso destes à arena política. Captar a dinâmica da ação política constituirá o cerne analítico para entender o processo de descentralização e reforma do Estado e, especialmente, do nosso objeto, as políticas de saúde no final da década de 1990.

Qual a modalidade de relacionamento entre atores e instâncias de governo no que se refere às atribuições, funções e receitas, bem como à presença ou ausência de um papel mais ativo/cooperativo do Estado no processo de descentralização da política? Como a implementação da descentralização traz à tona as mudanças a serem viabilizadas no interior do Estado na procura de um modelo de política social universal e eqüitativa?

As referências aos autores antes mencionados se destinam apenas a destacar o cerne da discussão sobre descentralização e reformas, desde os anos 1980 até a primeira metade dos anos 1990. A análise do processo de implementação da descentralização até o fim da década terá por objetivo marcar o distanciamento entre as alternativas otimistas que a bibliografia especializada apontou e os lineamentos atuais da descentralização.

A primeira parte do artigo, de cunho mais abrangente, toma como eixo da discussão três momentos bem diferenciados (Viana, 1998) da descentralização da política pública. O primeiro, no final da década de 1970, marcado pelo nascimento do movimento municipalista. O segundo, marcado pela Constituição de 1988, quando iniciativas dos atores políticos, alianças e pressões junto às instâncias dos governos federal, estaduais e municipais se combinam em prol da descentralização. O terceiro, em que há uma recentralização de recursos fiscais e daqueles oriundos da seguridade social junto ao desmonte e

privatização das arenas estatais, ao mesmo tempo que se produzem avanços consideráveis no processo de regulamentação da municipalização das políticas públicas em saúde — nosso caso de estudo.

A segunda parte do trabalho enfoca o processo de descentralização do setor da saúde no fim dos anos 1990, com o propósito de desvendar os procedimentos políticos (*policy making*) e as modalidades de intermediação de interesses entre os atores diversos e as instituições governamentais na descentralização das políticas de saúde.

A hipótese sobre a qual se sustenta o artigo é que o processo de descentralização, ainda com os avanços produzidos nos procedimentos técnicos de regulação do setor, através das normas operacionais básicas, está fortemente marcado por modalidades políticas clientelísticas e corporativas de intermediação de interesses e por culturas institucionais que interferem nos processos regulatórios.

Tomaremos como base para a análise, após a discussão relativa ao processo político da descentralização, as relações entre Federação, estados e municípios, os dados relativos à descentralização dos recursos financeiros em saúde e, principalmente, o processo regulatório através das normas operacionais básicas e os dados declarados pelos municípios para conseguirem se habilitar à gestão plena de atenção básica e à gestão plena de sistema.¹

3. O movimento municipalista no final dos anos 1970

O movimento municipalista teve como princípio a autonomia municipal. Na prática, isto significou, em todo o país, a divisão dos municípios existentes e a formação de novos municípios, que produziram uma alteração do desenho político administrativo do território nacional. Na época, este movimento não teve, de fato, oposição política nem uma discussão a respeito do significado da reprodução de municípios, ou estudos mais aprofundados a respeito da pertinência de ampliar unidades político-administrativas e de suas consequências.

Após um longo período autoritário, parecia que os anseios de participação e expressão política constituíam um antídoto ao processo de gigantismo e de centralização das decisões políticas que tinha marcado o Estado nos anos imediatamente anteriores à democratização. Na época, o processo de descen-

¹ Os dados foram levantados pela pesquisa, ainda em andamento, intitulada *Avaliação, análise e integração de programas e experiências inovadoras das políticas de saúde e de políticas sociais*, coordenada pelas professoras Silvia Gerschman e Maria Lucia Werneck Vianna (Ensp/Fiocruz—IE/UFRJ).

tralização/municipalização da política era visto como alternativa às políticas de cunho centralizador e autoritário, como uma maneira de democratização do poder, já que seria no nível local onde os interesses poderiam ser ouvidos e debatidos: nada melhor para a efetivação deste tipo de processo do que a proximidade geográfica entre os implementadores de política e a população que o espaço municipal oferece.

Definitivamente, via-se uma relação direta entre a distância geográfica dos centros do poder e a incidência no processo decisório. O que a discussão na época não levava em consideração era a capacidade de autogestão destes municípios, considerando a disponibilidade de recursos próprios, tanto de arrecadação quanto de infra-estrutura e humanos, a serem destinados à execução da política. De fato, o municipalismo brasileiro nasceu sob o signo da dependência do Estado federal e, neste sentido, pouco tempo foi necessário para se descobrir a falência dos novos municípios, que, sem a ajuda da Federação, não tinham possibilidade de executar a política municipal. Neste sentido, o processo de alimentação da autonomia e participação social que motivou a divisão e o surgimento de novos municípios não teve o mesmo peso na definição das agendas dos governos locais, propiciando situações extremamente adversas para o desenvolvimento da política local.

Por outro lado, no movimento municipalista a busca de autonomia político-administrativa relacionava-se, mais que aos pressupostos políticos acima expostos, à possibilidade de gerir recursos da União com independência. Tratava-se de uma maneira pela qual as prefeituras poderiam dispor de verbas não originadas no próprio município, mas decorrentes do repasse de recursos federais para as entidades administrativas recentemente criadas. No caso, as “novas direções municipalistas” não trouxeram inovações à cultura político-institucional, que se sustentava nas pressões e interesses em jogo na produção de alianças políticas entre direções municipais e o poder federal, de maneira a assegurar a entrada de recursos na esfera municipal. Como Arretche (1997) salienta: “As possibilidades de imparcialidade na alocação de recursos públicos estariam associadas à consolidação de burocracias relativamente insuladas das pressões partidárias para seu uso clientelístico. Na ausência de tais condições, tais práticas podem ocorrer quer sob formas centralizadas quer sob formas descentralizadas”. Se nas origens tratou-se de um movimento pluralista que incorporou grupos de interesse diversos — representantes das câmaras de vereadores, movimentos populares organizados, associações comerciais, sindicatos e políticos locais, associações de vizinhança etc. —, dificilmente se conseguiria manter a unidade político-ideológica no exercício do governo municipal. A pressão desses grupos de interesse, unificados sob o cobertor do discurso “democratizante” e descentralizador das decisões governamentais, possibilitou que forças políticas que ideologicamente não poderiam conviver acolhessem a proposta municipalista.

4. A descentralização no fim dos anos 1980

O crescimento do movimento municipalista/descentralizador adquire consenso e chega a seu ápice na década de 1980, quando desempenha um papel de relevância no processo de mudança constitucional. A Constituição de 1988 reconsidera o papel de estados e municípios perante a União, redefinindo o pacto federativo, que passa a ter como eixo a descentralização das definições políticas, dos recursos financeiros e, fundamentalmente, dos serviços nas instâncias de estados e municípios.

Uma vez sancionada a Constituição, o processo de descentralização passa a se desenvolver efetivamente, saindo da esfera virtual do discurso político e se colocando no plano da disputa de interesses dos atores políticos nos âmbitos local, estadual e federal e em torno de políticas públicas concretas: saúde, educação, saneamento etc.

Neste sentido, a descentralização da política de saúde teve de lidar com a desigualdade existente entre os municípios da Federação, o que levou o processo de regulamentação do setor através das normas operacionais básicas a ter difícil acolhida por parte do complexo panorama municipal. Estavam sempre em jogo as contrapartidas financeiras do SUS, como um elemento de forte resistência e pressão para que a maioria dos municípios não se habilitassem a efetivar o processo de municipalização da saúde.

No relacionamento entre a União e os estados, pode-se constatar que historicamente os estados têm tido um papel importante na definição das políticas da Federação, por meio de mecanismos diversos.

Por um lado, as disparidades socioeconômicas entre estados e regiões são enormes: os indicadores de renda por habitante, esperança de vida, educação, alimentação, acesso aos serviços de saúde, e condições de vida e de trabalho da população do Sudeste são os encontrados em países desenvolvidos, enquanto os do Nordeste são os de um país subdesenvolvido.

Por outro lado, estas diferenças regionais geraram um sistema de contrapesos políticos observável através da composição das representações estaduais no Congresso Nacional. As regiões e estados menos desenvolvidos possuem maior representação proporcional que as regiões Sul e Sudeste, o que força o governo federal e o Congresso a incorporarem na agenda os problemas advindos das desigualdades regionais (Souza, 1998). Também quanto ao sistema tributário, a Constituição de 1988 preocupou-se em contrabalançar as desigualdades regionais em termos da redistribuição do gasto em relação ao montante das receitas tributárias.

As modalidades políticas e econômicas de contrabalançar as diferenças entre estados mais pobres *versus* mais ricos têm conduzido a um sistema de protecionismo político e econômico da Federação em relação aos estados. O desenvolvimento econômico, social e humano destas regiões é visto pelas direções políticas destes estados mais carentes (veja-se a seca no Nordeste) como

obrigatoriamente subsidiado pela União, favorecendo, deste modo, formas arcaicas de patrimonialismo e clientelismo político das elites locais, que passam a instituir mecanismos de apoio ao Executivo em troca de cargos de governo, moratória das dívidas estaduais com a União, não-pagamento dos compromissos etc.. Tais situações se encontram, de outra parte, favorecidas pelo peso superdimensionado das bancadas estaduais dos estados mais pobres, que atuam como grupos de pressão, impedindo o *quorum* necessário em assuntos de interesse do Executivo ou simplesmente votando contra os mesmos.

Neste contexto, as inovações no relacionamento entre União e estados, num processo de descentralização que incorpore acordos cooperativos (Lobo, 1998) entre União, estados e municípios, se tornam extremamente dificultadas e complexas.

A análise acima deixa claras as dificuldades na instância estadual na implementação da descentralização. De fato, a descentralização da política de saúde tem permanecido atrelada às definições dos governos estaduais em face dos acordos — troca de favores e votos — e desavenças com o governo federal. É notável o atraso desta instância governamental na implementação da política de saúde, como veremos adiante.

De qualquer maneira, a última metade da década é marcada pelos avanços inéditos que a Constituição traz nos aspectos relativos à descentralização das políticas públicas com a conseqüente reordenação do sistema de saúde sob os princípios do Sistema Único de Saúde, bem como de sua descentralização em estados e municípios.

5. A recentralização na década de 1990: o caso da política de saúde

Trata-se de um momento caracterizado pela atuação da União que, de um lado, captura recursos dos estados e municípios e, de outro, impõe modalidades de exercício da política como condicionante para o repasse dos mesmos. No caso do município, este se vê coagido a abandonar princípios constitucionais de políticas de caráter universal em favor de políticas focalizadas para setores da população.

O Executivo atua de maneira errática e diferenciada entre estados e municípios. Em relação aos estados, a União assume as dívidas públicas contraídas por estes com os bancos privados e, em troca, exige a privatização das empresas públicas e a adoção de um programa de ajuste fiscal, com a redução da folha de pagamentos via demissões. Por outro lado, negocia com os governadores o apoio das bancadas estaduais para a aprovação das reformas da previdência e administrativa. E, finalmente, exige dos estados o pagamento imediato das suas dívidas com a União. Configura-se, assim, a retomada, por parte da União, dos velhos padrões do patrimonialismo político que tinham marcado a atuação do Executivo. Assim, autoritarismo, clientelismo e

centralização burocrática no exercício da política acabam gerando o recrudescimento da oposição ao Executivo federal por parte dos governadores, que se negam a pagar as dívidas, enquanto suas representações no Congresso não aprovam as propostas de reformas do Executivo.

Considerando a dificuldade de avaliar de maneira genérica as transformações que se produziram, em termos das reformas no Estado, com a finalidade de estabelecer relações mais cooperativas entre União, estados e municípios, e tendo em vista que os avanços na legislação constituem apenas um parâmetro, mas não uma medida do que efetivamente aconteceu, trataremos a descentralização a partir do acompanhamento da implantação da política de saúde no final dos anos 1990.

No caso da política municipal, esta se vê coagida a abandonar princípios constitucionais de políticas universalistas em favor de políticas setoriais. O repasse dos recursos é condicionado a um certo grau de renúncia às decisões políticas locais, como passaremos a ver em detalhe mais adiante.

6. A descentralização dos recursos financeiros

No período anterior à Constituição de 1988, 44% dos recursos públicos correspondiam à esfera federal, 37,2% à estadual e 18,2% à municipal. Padrão diverso do gasto público aparece posteriormente. De 1988 a 1993, os recursos no nível federal diminuíram para 36,5%, enquanto nos níveis estadual e municipal alcançaram respectivamente 40,7 e 22,8% (Rezende, 1990).

Por contraste, se estes dados forem comparados com a distribuição dos recursos na área de saúde, vemos que os gastos federais em 1989 significaram 17,8% da receita federal. Já em 1992, diminuíram drasticamente, significando apenas 11,1% do total do gasto público (Mendes, 1996). Considerando que o setor desenvolveu mecanismos mais aperfeiçoados de descentralização em relação a outras áreas da política pública, observamos que os gastos em saúde, até os primeiros anos da década de 1990, se concentraram pesadamente na instância federal. Em 1989, a distribuição dos gastos foi de 87,77% para a União, 8,44% para estados e 9,17% para municípios, e em 1992 houve apenas uma ligeira redistribuição dos gastos: 72,3% para a União, 14,9% para os estados e 12,8% para os municípios.

Estes números revelam um grau incipiente de efetivação da municipalização da política de saúde no país nesses anos. A descentralização tem-se operado de maneira mais acentuada nos aspectos políticos relativos ao repasse das unidades de saúde para o nível municipal, sem um acompanhamento correspondente dos recursos necessários para uma gestão eficiente do sistema, gerando uma enorme diferenciação entre os municípios que abraçaram o SUS e injetaram recursos próprios no sistema e os que não o fizeram (Gerschman, 1995).

Já no final dos anos 1990 observa-se que os gastos federais em saúde diminuíram significativamente. Para o ano de 1997 os gastos federais em saúde (R\$7,442 bilhões) representaram apenas 6,6% da receita federal (R\$112 bilhões), enquanto, em 1998, a proporção do gasto em saúde (R\$8,442 bilhões) em relação à receita federal (R\$133 bilhões) foi ainda menor, correspondendo a 6,1%. Entretanto, houve uma mudança significativa nas transferências diretas de recursos da esfera federal para a municipal. Em 1998, do total dos recursos federais do SUS, 55,4% foram gastos pela União, 0,4% pelos estados e 44,2% pelos municípios. Esta alteração substancial no repasse dos recursos, se comparada com os primeiros anos da década de 1990, se explica pelos avanços que se produziram na regulação do processo de implementação do SUS, através de normas operacionais básicas que definiram a gestão semiplena do sistema municipal de saúde, em 1993, e a posterior gestão plena de atenção básica/gestão plena de sistema, em 1996, e que serão analisadas adiante.

Por último, em relação à descentralização dos recursos, daremos atenção a dois aspectos. Em primeiro lugar, veremos os repasses dos recursos financeiros de acordo com as regiões do país, já que mudanças na distribuição de recursos dizem respeito a recomposições na distribuição de poder regional. Em segundo lugar, as transferências “diretas” de recursos para as regiões comparadas com os recursos repassados para o setor privado e filantrópico da saúde constituem bons indicadores da implantação do SUS. Ou seja, na medida em que a relação entre transferências “diretas” e transferências para o setor privado e filantrópico se altera em favor das primeiras, são os municípios que passam a cuidar deste setor da saúde, que é complementar ao setor público, passando a ter o controle da remuneração do setor contratado e filantrópico. Cabe esclarecer que, pela NOB 96, são os próprios estados e municípios habilitados para a gestão plena de sistema que remuneram os serviços contratados e filantrópicos, através dos recursos de transferências diretas (quadro 1).

Quadro 1

**Norma Operacional Básica 1996 (NOB 96):
modelos de gestão municipal**

Gestão plena de atenção básica		Gestão plena de sistema	
Requisito	Financiamento	Requisito	Financiamento
Programa de Atenção Básica	Piso de atenção básica	Programa de Atenção Básica	Piso de atenção básica
Programa de Saúde da Família/Agentes de saúde	Acréscimos por programas implantados	Programa de Saúde da Família	Acréscimos por programas implantados
		Ter rede de saúde com todos os níveis de complexidade	Recursos do pagamento da atenção integral, incluídas as redes privada e filantrópica

Cabe, ainda, acrescentar que tomamos como base de comparação 1997 e 1998, porque nestes anos se evidenciam com mais força os resultados da efetivação das normas operacionais básicas e especialmente da NOB 96, que rege a regulação do setor saúde.

Em 1997 e 1998 não se observam grandes mudanças na distribuição dos recursos federais em saúde entre regiões (tabela 1), indicando que não houve uma recomposição no peso relativo que as regiões têm na Federação e que houve uma certa paralisação na efetivação do processo de descentralização, na medida em que regiões (ou estados) mais participativas e ativas no processo de modernização não foram contempladas com uma proporção maior de recursos, se comparadas com regiões (ou estados) retardatárias na implementação da política de saúde.²

Tabela 1
Distribuição percentual do gasto federal
em saúde segundo as regiões do país
(1997/98)

Região	1997	1998
Norte	4,3	4,6
Nordeste	23,9	25,1
Sudeste	48,7	47,5
Sul	16,9	16,5
Centro-Oeste	6,2	6,3
Total	100,0	100,0

Trata-se de uma conjuntura profundamente marcada por problemas financeiros e tributários, resultante das próprias políticas econômicas de ajuste fiscal, impostas pelo FMI e pelo Banco Mundial, que afetam profundamente o montante do gasto, assim como a implementação mais eficiente do SUS e da descentralização do sistema.

A análise da relação entre os recursos despendidos por região para o setor contratado e filantrópico e os valores das transferências diretas para a gestão plena e semiplena no ano de 1997 (tabela 2) revela que os recursos re-

² Os dados sobre os quais foram calculadas as percentagens e realizadas as análises foram levantados pela pesquisa *Análise de conjuntura do setor saúde no Brasil*, coordenada pela professora Alicia Ugá (Ensp/Fiocruz).

passados para o setor contratado e filantrópico continuam visivelmente mais altos que os valores correspondentes às transferências diretas. A região Norte tinha uma relação de 54,6% dos recursos para o setor contratado e filantrópico em comparação com as transferências diretas, que correspondiam a 45,4%. Na região Nordeste os valores foram 64,7% para o setor contratado e filantrópico e 35,3% destinados a transferências diretas. Na região Sudeste o repasse foi de 55,5% para o setor contratado e filantrópico e de 44,5% para transferências diretas. Na região Sul os valores foram 40,9% para prestadores e 59,1% para transferências diretas, enquanto na região Centro-Oeste as percentagens foram 62,3 e 37,7%, respectivamente.

Tabela 2

Gastos federais em saúde alocados no setor contratado e filantrópico e em transferências diretas, por região do país (1997)

Região	Setor contratado e filantrópico		Transferências diretas		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Norte	83.652.485	54,6	69.551.127	45,4	153.203.612	100,0
Nordeste	676.794.521	64,7	368.743.052	35,3	1.045.537.573	100,0
Sudeste	1.207.754.594	55,5	970.330.960	44,5	2.178.085.554	100,0
Sul	420.183.901	40,9	607.830.800	59,1	1.028.014.701	100,0
Centro-Oeste	170.904.657	62,3	103.334.926	37,7	274.239.583	100,0

No ano de 1998 observamos que esta relação se inverte, diminuindo os valores correspondentes aos repasses para o setor contratado e filantrópico e aumentando os valores das transferências diretas em todas as regiões do país (tabela 3). Na região Norte os valores desceram a 32% no setor contratado e filantrópico e subiram para 68% para as transferências diretas. No Nordeste passaram para 44,3% no contratado e filantrópico e para 55,7% nas transferências diretas. Na região Sudeste os recursos para o setor contratado e filantrópico foram de 43,6%, enquanto as transferências diretas foram de 56,4%. Na região Sul os valores diminuíram para o setor contratado e filantrópico — 35,7% — e as transferências diretas se elevaram para 64,3%. Finalmente, na região Centro-Oeste os valores foram de 21,5 e 78,5%, respectivamente.³

³ Ver nota 2.

Tabela 3

Gastos federais em saúde alocados no setor contratado e filantrópico e em transferências diretas, por região do país (1998)

Região	Setor contratado e filantrópico		Transferências diretas		Total	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Norte	90.458.208	32,0	192.498.364	68,0	282.956.572	100,0
Nordeste	652.365.191	44,3	820.929.341	55,7	1.473.294.532	100,0
Sudeste	1.111.446.069	43,6	1.436.287.006	56,4	2.547.733.075	100,0
Sul	437.061.282	35,7	787.700.857	64,3	1.224.762.139	100,0
Centro-Oeste	74.999.748	21,5	273.378.867	78,5	348.378.615	100,0

Estas cifras são extremamente importantes, mas não constituem ainda evidência suficiente para afirmar que efetivamente têm-se produzido importantes avanços na descentralização da política de saúde em todas as regiões do país.

Neste sentido, e tomando como exemplo o caso do estado do Rio de Janeiro, observa-se uma clara concentração de recursos na Baixada Fluminense. Aproximadamente 30% dos recursos federais repassados para o estado se concentram nos seis municípios da Baixada. Do total dos municípios da Baixada Fluminense, cinco foram habilitados na gestão plena de sistema, o que indica um grau mais avançado de implementação do SUS, e somente um foi habilitado em gestão plena de atenção básica. Mas a proporção, nestes cinco municípios, entre os recursos utilizados para a remuneração de prestadores e os empregados para remuneração de programas específicos e de políticas de saúde pública, tanto de caráter preventivo quanto de vigilância, educação sanitária, carências familiares, promoção à saúde, é extremamente baixa para esta segunda modalidade de remuneração, precisamente em municípios que têm altos índices de pobreza, desemprego, violência e marginalidade.

No caso do município de Duque de Caxias, enquanto a remuneração para assistência hospitalar alcançou aproximadamente R\$43 milhões nos nove primeiros meses de 1999, a remuneração para políticas e programas foi de R\$13 milhões, aproximadamente. Ao mesmo tempo, o piso de atenção básica que o município recebe por ter-se habilitado para a gestão plena, índice que se calcula pelo tamanho da população do município, foi nestes meses de aproximadamente R\$12 milhões, enquanto o gasto efetivo com políticas e programas, incluindo os programas de agente comunitário e de saúde da família, para a habilitação, foi de apenas R\$1 milhão.⁴

De fato, importantes avanços se produziram nestes últimos anos no processo regulatório do setor, através das normas operacionais básicas, mas estas não foram suficientes na definição de uma política inovadora na aplicação do gasto nos municípios.

⁴ Dados do SUS/Ministério da Saúde (<http://datasus.saude.gov.br>).

7. A regulação da política de saúde

A descentralização do SUS é operada através de um processo regulatório e escalonado, expresso em normas operacionais básicas cujo objetivo é a definição de passos sucessivos a serem percorridos por estados e municípios, de maneira a operar o sistema de saúde sobre a base de um pacto político cooperativo entre instâncias e instituições específicas e sustentado por procedimentos técnicos. Mas, de fato, o pacto cooperativo não acontece pela sua instituição legal; antes, é condicionado ao *policy making* no setor. Os governos estaduais respondem a uma organização institucional própria e a políticas resultantes da representação de interesses que diferem de estado para estado e entre estes e a União.

Neste sentido, os estados não têm tido um papel ativo no processo de descentralização, seja na implantação de inovações na gestão, seja na assessoria e apoio a municípios. As secretarias estaduais têm sido escassamente resolutivas no desempenho da política regulatória. Em 1999 ainda havia estados que não estavam habilitados para qualquer tipo de gestão, como Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Rio Grande do Sul, que se habilitaram em 1988 apenas para a gestão avançada de sistema. De fato, as secretarias estaduais têm um desempenho tímido nos procedimentos técnicos necessários para a implementação do SUS (programação pactuada e integrada, planejamento, e alimentação dos sistemas de informação).

É de salientar uma atuação política centrada na construção de alianças político-clientelísticas com as prefeituras e a procura de apoios de *lobbies* poderosos no setor, tais como a indústria farmacêutica, os proprietários de hospitais e clínicas privadas e filantrópicas e associações profissionais, redundando em benefícios político-eleitorais para os governos estaduais. Esta lógica é extremamente difícil de se transformar. Ao mesmo tempo que inviabiliza pactos cooperativos entre instâncias governamentais, quebra, fundamentalmente, a integralidade da atenção, a unicidade do sistema e a integração e hierarquização dos serviços de saúde.

Na operacionalização do SUS convivem de maneira paralela e às vezes superposta procedimentos técnicos com estratégias, arenas e interesses políticos, resultando numa construção errática das agendas de implementação do SUS. As sucessivas normas operacionais (NOB 91, NOB 93 e NOB 96) expressam de maneira ajustada o *policy making* antes mencionado. A NOB 91, primeira norma operacional editada pelo Ministério da Saúde, definiu a existência de convênios diretos operados pelo próprio ministro da Saúde junto aos municípios. A assinatura dos convênios habilitava-os a receber o repasse dos recursos para o pagamento dos serviços, sem a participação das secretarias estaduais. De fato, a norma operacional levou a uma fragmentação dos municípios numa diversidade de experiências e retirou o papel dos estados no processo regulatório das políticas de saúde. Foi um exercício de discricionariedade política do gover-

no federal, como afirma Levcovitz (1997): “servia para os fins políticos do governo Collor de criar nos municípios base de sustentação do governo e isolar os governadores dos Estados que na sua maioria eram da oposição”.

A NOB 93 teve origem numa conjuntura favorável ao projeto reformista, dada a mudança de governo e do ministro da Saúde, Jamil Haddad, afinado com a reforma sanitária, que reconduziu a regulação do processo de descentralização convocando o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e integrantes de órgãos e áreas do Ministério da Saúde. A norma previu um escalonamento no processo de descentralização — incipiente, parcial e semiple-na — segundo o desenho da gestão, bem como instâncias regulatórias específicas para a habilitação de estados e municípios.

Foram criadas a Comissão Intergestora Tripartite, que habilita os estados, e a bipartite, que habilita os municípios. A primeira é de representação nacional, enquanto a segunda é estadual. Ambas foram criadas para adequar as normas nacionais às condições específicas de estados e municípios. A maior inovação consistiu na transferência automática dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde, a serem criados como condição para se habilitar à NOB 93. Esta norma foi aperfeiçoada tanto nos instrumentos quanto nos requisitos técnicos da regulação, mas as mudanças não significaram *per se* transformações no papel que os estados desempenham no processo regulatório.

A NOB 96 nasce numa conjuntura desfavorável a aprofundamento do SUS. A política econômica de ajuste do gasto público leva a uma retração dos recursos financeiros para a descentralização do setor público da saúde. Na medida em que os recursos se tornam escassos, o estímulo às políticas de saúde estaduais e municipais de cunho universal diminui. Por sua vez, o setor de seguros privados de saúde cresceu proporcionalmente ao desestímulo ao setor público, o que trouxe para a conjuntura da saúde a importância de atores com forte vocalização de interesses econômicos, que disputam espaço e recursos com o SUS.

De qualquer maneira, a NOB 96 possibilitou um aprimoramento dos mecanismos técnico-operacional e financeiro entre os três níveis de governo, acabando com a lentidão no repasse dos recursos que inviabilizava o sistema em anos anteriores. Ao definir dois modelos de gestão plena, criou critérios extremamente detalhados e exigências, com o intuito de homogeneizar os municípios e definir as relações entre União, estado e municípios.

Ao mesmo tempo, foram criados dois programas que se superpõem ao SUS, o Programa de Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família. Os municípios que não têm atenção integral à saúde poderão, mediante estes dois programas, se habilitar para a gestão plena de atenção básica e receber recursos, com base na sua população, mediante o piso de atenção básica repassado diretamente ao Fundo Municipal de Saúde, além de acréscimos dife-

reenciados por programa. Com estes programas, fica formalizada uma atenção simplificada dirigida a segmentos específicos da população que focaliza clientela com baixa vocalização de demandas de saúde e altos índices de pobreza. Os municípios habilitados na gestão plena de sistema, além de terem de cumprir a exigência de atenção básica, devem gerir uma rede própria ou consorciada de serviços de saúde nos três níveis de complexidade. Os municípios de gestão plena de sistema recebem também os recursos da atenção integral, pelo repasse direto ao Fundo Municipal, sendo que é o município quem remunera os serviços.

8. A habilitação dos municípios

A habilitação para a gestão plena de atenção e a gestão plena de sistema é mediada por um pleito que se inicia com um relatório de gestão apresentado pelas secretarias municipais de saúde à secretaria estadual. Esta, juntamente com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), reunida na bipartite com representação paritária (cinco membros da secretaria estadual e cinco do Cosems), tem por função avaliar, através do relatório, o ajuste da operacionalização do SUS aos requisitos exigidos pela NOB 96. A questão que se coloca é a relação entre procedimentos técnicos da regulação e a efetiva execução da mesma. O resultado destes processos de habilitação constitui um *mix* de procedimentos técnicos e pressões políticas entre grupos de interesse e instâncias institucionais de execução da política no nível federal, estadual e municipal.

Para analisar este ponto, tomaremos como base os processos de habilitação dos municípios do estado do Rio de Janeiro, cujos relatórios foram levantados integralmente, para os 63 municípios que solicitaram habilitação pela NOB 96.⁵

Em 1997, dos 63 municípios que solicitaram habilitação, 52 o fizeram para gestão plena de atenção básica, enquanto 11 solicitaram para gestão plena de sistema. Destes, 49 foram aprovados em gestão plena de atenção básica e 14 em plena de sistema.

O preenchimento dos relatórios de gestão com os dados requeridos para a habilitação dos municípios é extremamente irregular. Como não existe um modelo-padrão de relatório de gestão, cada município faz um relatório da gestão municipal com base em critérios próprios. Assim, os dados preenchidos não são os mesmos em todos os municípios. Conseqüentemente, cabe uma forte suspeita de que os critérios prioritários variam de município para

⁵ Os relatórios de gestão dos 63 municípios do estado foram levantados pela pesquisa mencionada na nota 1.

município ou de que foram consignados dados de maneira a ocultar o não-cumprimento dos requisitos da regulação. Uma leitura cuidadosa dos relatórios municipais mostra que:

- ▼ os dados consignados não são claros, são vagos e pouco precisos;
- ▼ muitas questões que são decisivas para a habilitação não estão respondidas.

Os dados que serão considerados a seguir e que compõem o relatório de gestão preenchido pelos municípios são de fundamental importância para a avaliação dos municípios e a adjudicação de habilitação municipal, prevista pelo processo regulatório na implementação da política de saúde. Trata-se de dados cuja análise se justifica, porque permitem um diagnóstico sobre a maneira em que se desenvolve a ação municipal no setor saúde. Referem-se aos processos de formação/implantação e de tomada de decisão nos conselhos municipais de saúde, ao desenvolvimento de planejamento municipal em relação à organização do sistema municipal de saúde, aos recursos humanos, ao montante e distribuição do orçamento municipal de saúde, às ações de saúde de caráter preventivo, curativo e de vigilância sanitária, e à implantação de programas específicos.

Assim, a análise dos relatórios de gestão mostra que 22% dos municípios que solicitaram habilitação não forneceram a data de formação do Conselho Municipal de Saúde, 33% não informam quem é o presidente do conselho e 29% não informam ou não sabem através de que instrumento foi criado o conselho, se por lei ou por decreto municipal.⁶ Em relação à frequência com que se reúne o CMS, 71% não informam ou não sabem e 21% não informam se o CMS aprovou o relatório de gestão, mas 62% dos municípios não sabem se a secretaria municipal submeteu o relatório de gestão ao CMS.

No que se refere a existência de auditoria, controle e avaliação, 73% declaram haver e 22% não informam. Quanto ao número de auditores em serviço, 32% informam que há menos de oito e 62% não informam.

Em relação à vigilância sanitária, 83% dos relatórios declaram a sua existência e 16% não informam. Em relação à existência de rede laboratorial estruturada e em operação, 86% não informam e somente 10% dizem que há. Quanto ao número de laboratórios funcionando no município, 13% respondem que há até um laboratório e 76% não informam.

Do total de municípios, 11% declaram ter o Programa de Saúde da Família e 27% declaram ter o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Estes percentuais são extremamente baixos, considerando que, se os municípios

⁶ Consultar as tabelas de frequências relativas dos dados preenchidos pelos municípios do estado para se habilitarem à NOB 96.

não desenvolverem estes programas, acabarão por não receber os recursos referentes ao acréscimo do valor do piso de atenção básica.

Em relação à parte do orçamento municipal destinada à saúde, 22% respondem que é de até 10% do orçamento municipal, 32% destinam de 11 a 15%, 16% informam que é entre 16 e 20%, 14% destinam mais de 20%, enquanto 16% não informam qual é esta parcela. Já no que se refere ao montante dos recursos federais do SUS destinados ao município, 45% informam que recebem menos de R\$500 mil, 33% dizem que recebem mais de R\$500 mil e 21% não informam.

Considerando que para todas as questões apresentadas as percentagens relativas à categoria não sabem/não informam superam os 20% dos municípios que solicitaram habilitação, pode-se afirmar que os dados evidenciam um preenchimento insuficiente do relatório de gestão, o que permitiria aventar duas afirmações interligadas. A natureza do processo burocrático para aprovação do pleito nas instâncias reguladoras tem baixa formalização de procedimentos, considerando a irregularidade dos dados preenchidos nos relatórios de gestão municipal. Esta observação se complementa com a constatação de instâncias regulatórias eminentemente políticas. Os pleitos municipais são formalizados pelo secretário estadual e o Cosems e encaminhados pela comissão bipartite, que é formada por cinco representantes da secretaria estadual e cinco do Cosems. Quem avalia é a comissão tripartite, integrada pelo Ministério da Saúde, o Conass e o Conasems. E, finalmente, quem acredita é o Ministério da Saúde.

O exercício do *policy making* reflete um jogo de intermediação de interesses e grupos de pressão que atualiza na arena reguladora dificuldades para o estabelecimento de pactos cooperativos entre Federação, estados e municípios, com o estrito objetivo de aprofundamento da política de saúde.

Em entrevistas realizadas com secretários municipais,⁷ constatamos como as instâncias da Federação não atuam cooperativamente — ou seja, não negociam — quando estão em jogo interesses opostos, sejam estes políticos ou financeiros. Em questões tais como a terceirização dos hospitais estaduais, a secretaria estadual resolveu à revelia da bipartite, o que, no caso, poderia levar a pensar na existência de acordos entre as instâncias governamentais estaduais e outros grupos de interesse que atuam no setor saúde. Frequentemente os prefeitos têm agido no sentido de influenciar o voto dos conselheiros e em muitos casos têm conseguido; por vezes, a secretaria estadual se opôs à homologação dos conselhos porque estes poderiam derrotar as propostas do governo estadual. Nos processos de habilitação constatamos, também através de depoimentos, a existência de pressões políticas, no sentido de facilitar a habilitação sob o compromisso de o secretário municipal se adequar aos requisitos regulatórios.

⁷ Ver nota 1.

As mesmas fontes de informação revelam que, no caso de Duque de Caxias, município que compartilha com a Baixada Fluminense uma série de características populacionais, manifesta-se baixo compromisso com a promoção de políticas públicas universais e eqüitativas. Na política de saúde não há interesse por parte das autoridades locais em cumprir os princípios e a filosofia do SUS. O sistema de saúde tem distorções importantes, já que se sustenta na assistência hospitalar e ambulatorial ligada ao setor privado. As internações são consideradas de baixa resolutividade e grande quantidade de pacientes é transferida para o município do Rio de Janeiro. Mas, como recebe pela gestão plena, Caxias canaliza os excedentes para atividades que favorecem políticas de determinados grupos da região. Houve, segundo os entrevistados, benefícios indevidos na instalação do piso de assistência básica, já que, de acordo com o tamanho da população, o município deveria receber R\$3 *per capita* e recebeu quase R\$10, premiando-se, assim, um município que não cumpre as metas da municipalização. De maneira geral, o conjunto de municípios da Baixada tem força política e capacidade de pressão sobre o governo do estado e, até recentemente, foi beneficiado através dos repasses de recursos.

9. Conclusão

Os dados apontam numa mesma direção, que é a do crescimento da gestão plena em todas as regiões do país. No entanto, sabidamente as regiões Norte, Nordeste e parte dos estados do Sudeste e Centro-Oeste; assim como no nosso exemplo dos municípios da Baixada Fluminense, pouco têm avançado no sentido de políticas mais universais e eqüitativas. Esta constatação, resultante da análise dos dados do financiamento e dos processos de habilitação dos municípios, nos permite afirmar que o processo de descentralização, ainda com os avanços dos procedimentos técnicos de regulação, estão fortemente influenciados por processos decisórios que comportam modalidades políticas clientelísticas e corporativistas de intermediação de interesses. A implantação da descentralização da política de saúde se dirime entre atores políticos do Executivo, gestores dos sistemas de saúde, profissionais médicos e *lobbies* diversos, assim como entre culturas institucionais que favorecem alianças na base de trocas “convenientes” para as elites políticas locais e que interferem fortemente nos processos reguladores.

Referências bibliográficas

Arretche, M. Descentralização, democracia, reforma do Estado e bem-estar: conceitos que não se equivalem. In: Gerschman S. & Vianna, M. L. T. (orgs.). *A miragem da pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.

- Campos, G. W. S. Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. Londrina, (28):24-7, 1990.
- Fiori, J. L. O federalismo diante do debate da globalização. In: Affonso, R. B. A. & Silva, P. L. B. (orgs.). *A Federação em perspectiva: ensaios selecionados*. São Paulo, Fundap, 1995. p. 19-38.
- Gerschman, S. *A democracia inconclusa. Um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.
- Jacobi, P. Descentralização municipal e participação dos cidadãos. Apontamentos para o debate. In: Conferência Nacional de Saúde, 9. *Anais*. Brasília, Ministério da Saúde, 1992.
- Levcovitz, Eduardo. Transição vs. consolidação: um estudo sobre as reformas da Política Nacional de Saúde — 1974/1996. Rio de Janeiro, Uerj, 1997. (Tese de Doutorado.)
- Lobo, T. Descentralização: uma alternativa de mudança. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 32(5), set./out. 1998.
- Mendes E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1996.
- Rezende, F. Descentralização e eficiência: a tomada de decisões para o desenvolvimento sob a Constituição de 1988. In: Pnud (org.). *Políticas de desenvolvimento para a década de noventa*. Brasília, Pnud, 1990. p. 141-67.
- Souza, C. Intermediação de interesses regionais no Brasil: o impacto do federalismo e da descentralização. *Dados, Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, 41(3):569-92, 1998.
- Tavares, M. C. & Fiori, J. L. Desajuste global e modernização conservadora. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991.
- Teixeira, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, 24(2), 1990.
- Ugá, A. Análise de conjuntura do financiamento do setor saúde no Brasil. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro, Ensp, 1999. mimeog.
- Viana, A. L. D. *Modelos de intervenção do Estado na área da saúde*. Rio de Janeiro, IMS/Uerj, 1995. (Estudos de Saúde Coletiva, 118.)
- . Descentralização no Brasil: conceitos, periodização e balanço de 15 anos. Rio de Janeiro, 1998. mimeog. (Versão preliminar.)
- Vianna, M. L. T. W. *Política social e transição democrática: o caso do Inamps*. Rio de Janeiro, ISI/UFRJ, 1989. (Textos para Discussão, 226.)
- . *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil. Estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro, Revan, 1998.

Anexo

Tabela A-1
Número de representantes no CMS

Número de representantes	Número de municípios	%
6-10	3	5
11-15	8	13
16-20	5	7
Mais de 20	3	5
Não informa	44	70
Total	63	100

Tabela A-2
Formação do CMS

Período	Número de municípios	%
1990-93	35	56
1994-97	14	22
1998/99	0	0
Não informa	14	22
Total	63	100

Tabela A-3
Presidência do CMS

Presidência	Número de municípios	%
Secretário municipal	29	46
Outros membros	1	2
Não informa	33	52
Total	63	100

Tabela A-4

Apreciação da programação anual de metas pelo CMS

Apreciação	Número de municípios	%
Sim	18	29
Não	0	0
Não informa	45	71
Total	63	100

Tabela A-5

Submissão do relatório de gestão pela secretaria municipal ao CMS

Submissão	Número de municípios	%
Sim	24	38
Não	0	0
Não informa	39	62
Total	63	100

Tabela A-6

Existência de auditoria, controle e avaliação na secretaria municipal

Existência	Número de municípios	%
Sim	46	73
Não	3	5
Não informa	14	22
Total	63	100

Tabela A-7
Número de auditores em serviço

Auditores	Número de municípios	%
Menos de 8	20	32
9-15	3	4
10-20	0	0
Mais de 20	1	2
Não informa	39	62
Total	63	100

Tabela A-8
Existência de vigilância sanitária

Vigilância sanitária	Número de municípios	%
Sim	52	82
Não	1	2
Não informa	10	16
Total	63	100

Tabela A-9
Rede de laboratórios estruturada e em operação

Rede de laboratórios	Número de municípios	%
Sim	6	10
Não	3	5
Não informa	54	85
Total	63	100

Tabela A-10

**Laboratórios existentes
à disposição do município**

Laboratórios	Número de municípios	%
Até 1	8	13
2-5	6	10
6-9	1	2
Mais de 9	0	0
Não informa	48	75
Total	63	100

Tabela A-11

**Existência de Fundo
Municipal de Saúde**

Fundo Municipal de Saúde	Número de municípios	%
Sim	50	79
Não	0	0
Não informa	13	21
Total	63	100

Tabela A-12

**Percentual de orçamento municipal
aplicado em saúde**

Orçamento da SMS/ orçamento municipal	Número de municípios	%
Menos de 10%	14	22
11-15%	20	32
16-20%	10	16
Mais de 20%	9	14
Não informa	10	16
Total	63	100

Tabela A-13

**Recursos federais do SUS
repassados aos municípios**

Recursos do SUS (R\$ mil)	Número de municípios	%
Até 300	24	37
301-500	5	8
Mais de 500	21	34
Não informa	13	21
Total	63	100