



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA



***A DESCENTRALIZAÇÃO FEDERATIVA, REGRAS
INSTITUCIONAIS E O DESEMPENHO MUNICIPAL DA
SAÚDE NO BRASIL: UM ESTUDO COMPARATIVO.***

***AUTORA: RAFAELA DE CARVALHO COTRIM
ORIENTADOR: NILSON DO ROSÁRIO COSTA***

***DISSERTAÇÃO APRESENTADA À
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA,
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, COMO
REQUISITO FINAL PARA OBTENÇÃO
DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE
PÚBLICA, SUB-ÁREA POLÍTICAS
PÚBLICAS E SAÚDE.***

RIO DE JANEIRO, MARÇO DE 2006.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer ao meu orientador, professor Nilson do Rosário Costa, por toda competência, dedicação, paciência e carinho que teve comigo durante todo este tempo de trabalho. Sem suas orientações este trabalho não teria se concretizado.

Aos colegas de turma: Grazi, Bethânia, Rivaldo, Jairo, Andréa, Elize, Heitor, Rogério e Suzana, companheirismo maior seria impossível. Em especial Grazi e Bethânia, com quem dividi muito de perto as angústias desse momento final.

Aos meus pais, que me deram todo apoio nos momentos difíceis, e não foram poucos...

A Banca Examinadora, professor José Mendes Ribeiro e Ana Cecília Faveret, que desde a Qualificação auxiliaram bastante no aprimoramento deste trabalho.

A todos os amigos, que torceram para que este trabalho ficasse pronto!

SUMÁRIO

Resumo _____	4
Abstract _____	5
Introdução _____	6
Artigo	
A Descentralização Federativa, Regras Institucionais e o Desempenho Municipal da Saúde no Brasil: um Estudo Comparativo _____	19
Introdução _____	20
Metodologia _____	37
Resultados _____	41
Discussão _____	54
Referências Bibliográficas _____	55
Conclusão _____	57
Referências Bibliográficas _____	65
Anexo 1 _____	67
Anexo 2 _____	77
Anexo 3 _____	82
Anexo 4 _____	87

RESUMO

Este estudo tem por objetivo geral o estudo do processo de descentralização da atenção à saúde observado no Brasil nas décadas de 1990 e 2000. Como objetivo específico pretende, avaliar comparativamente o efeito da condição de elevado comprometimento institucional sobre o desempenho do município no setor saúde. Essa avaliação comparativa pode contribuir para a compreensão da efetividade do processo de descentralização, especialmente quando associada aos processos de construção institucional como o do setor saúde brasileiro. O ponto de partida do estudo foi buscar variáveis institucionais para explicar o processo de descentralização, com ênfase no “caráter relacional” das instituições.

A hipótese central é que os incentivos e constrangimentos propostos pelo processo de descentralização criaram instituições e geraram capacidades institucionais diferenciadas entre os municípios brasileiros. Tomando-se como referência a NOB 96 considerou-se a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) como um fator de diferenciação na efetividade do Sistema Local de Saúde. O artigo toma como referência os 429 municípios que se encontravam em GPSM em 2002. Foram analisados, em perspectiva de corte ou transversal, os dados de compromisso institucional e desempenho disponibilizados pelos bancos de dados nacionais do SIOPS e do DATASUS.

O resultado dessa análise revela que, no processo de descentralização do setor saúde brasileiro, as regras institucionais favoreceram o bom desempenho dos governos municipais no desenvolvimento das tarefas de gestão da saúde. O sucesso da política de descentralização foi fortemente determinado pelas vantagens comparativas associadas à capacidade de adesão às regras mais complexas de habilitação na gestão autônoma do sistema municipal de saúde, definidas em termos nacionais. A condição de GPSM favoreceu o acesso diferenciado dos municípios às oportunidades geradas pelo jogo institucional da descentralização proposto pelo governo federal e também privilegiou a função saúde na definição dos gastos próprios dos municípios.

ABSTRACT

This study analyzes the decentralization process of healthcare in Brazil. It builds a comparative evaluation of the effect of institutional variables on the acting of the municipalities in healthcare management.

The central hypothesis is that the incentives and constraints proposed by the decentralization process have promoted different institutional capacities among Brazilian municipalities. With the Basic Operational Norm 96 (NOB 96) as reference, the condition of Full Management of the Municipal System (GPSM) was considered as a differentiating factor in the effectiveness of the Local System of Health. Data provided by SIOPS and DATASUS were analyzed in transversal perspective.

The analysis reveals that the institutional decentralization rules have favored a good performance of municipal governments in the development of health management. The success of municipal management is strongly associated to the municipal capacity to respond to organizational and institutional conditionalities defined by the federal government. The condition of GPSM favored the differentiated access of municipalities to the opportunities generated by the institutional decentralization game proposed by the Ministry of Health; it has also privileged the function “health” in the definition of municipal expenditures.

INTRODUÇÃO

O campo da ciência política e da saúde coletiva tem sido profícuo na produção científica sobre o processo de descentralização da provisão da saúde ocorrido no setor público brasileiro. De modo geral, as análises têm demonstrado as características do processo de descentralização, especificando as condições políticas e as características institucionais dos municípios encarregados de assumir a política de saúde. No entanto, ainda restam grandes dúvidas sobre os principais fatores que têm influenciado seu desenvolvimento e sobre os resultados da política de saúde pública brasileira no âmbito local. Esse trabalho traz uma contribuição aos estudos ao ressaltar o papel da dinâmica institucional criada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A questão central desse estudo relaciona-se ao uso de variáveis institucionais para também explicar o processo de descentralização. Em que medida as variáveis ligadas às capacidades administrativas e financeiras dos governos locais, ao legado das políticas prévias, às novas regras do jogo e às dinâmicas política e eleitoral explicam o processo de descentralização?

Esse artigo parte do pressuposto de que os sistemas locais de formulação e implementação de políticas podem também ser explicados por variáveis de natureza nacional. As variáveis locais, obviamente, influenciam a produção de políticas públicas no plano local, porém as decisões estratégicas das coalizões políticas interagem ativamente com os constrangimentos e oportunidades definidos em plano mais amplo (nacional e regional).

Nesse trabalho toma-se como pressuposto que o SUS se desenvolveu ampliando um conjunto de funções e objetivos na provisão pública de serviços e estruturando regras e limites para as escolhas dos Agentes na arena setorial. Admite-se então que o SUS tem estruturado uma arena setorial onde os vários Agentes e as

coalizões tomam decisões políticas visando satisfazer – e mesmo maximizar – os interesses particulares.

É interessante ressaltar que o SUS teve sucesso em desenhar um conjunto de instituições no âmbito da burocracia estatal e da representação de interesses do setor saúde que demonstraram capacidade de modelar as preferências individuais, os interesses organizacionais e o repertório de condutas mediante o qual conseguiram implementar certas opções de política.

Assume-se nesse trabalho que a definição de instituições inclui tanto organizações formais quanto regras informais e procedimentos que estruturam a conduta. Contemplam as regras formais, procedimentos conveniados e práticas operacionais que estruturam as relações entre indivíduos em diferentes unidades da sociedade e da economia. Como observa North (1994) as instituições compreendem qualquer forma de constrangimento desenhada para modelar a ação humana (...) constrangimentos formais – regras ou informais – convenções e códigos de conduta.

Como escreveram Thelen & Steimo (1994) “as instituições constroem e refratam a política, mas nunca são a única “causa” dos resultados. A análise institucional não nega as forças políticas mais amplas que animam várias teorias da política: estrutura de classe no marxismo, dinâmica de grupo no pluralismo. Ao contrário, aponta para as maneiras pelas quais as instituições estruturam essas batalhas e, ao fazê-lo, influenciam seus resultados”.

Um traço muito importante para o presente trabalho na perspectiva institucionalista é a ênfase no “caráter relacional” das instituições. Thelen & Steimo (1994) sublinham que mais importante do que as características formais das instituições estatais ou societárias por si é a identificação do modo como uma dada configuração institucional modela as interações políticas.

Thelen & Steimo (1994) assumem, como contraponto às limitadas teorias sobre grupos de interesse, que a perspectiva institucionalista amplia a forma como as estruturas que evoluíram historicamente canalizam lutas políticas de maneiras distintas em uma base mais duradoura. Ao focalizar as instituições que são o produto de conflitos e de escolhas políticas, mas que, ao mesmo tempo, constroem e modelam as estratégias políticas e as condutas, o enfoque institucionalista proporciona um marco de referência para compreender o principal dilema dos processos políticos: a escolha e o constrangimento.

Para esse artigo, o SUS não só definiu regras que constrangeram as condutas dos Agentes públicos na saúde como também gerou oportunidades para que as preferências desses Agentes fossem viabilizadas.

Cabe lembrar que a agenda da descentralização da atenção à saúde no Brasil teve uma relação direta com a percepção generalizada sobre o déficit de efetividade e de responsabilização da política social, agravado pela baixa definição dos papéis entre os níveis de governo que atuam no setor – União, Estados e Municípios (COSTA, 2001).

A descentralização teve como meta a definição precisa desses papéis pressupondo, ademais, que a provisão direta e exclusiva, ao nível da gestão municipal, permitiria o maior controle de qualidade pelo cidadão/cliente dos serviços prestados e/ou contratados pelo setor público. Nesse sentido, foi uma agenda recebida pela sociedade de modo altamente positivo e um espaço de oportunidade para os governos locais ampliarem sua influência sobre suas bases eleitorais e premiação de suas coalizões políticas.

Por um lado, pode-se afirmar que a rapidez da descentralização da política de saúde foi um resultado bem sucedido das demandas dos gestores locais e regionais por autonomia decisória e responsabilidade pela provisão direta de

serviços sociais, originadas pelo processo de redemocratização das décadas de 1970 e 1980. Os resultados esperados seriam:

- A superação da centralização decisória no nível federal, mediante a apropriação dos instrumentos de ação social por estados e municípios;
- O desbloqueio à participação social e política no processo decisório, com o desenvolvimento do controle social;
- A coordenação institucional para a constituição de uma política social integrada;
- A abertura dos canais de acesso da população aos bens e serviços sociais.

A agenda da redemocratização buscou, na ampliação das responsabilidades da gestão local, uma alternativa para o desenvolvimento de mecanismos de controle sobre o gasto público e de ampliação do acesso às políticas sociais. A Constituição Federal de 1988 explicitou a orientação descentralizadora na saúde como uma alternativa aceitável para a reversão da baixa qualidade da gestão pública na área social; para a redefinição das prioridades das ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades da população e para a ampliação da autonomia de gestão das autoridades públicas locais.

O Capítulo da Saúde da Constituição promulgada em 1988 consolidou uma tendência na gestão pública setorial:

- De reconhecimento da saúde como direito social, assegurado pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e prevenção da saúde (Art. 196);
- De estabelecimento de um novo paradigma para a ação estatal na área, ao determinar o atendimento integral, a descentralização político-administrativa e a participação comunitária (Art.198, I, III);
- De comprometimento financeiro pela criação de um orçamento público da seguridade social que sustenta um conjunto integrado de ações

capaz de “assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Art.194);

- De unificação da ação pública pela definição do Sistema Único de Saúde (SUS) como instância única da gestão pública responsável pela provisão universal, gratuita e integral de ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Art. 196 e Art. 198).

O resultado agregado da tendência à descentralização setorial através do processo de redistribuição de capacidade decisória e de recursos entre as esferas de governo foi a definição do município como o único ente federativo ao qual é atribuído a missão constitucional de prestar serviço de atendimento à saúde da população. À União e aos estados caberia prover a cooperação técnica e financeira necessária ao exercício desse encargo (Art. 30, VIII) (COSTA, 2001).

Por outro lado, o desenho da política também serviu para estabelecer os constrangimentos para as decisões dos governos locais. A descentralização na década de 1990 foi formatada institucionalmente por meio de Normas Operacionais Básicas (NOBs).

As NOBs são portarias do Ministério da Saúde que regulamentam e normatizam o processo de descentralização. Seu caráter é transitório, podendo ser reeditadas. As edições de 91, 93 e 96 tratam dos seguintes aspectos: divisão de responsabilidades, relação entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para municípios e estados. As diferenças entre elas se colocam de acordo com o contexto em que são implementadas, com relação ao conteúdo de cada uma e seu grau de implantação (LEVCOVITZ *et al*, 2001).

A NOB 91 introduziu o conceito de municípios e estados habilitados ao SUS, mediante comprometimento com a gestão direta de serviços. Nesse sentido, previa a formação de um fundo setorial e o funcionamento de conselhos

comunitários (COSTA, 2001). As principais modificações produzidas por essa NOB foram:

- Estabeleceu critérios para transferência de recursos, através da uniformização dos instrumentos de remuneração da produção dos serviços, realizados tanto nas unidades públicas como nas privadas;
- Criou os sistemas de informação informatizados e centralizados, SIA-SUS e SIH-SUS, que acompanham a produção e desempenho dos serviços;
- Estabeleceu critérios para a descentralização dos recursos.

A NOB 91 foi bastante criticada pelo caráter centralizador, pois reforçava a capacidade de indução e controle no nível federal. O mecanismo de transferência era convencional e o repasse condicionado a produção, o que contradizia a Lei Orgânica da Saúde. Esse tipo de repasse feria a autonomia gestora dos municípios, que ficavam impedidos de direcionar o modelo assistencial e se adequar às necessidades locais. Com isso, os municípios passaram a ser produtores de procedimentos de assistência médica, assim como as empresas privadas (LEVCOVITZ *et al*, 2001). Esta realidade ocasionou diversos problemas para o modelo de assistência:

- Privilégio da assistência médica em relação às demais ações de saúde;
- A assistência médica passa a privilegiar a produção sem considerar as necessidades da população;
- Não se preocupavam com a qualidade;
- Fixou tetos financeiros que privilegiavam estados e municípios com melhor condição econômica.

Além disso, esta NOB privilegiou a relação Federal-Municipal, onde o estado tinha pouco poder para estabelecer critérios e articulações. Assim, acabou produzindo sistemas municipais isolados, sem a integração necessária para consolidar o modelo sistêmico proposto pelo SUS. Entretanto, vale ressaltar que para muitos municípios essa foi uma forma de se aproximar das questões técnico-operacionais do SUS.

As críticas ao mecanismo de transferência de recursos e as discussões na IX Conferência Nacional de Saúde apontaram para a necessidade de avaliar a política de saúde. Assim, formou-se um Grupo Especial de Descentralização (GED) com representantes do MS, CONASS e CONASEMS, sistematizando as discussões e recomendações da IX Conferência Nacional de Saúde. A NOB 93 é uma tradução do documento formulado por esse grupo (LEVCOVITZ *et al*, 2001).

A Norma Operacional Básica 93 (NOB 93) produziu uma modulação institucional do processo de descentralização e de responsabilização das instâncias de governo em relação à saúde. Representou um divisor de águas na política social brasileira dos anos 90 por formatar um processo de normalização das relações intergovernamentais, ao criar regras de transferências de recursos, mecanismos de controle e avaliação, e por definir etapas não seqüenciais de transferência para a gestão local de serviços (COSTA, 2001).

A NOB 93 introduziu um ranqueamento entre estados e municípios habilitados – municípios com condição de Gestão Incipiente, Parcial ou Semiplena – segundo níveis de comprometimento e de estrutura administrativa, que repercutiram no modo como as transferências dos recursos da União ocorreram nos anos 1993-1995 para os municípios qualificados.

As principais implicações da NOB 93 foram a formulação dessas novas formas de gestão, a transferência de recursos e a criação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – composta por representantes dos governos federal, estaduais e municipais – e Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), que passam a ser as instâncias de pactuação das decisões de natureza alocativa, redistributiva e operativa dos recursos nos estados. Nesse período, o estado assumiu uma função um pouco mais complexa de gerenciamento das informações do SIA-SUS e SIH-SUS, porém a NOB não apontou a real função do estado nem garantiu os recursos para implantação das novas formas de gestão (LEVCOVITZ *et al*, 2001).

Como mostra Costa (2001) a NOB 93 desenhou situações transacionais para a gestão do sistema de saúde nas esferas subnacionais. Para ter condições de assumir a titularidade na gestão setorial, os governos locais deveriam atingir uma “capacidade estatal” associada a mecanismos de responsabilização e controle externo das decisões dos governos locais. Foram demandados compromissos inusitados nas relações intergovernamentais, historicamente orientadas por relações de baixa responsabilização e déficit de auditagem. Para obter a situação de Gestão Semiplena, os municípios assumiram o compromisso:

- De ampliar a capacidade gerencial de planejamento, avaliação e controle dos serviços de saúde;
- De instituir Conselho de Saúde;
- De criar um Fundo de Saúde;
- De desenvolver um Plano de Saúde;
- De elaborar Relatório de Gestão para efeito de auditagem que contenha os balancetes do Fundo de Saúde, as atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e os dados sobre os gastos fiscais próprios destinados à saúde;
- De informar sobre os recursos organizacionais locais para auditar os gastos com serviços ambulatoriais e hospitalares contratados.

O prêmio para a capacidade de responder a esses requisitos foi a obtenção de autonomia governativa municipal sobre ações e serviços de saúde. As Secretarias Municipais de Saúde ganharam:

- A titularidade sobre autorização de credenciamento, descenciamento, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares privados e filantrópicos;
- A gestão da totalidade das cotas de AIH (Autorização de Internação Hospitalar);
- Gerenciamento da rede ambulatorial;
- A incorporação das ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária à rede de serviços, etc.

Esse aumento de responsabilidade incentivado pela NOB 93 serviu como mecanismo de aceleração da adesão municipal às novas funções propostas pelo SUS.

O processo de descentralização através da NOB 93 foi ligeiramente descontinuado pela proposta da Norma Operacional Básica 96 (NOB 96) que teve como horizonte estratégico ampliar a responsabilidade do gestor municipal e estadual e induzir um conjunto de mudanças no modelo assistencial pelo fortalecimento da Atenção Básica e Primária e das Ações de Saúde Coletiva. A NOB 96 simplificou o processo de responsabilização municipal proposto pela NOB 93, reduzindo as condições de habilitação a duas modalidades – Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Os principais objetivos da NOB 96 foram (COSTA, 2001):

- Promover e consolidar a função municipal na gestão do poder público na atenção à saúde e redefinir as responsabilidades de estados, Distrito Federal e União;
- Estabelecer um novo pacto federativo em relação à responsabilidade sanitária;
- Reorganizar o modelo assistencial, dando ao município a responsabilidade pela gestão e execução direta da Atenção Básica de Saúde;
- Assegurar que as transferências intergovernamentais sejam fundo a fundo, reduzindo as transferências por remuneração de serviços produzidos;
- Fortalecer a gestão compartilhada entre os três níveis de governo através das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIBs);
- Estabelecer a direção única em cada nível de governo;
- Fortalecer a função gestora das Secretarias Estaduais, com redefinição de responsabilidades para a coordenação do SUS em âmbito estadual;
- Regulamentar as relações entre os sistemas municipais e destes com as instâncias estaduais e federal, destacando como principal

instrumento das relações entre governos a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Em relação às transferências intergovernamentais, a NOB 96 criou um conjunto de instrumentos indutores de modelo assistencial¹, onde se destacam:

- Piso Ambulatorial Básico (PAB), que é o montante de recursos financeiros destinados ao custeio dos procedimentos da Atenção Básica de responsabilidade tipicamente municipal: vacinação, consultas médicas, pré-natal e atendimento ambulatorial. O valor das transferências é calculado pela multiplicação da população do município por um valor per capita nacional. Em março de 1999, o PAB garantia um mínimo de R\$ 10,00 e um máximo de R\$ 18,00 per capita ano para os municípios que investiram em ações de atendimento básico em saúde. O PAB é transferido diretamente, de forma regular e automática, ao município habilitado. Quando o município não está habilitado, o PAB é transferido diretamente ao respectivo estado. Para aqueles municípios que já apresentam gastos per capita superiores ao “PAB per capita nacional” a NOB 96 prevê um fator diferenciado de ajuste à implantação do PAB;
- O incentivo a adoção do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde: adicional de transferência intergovernamental por grupo de população efetivamente coberto pelos PSF e PACS. O PSF assegura um recurso extra por equipe de profissionais da área médica implantada pelo município. As equipes são responsáveis pelo atendimento permanente de 3,5 mil pessoas;
- Fração Assistencial Especializada (FAE), montante de recursos definidos pela PPI, aprovada na CIB, referente a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos excepcionais,

¹ Mantendo os demais instrumentos de pagamento para os prestadores de atenção hospitalar – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); e de transferência para os municípios e estados de recursos para pagamento de cuidado ambulatorial – Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

órteses e próteses ambulatoriais e tratamento fora do domicílio. A FAE é transferida diretamente aos municípios habilitados e fundo a fundo aos estados habilitados na Gestão Plena do Sistema Estadual;

- Índice de Valorização de Resultados sobre as condições de saúde da população, transferidos para os estados;
- Piso Básico de Vigilância Sanitária e Índice de Valorização do Impacto em Vigilância para remunerar serviços produzidos para as ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária e o Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária.

Quando enquadrado na Gestão Plena da Atenção Básica, o município passa a ser responsável pela Atenção Primária, vale dizer, pela provisão, por intermédio de suas próprias unidades ou contratando serviços com o setor privado, de uma lista de atividades que incluem ações de alcance coletivo (como execução das ações básicas de Vigilância Sanitária) e procedimentos individuais de caráter ambulatorial nas especialidades básicas já referidas: clínica médica, ginecologia e obstetrícia e pediatria, e pequenas cirurgias ambulatoriais (COSTA *et al*, 1999).

Como exigência para atingir essa condição de gestão, o município devia comprovar, entre outras exigências formais:

- Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde;
- Operação do Fundo Municipal de Saúde;
- Existência do Plano Municipal de Saúde;
- Capacidade administrativa para contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão;
- Comprometimento orçamentário com as contrapartidas previstas em lei;
- Capacidade de desenvolvimento de ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

Para o município demandar a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, além dos requisitos anteriores para a habilitação na Gestão Plena da Atenção

Básica, devia apresentar: Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão do ano anterior, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Quando enquadrado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, o gestor municipal ganha autonomia para editar normas sobre o pagamento de serviços em seu território, inclusive alterando os valores de procedimentos médicos, tendo, contudo, a Tabela Nacional como referência mínima. O município torna-se responsável pela programação, controle e remuneração dos serviços produzidos localmente, seja qual for o provedor.

Em razão desse caráter fortemente indutivo da responsabilização dos governos municipais e de formatação de um padrão de oferta de serviços baseado na Atenção Primária é que se pode afirmar que o SUS teve sucesso no desenho de instituições federativas.

O que se pretende discutir nesse trabalho é se a capacidade demonstrada pelos municípios em responder aos constrangimentos institucionais propostos pela descentralização do SUS fez diferença no compromisso dos municípios com a política de saúde, na adesão às orientações para o modelo assistencial e na efetividade do sistema local de saúde.

Essa questão diferencia ligeiramente os estudos realizados até então sobre a descentralização que recorreram aos fatores endógenos dos municípios como variáveis explanatórias do seu desempenho na descentralização.

A hipótese desse artigo é que os incentivos e constrangimentos propostos pelo processo de descentralização geram capacidades institucionais diferenciadas para aqueles municípios que atingiram níveis de habilitação mais elevados. Tomando-se como referência a NOB 96² considerou-se a condição de Gestão Plena do

² Optou-se pela utilização da NOB 96 como referência, em detrimento da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), em função desta última se tratar de uma Norma que obteve baixo nível de adesão por parte dos municípios brasileiros.

Sistema Municipal (GPSM) como um fator indicador de diferenciação entre os municípios brasileiros na presente década. Os municípios fizeram melhores governos na saúde porque foram reconhecidos e escolheram a condição de GPSM? É o que se pretende responder nas páginas seguintes.

ARTIGO

***A DESCENTRALIZAÇÃO FEDERATIVA, REGRAS INSTITUCIONAIS E
O DESEMPENHO MUNICIPAL DA SAÚDE NO BRASIL: UM ESTUDO
COMPARATIVO.***

INTRODUÇÃO

Este artigo tem por objetivo geral o estudo do processo de descentralização da atenção à saúde observado no Brasil nas décadas de 1990 e 2000. Como objetivo específico pretende, avaliar comparativamente o efeito da condição de elevado comprometimento institucional sobre o desempenho do município no setor saúde. Essa avaliação comparativa pode contribuir para a compreensão da efetividade do processo de descentralização, especialmente quando associada aos processos de construção institucional como o observado no setor saúde brasileiro.

Inúmeros autores destacam que o desenho institucional das políticas de proteção social brasileiras foi fortemente influenciado, nas relações intergovernamentais, pela demanda de descentralização, especialmente após o período ditatorial (1964-1985). Cabe agora discutir, diante de mais de duas décadas de experimentação descentralizadora, sobre os benefícios e aprendizados propiciados por esse processo para as políticas de proteção social.

Almeida (2005) chama atenção que a descentralização foi “um tema central da agenda da democratização, nos anos 1980 como reação à concentração de decisões, recursos financeiros e capacidade de gestão no plano federal, durante os 20 anos de autoritarismo burocrático. Supunha-se que o fortalecimento das instâncias subnacionais, em especial dos municípios, permitiria aos cidadãos influenciar as decisões e exercer controle sobre os governos locais, reduzindo a burocracia excessiva, o clientelismo e a corrupção”.

Para Almeida (2005), descentralização é um termo ambíguo, pois é usado indistintamente para descrever vários graus e formas de mudança no papel do governo nacional por meio de: a) transferência de capacidades fiscais e de decisão sobre políticas para autoridades subnacionais (= Realocação); b) transferência para outras esferas de governo de responsabilidades pela implementação e gestão de políticas e programas definidos no nível federal (=

Consolidação) e c) deslocamento de atribuições do governo nacional para os setores privado e não-governamental (= Devolução).

Em termos administrativos, a descentralização compreende um conjunto de decisões governamentais, que foram sintetizados por Bossert (1999):

1. Desconcentração: transferência de poder entre instituições centrais e periféricas de uma mesma estrutura administrativa;
2. Delegação: transferência de responsabilidades e autoridade para agências semi-autônomas;
3. Devolução: transferência de responsabilidades e autoridade dos escritórios centrais do Ministério da Saúde para estruturas administrativas isoladas, mas ainda dentro da administração pública;
4. Privatização: transferência de responsabilidades operacionais e, em alguns casos, de propriedades a provedores privados, usualmente com um contrato que define o que é esperado em troca do financiamento público.

O tema da descentralização pode ser explicado a partir de diferentes enfoques que não se limitam à transferência das funções administrativas entre governos de sistemas federativos. Bossert (1999) identifica três enfoques adicionais à abordagem administrativa:

- Escolha Fiscal Local → analisa as escolhas tomadas pelos governos locais, utilizando seus recursos próprios e transferências de outros níveis de governo. Esta abordagem assume que os governos locais são competidores entre si pela mobilização de eleitores (que também são contribuintes), e que os governos fazem escolhas sobre a mobilização de recursos, alocação e programas com o objetivo de satisfazer o eleitor mediano.

Esta abordagem apresenta sérias limitações em termos de sua aplicabilidade em países em desenvolvimento. Primeiro porque nestes países os recursos locais

representam uma pequena porção dos gastos locais, e as transferências intergovernamentais são acompanhadas de sérias restrições administrativas. Além do que, os eleitores não se baseiam apenas num critério, eles escolhem candidatos por uma gama de motivos, e não só pela política de saúde.

No entanto, seu ponto forte está em focar atenção nos tomadores de decisão locais e desenvolver proposições teóricas claras para explicar suas escolhas. Ela examina os incentivos (econômicos e políticos) que levam os tomadores de decisão locais a fazer escolhas que são desejáveis pelos cidadãos locais ou pelo governo central. A abordagem da Escolha Fiscal Local introduz a importância de considerar a receita local, a gama de políticas locais e o nível de accountability da população local. É importante para gerar hipóteses de como funcionarão os sistemas descentralizados.

- Capital Social → tenta explicar porque em algumas localidades os governos descentralizados alcançam melhores performances institucionais do que em outras. Sugere que a densidade das instituições cívicas gera experiências e expectativas na população local, denominadas “Capital Social”. É este investimento na experiência social que encoraja pessoas a trabalharem juntas, evitando o individualismo para atingir objetivos pessoais, reforçados pela experiência de que podem confiar uns nos outros. Afirma que este comportamento social é responsável pelos melhores resultados nas instituições locais.

A limitação desta abordagem reside em não produzir conclusões relevantes simples. Entretanto, a abordagem do Capital Social sugere que elementos do contexto local podem afetar o funcionamento e a efetividade da descentralização, assim os estudos sobre a descentralização devem levar em conta estes contextos locais.

- Principal Agente: propõe um Principal (indivíduo ou instituição) com objetivos específicos e Agentes que são necessários para implementar atividades na busca destes objetivos. Estes Agentes podem compartilhar alguns dos objetivos com o Principal, mas também podem perseguir interesses próprios, como aumentar seus próprios rendimentos ou reduzir o tempo e o esforço que dedicam ao Principal. Os Agentes têm mais informação sobre o que estão realizando do que o Principal, isto lhes permite perseguir seus próprios interesses ao mesmo tempo em que dependem esforços com aqueles interesses do Principal.

Na maioria dos estudos que utilizam esta abordagem, é assumido que o Principal recebe os benefícios de qualquer ganho que é produzido pelos Agentes. Quanto à assimetria de informações, a abordagem da relação Principal/Agente também se foca em quem controla a informação e como monitora-la.

Esta abordagem nos força a olhar para as relações entre o centro e a periferia e a tomá-la como algo dinâmico e envolvente. Permite distinguir as ferramentas utilizadas pelo nível central para induzir as autoridades locais a atingir os objetivos gerais da política de saúde.

A fragilidade do método está em focar-se em relações verticais entre o Principal e os Agentes, tornando difícil a análise quando existem múltiplos Principais, mais especificamente quando eles estão em níveis administrativos diferentes. A descentralização, pelo menos sob a forma de Devolução, implica que aqueles que atuarão como gerentes do sistema de saúde serão responsáveis pela população local (ou sistema político local), tornando-se Principais adicionais, e podendo assumir objetivos um pouco diferentes daqueles perseguidos pelo Principal do nível central.

A literatura que utiliza a abordagem do Principal Agente identifica vários canais viáveis ao Principal. Eles incluem incentivos positivos, punições e informações para monitorar os acordos.

Bossert (1999) propõe o conceito de “Espaço de Decisão” como a gama de escolhas possíveis que será delegada pelas autoridades centrais (Principais) às autoridades locais (Agentes). Este espaço pode ser formalmente definido por leis e regras e define as “regras do jogo” para os Agentes na descentralização. O Espaço de Decisão pode tornar-se uma área de negociação entre os níveis, com as autoridades locais sempre contestando o grau do Espaço de Decisão conferido a elas pelas autoridades centrais.

Parece não haver dúvidas que, no Brasil pós-autoritário, a redefinição de competências e atribuições administrativas entre esferas de governo disse respeito, sobretudo, às políticas e programas sociais. A democracia com descentralização foi, portanto, uma idéia-força e, como tal, teve um impacto elevado sobre o desenho institucional da política social brasileira. A Constituição de 1988 traduziu o anseio por descentralização compartilhado pelas forças democráticas predominantes. A federação foi redesenhada em benefício dos estados e, sobretudo, dos municípios, transformados em entes federativos (ALMEIDA, 2005).

Embora a idéia da descentralização tenha assumido um papel relevante nas políticas sociais brasileiras, os estudos não chegaram a conclusões definitivas sobre o real significado desse processo sobre a efetividade e a qualidade das políticas sociais. A discussão sobre a qualidade do processo de descentralização deveria trazer para o primeiro plano de análise a compreensão do efeito da autonomia fiscal do governo local, do capital social e da assimetria de informação entre Principal e Agente.

Este artigo busca enfrentar esse dilema a partir da perspectiva setorial da saúde. Essa escolha justifica-se no atual cenário das políticas de proteção social porque a atenção à saúde recebeu tratamento minucioso, com a definição das linhas gerais de um sistema único e descentralizado – o Sistema Único de Saúde (SUS) – assentado em uma suposta concepção de cooperação entre as três esferas de governo (CARVALHO, 2001; GOULART, 2001; ARRETCHE, 2003). As questões relacionais, apontadas por Bossert (1999), que condicionam a qualidade da cooperação, como capacidade fiscal do governo local, qualidade da sociedade civil e poder decisório do município permaneceram a margem para os formuladores da política. Ainda assim, a saúde é, sem dúvida alguma, a política pública de maior destaque no quadro federativo desde a Constituição de 1988. Segundo dados de dezembro de 2001, 99% dos municípios estavam habilitados a uma das condições de gestão, sendo 89% em Gestão Plena da Atenção Básica, e 10,1% na Gestão Plena do Sistema Municipal (LUCHESE, 2003).

Em razão de haver poucas evidências sobre essas questões relacionais na literatura nacional sobre a descentralização na saúde, a análise sobre o processo tem oscilado entre duas posições polares: 1) o excessivo otimismo sobre as qualidades intrínsecas da gestão local (municipal), fazendo eco na agenda contra a centralização autoritária dos anos 80; 2) o pessimismo estrutural que vinculou o processo de descentralização às mudanças orientadas ao Estado brasileiro pela agenda neoliberal.

A idéia central da perspectiva otimista é que a reorganização de serviços é passo fundamental e decisivo para a superação dos problemas e a obtenção de melhores resultados na atenção à saúde prestada à população. A descentralização possibilitaria o aperfeiçoamento das estratégias de mudança, a melhor utilização dos instrumentos propostos pelo Estado e a ampliação de um movimento de reorganização setorial. A (re)organização de serviços locais de saúde tornando-os mais eficientes, eficazes e igualitários no atendimento à

população, utilizando os instrumentos tático operacionais possibilitados desde o Estado (ALMEIDA, 1989).

Já para Kliksberg (1998), a descentralização dos serviços sociais para regiões e municípios favoreceria a aproximação das necessidades reais da população; maiores níveis de efetividade gerencial ao possibilitar maior dinamismo e maior flexibilidade e agilidade nas respostas. A médio e longo prazos também estimularia a articulação dos interesses das populações assistidas favorecendo a auto-sustentação dos esforços.

A CEPAL (2000) também afirmou que a descentralização da gestão pública representaria uma grande oportunidade para a adequação dos programas governamentais às demandas e singularidades locais e para um aumento da efetividade do gasto público, da efetividade gerencial, da sustentabilidade e da equidade no que se refere aos resultados da ação governamental, com potencial de assegurar maior efetividade ao gasto social.

Em resumo, nas últimas décadas a gestão local de políticas públicas tem sido portadora de expectativas muito positivas com relação a resultados desejáveis da ação do Estado. Democratização do processo decisório; efetividade na gestão das políticas públicas; controle social; qualidade da informação entre decisores, provedores e beneficiários estiveram no topo da lista sobre os resultados virtuosos da descentralização, em oposição aos vícios e problemas gerados pelas estruturas centralizadas instituídas ao longo do século XX (ARRETICHE, 2003).

A perspectiva pessimista reflete um conjunto mais diversificado de avaliações sobre os resultados das políticas públicas e de saúde no Brasil dos anos 1990. Por exemplo, Mendes (1993) considerou que: “por baixo do estridente e aparente consensualizado significativo da Reforma Sanitária construiu-se, competentemente, o projeto conservador da saúde assentado em três opções fundamentais: a privatização (baixa regulação dos mecanismos regressivos do mercado, subsídio

estatal direto ou indireto às empresas e perda de qualidade do sistema público), a descentralização (num contexto de diminuição do tamanho do Estado com desconcentração programada e seletiva de recursos sem definição clara das competências de cada nível de governo) e a focalização (expansão da Atenção Primária Seletiva com priorização de Programas direcionados a grupos de risco)”.

Já Faveret & Oliveira (1990) consideraram que a “expansão universalizante do Sistema de Saúde Brasileiro foi acompanhada de mecanismos de racionamento (queda de qualidade, filas etc.) como forma de acomodar a demanda ampliada a uma oferta em lento crescimento, expulsando os segmentos mais privilegiados da população em direção ao setor privado”.

O mesmo ceticismo é compartilhado por Noronha & Levcovitz (1994) que afirmaram que “a crise fiscal e política do final da década de 80, impôs uma descentralização dogmática e acriticamente operacionalizada, passando a alocação de recursos a subordinar-se exclusivamente a critérios de produção de serviços pelas unidades assistenciais isoladamente, aos convênios para obras e investimentos arbitrariamente deliberados e aos cada vez mais estreitos limites das disponibilidades orçamentário-financeiras grandemente decrescentes do Ministério da Saúde. A evidente tendência à “municipalização federal” não consegue explicitar as competências, poderes e recursos de cada nível de governo”.

Em uma perspectiva mais operacional, Matus (1987) identificou na América Latina “a carência no nível local de uma metodologia de planejamento/programação” que possibilitasse identificar os problemas, localizando-os numa situação dada, e propor soluções que “materialize” as mudanças, conferindo maior visibilidade naquilo que é sua concretude – a atenção à saúde da população. Concentrar esforços nas operações estratégicas seria um aspecto chave na condução, porque elas marcariam a direção do movimento de mudança de uma situação dada, que se pretende transformar – mais favorável aos novos propósitos de maior efetividade e qualidade na prestação de serviços.

Essa polaridade de julgamento na literatura é resultado da ausência de indicadores sobre os resultados do processo de descentralização da política de saúde. Não há dúvida que a autonomia local pode produzir resultados opostos aos esperados pelos defensores mais otimistas da descentralização. Governos locais dotados de autonomia para contrair empréstimos e dependentes de um sistema nacional de transferências fiscais tenderiam a produzir déficits fiscais sistemáticos contrariamente à expectativa de que a descentralização fiscal produziria responsabilidade fiscal (RODDEN, 2005).

Além disso, a proximidade entre as burocracias públicas e cidadãos no nível local elevaria as possibilidades de práticas de corrupção (ROSANVALLON, 1993; TANZI, 1995), diferentemente da expectativa de que a proximidade produziria necessariamente maior controle dos cidadãos sobre seus governos.

Em resumo, a autonomia local para a gestão de políticas cria oportunidades institucionais para que os governantes implementem decisões de acordo com suas próprias preferências, as quais não são necessariamente compatíveis com o interesse público e o bem-estar da população.

Mais importante do que adotar uma perspectiva otimista ou pessimista sobre a descentralização é compreender as regras institucionais que condicionaram o desenvolvimento da descentralização. O comportamento responsável dos governos, locais ou nacionais, depende, não exclusivamente, mas em grande medida, dos incentivos a que estão sujeitos. E são em grande parte as instituições, isto é, desenhos de políticas, regras e normas sociais, que conformam os incentivos ao comportamento dos atores políticos (NORTH, 1990; PRZEWORSKI, 1996). A perspectiva assinalada pela teoria Principal Agente, apontada por Bossert (1999), deve também ser considerada, pois prevê que, mesmo em relações com contratos bem definidos, existe margem para comportamentos oportunistas dos Agentes por dominarem mais informações sobre decisões de interesse das partes.

Para o setor saúde brasileiro, é muito relevante avaliar o impacto dos arranjos institucionais gerados pela política pública orientada ao nível local sobre estruturas, processos e resultados do sistema público de saúde, passadas duas décadas de experiência da descentralização. A grande questão é saber se a forte ênfase dada à autonomia municipal favoreceu o comprometimento dos governos locais com o sistema de saúde e se consolidou a responsabilidade dos municípios com a provisão de serviços de saúde.

As análises baseadas em evidências do processo de descentralização ocorrido no Brasil sugerem que não há qualquer garantia intrínseca à gestão local que promova responsabilidade, efetividade, acesso universal e patamares equitativos de atenção à saúde. Estes estudos enfatizam os mecanismos institucionais introduzidos pelo SUS, para produção de gestões locais eficazes e eficientes, condutoras de serviços de atenção à saúde com qualidade e efetividade.

Arretche (2003) afirma que a qualidade da ação dos governos depende, em grande medida, dos incentivos e controles a que estes estão submetidos. Incentivos e controles que derivam do desenho institucional das políticas. A análise de sistemas descentralizados de saúde mostra que o desempenho dos governos locais é em larga escala resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais.

Assim, a autora concentra-se no estudo das estruturas institucionais formais do SUS e sua influência sobre a capacidade decisória dos governos na área da saúde. Para isso estabeleceu quatro dimensões destas estruturas, a saber: relações entre níveis de governo, controle social, regulação governamental sobre os provedores públicos e privados e influência do eleitor. Conclui que ainda que estes mecanismos institucionais não funcionem plenamente, o desafio consiste mais em amadurecer a utilização desta estrutura e menos em redesenhá-la (ARRETCHÉ, 2003).

Levcovitz *et al* (2001) destacaram ainda um conjunto de fatores que também têm importância decisiva para a qualidade das gestões locais, tais como o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora dos governos e as desigualdades na distribuição das necessidades de serviços de saúde da população.

Segundo estes estudos, o processo de descentralização, tal como se tem desenvolvido no Brasil, evidencia que o eventual sucesso de medidas descentralizadoras supõe a expansão seletiva das funções do Governo Central, mais especificamente o fortalecimento de suas capacidades administrativas e institucionais na condução e regulação das políticas setoriais implementadas pelos governos subnacionais e do próprio processo de descentralização.

De fato, a política de descentralização da saúde no Brasil contou com a indução estratégica do Ministério da Saúde, através da formulação das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs), que buscaram instruir e regular a nova organização do sistema abrangendo a definição das formas de transferências de recursos interinstâncias de governo; definição das modalidades de pagamento dos serviços de saúde; instrução do processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; definição dos tipos de assistência na oferta (básica, de média e alta complexidade) e definição do modelo de atenção, que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação da saúde (LEVCOVITZ *et al*, 2001).

O processo de adesão de estados e municípios às sucessivas NOBs seria revelador deste maior poder de indução alcançado pelo Ministério da Saúde. A NOB 91 obteve adesão de 1.074 municípios – 22% dos municípios brasileiros em 1993 (LEVCOVITZ *et al*, 2001). Através da NOB 93, 3.127 municípios – 63% do total em 1996 e 26 estados foram habilitados (LUCCHESI, 1996). Já a NOB 96 alcançou a adesão de 99,6% dos municípios e 12 estados.

A capacidade de indução do Ministério da Saúde não teria se restringido à habilitação dos municípios ao SUS, mas se estenderia às prioridades dos governos locais na gestão de seus sistemas de saúde, ou seja, as regras das NOBs teriam modelado os sistemas locais pela importância das transferências federais do SUS no conjunto das transferências federais para os municípios.

Levcovitz *et al* (2001) ressaltaram que, apesar das dificuldades de implantação, as NOBs trouxeram avanços para o processo de descentralização em direção à municipalização e o estabelecimento da função dos estados como coordenadores dos sistemas municipais. Segundo eles, o nível federal ampliou seu poder indutor e regulatório sobre esse processo.

Com relação aos novos mecanismos de transferência de recursos, destacaram-se as mudanças trazidas com a criação do PAB e outros incentivos de transferência fundo a fundo. Ao final do ano 2000 quase todos os municípios receberam automaticamente o mínimo para a atenção básica e mais de 60% do total dos recursos assistências federais passam a ser transferidos diretamente aos fundos municipais.

Apesar de ter sido criado com base na série histórica de produção ambulatorial, o PAB não estava sujeito a revisões com base na produção. Pode-se dizer que o PAB rompe com a modalidade pós-pagamento e institui a modalidade de pré-pagamento para a remuneração da Atenção Básica, tornando-se uma grande inovação no financiamento das ações de saúde.

A fragmentação do teto financeiro para a assistência ambulatorial em "básico x especializado" teve um impacto diferente para os municípios já habilitados em Gestão Semiplena pela NOB 93. Estes municípios tinham plena autonomia para a execução dos recursos transferidos fundo a fundo, visto que os procedimentos para os ajustes das FPO das unidades eram controlados pelos próprios gestores do próprio município, e também, por não existir na maioria dos estados

mecanismos de fiscalização, controle e ajustes financeiros da utilização desses recursos. Com a transferência em contas separadas diminuíram as possibilidades de gasto do montante de recursos segundo suas próprias prioridades.

Os incentivos previstos pela NOB 96 não faziam parte do montante global de recursos ambulatoriais e hospitalares que compunham o teto financeiro assistencial do município. Eram recursos “extra-teto”, cuja execução não pode ser monitorada pelo SIA-SUS e SIH-SUS. A lógica de sua transferência está baseada na adesão dos municípios a programas com objetivos específicos.

Uma crítica que se faz a esse sistema é que a fragmentação prejudicaria a integralidade, criando uma “cesta básica”, financiada com recursos do PAB e dos incentivos ao PACS e PSF, para os “cidadãos mínimos” e dá liberdade para o setor privado crescer na ausência do público como prestador de assistência hospitalar e ambulatorial especializada (LEVCOVITZ *et al*, 2001).

Com a NOB 96, a maioria dos municípios passou a ser gestora do sistema e, através da PPI, amplia-se a possibilidade de assistência nos níveis de maior complexidade. Esse foi um instrumento formal para a pactuação de recursos, buscando garantir assistência integral nos municípios. A PPI incentivou a geração de novos acordos entre os gestores, estimulando a reorganização e hierarquização do sistema de serviços de saúde estadual, sob coordenação do estado e, também, acabou por fortalecer as CIBs.

Os efeitos do PAB e dos diferentes incentivos para os modelos da assistência nos municípios incentivaram a ampliação dos programas PACS e PSF e conseqüentemente a ampliação da cobertura assistencial com adoção de práticas inovadoras.

Outra inovação prevista na NOB 96 foi a descentralização das estratégias de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e controle das doenças, porém com regulamentações específicas.

A ampliação dos mecanismos de transferência fundo a fundo aumentou a autonomia do gasto para a maioria dos municípios e estados na área da saúde. Porém, a utilização de alguns instrumentos técnico-operacionais para repasse, transferência e execução dos recursos, que padronizam os instrumentos e unificam o sistema, pouco contribui para avaliar os resultados dos recursos aplicados e limitam as iniciativas próprias e singulares que vinculem à prática de saúde às necessidades locais e regionais.

O consenso entre os autores é que as regras institucionais do SUS, ou seja, regras do processo decisório, mecanismos de controle e punição, arenas institucionalizadas de representação de interesses, etc. propiciariam os incentivos suficientes ao alinhamento dos governos municipais às regras da descentralização (ARRETICHE, 2003). No entanto, poucas evidências empíricas demonstram o resultado no compromisso e responsabilidade dos Sistemas Locais de Saúde desse processo de indução do Governo Central para o conjunto dos municípios brasileiros.

Recentemente, o trabalho de Vianna *et al* (2002) buscou identificar variáveis sistêmicas e comparativas para explicar a capacidade de resposta dos municípios às estratégias e incentivos da NOB 96 nos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal (GSPM) ente 1998 e 2000.

Segundo a autora, as respostas às pressões por maior participação dos municípios na área social, assim como a alta heterogeneidade entre eles propiciaram a formação de modelos singulares de saúde, tanto regionais como locais, e suas configurações dependem de variáveis como: formas anteriores de gestão e organização dos serviços; arranjos políticos e formas de expressão dos

interesses no plano local e perfil de financiamento e gasto local em saúde. São a qualidade e a natureza desses perfis de atuação, ou ainda, as características do poder municipal que melhor respondem pelo desempenho da implantação de determinadas políticas setoriais (VIANNA *et al*, 2002).

O trabalho conclui que os municípios com maior poder de resposta aos incentivos do SUS – configurando Sistemas Locais Robustos, estão positivamente associados às variáveis institucionais como aprendizado organizacional, capacidade de gerar receitas próprias, capacidade administrativa, capacidade de gasto e percentual de gasto com pessoal.

Este artigo de Vianna *et al* (2002) trouxe um grande avanço aos estudos da descentralização porque fortalece a hipótese que o desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde pode estar fortemente associado às condições institucionais do município. Os incentivos do processo de descentralização do SUS seriam associados às condições criadas pelo município para responder às demandas da descentralização.

O presente artigo tem como objetivo aprofundar essa hipótese sobre o desenvolvimento dos Sistemas Municipais de Saúde e contribuir para a compreensão das variáveis institucionais que favorecem as condutas dos governos locais nas políticas públicas.

Como afirmado anteriormente, a hipótese desse artigo é que os incentivos e constrangimentos propostos pelo processo de descentralização geram capacidades institucionais diferenciadas entre os municípios brasileiros. Tomando-se como referência a NOB 96 considerou-se a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) como um fator de diferenciação na efetividade do Sistema Local de Saúde entre os municípios brasileiros na presente década. Alguns importantes municípios brasileiros desenvolveram bons governos na saúde

porque foram reconhecidos em sua capacidade institucional e escolheram a condição de GPSM.

De acordo com o modelo de Bossert (1999), a descentralização promovida no país foi do tipo político-administrativa, envolvendo transferência de recursos, serviços e responsabilidades da esfera federal para as esferas estaduais e municipais. Porém, o modelo de federalismo e as extremas desigualdades brasileiras tornaram necessária a “existência de mecanismos de regulação que dêem conta do dinamismo e da complexidade da descentralização na área da saúde”. Dessa forma, as Normas Operacionais Básicas, implementadas nos anos 90, representaram ferramentas institucionais fundamentais para concretização da descentralização (LEVCOVITZ *et al*, 2001).

Em nossa hipótese metodológica, as NOBs estabeleceram uma relação contratual – portanto uma relação entre Principal e Agente – possibilitando avaliar se nos municípios em melhores condições de “desenvolvimento” institucional podem ser observados comportamentos cooperativos e efetividade no sistema de saúde. Ou seja, os incentivos do processo de descentralização do SUS podem afetar o comportamento dos municípios independentemente do porte populacional e capacidade fiscal. Arretche e Marques (2002) identificaram que porte populacional está fortemente associado à capacidade fiscal. Os autores controlaram três informações básicas sobre finanças municipais para dados transversais do biênio 1993-1994: 1) receita orçamentária municipal; 2) receita tributária, arrecadada diretamente pelo município; e 3) despesas com transferência de capital, relativa ao serviço da dívida municipal. Concluíram que a proporção da receita diretamente arrecadada pelo município decresce de forma diretamente proporcional ao porte populacional e à importância do município na malha urbana. Este fenômeno foi, em parte, explicado por eles pelos incentivos à “preguiça fiscal” dos municípios de menor porte, derivado da forma de repartição fiscal favorável aos pequenos municípios. Mas, segundo eles, é também derivado da pujança econômica das

idades, cuja capacidade de geração de riqueza está associada à concentração populacional.

Os estudos já demonstraram que o incentivo ao aprendizado institucional implícito nas modalidades de habilitação gradativa constituiu um importante instrumento da melhoria da qualidade da gestão pública. Os municípios que atingiram as modalidades mais qualificadas apresentariam ex ante melhores condições institucionais e administrativas para a gestão pública da saúde. Portanto, o resultado do processo de qualificação e capacitação institucional é essencial à estratégia induzida pelo Governo Central brasileiro de descentralização na saúde (VIANNA *et al*, 2002).

Essa conclusão do estudo ratifica a hipótese central desse artigo sobre o comportamento e o desempenho dos municípios em GSPM segundo a NOB 96. Esses municípios expressariam as condições mais apropriadas na gestão do Sistema Local de Saúde. Neles é possível identificar as evidências que comprovam que o nível de compromisso institucional da gestão local (dos municípios) com a descentralização afeta de modo positivo os indicadores de estrutura, processo e resultado do Sistema Local de Saúde.

METODOLOGIA

Para responder a hipótese central do trabalho que associa adesão ao processo de descentralização ao desempenho do governo, esse estudo tomará como referência os 429 municípios que se encontravam em Gestão Plena do Sistema Municipal em 2002 (ver Anexo 1). Serão analisados, em perspectiva de corte ou transversal os dados de compromisso institucional e desempenho disponibilizados pelos bancos de dados nacionais do SIOPS e do DATASUS.

O estudo transversal ou corte representa a forma mais simples de pesquisa populacional. A relação entre exposição a um dado processo e o efeito é examinada, em uma dada população, em um momento específico. Gera informações sobre a prevalência da exposição, do efeito e de outras características da população. Fornece um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento, o que é muito útil no planejamento de saúde. Suas principais vantagens são o baixo custo; o alto potencial descritivo, servindo de subsídio ao planejamento e a simplicidade analítica (PEREIRA, 1995).

Donabedian (1984) ofereceu um conjunto consistente de categorias de análise para a avaliação de políticas públicas. As categorias estrutura, processo e resultado (impacto) propostas pelo autor informam, como princípios gerais, as possibilidades de definição e mensuração específicas de variáveis de qualidade que podem resultar do processo de implementação de macropolíticas de saúde, como o processo de descentralização brasileiro. Essas categorias são definidas como estrutura, que compreende as condições (insumos, financiamento e organização) obtidas ou disponíveis para o desenvolvimento das atividades previstas ou formuladas por uma política; processo que representa o conjunto de atividades que pode ser associado à estrutura disponível pela política; e resultado que se refere à(s) mudança(s) na situação problema que pode(m) ser associada(s) ou atribuída(s) às atividades de uma política pública.

Esses dados serão analisados por dois desenhos complementares:

A) Por meio de medidas estatísticas descritivas que comparam os valores de distribuição central observados no subconjunto dos municípios em GPSM em relação aos parâmetros obtidos para os mesmo valores no conjunto de municípios brasileiros. Os dados nacionais do conjunto de municípios serão assumidos como benchmarking, isto é, como parâmetros esperados para o desempenho em relação aos indicadores de estrutura, processo e resultado da descentralização, conforme demonstrado no Quadro 1, que resume a metodologia adotada:

Quadro 1: Parâmetros para a Descrição do Desempenho dos Municípios em GPSM – Brasil (2002)

Nível de Avaliação	Variável	Meio de Verificação
Estrutura	% de População com Domicílios com Abastecimento de Água	DATASUS
	% de População com Domicílios com Esgotamento Sanitário	
	% de População com Domicílios com Coleta de Lixo	
	Renda Média do Responsável pela Família (SM)	
	Número Médio de Moradores por Domicílio	
	Taxa de Alfabetização	
	% de Unidades de Baixa Complexidade no Total de Unidades Ambulatoriais Cadastradas	
	% de Unidades de Média e Alta Complexidade no Total de Unidades Ambulatoriais Cadastradas	
	% de Unidades Públicas no Total de Unidades Ambulatoriais Cadastradas	
	% de Unidades Privadas no Total de Unidades Ambulatoriais Cadastradas	
	% de Unidades Municipais no Total de Unidades Ambulatoriais Públicas Cadastradas	
% de Unidades de PSF no Total de Unidades Ambulatoriais		
Processo	Despesa Total com Saúde por Habitante	DATASUS
	Despesa com Recursos Próprios por Habitante	
	Transferência SUS por Habitante	
	% Despesas com Pessoal na Despesa Total com Saúde	
	% Despesas com Investimentos na Despesa Total com Saúde	
	% das Transferências SUS na Despesa Total com Saúde	
	% Recursos Próprios Aplicados em Saúde (EC 29)	
% Despesas com Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica na Despesa Total com Saúde		

Nível de Avaliação	Variável	Meio de Verificação
Processo	Despesa Total com Saúde (em Milhões de Reais)	DATASUS
	Despesa com Recursos Próprios (em Milhões de Reais)	
	Transferências SUS (em Milhões de Reais)	
	Despesa com Pessoal (em Milhões de Reais)	
	Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais (em Milhões de Reais)	
	% das Transferências de Atenção Básica (grupo de despesa) nas Despesas Totais	
	% das Despesas PAB Fixo no Total de Despesas de Atenção Básica	
	% das Despesas do PAB Variável no Total de Despesas de Atenção Básica	
	% das Despesas do PACS/PSF no Total de Despesas de Atenção Básica	
	% das Despesas do PAB Fixo no PAB Total	
	% das Despesas do PAB Variável no PAB Total	
	% das Despesas do PACS/PSF no PAB Total	
	% das Despesas do PACS/PSF no Total do PAB Variável	
	% das Despesas do PSF no Total do PAB Variável	
	% das Despesas do PACS no Total do PAB Variável	
	PAB Variável por Habitante	
PAB Fixo por Habitante		
Resultado	Número de Equipes do PSF por 100 mil hab.	DATASUS
	% da População Cadastrada pelo PACS na População Total do Município	
	% da População Cadastrada pelo PSF na População Total do Município	
	% da População Cadastrada pelo PACS e PSF na População Total do Município	
	Número de Médicos do PSF por 100 mil habitantes	
	Número de Médicos do PSF por 1000 Pessoas Cadastradas	
	Número de Consultas Médicas do PSF por 1000 hab/ano	
	Número de Consultas Médicas do PSF por 1000 Pessoas Cadastradas/ano	
	Número de Consultas do PACS/PSF para Residentes no Município por 1000 Pessoas Cadastradas/ano	
	Número de Consultas do PACS/PSF para Residentes no Município / Total de Consultas Informadas	
	Concentração de Atendimentos em Puericultura Realizados por 100 Menores de 1 ano Cadastrados	
	Concentração de Consultas Pré-natal por 100 Gestantes Cadastradas	
	Número de Consultas Médicas por habitantes/ano	
	Número de Consultas Médicas Básicas por hab/ano	
	Número de Consultas Médicas Especializadas por hab/ano	

B) Por meio de um desenho comparativo dos municípios em GPSM com mais de 100 mil habitantes com os municípios do mesmo estrato populacional que não estavam em GPSM em 2002. Essa análise permitirá avaliar comparativamente o efeito da condição de elevado comprometimento institucional sobre o desempenho do município no setor saúde.

Para a análise comparativa adotaremos o desenho proposto por Weiss (1998) sobre a condição de comparabilidade entre grupos nos estudos pré-experimentais e quase experimentais. Para a autora, uma condição inicial desse desenho é que, sem a seleção aleatória, o estudo deve ser denominado de estudo de grupo de comparação (e não de “caso-controle” como nos desenhos experimentais). A seleção dos grupos de controle para a comparação deve ser feita entre amostras que ofereçam um perfil geral de equivalência diante da impossibilidade de realizar uma seleção de amostras por “matching” de unidade por unidade da amostra.

É importante, sobretudo, que a comparação mantenha a condição de independência entre os grupos – ou seja, que no estudo sobre os municípios brasileiros exista um grupo homogêneo que não passou até a data do estudo transversal pelo processo de institucionalização da GPSM. Essa condição de *seleção* da amostra é um dos pontos assinalados por Campbell & Stanley (1963) para que sejam validados os estudos comparados não experimentais. O desenho comparativo proposto por esse artigo responde a condição de seleção identificada pelos autores.

Os autores sugerem que sejam também controlados os eventos de *mortalidade* entre as unidades do grupo em comparação – no caso desse artigo, os municípios em GPSM – para excluir as unidades que estiveram na condição do “grupo caso” e passaram para “grupo controle”, contaminando os resultados da análise. Na experiência da GPSM, os dados para 2002 são válidos para a análise comparativa porque até aquele momento não houve saídas de municípios da condição proposta pela NOB 96.

RESULTADOS

A) ANÁLISE DOS DADOS DOS MUNICÍPIOS EM SITUAÇÃO DE GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL (2002)

O estudo descritivo do perfil dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal revela que compromisso institucional com a descentralização tem estado diretamente associado com tamanho do município. Essa evidência justificou que a análise comparativa fosse desenvolvida com a focalização nos municípios com população acima de 100 mil habitantes. Ainda assim, a análise descritiva dos dados do conjunto de municípios brasileiros em GPSM resulta em evidências importantes sobre o efeito das regras institucionais no processo de descentralização.

Tabela 1: Porte Populacional dos Municípios em GPSM por Região (2002)

Região	Porte Populacional dos Municípios						TOTAL
	Até 10 mil Hab.	10.001 – 20 mil Hab.	20.001 – 50 mil Hab.	50.001 – 100 mil Hab.	100.001 – 200 mil Hab.	Acima de 200 mil Hab.	
Norte	1	7	17	9	1	1	36
Nordeste	0	10	35	28	12	12	97
Centro-Oeste	5	2	2	1	2	2	14
Sudeste	16	40	78	53	39	35	261
Sul	0	3	5	5	5	3	21
TOTAL	22	62	137	96	59	53	429

Fonte: SIOPS

De acordo com o estudo de Arretche & Marques (2002) que associa a capacidade fiscal ao porte populacional, a Tabela 1 revela que municípios com capacidade fiscal diversa atingiram a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, respondendo de modo adequado às exigências institucionais definidas pela condição de GPSM, como descritas na introdução deste trabalho.

Tabela 2: Municípios em GPSM por Estrato Populacional (2002)

Porte dos Municípios	Freqüência	%
Até 10 mil Hab.	22	5,13
10.001 - 20 mil Hab.	62	14,45
20.001 - 50 mil Hab.	137	31,93
50.001 - 100 mil Hab.	96	22,38
100.001 - 200 mil Hab.	59	13,75
Acima de 200 mil Hab.	53	12,35
TOTAL	429	100,00

Fonte: SIOPS

Chama atenção na Tabela 2, que 20% dos municípios habilitados na Gestão Plena em 2002 tivessem apenas 20 mil habitantes. Destes, 5% tinham menos de 10 mil habitantes. Esses dados revelam que os incentivos à descentralização atingiram de modo amplo e generalizado o universo dos municípios brasileiros, motivando mesmo aqueles com baixa escala populacional e fiscal, em todo o país. No entanto, a descrição dos municípios habilitados em GPSM revela, como já destacado, que a condição de habilitação é fortemente dependente da escala populacional, portanto, de capacidade fiscal.

Tabela 3: Proporção de Municípios em GPSM Segundo Porte Populacional (2000)

Porte dos Municípios	Municípios em GPSM	Total de Municípios	%
Até 10 mil Hab.	22	2.727	0,8
10.001 - 20 mil Hab.	62	1.392	4,5
20.001 - 50 mil Hab.	137	908	15
50.001 - 100 mil Hab.	96	279	34,5
100.001 - 200 mil Hab.	59	106	52,8
Acima de 200 mil Hab.	53	94	56,4
TOTAL	429	5.506	

Fonte: SIOPS, Costa & Pinto (2002).

Os dados da Tabela 3 comprovam que a proporção de habilitados cresce dramaticamente em relação direta com o tamanho populacional dos municípios. Isso indica que a autonomia municipal é associada ao porte populacional e à capacidade de gerar receitas próprias.

O fato dos governos municipais em GPSM serem mais freqüentes em municípios de grande porte permite afirmar que os municípios deste estrato populacional, de modo geral, detêm condições institucionais para ampliar o acesso a novas receitas criadas pelos mecanismos de transferência automática criados pela descentralização (COSTA & PINTO, 2002), Nesse caso, porte populacional associado à capacidade fiscal influencia decisivamente na propensão municipal em optar por GPSM.

Tabela 4: Municípios em GPSM (2002) – Despesa com Recursos Próprios Per Capita por Porte Populacional (Parâmetro Nacional R\$30,78)

Porte dos Municípios	Média	Diferença em Relação ao Parâmetro Nac. (%)
Até 10 mil Hab.	96,96	215,01
10.001 - 20 mil Hab.	81,44	164,59
20.001 - 50 mil Hab.	66,80	117,02
50.001 - 100 mil Hab.	78,97	156,56
100.001 - 200 mil Hab.	82,46	167,90
Acima de 200 mil Hab.	79,81	159,29

Fonte: SIOPS

É importante destacar que a opção pela GPSM gera dois tipos de resultados para os municípios: levam, por um lado, a um elevadíssimo comprometimento com a política setorial de saúde na política pública, traduzida pela grande proporção de despesas próprias com atenção à saúde. Nos municípios em GPSM, como mostra a Tabela 4, esse comportamento independente do porte populacional. Chama atenção, inclusive, que os municípios de pequeno porte destinam recursos próprios 215% acima das despesas próprias per capita observadas para o conjunto de municípios brasileiros em 2002.

Tabela 5: Municípios em GPSM (2002) – Transferências SUS Per Capita por Porte Populacional (Parâmetro Nacional R\$27,94)

Porte dos Municípios	Média	Diferença em Relação ao Parâmetro Nac. (%)
Até 10 mil Hab.	72,99	161,24
10.001 - 20 mil Hab.	75,96	171,87
20.001 - 50 mil Hab.	71,91	157,37
50.001 - 100 mil Hab.	69,99	150,50
100.001 - 200 mil Hab.	74,48	166,57
Acima de 200 mil Hab.	79,27	183,72

Fonte: SIOPS

Os dados da Tabela 5 mostram, por outro lado, que esse comportamento responsável e comprometido com as despesas em saúde é “premiado” pelas transferências federais para a saúde do SUS, que favorecem substancialmente os municípios em GPSM em relação aos demais municípios brasileiros. Em média, o subconjunto dos municípios em GPSM recebe transferências de recursos nacionais 165% acima do observado para o conjunto dos municípios brasileiros.

Tabela 6: Municípios em GPSM (2002) – Despesa com Saúde Per Capita por Porte Populacional (Parâmetro Nacional R\$58,74)

Porte dos Municípios	Média	Diferença em Relação ao Parâmetro Nac. (%)
Até 10 mil Hab.	169,95	189,33
10.001 - 20 mil Hab.	157,40	167,96
20.001 - 50 mil Hab.	138,71	136,14
50.001 - 100 mil Hab.	148,96	153,59
100.001 - 200 mil Hab.	157,03	167,33
Acima de 200 mil Hab.	159,22	171,06

Fonte: SIOPS

Não resta dúvida que o resultado agregado dessa opção municipal é o relevante dispêndio per capita que apresentam esses municípios quando comparados aos municípios que não optaram ou detinham condições institucionais ou fiscais para a GPSM, como mostra a Tabela 6.

Tabela 7: Municípios em GPSM (2002) – % Despesa com Pessoal na Despesa Total com Saúde por Porte Populacional (Parâmetro Nacional 46,03%)

Porte dos Municípios	Média	Diferença em Relação ao Parâmetro Nac. (%)
Até 10 mil Hab.	48,78	5,97
10.001 - 20 mil Hab.	48,81	6,04
20.001 - 50 mil Hab.	46,16	0,28
50.001 - 100 mil Hab.	48,54	5,45
100.001 - 200 mil Hab.	49,72	8,02
Acima de 200 mil Hab.	47,03	2,17

Fonte: SIOPS

A Tabela 7 mostra que a GPSM induz aos municípios a realizar despesas com pessoal da saúde residualmente acima do observado nos demais municípios. Um único estrato municipal com despesas equivalentes ao observado nacionalmente é o estrato de municípios em GPSM com população entre 20 mil e 50 mil habitantes. Os demais realizam despesas com pessoal de modo diferenciado, com especial destaque para aqueles do estrato entre 100 mil e 200 mil habitantes que realiza despesas com pessoal 8% acima do observado nos municípios brasileiros em geral.

Tabela 8: Municípios em GPSM (2002) – % Despesa com Investimentos na Despesa Total com Saúde por Porte Populacional (Parâmetro Nacional 3,96%)

Porte dos Municípios	Média	Diferença em Relação ao Parâmetro Nac. (%)
Até 10 mil Hab.	9,62	142,93
10.001 - 20 mil Hab.	5,35	35,10
20.001 - 50 mil Hab.	5,61	41,67
50.001 - 100 mil Hab.	4,32	9,09
100.001 - 200 mil Hab.	3,85	-2,78
Acima de 200 mil Hab.	3,36	-15,15

Fonte: SIOPS

A Tabela 8 indica que a GPSM gera incentivos para que os pequenos municípios ampliem a sua capacidade instalada. Já os municípios com população acima de 100 mil habitantes tendem a alocar recursos para investimento bem abaixo do que é observado para o conjunto dos municípios brasileiros.

Tabela 9: Municípios em GPSM (2002) – % Despesas com Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica na Despesa Total com Saúde por Porte Populacional (Parâmetro Nacional 28,36%)

Porte dos Municípios	Média	Diferença em Relação ao Parâmetro Nac. (%)
Até 10 mil Hab.	14,87	-47,57
10.001 - 20 mil Hab.	20,80	-26,66
20.001 - 50 mil Hab.	24,81	-12,52
50.001 - 100 mil Hab.	27,40	-3,39
100.001 - 200 mil Hab.	32,23	13,65
Acima de 200 mil Hab.	36,39	28,31

Fonte: SIOPS

Os municípios pequenos e médios do subconjunto de municípios em GPSM – até 50 mil habitantes – tendem a fazer a execução dos programas e serviços de saúde por meio das suas unidades próprias, como mostra a Tabela 9. Esse comportamento contrasta com a conduta dos municípios com mais de 200 mil habitantes que destinam quase 40% das suas despesas para a execução por terceiros – 28% acima do observado para a totalidade dos municípios brasileiros.

Tabela 10: Municípios em GPSM (2002) – % Recursos Próprios Aplicados em Saúde (EC 29) por Porte Populacional (Parâmetro Nacional 13,69%)

Porte dos Municípios	Média	Diferença em Relação ao Parâmetro Nac. (%)
Até 10 mil Hab.	15,60	13,95
10.001 - 20 mil Hab.	16,99	24,11
20.001 - 50 mil Hab.	16,67	21,77
50.001 - 100 mil Hab.	17,81	30,09
100.001 - 200 mil Hab.	18,47	34,92
Acima de 200 mil Hab.	17,42	27,25

Fonte: SIOPS

Os dados da Tabela 10 que mostram o percentual dos recursos próprios aplicados pelos municípios em GPSM em relação ao parâmetro esperado para 2002, considerando a Emenda Constitucional 29 (EC-29), ratificam a evidência que a condição de GPSM foi um poderoso instrumento utilizado pelo Executivo Municipal para colocar a saúde no topo da agenda pública. Em média, os municípios em GPSM alocam 25% acima do observado para o conjunto dos municípios

brasileiros de recursos próprios em saúde. Um grande destaque deve ser dado aos municípios em GPSM de médio de grande porte – acima de 50 mil habitantes – que já comprometiam um percentual do recurso próprio muito significativo em relação ao esperado pela EC-29.

B) ANÁLISE DA GPSM POR GRUPO DE COMPARAÇÃO: OS MUNICÍPIOS COM MAIS DE 100 MIL HABITANTES (2002)

Nessa segunda parte do artigo serão analisados os dados transversais para os dois grupos de municípios brasileiros com população superior a 100 mil habitantes. A hipótese a ser testada, sob o ponto de vista estritamente estatístico, é que não há diferença de desempenho entre os dois grupos, a condição de GPSM não afetaria significativamente o desempenho do sistema de saúde.

Tabela 11: Habilitação em GPSM por Porte Populacional (2002)

Porte Populacional	Habilitação em GPSM		TOTAL
	Habilitados	Não Habilitados	
100 mil - 500 mil hab.	97	92	189
500 mil - 1 milhão hab.	12	8	20
Mais de 1 milhão de hab.	2	10	12
TOTAL	111	110	221

Fonte: DATASUS

Nota-se, pela Tabela 11, que propensão à habilitação é mais associada aos municípios com população até um milhão de habitantes. Os municípios com população acima de 1 milhão de habitantes apresentavam, em 2002, uma significativa baixa aderência às proposições de comprometimento institucional com o SUS.

Tabela 12: Perfil Sócio-econômico Segundo Grupos de Municípios (2002)

Variáveis Sócio-econômicas	Habilitados		Não Habilitados	
	Média	Mediana	Média	Mediana
% de População com Domicílios com Abastecimento de Água	91,03	97,12	89,05	95,45
% de População com Domicílios com Esgotamento Sanitário	76,08	83,93	70,91	78,3
% de População com Domicílios com Coleta de Lixo	90,36	95,67	89,91	93,88
Renda Média do Responsável pela Família (SM)	5,33	5,23	5,1	4,9
Número Médio de Moradores por Domicílio	3,7	3,65	3,73	3,65
Taxa de Alfabetização	91,28	93,2	91,45	93,5

Fonte: DATASUS

Os dados resumidos na Tabela 12 demonstram a elevada condição de comparabilidade entre os grupos, baseada em indicadores econômico-sociais como a proporção, média e mediana, de domicílios com abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo, a homogeneidade da renda familiar, do número médio de moradores por domicílio e da taxa de alfabetização. Estamos efetivamente diante de um conjunto de municípios com indicadores diferenciados sobre o ponto de vista da cobertura de serviços públicos e condição de acesso à renda e à rede educacional.

Diante desse quadro de homogeneidade, seria pouco provável que o processo institucional associado à condição de GPSM afetasse de modo significativo o perfil da rede de serviços, o compromisso com despesas na saúde e o desempenho dos programas de saúde implementados em bases municipais. Pelos dados que seguem, nota-se que a condição de GPSM produz diferenças muito importantes entre os municípios em comparação a despeito das semelhanças em termos sócio-econômicos.

Tabela 13: Perfil da Rede Ambulatorial Segundo Grupos de Municípios (2002)

Variáveis	Habilitados		Não Habilitados	
	Média	Mediana	Média	Mediana
% de Unidades de Baixa Complexidade no Total de Unidades Ambulatoriais Cadastradas*	45,06	46,15	54,52	58,43
% de Unidades de Média e Alta Complexidade no Total de Unidades Amb. Cadastradas*	54,94	53,85	45,48	41,57
% de Unidades Públicas no Total de Unidades Ambulatoriais Cadastradas**	74,72	75,51	68,11	72,22
% de Unidades Privadas no Total de Unidades Ambulatoriais Cadastradas	25,28	24,49	31,89	27,78
% de Unidades Municipais no Total de Unidades Ambulatoriais Públicas Cadastradas*	92,93	95,92	86,47	94,74
% de Unidades de PSF no Total de Unidades Ambulatoriais	11,79	7,14	9,5	1,73

*P Valor < 0,05 **0,05 < P Valor < 0,10
 Fonte: DATASUS

Observa-se pela Tabela 13 que os municípios em GPSM tendem a apresentar um perfil estrutural de oferta de serviços mais complexo em comparação ao grupo de municípios não habilitados (diferenças significativas no número de unidades ambulatoriais de média e alta complexidade). Do mesmo modo, os municípios tendem a adotar uma estratégia de ampliação de serviços por unidades próprias (P Valor < 0.05) e com significativa ênfase em unidades de PSF. Os valores medianos do percentual de unidades de PSF no total de unidades (respectivamente 7,14% para os municípios em GPSM contra 1,73% para os demais) ratificam essa diferença.

Tabela 14: Perfil do Gasto com Saúde Segundo Grupos de Municípios (2002)

Variáveis	Habilitados		Não Habilitados	
	Média	Mediana	Média	Mediana
Despesa Total com Saúde por Habitante*	158,22	152,77	112,31	88,5
Despesa com Recursos Próprios por Habitante*	81,05	75,37	57,04	47,54
Transferência SUS por Habitante*	77,06	73,04	55,24	28
% Despesas com Pessoal na Despesa Total c/ Saúde**	48,39	47,43	51,83	52,53
% Despesas com Investimentos na Despesa Total c/ Saúde*	3,63	2,3	5,13	3,97
% das Transferências SUS na Despesa Total com Saúde	51,33	51,65	46,73	46,21
% Recursos Próprios Aplicados em Saúde (EC 29)*	17,92	17,85	15,29	14,94
% Despesas com Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica na Despesa Total com Saúde*	34,18	34,68	26,15	20,41
Despesa Total com Saúde (em Milhões de Reais)	52,02	30,85	63,14	21,45
Despesa com Recursos Próprios (em Milhões de Reais)	26,51	13,25	33,42	11,04
Transferências SUS (em Milhões de Reais)	25,45	14,18	29,71	8,17
Despesa com Pessoal (em Milhões de Reais)	25,18	13,72	26,6	10,84
Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais (em Milhões de Reais)	151,63	69,67	208,15	69,24

*P Valor < 0,05 **0,05 < P Valor < 0,10

Fonte: DATASUS

Os dados da Tabela 14 ratificam a notável diferença que a condição de GPSM, em 2002, provocou sobre a relevância dada às despesas com saúde nos municípios. Na comparação entre os grupos de municípios as diferenças do gasto médio per capita – R\$158,22 dos municípios em GPSM contra R\$112,31 nos demais – indicam que a habilitação trouxe ganhos reais na alocação diferenciada de recursos para o setor saúde. Note-se que essa diferença é predominantemente sustentada pela destinação de recursos próprios para o setor saúde pelos municípios em GPSM.

Em 2002, os municípios em GPSM destinaram R\$81,00 por habitante contra R\$ 57,00 por habitante, destinados pelos municípios não habilitados. A diferença de R\$ 27,00 por habitante entre os dois grupos de comparação é muito significativa. Outra informação importante da Tabela 14 refere-se ao percentual de recursos próprios aplicados em saúde que foi de 17,92% em média nos municípios em GPSM contra 15,29% nos demais municípios. Note-se, pela Tabela 14, que os

municípios em GPSM realizaram um esforço expressivo de destinação de recursos para a saúde considerando a capacidade fiscal: os valores medianos de receita de impostos e transferências constitucionais e legais são iguais aos observados nos municípios não habilitados. Já a média dessa distribuição favorece expressivamente os municípios não habilitados. A média do grupo é de R\$ 208,15 contra a média de R\$151,63 observada nos municípios em GPSM.

Tabela 15: Perfil das Despesas com Atenção Básica Segundo Grupos de Municípios (2002)

Variáveis	Habilitados		Não Habilitados	
	Média	Mediana	Média	Mediana
% das Transferências de Atenção Básica (grupo de despesa) nas Despesas Totais*	25,09	22,93	30,42	22,51
% das Despesas PAB Fixo no Total de Despesas de Atenção Básica	67,64	69,49	65,27	69,48
% das Despesas do PAB Variável no Total de Despesas de Atenção Básica	28,95	27,42	29,54	28,63
% das Despesas do PACS/PSF no Total de Despesas de Atenção Básica	13,94	11,68	14,35	10,79
% das Despesas do PAB Fixo no PAB Total	70,37	71,44	67,35	69,53
% das Despesas do PAB Variável no PAB Total	29,63	28,55	31,77	30,09
% das Despesas do PACS/PSF no PAB Total	14,17	12,25	15,3	10,79
% das Despesas do PACS/PSF no Total do PAB Variável	39,16	43,57	37,13	36,29
% das Despesas do PSF no Total do PAB Variável	21,64	19,59	19,36	9,58
% das Despesas do PACS no Total do PAB Variável	17,52	13,34	17,77	14,44
PAB Variável por Habitante	4,84	3,96	5,1	4,12
PAB Fixo por Habitante	10,15	9,71	9,6	9,73

*P Valor < 0,05
Fonte: DATASUS

Os dados sintetizados na Tabela 15 demonstram que o perfil de despesa média na atenção básica segue um padrão bastante homogêneo entre os grupos de comparação. Os municípios não habilitados destinam residualmente, em média, mais recursos de saúde para a atenção básica dos que os municípios em GPSM.

Esse padrão de alocação não é coerente com o que é observado em relação à capacidade instalada nos dois grupos de municípios. Os municípios não habilitados deveriam, teoricamente, destinar muito mais recursos por habitante na rede básica porque detêm maior oferta desses serviços.

Tabela 16: Perfil de Cobertura do PACS e do PSF Segundo Grupos de Municípios (2002)

Variáveis	Habilitados		Não Habilitados	
	Média	Mediana	Média	Mediana
Número de Equipes do PSF por 100 mil hab.	3,87	2,2	4,94	3,59
% da População Cadastrada pelo PACS na População Total do Município	25,38	25,1	22,71	16,31
% da População Cadastrada pelo PSF na População Total do Município	14,76	9,04	18,64	9,81
% da População Cadastrada pelo PACS e PSF na População Total do Município	18,32	13,56	18,96	13,82
Número de Médicos do PSF por 100 mil hab.	4,22	2,82	5,48	3,72
Número de Médicos do PSF por 1000 Pessoas Cadastradas	0,44	0,31	0,4	0,33

Fonte: DATASUS

O padrão de cobertura observado para o PSF guarda elevada coerência com o observado com as despesas na atenção básica, de acordo com a Tabela 16. Os dois grupos demonstram diferenças médias significativas apenas em relação ao percentual da população cadastrada pelo PACS que favorece fortemente os municípios em GPSM. Os valores medianos ratificam essa diferença observada (25,1% de cobertura populacional pelo PACS nos municípios em GPSM contra 16,31% nos demais).

Tabela 17: Perfil da Produção Ambulatorial Segundo Grupos de Municípios (2002)

Variáveis	Habilitados		Não Habilitados	
	Média	Mediana	Média	Mediana
Número de Consultas Médicas por habitantes/ano*	1,92	1,84	1,65	1,5
Número de Consultas Médicas Básicas por hab/ano	1,12	1,09	1,04	1
Número de Consultas Médicas Especializadas por hab/ano	0,46	0,36	0,39	0,35

*P Valor < 0,05

Fonte: DATASUS

Os números relativos à efetividade dos sistemas municipais analisados para 2002 indicam que a GPSM favoreceu significativamente os municípios. Conforme resume a Tabela 17, os municípios em GPSM apresentaram uma produtividade sistêmica, contando com quantidades semelhantes de recursos, muito significativa considerando o número total de consultas médicas por habitante/ano.

Tabela 18: Perfil de Produção do PACS e do PSF Segundo Grupos de Municípios (2002)

Variáveis	Habilitados		Não Habilitados	
	Média	Mediana	Média	Mediana
Número de Consultas Médicas do PSF por 1000 hab/ano	13,36	6,54	13,55	7,27
Número de Consultas Médicas do PSF por 1000 Pessoas Cadastradas/ano	114,62	67,4	79,08	63,27
Número de Consultas do PACS/PSF para Residentes no Município por 1000 Pessoas Cadastradas/ano	113,09	66,08	99,82	63,25
Número de Consultas do PACS/PSF para Residentes no Município / Total de Consultas Informadas	84,68	99,2	55,49	98,05
Concentração de Atendimentos em Puericultura Realizados por 100 Menores de 1 ano Cadastrados	227,16	101,68	222,39	66,09
Concentração de Consultas Pré-natal por 100 Gestantes Cadastradas	221,1	196,92	249,81	137,63

Fonte: DATASUS

Os dados da Tabela 18 revelam que o grande diferencial de produtividade sistêmica entre os dois grupos de municípios relaciona-se à efetividade do PACS e PSF. Os municípios em GPSM apresentam uma produtividade, medida pelo número médio de consultas por 1000 pessoas cadastradas, muito acima do observado nos municípios não habilitados. Esse mesmo diferencial de efetividade é revelado pelos municípios em GPSM no desenvolvimento do PACS. Os municípios não habilitados são relativamente mais eficientes na oferta de consultas de pré-natal.

DISCUSSÃO

A condição de GPSM gerou duas ordens de recompensas para a coalizão de saúde nos municípios: primeira recompensa, elevado prêmio na repartição do bolo nacional de recursos de transferência do Sistema Único de Saúde; segunda premiação, a elevada destinação de recursos para as despesas com saúde dos orçamentos próprios dos municípios em GPSM. O balanço final desse processo de premiação foi a relativa condição de “independência” dos governos municipais em GPSM em relação aos recursos de transferência federal para a saúde, ao contrário dos demais municípios, especialmente os de pequeno porte, que são fortemente dependentes dos recursos federais para o custeio dos sistemas locais.

Os números relativos à efetividade dos sistemas municipais analisados para 2002 indicam que a GPSM favoreceu significativamente os municípios. Conforme demonstrado, os municípios em GPSM apresentaram uma produtividade sistêmica, contando com quantidades semelhantes de recursos, cuja diferença em relação aos municípios não habilitados nessa condição é significativa considerando o indicador número total de consultas médicas por habitante.

Os dados também evidenciaram que o grande diferencial de produtividade sistêmica entre os dois grupos de municípios relaciona-se a efetividade do PSF e PACS. Os municípios em GPSM apresentam uma produtividade medida pelo número médio de consultas por 1000 pessoas cadastradas acima do observado nos municípios não habilitados. Esse mesmo diferencial de efetividade é revelado pelos municípios em GPSM no desenvolvimento do PACS.

Cabe destacar, de qualquer modo, que os municípios com população acima de 100 mil habitantes demonstravam em 2002 uma baixíssima adesão aos programas induzidos pela NOB 96 associados aos incentivos do PAB. Esses dados negam a tese de Marques & Mendes (2003) sobre a função de “obstáculo” assumida pela NOB 96 para a possibilidade de construção de uma política de saúde fundada nas necessidades locais. Isso porque, ao introduzir o mecanismo

de transferência para a Atenção Básica (PAB), romperia a lógica de repasse global para a saúde, gerando incentivos financeiros para a adoção pelos municípios de programas desenhados pelo governo central. Os grandes municípios, independente da condição de habilitação na NOB 96 atuam de forma muito independente em relação a esse suposto imperativo. Não há dúvida que a proposta do PROESF visou responder à clara orientação autonomista dos municípios de grande porte em relação às orientações da NOB 96. Essa, porém, é uma outra história, que não cabe aprofundar nos limites desse trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.H.T., 2005. Recentralizando a Federação? *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, n. 24.

ALMEIDA, C.M., 1989. *Os atalhos da mudança na saúde do Brasil*. OPAS/OMS, Rio de Janeiro.

ARRETICHE, M., 2003. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva* 8(2): 331-345.

ARRETICHE, M. & MARQUES, E., 2002. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder de voto e estratégias de governo. *Ciência e Saúde Coletiva* 7(3): 455-479.

BOSSERT, T., 1999. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Science & Medicine*, Harvard School of Public Health, Boston.

CAMPBELL, D.T. & STANLEY, J.C., 1963. *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*.

CARVALHO, G., 2001. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2): 435-444.

CEPAL, 2000. Gasto social y retos de cobertura. In: *Equidad, desarrollo y ciudadanía*, p.157-82. CEPAL, Santiago.

COSTA, N.R. & PINTO, L.F., 2002. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 7(4): 907-923.

DONABEDIAN, A., 1984. *La calidad de la atención medica: definición y métodos de evaluación*. La Prensa Medica Mexicana, México. 194p.

FAVERET, P. & OLIVEIRA, P.J., 1990. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas* 3:139-161.

GOULART, F.A.A., 2001. Esculpindo o SUS a golpes de portarias... considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2): 292-298.

KLIKSBERG, B., 1998. *Repensando o Estado para o desenvolvimento social: superando dogmas e convencionalismos*. São Paulo: Cortez (Coleção Questões da Nossa Época, v.64).

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V., 2001. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2): 269-291.

LUCHESE, P., 1996. Descentralização do financiamento e da gestão da assistência à saúde no Brasil: a Implementação do Sistema Único de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas* 14: 75-156.

LUCHESE, P., 2003. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 8(2): 439-448.

MATUS, C., 1987. *Política, planificación y gobierno borrador*. Washington D.C.

MENDES, E.V., 1993. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS*. p.19-91. São Paulo: Hucitec.

NORONHA, J.C. & LEVCOVITZ, E., 1994. AIS – SUDS – SUS: os caminhos do direito à saúde. In: *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80* (Reinaldo Guimarães & Ricardo A.V. Tavares orgs.), p.73-111.

NORTH, D.C., 1990. *Institutions, institutional change, and economic performance*. Cambridge: Cambridge University Press.

PEREIRA, M. G., 1995. *Epidemiologia: teoria e prática*. , Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

PRZEWORSKI, A., 1996. Reforma do estado: responsabilidade política e intervenção econômica. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 11 (32): 17-40.

RODDEN, J., 2005. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, n. 24.

ROSANVALLON, P., 1993. Pouvoir local, pouvoirs locaux. Entrevista, edição de outubro, pp.39-46.

TANZI, V., 1995. Fiscal federalism and decentralization: a review of some efficiency and Macroeconomic aspects. Paper apresentado na *Annual Bank Conference on Development Economics*. Washington D.C.

VIANA, A.L.d'A. *et al*, 2002. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 18 (suplemento):139-151.

WEISS, C.H., 1998. *Evaluation – methods for studying programs and policies*. New Jersey: Prentice-Hall.

CONCLUSÃO

Esse trabalho trouxe evidências sobre o efeito de regras institucionais sobre o comportamento dos governos municipais brasileiros em um ponto da década de 2000. Tomou as regras definidas para a descentralização orientadas ao município enquanto “arranjo institucional” indutivo ao comportamento de “bom governo” na saúde.

O resultado dessa análise revela que, no processo de descentralização do setor saúde brasileiro, as regras institucionais favoreceram o bom desempenho dos governos municipais no desenvolvimento das tarefas de gestão da saúde. Como “arranjo institucional” considera-se todos os constrangimentos que limitam ou incentivam o comportamento dos Agentes públicos, retirando parcela da sua arbitrariedade o curso das decisões nas políticas governamentais.

Esses achados agregados pretendem ir um pouco adiante dos “estudos de caso” ou das análises de “boas práticas” que, pela limitação de escopo e elevada especificidade, tendem a obscurecer a compreensão do efeito dos incentivos macropolíticos ou agregados sobre a conduta dos Agentes governamentais.

Para esse trabalho, a descentralização brasileira do setor saúde, até o momento do estudo transversal, caracterizou-se, sobretudo, pelo esforço de construção institucional de condutas para o “bom governo” sustentado pelo Executivo Federal. Ainda assim, análises posteriores podem aprofundar as leituras dos dados sobre o processo de descentralização ampliando a análise sobre o papel do que foi denominado “ativismo estadual” sobre a descentralização da saúde (TENDLER, 1997).

Marques & Mendes (2003) identificaram em fins da década de 1990 a ação dos governos estaduais do Ceará, Mato Grosso e Rio Grande do Sul, entre outros, como um componente importante do processo de descentralização. Esse tema

não foi abordado porque fugia dos objetivos e escopo iniciais que motivaram esse estudo.

Nesse trabalho a orientação para descentralização foi tomada como uma macropolítica que gerou incentivos econômicos e recompensas à tomada de decisão que fizeram que os municípios brasileiros em GPSM alocassem elevado volume de recursos institucionais e financeiros para a organização dos seus serviços e programas de saúde.

O trabalho buscou responder algumas das questões mais gerais sobre as relações entre as regras institucionais e desempenho dos governos (Ostrom 1995):

- Qual o efeito dos diferentes arranjos organizacionais sobre a efetividade do governo, caso exista?
- As instituições políticas favorecem que existam diferenças significativas na tomada de decisão governamental?
- Pode o conhecimento sobre os efeitos de arranjos institucionais trazer implicações para a política pública?

As explicações mais importantes do campo teórico do institucionalismo na vertente da economia política foram agrupadas na “economia institucional”, que lida com as variáveis de informação, motivação, inovação e implicação para melhor organizar a atividade produtiva nos setores público e privado (North, 1994).

As implicações para o estudo do comportamento dos governos são várias. A economia institucional favorece a possibilidade de melhor estruturar as organizações e governos, assumindo que os indivíduos perseguem, em alguma instância, seus próprios interesses. As análises da economia institucional permitem compreender as fontes de problemas (e soluções) associadas à estrutura de incentivos de governo em contexto democrático.

A teoria Principal Agente esclarece a necessidade de reconciliar os interesses divergentes sobre condições de ampla incerteza e acesso desigual à informação. Esse é o caso típico da experiência de descentralização brasileira. Adotou-se nesse trabalho, a relação chave que se estabeleceu entre o Agente (municípios) e o Principal (Ministério da Saúde). Ao incentivar a descentralização, o Principal (contratante) necessitou do esforço e da competência do Agente (município), porém teve limitações na capacidade de monitorar as ações do Agente e avaliar se os resultados finais eram satisfatórios. O resultado expresso, sobretudo na NOB 96, foi o grande detalhamento de condições para a execução dos recursos federais transferidos e, sobretudo, para a obtenção de autonomia para a gestão do sistema de saúde.

Esse modelo de análise ajuda a identificar os diferentes regimes de governança no desenvolvimento de políticas setoriais. As evidências sobre os mecanismos de governança podem favorecer o desenvolvimento de novas formas de contratação no setor público e privado e na relação intergovernamental.

O campo teórico traz importantes contribuições para a compreensão de condutas da classe política, dos grupos de interesse e burocracias. Os estudos têm implicações muito efetivas sobre a efetividade e o escopo do governo. Ainda assim podem ser ampliados em efetividade caso seja complementado com dados sobre a densidade das instituições cívicas, que geram experiências e expectativas na população local, denominadas “Capital Social”.

Podem também ser fortalecidos caso também existam dados confiáveis e válidos sobre as estratégias dos governos locais de mobilização de eleitores (que também são contribuintes), e sobre as suas escolhas na mobilização de recursos, alocação e programas com o objetivo de satisfazer o eleitor mediano e, portanto, viabilizar a permanência de coalizões partidárias no poder municipal.

Na ausência de evidências sobre a ação da comunidade cívica ou das escolhas eleitorais dos gestores municipais sobre a área de saúde, esse trabalho defende a tese que o padrão de mudança na efetividade dos municípios em GPSM foi originado por causas essencialmente institucionais. Adotou, portanto, a matriz de análise da economia institucional ao enfatizar a análise de contratos, incentivos a provisão de bens públicos como eixo de governança da gestão dos governos em determinados contextos. Trouxe evidências sobre as novas condições de governança e demonstrou a sua efetividade para um grupo expressivo de municípios brasileiros.

Naturalmente a tese que o Executivo Federal foi o principal motivador da descentralização em razão do arranjo criado pela NOB 96 traz um problema importante para a análise: a tese que a descentralização não resultou em um processo linear, como a maioria dos estudos considera. Com o setor saúde é uma arena de política onde interesses organizados conduzem a política, como bem demonstra Walt (2004), a mudança de orientação do Executivo Federal pode criar um conjunto de prioridades entre as várias demandas em conflito, nova focalização na alocação de recursos e a imposição de perdas sobre os grupos de interesse dominantes na política de saúde.

Nesse ponto, o trabalho ratifica as conclusões de Vianna e colaboradores (2002) que “a política federal nos anos de 1990 se concentrou na indução e na criação de condições para reconstituir responsabilidades gerenciais regionais ou locais”.

Para as autoras, “o novo modelo de sistema de saúde, organizado de forma regionalizada e hierarquizada, sob comando único em cada esfera de governo, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade, visando ao controle social, se concretiza somente através do estabelecimento de relações interinstitucionais, intergovernos e interserviços” (Vianna *et al*, 2002).

Dessa forma, na década de 1990, o governo federal editou sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOBs) a fim de instruir e regular a nova organização do sistema, cujos conteúdos abrangeram a definição das formas de transferência de recursos interinstâncias de governo; das modalidades de pagamento dos serviços de saúde; a construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; a definição dos tipos de assistência (básica, de média e alta complexidade) na oferta e definição do modelo de atenção, que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação.

O trabalho de Vianna *et al* (2002) positivou o papel da intermediação do governo federal oferecendo uma centralidade e relevância ao papel indutivo das regras institucionais federais. Este estudo compartilha essa perspectiva, embora não seja uma visão completamente aceita por estudiosos da descentralização.

Marques & Mendes (2003) viram o papel do Executivo Federal no processo de descentralização, principalmente pela NOB 96, como um obstáculo “a construção de uma política de saúde fundada nas necessidades locais. 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 (...) criou as condições para o surgimento das políticas de incentivos financeiros” (MARQUES & MENDES, 2003).

A principal divergência em relação ao trabalho de Vianna *et al* (2002) é sobre a natureza do sucesso da política de indução federal. Neste trabalho afirma-se que “análises recentes do processo de descentralização na área da saúde apontam a tendência de as variáveis microinstitucionais (poderes locais) terem respondido de forma mais direta pelo (in)sucesso de determinadas políticas, ressaltando um grau de autonomia da gestão local e possibilidade de mudanças(...) as respostas às pressões por maior participação dos municípios na área social (...) propiciaram a formação de modelos singulares de saúde, tanto regionais como locais”(VIANNA *et al*, 2002).

As evidências trazidas por esse trabalho vão no sentido ligeiramente diferente do ressaltado pelas autoras. O sucesso da política de descentralização foi fortemente determinado pelas vantagens comparativas associadas à capacidade de adesão às regras mais complexas de habilitação na gestão autônoma do sistema municipal de saúde, definidas em termos nacionais. Considerando os dados para os municípios com população acima de 100 mil habitantes, o sucesso do sistema local independeu, portanto, de singularidades locais ou regionais. Deveu-se a capacidade dos gestores municipais de saúde captarem as oportunidades geradas pelo jogo institucional da descentralização proposto pelo governo federal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

COSTA, N.R.; SILVA, P.L.B.; RIBEIRO, J.M., 1999. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público* 50 (3): 5-30.

COSTA, N.R., 2001. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva In: *Brasil - Radiografia da Saúde*, Campinas: Unicamp, p. 307-324.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V., 2001. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2): 269-291.

MARQUES, R.M. & MENDES, A., 2003. Atenção básica e programa de saúde da família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência e Saúde Coletiva* 8(2): 403-415.

NORTH, D.C., 1994. Institutions and transaction-cost: theory of change In: *Perspectives on positive political economy* (Alt & Shepsle, organizadores). Cambridge: Cambridge University Press.

OSTROM, E., 1995. New horizons in institutional analysis In: *American Political Science Review* 89 (1).

TENDLER, J., 1998. Bom governo nos trópicos. Rio de Janeiro-Brasília:Revant-Enap.

THELEN, K. & STEIMO, S., 1994. Historical institutionalism in comparative politics. In: STEIMO, S., THELEN, K. e LONGSTRETH, F. (eds.) *Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge University Press, 2ª ed.

VIANA, A.L.d'A. *et al*, 2002. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva* 7(3): 493-507.

WALT, G., 2004. *Health policy – an introduction to process and power*. London: Zed Books.

ANEXO 1: Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal (2002)

Número	Cód. IBGE	UF	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
1	270210	AL	Colônia Leopoldina	17.725
2	270640	AL	Pão de Açúcar	25.227
3	130060	AM	Benjamin Constant	24.731
4	130250	AM	Manacapuru	78.785
5	290070	BA	Alagoinhas	134.162
6	290100	BA	Amargosa	32.057
7	290290	BA	Barra do Choça	45.739
8	290320	BA	Barreiras	123.609
9	290570	BA	Camaçari	176.541
10	290750	BA	Catu	47.748
11	291072	BA	Eunápolis	88.302
12	291360	BA	Ilhéus	221.627
13	291460	BA	Irecê	59.447
14	291480	BA	Itabuna	200.186
15	291800	BA	Jequié	147.951
16	292110	BA	Medeiros Neto	20.673
17	292950	BA	São Sebastião do Passé	40.926
18	293010	BA	Senhor do Bonfim	62.887
19	293135	BA	Teixeira de Freitas	114.208
20	293330	BA	Vitória da Conquista	274.016
21	230030	CE	Acopiara	46.483
22	230280	CE	Canindé	71.996
23	230410	CE	Crateús	72.206
24	230730	CE	Juazeiro do Norte	224.014
25	230980	CE	Pacoti	11.184
26	231350	CE	Trairi	47.048
27	320010	ES	Afonso Cláudio	32.884
28	320016	ES	Água Doce do Norte	12.766
29	320013	ES	Águia Branca	9.531
30	320020	ES	Alegre	32.112
31	320040	ES	Anchieta	20.483
32	320050	ES	Apiacá	7.806
33	320060	ES	Aracruz	68.397
34	320070	ES	Atilio Vivacqua	8.839
35	320090	ES	Barra de São Francisco	38.170
36	320100	ES	Boa Esperança	13.918
37	320110	ES	Bom Jesus do Norte	9.615
38	320140	ES	Castelo	33.714
39	320150	ES	Colatina	106.902
40	320160	ES	Conceição da Barra	27.792
41	320190	ES	Domingos Martins	31.940
42	320210	ES	Ecoporanga	23.839
43	320220	ES	Fundão	13.873
44	320245	ES	Ibatiba	20.335
45	320305	ES	Jaguaré	20.306

Número	Cód. IBGE	UF	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
46	320313	ES	João Neiva	15.864
47	320320	ES	Linhares	116.945
48	320330	ES	Mantenópolis	11.667
49	320335	ES	Marilândia	10.207
50	320340	ES	Mimoso do Sul	26.864
51	320380	ES	Muqui	13.686
52	320390	ES	Nova Venécia	44.095
53	320400	ES	Pancas	20.217
54	320405	ES	Pedro Canário	22.150
55	320420	ES	Piúma	16.699
56	320435	ES	Rio Bananal	16.600
57	320455	ES	Santa Maria de Jetibá	30.470
58	320460	ES	Santa Teresa	20.861
59	320480	ES	São José do Calçado	10.565
60	320503	ES	Vargem Alta	18.699
61	320506	ES	Venda Nova do Imigrante	17.437
62	520060	GO	Alto Paraíso de Goiás	6.795
63	520140	GO	Aparecida de Goiânia	385.037
64	520545	GO	Cezarina	6.751
65	521250	GO	Luziânia	160.330
66	521850	GO	Quirinópolis	37.201
67	522160	GO	Uruaçu	33.407
68	210005	MA	Açailândia	95.838
69	210100	MA	Arari	26.840
70	210140	MA	Balsas	65.867
71	210160	MA	Barra do Corda	77.844
72	210170	MA	Barreirinhas	42.226
73	210232	MA	Buriticupu	57.422
74	210300	MA	Caxias	141.686
75	210330	MA	Codó	112.793
76	210340	MA	Coelho Neto	42.998
77	210350	MA	Colinas	37.901
78	210360	MA	Coroatá	57.742
79	210370	MA	Cururupu	36.366
80	210400	MA	Esperantinópolis	21.755
81	210467	MA	Governador Nunes Freire	29.121
82	210480	MA	Grajaú	50.399
83	210540	MA	Itapecuru Mirim	50.682
84	210550	MA	João Lisboa	21.448
85	210570	MA	Lago da Pedra	41.221
86	210750	MA	Paço do Lumiar	86.760
87	210770	MA	Paraibano	18.494
88	210780	MA	Parnarama	32.819
89	210830	MA	Penalva	30.611
90	210860	MA	Pinheiro	70.311
91	210870	MA	Pio XII	26.054

Número	Cód. IBGE	UF	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
92	210890	MA	Poção de Pedras	21.730
93	210900	MA	Porto Franco	17.449
94	210910	MA	Presidente Dutra	40.741
95	210980	MA	Santa Helena	32.223
96	210990	MA	Santa Inês	74.294
97	211000	MA	Santa Luzia	74.965
98	211110	MA	São João dos Patos	23.550
99	211120	MA	São José de Ribamar	118.725
100	211150	MA	São Mateus do Maranhão	36.266
101	211170	MA	São Vicente Ferrer	19.032
102	211220	MA	Timon	136.547
103	211230	MA	Tuntum	36.261
104	211270	MA	Vargem Grande	35.265
105	211280	MA	Viana	44.913
106	211290	MA	Vitória do Mearim	31.952
107	211300	MA	Vitorino Freire	29.531
108	211400	MA	Zé Doca	48.565
109	310160	MG	Alfenas	71.349
110	310560	MG	Barbacena	118.492
111	310900	MG	Brumadinho	28.865
112	310930	MG	Buritis	21.006
113	311150	MG	Campos Altos	13.345
114	311340	MG	Caratinga	79.808
115	311530	MG	Cataguases	65.780
116	311730	MG	Conceição das Alagoas	18.112
117	311800	MG	Congonhas	43.071
118	311830	MG	Conselheiro Lafaiete	107.080
119	311880	MG	Coração de Jesus	25.920
120	311930	MG	Coromandel	28.222
121	312230	MG	Divinópolis	193.974
122	312710	MG	Frutal	48.150
123	312770	MG	Governador Valadares	252.247
124	312950	MG	Ibiá	21.884
125	312980	MG	Ibirité	149.955
126	313130	MG	Ipatinga	222.485
127	313210	MG	Itacarambi	18.165
128	313270	MG	Itambacuri	23.122
129	313380	MG	Itaúna	80.086
130	313440	MG	Iturama	30.080
131	313520	MG	Januária	63.151
132	313620	MG	João Monlevade	68.954
133	313820	MG	Lavras	82.740
134	314310	MG	Monte Carmelo	46.731
135	314330	MG	Montes Claros	324.471
136	314430	MG	Nanuque	41.166
137	314590	MG	Ouro Branco	31.295

Número	Cód. IBGE	UF	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
138	314700	MG	Paracatu	79.049
139	314800	MG	Patos de Minas	130.330
140	314930	MG	Pedro Leopoldo	57.766
141	314990	MG	Perdões	19.486
142	315180	MG	Poços de Caldas	143.484
143	315210	MG	Ponte Nova	56.154
144	315460	MG	Ribeirão das Neves	278.574
145	315690	MG	Sacramento	21.620
146	315700	MG	Salinas	37.234
147	315780	MG	Santa Luzia	199.406
148	315990	MG	Santo Antônio do Amparo	16.835
149	316210	MG	São Gotardo	30.075
150	316250	MG	São João del Rei	80.424
151	316720	MG	Sete Lagoas	197.457
152	316860	MG	Teófilo Otoni	128.634
153	316920	MG	Tombos	12.233
154	316940	MG	Três Pontas	52.623
155	317010	MG	Uberaba	265.823
156	317020	MG	Uberlândia	542.541
157	317130	MG	Viçosa	68.919
158	510340	MT	Cuiabá	508.156
159	150034	PA	Água Azul do Norte	26.779
160	150120	PA	Baião	21.442
161	150130	PA	Barcarena	68.604
162	150220	PA	Capanema	58.953
163	150260	PA	Colares	11.339
164	150270	PA	Conceição do Araguaia	43.798
165	150304	PA	Floresta do Araguaia	14.725
166	150370	PA	Itupiranga	56.146
167	150390	PA	Juruti	33.643
168	150445	PA	Medicilândia	21.901
169	150480	PA	Monte Alegre	63.396
170	150490	PA	Muaná	26.422
171	150540	PA	Ourém	14.900
172	150549	PA	Palestina do Pará	8.165
173	150590	PA	Porto de Moz	26.189
174	150616	PA	Rio Maria	14.714
175	150658	PA	Santa Maria das Barreiras	12.103
176	150660	PA	Santa Maria do Pará	21.745
177	150730	PA	São Félix do Xingu	37.618
178	150795	PA	Tailândia	44.820
179	150800	PA	Tomé-Açu	49.081
180	150830	PA	Viseu	52.139
181	250370	PB	Cajazeiras	55.775
182	260170	PE	Belo Jardim	71.175
183	260190	PE	Bezerros	58.984

Número	Cód. IBGE	UF	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
184	260200	PE	Bodocó	32.724
185	260260	PE	Brejo da Madre de Deus	40.236
186	260290	PE	Cabo de Santo Agostinho	160.968
187	260345	PE	Camaragibe	137.727
188	260410	PE	Caruaru	265.937
189	260450	PE	Chã Grande	19.303
190	260640	PE	Gravatá	69.056
191	260680	PE	Igarassu	86.519
192	260940	PE	Moreno	52.308
193	260960	PE	Olinda	376.068
194	261070	PE	Paulista	277.870
195	261110	PE	Petrolina	235.821
196	261160	PE	Recife	1.461.320
197	261170	PE	Riacho das Almas	18.204
198	261250	PE	Santa Cruz do Capibaribe	65.430
199	261320	PE	São João	20.000
200	261620	PE	Vertentes	15.173
201	410830	PR	Foz do Iguaçu	279.620
202	330010	RJ	Angra dos Reis	129.621
203	330025	RJ	Arraial do Cabo	25.113
204	330045	RJ	Belford Roxo	457.201
205	330120	RJ	Carmo	15.529
206	330170	RJ	Duque de Caxias	808.614
207	330185	RJ	Guapimirim	40.994
208	330190	RJ	Itaboraí	201.443
209	330200	RJ	Itaguaí	87.736
210	330340	RJ	Nova Friburgo	175.370
211	330350	RJ	Nova Iguaçu	792.208
212	330360	RJ	Paracambi	41.722
213	330390	RJ	Petrópolis	296.108
214	330455	RJ	Rio de Janeiro	5.974.081
215	330510	RJ	São João de Meriti	456.778
216	330570	RJ	Sumidouro	14.545
217	330580	RJ	Teresópolis	143.433
218	330620	RJ	Vassouras	32.314
219	240200	RN	Caicó	58.962
220	240260	RN	Ceará-Mirim	65.587
221	240710	RN	Macaíba	58.405
222	240800	RN	Mossoró	220.487
223	240810	RN	Natal	744.794
224	240890	RN	Parelhas	19.856
225	240325	RN	Parnamirim	143.598
226	241200	RN	São Gonçalo do Amarante	76.820
227	241220	RN	São José de Mipibu	36.995
228	241440	RN	Touros	29.931
229	110034	RO	Alvorada D'Oeste	19.711

Número	Cód. IBGE	UF	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
230	110002	RO	Ariquemes	79.680
231	110004	RO	Cacoal	74.758
232	110005	RO	Cerejeiras	17.794
233	110010	RO	Guajará-Mirim	39.728
234	110012	RO	Ji-Paraná	109.573
235	110015	RO	Ouro Preto do Oeste	40.822
236	110018	RO	Pimenta Bueno	31.612
237	110025	RO	Presidente Médici	25.926
238	110028	RO	Rolim de Moura	48.434
239	110030	RO	Vilhena	58.687
240	140010	RR	Boa Vista	221.027
241	420200	SC	Balneário Camboriú	83.666
242	420240	SC	Blumenau	277.144
243	420290	SC	Brusque	81.558
244	420420	SC	Chapecó	157.927
245	420430	SC	Concórdia	64.677
246	420460	SC	Criciúma	177.844
247	420730	SC	Imbituba	37.166
248	420820	SC	Itajaí	156.077
249	420890	SC	Jaraguá do Sul*	118.199
250	420910	SC	Joinville	461.576
251	420930	SC	Lages	162.060
252	420940	SC	Laguna	48.402
253	421170	SC	Orleans	20.028
254	421420	SC	Quilombo	10.407
255	421480	SC	Rio do Sul	53.489
256	421500	SC	Rio Negrinho	40.556
257	421580	SC	São Bento do Sul	70.091
258	421620	SC	São Francisco do Sul	34.968
259	421750	SC	Seara	16.926
260	421900	SC	Urussanga	18.957
261	280030	SE	Aracaju	479.767
262	280350	SE	Lagarto	86.781
263	350010	SP	Adamantina	33.930
264	350100	SP	Altinópolis	16.048
265	350160	SP	Americana	191.451
266	350190	SP	Amparo	63.364
267	350280	SP	Araçatuba	174.399
268	350310	SP	Arandu	6.202
269	350320	SP	Araraquara	189.634
270	350330	SP	Araras	109.352
271	350400	SP	Assis	90.774
272	350410	SP	Atibaia	118.990
273	350440	SP	Avanhandava	9.093
274	350450	SP	Avaré	81.207
275	350490	SP	Bananal	9.910

Número	Cód. IBGE	UF	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
276	350550	SP	Barretos	106.531
277	350560	SP	Barrinha	25.856
278	350570	SP	Barueri	232.150
279	350590	SP	Batatais	53.270
280	350610	SP	Bebedouro	76.987
281	350635	SP	Bertioga	35.759
282	350660	SP	Biritiba-Mirim	26.754
283	350700	SP	Boituva	37.827
284	350760	SP	Bragança Paulista	132.779
285	350780	SP	Brodowski	18.171
286	350800	SP	Buri	18.647
287	350850	SP	Caçapava	79.233
288	350860	SP	Cachoeira Paulista	28.435
289	350900	SP	Caieiras	81.126
290	350920	SP	Cajamar	56.006
291	350930	SP	Cajobi	9.303
292	350940	SP	Cajuru	21.461
293	350950	SP	Campinas	1.006.918
294	350960	SP	Campo Limpo Paulista	69.373
295	351000	SP	Cândido Mota	30.460
296	351050	SP	Caraguatatuba	86.944
297	351110	SP	Catanduva	110.489
298	351150	SP	Cerquilha	32.422
299	351200	SP	Colina	16.897
300	351220	SP	Conchal	23.725
301	351230	SP	Conchas	15.832
302	351280	SP	Cosmópolis	46.927
303	351340	SP	Cruzeiro	74.986
304	351350	SP	Cubatão	113.599
305	351380	SP	Diadema	373.014
306	351440	SP	Dracena	40.749
307	351460	SP	Dumont	6.716
308	351470	SP	Echaporã	6.984
309	351500	SP	Embu	223.581
310	351518	SP	Espírito Santo do Pinhal	41.497
311	351620	SP	Franca	304.569
312	351630	SP	Francisco Morato	149.096
313	351640	SP	Franco da Rocha	115.080
314	351670	SP	Garça	43.676
315	351710	SP	Glicério	4.488
316	351740	SP	Guáira	35.700
317	351840	SP	Guaratinguetá	107.884
318	351860	SP	Guariba	31.755
319	351870	SP	Guarujá	281.634
320	351885	SP	Guataparã	6.546
321	351907	SP	Hortolândia	173.060

Número	Cód. IBGE	UF	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
322	351970	SP	Ibiúna	69.066
323	352044	SP	Ilha Solteira	24.700
324	352050	SP	Indaiatuba	161.252
325	352210	SP	Itanhaém	79.980
326	352220	SP	Itapecerica da Serra	143.253
327	352240	SP	Itapeva	85.732
328	352260	SP	Itapira	65.469
329	352280	SP	Itaporanga	14.336
330	352320	SP	Itararé	48.006
331	352340	SP	Itatiba	87.220
332	352360	SP	Itirapina	13.724
333	352390	SP	Itu	144.008
334	352400	SP	Itupeva	28.638
335	352410	SP	Ituverava	37.274
336	352420	SP	Jaborandi	6.451
337	352430	SP	Jaboticabal	69.957
338	352440	SP	Jacareí	199.739
339	352470	SP	Jaguariúna	31.757
340	352510	SP	Jardinópolis	32.764
341	352520	SP	Jarinu	18.940
342	352550	SP	Joanópolis	11.094
343	352590	SP	Jundiaí	333.910
344	352640	SP	Laranjal Paulista	23.069
345	352670	SP	Leme	84.621
346	352690	SP	Limeira	261.761
347	352710	SP	Lins	68.215
348	352720	SP	Lorena	80.382
349	352740	SP	Lucélia	18.468
350	352840	SP	Mairinque	43.218
351	352850	SP	Mairiporã	66.326
352	352900	SP	Marília	208.492
353	352940	SP	Mauá	384.461
354	353050	SP	Mococa	67.792
355	353070	SP	Mogi Guaçu	131.451
356	353080	SP	Moji-Mirim	86.616
357	353110	SP	Mongaguá	40.049
358	353130	SP	Monte Alto	44.805
359	353150	SP	Monte Azul Paulista	20.124
360	353180	SP	Monte Mor	40.969
361	353200	SP	Morungaba	10.435
362	353240	SP	Nazaré Paulista	15.254
363	353340	SP	Nova Odessa	44.538
364	353390	SP	Olímpia	46.970
365	353440	SP	Osasco	678.583
366	353460	SP	Oswaldo Cruz	29.873
367	353470	SP	Ourinhos	99.071

Número	Cód. IBGE	UF	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
368	353490	SP	Pacaembu	12.565
369	353530	SP	Palmital	21.323
370	353550	SP	Paraguaçu Paulista	41.398
371	353650	SP	Paulínia	55.830
372	353730	SP	Penápolis	56.591
373	353760	SP	Peruíbe	57.205
374	353800	SP	Pindamonhangaba	133.408
375	353870	SP	Piracicaba	344.698
376	354000	SP	Pompéia	18.459
377	354020	SP	Pontal	31.799
378	354060	SP	Porto Feliz	48.157
379	354080	SP	Potirendaba	14.412
380	354090	SP	Pradópolis	13.849
381	354120	SP	Presidente Bernardes	15.048
382	354140	SP	Presidente Prudente	196.488
383	354150	SP	Presidente Venceslau	37.725
384	354300	SP	Ribeirão Branco	21.833
385	354330	SP	Ribeirão Pires	110.491
386	354340	SP	Ribeirão Preto	527.733
387	354390	SP	Rio Claro	177.452
388	354400	SP	Rio das Pedras	24.846
389	354520	SP	Salto	99.575
390	354580	SP	Santa Bárbara d'Oeste	177.722
391	354780	SP	Santo André	659.294
392	354790	SP	Santo Antônio da Alegria	5.952
393	354840	SP	Santópolis do Aguapeí	3.807
394	354850	SP	Santos	418.147
395	354870	SP	São Bernardo do Campo	745.161
396	354880	SP	São Caetano do Sul	137.276
397	354890	SP	São Carlos	203.711
398	354910	SP	São João da Boa Vista	79.925
399	354970	SP	São José do Rio Pardo	51.771
400	354980	SP	São José do Rio Preto	382.274
401	354990	SP	São José dos Campos	569.177
402	355010	SP	São Manuel	37.908
403	355040	SP	São Pedro	30.276
404	355060	SP	São Roque	69.613
405	355070	SP	São Sebastião	65.477
406	355090	SP	São Simão	14.195
407	355100	SP	São Vicente	314.312
408	355150	SP	Serrana	35.494
409	355170	SP	Sertãozinho	99.558
410	355220	SP	Sorocaba	528.729
411	355280	SP	Taboão da Serra	209.215
412	355310	SP	Taiacu	5.805
413	355320	SP	Taiúva	5.595

Número	Cód. IBGE	UF	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
414	355370	SP	Taquaritinga	53.649
415	355400	SP	Tatuí	99.134
416	355430	SP	Teodoro Sampaio	20.331
417	355450	SP	Tietê	33.814
418	355540	SP	Ubatuba	72.857
419	355620	SP	Valinhos	87.621
420	355670	SP	Vinhedo	51.406
421	355690	SP	Vista Alegre do Alto	5.105
422	355700	SP	Votorantim	100.607
423	170820	TO	Formoso do Araguaia	19.436
424	170950	TO	Gurupi	68.284
425	171050	TO	Itacajá	6.712
426	171430	TO	Nazaré	5.458
427	172100	TO	Palmas	172.176
428	171575	TO	Palmeirópolis	6.376
429	171620	TO	Paraná	10.247

ANEXO 2: Municípios com mais de 100 mil Habitantes (2002)

Número	Cód. IBGE	UF	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	GPSM
1	110012	RO	Ji-Paraná	108.693	Habilitado
2	110020	RO	Porto Velho	347.843	Não Habilitado
3	120040	AC	Rio Branco	267.741	Não Habilitado
4	130260	AM	Manaus	1.488.805	Não Habilitado
5	140010	RR	Boa Vista	214.541	Habilitado
6	150010	PA	Abaetuba	123.185	Não Habilitado
7	150080	PA	Ananindeua	423.326	Não Habilitado
8	150140	PA	Belém	1.322.682	Não Habilitado
9	150240	PA	Castanhal	141.319	Não Habilitado
10	150420	PA	Marabá	177.351	Não Habilitado
11	150680	PA	Santarém	266.392	Não Habilitado
12	160030	AP	Macapá	306.580	Não Habilitado
13	172100	TO	Palmas	161.138	Habilitado
14	210300	MA	Caxias	141.075	Habilitado
15	210330	MA	Codó	112.271	Habilitado
16	210530	MA	Imperatriz	231.136	Não Habilitado
17	211120	MA	São José de Ribamar	115.131	Habilitado
18	211130	MA	São Luís	906.567	Não Habilitado
19	211220	MA	Timon	134.374	Habilitado
20	220770	PI	Parnaíba	135.526	Não Habilitado
21	221100	PI	Teresina	740.016	Não Habilitado
22	230370	CE	Caucaia	268.442	Não Habilitado
23	230420	CE	Crato	107.618	Não Habilitado
24	230440	CE	Fortaleza	2.219.836	Não Habilitado
25	230730	CE	Juazeiro do Norte	220.249	Habilitado
26	230765	CE	Maracanaú	184.481	Não Habilitado
27	231290	CE	Sobral	161.123	Não Habilitado
28	240325	RN	Parnamirim	137.604	Habilitado
29	240800	RN	Mossoró	218.382	Habilitado
30	240810	RN	Natal	734.503	Habilitado
31	250400	PB	Campina Grande	362.317	Não Habilitado
32	250750	PB	João Pessoa	619.051	Não Habilitado
33	251370	PB	Santa Rita	120.356	Não Habilitado
34	260290	PE	Cabo de Santo Agostinho	158.438	Habilitado
35	260345	PE	Camaraçibe	134.867	Habilitado
36	260410	PE	Caruaru	262.036	Habilitado
37	260600	PE	Garunhuns	120.779	Não Habilitado
38	260790	PE	Jaboatão dos Guararapes	601.425	Não Habilitado
39	260960	PE	Olinda	373.478	Habilitado
40	261070	PE	Paulista	272.913	Habilitado
41	261110	PE	Petrolina	230.342	Habilitado
42	261160	PE	Recife	1.449.136	Habilitado
43	261640	PE	Vitória de Santo Antão	119.873	Não Habilitado
44	270030	AL	Arapiraca	190.999	Não Habilitado

Número	Cód. IBGE	UF	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	GPSM
45	270430	AL	Maceió	833.260	Não Habilitado
46	280030	SE	Aracaju	473.990	Habilitado
47	280480	SE	Nossa Senhora do Socorro	145.165	Não Habilitado
48	290070	BA	Alagoinhas	132.875	Habilitado
49	290320	BA	Barreiras	120.319	Habilitado
50	290570	BA	Camaçari	171.843	Habilitado
51	291080	BA	Feira de Santana	496.625	Não Habilitado
52	291360	BA	Ilhéus	221.785	Habilitado
53	291480	BA	Itabuna	199.074	Habilitado
54	291800	BA	Jequié	147.713	Habilitado
55	291840	BA	Juazeiro	184.204	Não Habilitado
56	291920	BA	Lauro de Freitas	122.857	Não Habilitado
57	292740	BA	Salvador	2.520.505	Não Habilitado
58	293135	BA	Teixeira de Freitas	112.077	Habilitado
59	293330	BA	Vitória da Conquista	270.364	Habilitado
60	310350	MG	Araguari	104.221	Não Habilitado
61	310560	MG	Barbacena	117.110	Habilitado
62	310620	MG	Belo Horizonte	2.284.469	Não Habilitado
63	310670	MG	Betim	335.237	Não Habilitado
64	311830	MG	Conselheiro Lafaiete	105.734	Habilitado
65	311860	MG	Contagem	556.623	Não Habilitado
66	312230	MG	Divinópolis	190.796	Habilitado
67	312770	MG	Governador Valadares	250.624	Habilitado
68	312980	MG	Ibirité	144.592	Habilitado
69	313130	MG	Ipatinga	219.318	Habilitado
70	313670	MG	Juiz de Fora	471.694	Não Habilitado
71	314330	MG	Montes Claros	318.916	Habilitado
72	314800	MG	Patos de Minas	128.287	Habilitado
73	315180	MG	Poços de Caldas	140.995	Habilitado
74	315250	MG	Pouso Alegre	112.024	Não Habilitado
75	315460	MG	Ribeirão das Neves	268.517	Habilitado
76	315670	MG	Sabará	120.744	Não Habilitado
77	315780	MG	Santa Luzia	194.807	Habilitado
78	316720	MG	Sete Lagoas	193.469	Habilitado
79	316860	MG	Teófilo Otoni	128.888	Habilitado
80	317010	MG	Uberaba	261.457	Habilitado
81	317020	MG	Uberlândia	529.439	Habilitado
82	317070	MG	Varginha	113.412	Não Habilitado
83	320120	ES	Cachoeiro de Itapemirim	181.502	Não Habilitado
84	320130	ES	Cariacica	334.751	Não Habilitado
85	320150	ES	Colatina	105.795	Habilitado
86	320320	ES	Linhares	115.575	Habilitado
87	320500	ES	Serra	342.015	Não Habilitado
88	320520	ES	Vila Velha	362.878	Não Habilitado
89	320530	ES	Vitória	299.358	Não Habilitado

Número	Cód. IBGE	UF	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	GPSM
90	330010	RJ	Angra dos Reis	126.334	Habilitado
91	330040	RJ	Barra Mansa	172.293	Não Habilitado
92	330045	RJ	Belford Roxo	449.995	Habilitado
93	330070	RJ	Cabo Frio	137.864	Não Habilitado
94	330100	RJ	Campos dos Goytacazes	413.445	Não Habilitado
95	330170	RJ	Duque de Caxias	798.102	Habilitado
96	330190	RJ	Itaboraí	197.017	Habilitado
97	330240	RJ	Macaé	140.530	Não Habilitado
98	330250	RJ	Magé	214.700	Não Habilitado
99	330320	RJ	Nilópolis	152.788	Não Habilitado
100	330330	RJ	Niterói	464.354	Não Habilitado
101	330340	RJ	Nova Friburgo	174.752	Habilitado
102	330350	RJ	Nova Iguaçu	780.344	Habilitado
103	330390	RJ	Petrópolis	293.075	Habilitado
104	330414	RJ	Queimados	126.868	Não Habilitado
105	330420	RJ	Resende	108.870	Não Habilitado
106	330455	RJ	Rio de Janeiro	5.937.251	Habilitado
107	330490	RJ	São Gonçalo	914.536	Não Habilitado
108	330510	RJ	São João de Meriti	454.467	Habilitado
109	330580	RJ	Teresópolis	141.738	Habilitado
110	330630	RJ	Volta Redonda	246.642	Não Habilitado
111	350160	SP	Americana	188.642	Habilitado
112	350280	SP	Araçatuba	172.771	Habilitado
113	350320	SP	Araraquara	187.363	Habilitado
114	350330	SP	Araras	107.716	Habilitado
115	350410	SP	Atibaia	116.553	Habilitado
116	350550	SP	Barretos	105.703	Habilitado
117	350570	SP	Barueri	224.583	Habilitado
118	350600	SP	Bauru	327.621	Não Habilitado
119	350750	SP	Botucatu	112.002	Não Habilitado
120	350760	SP	Bragança Paulista	130.322	Habilitado
121	350950	SP	Campinas	995.024	Habilitado
122	351060	SP	Carapicuíba	357.418	Não Habilitado
123	351110	SP	Catanduva	109.020	Habilitado
124	351300	SP	Cotia	157.725	Não Habilitado
125	351350	SP	Cubatão	111.923	Habilitado
126	351380	SP	Diadema	367.959	Habilitado
127	351500	SP	Embu	218.535	Habilitado
128	351570	SP	Ferraz de Vasconcelos	152.100	Não Habilitado
129	351620	SP	Franca	299.235	Habilitado
130	351630	SP	Francisco Morato	144.227	Habilitado
131	351640	SP	Franco da Rocha	112.870	Habilitado
132	351840	SP	Guaratinguetá	106.720	Habilitado
133	351870	SP	Guarujá	276.300	Habilitado
134	351880	SP	Guarulhos	1.132.649	Não Habilitado

Número	Cód. IBGE	UF	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	GPSM
135	351907	SP	Hortolândia	166.548	Habilitado
136	352050	SP	Indaiatuba	156.748	Habilitado
137	352220	SP	Itapeçerica da Serra	138.952	Habilitado
138	352230	SP	Itapetininga	130.550	Não Habilitado
139	352250	SP	Itapevi	173.889	Não Habilitado
140	352310	SP	Itaquaquecetuba	295.660	Não Habilitado
141	352390	SP	Itu	141.265	Habilitado
142	352440	SP	Jacareí	197.060	Habilitado
143	352530	SP	Jaú	115.887	Não Habilitado
144	352590	SP	Jundiaí	330.577	Habilitado
145	352690	SP	Limeira	257.730	Habilitado
146	352900	SP	Marília	204.956	Habilitado
147	352940	SP	Mauá	377.780	Habilitado
148	353060	SP	Mogi das Cruzes	342.247	Não Habilitado
149	353070	SP	Mogi Guaçu	129.162	Habilitado
150	353440	SP	Osasco	670.345	Habilitado
151	353800	SP	Pindamonhangaba	131.068	Habilitado
152	353870	SP	Piracicaba	339.772	Habilitado
153	354100	SP	Praia Grande	208.332	Não Habilitado
154	354140	SP	Presidente Prudente	194.174	Habilitado
155	354330	SP	Ribeirão Pires	108.594	Habilitado
156	354340	SP	Ribeirão Preto	520.501	Habilitado
157	354390	SP	Rio Claro	174.526	Habilitado
158	354580	SP	Santa Bárbara d'Oeste	175.298	Habilitado
159	354780	SP	Santo André	656.136	Habilitado
160	354850	SP	Santos	418.092	Habilitado
161	354870	SP	São Bernardo do Campo	731.854	Habilitado
162	354880	SP	São Caetano do Sul	138.188	Habilitado
163	354890	SP	São Carlos	200.318	Habilitado
164	354980	SP	São José do Rio Preto	374.745	Habilitado
165	354990	SP	São José dos Campos	559.713	Habilitado
166	355030	SP	São Paulo	10.600.059	Não Habilitado
167	355100	SP	São Vicente	310.900	Habilitado
168	355220	SP	Sorocaba	517.553	Habilitado
169	355240	SP	Sumaré	208.446	Não Habilitado
170	355250	SP	Suzano	243.386	Não Habilitado
171	355280	SP	Taboão da Serra	205.547	Habilitado
172	355410	SP	Taubaté	251.992	Não Habilitado
173	410140	PR	Apucarana	110.511	Não Habilitado
174	410480	PR	Cascavel	256.391	Não Habilitado
175	410580	PR	Colombo	197.122	Não Habilitado
176	410690	PR	Curitiba	1.644.599	Não Habilitado
177	410830	PR	Foz do Iguaçu	272.941	Habilitado
178	410940	PR	Guarapuava	159.103	Não Habilitado
179	411370	PR	Londrina	460.910	Não Habilitado

Número	Cód. IBGE	UF	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	GPSM
180	411520	PR	Maringá	298.828	Não Habilitado
181	411820	PR	Paranaguá	133.200	Não Habilitado
182	411915	PR	Pinhais	108.765	Não Habilitado
183	411990	PR	Ponta Grossa	282.540	Não Habilitado
184	412550	PR	São José dos Pinhais	220.489	Não Habilitado
185	420240	SC	Blumenau	272.283	Habilitado
186	420420	SC	Chapecó	154.453	Habilitado
187	420460	SC	Criciúma	175.491	Habilitado
188	420540	SC	Florianópolis	360.603	Não Habilitado
189	420820	SC	Itajaí	153.357	Habilitado
190	420890	SC	Jaraguá do Sul*	115.121	Habilitado
191	420910	SC	Joinville	453.765	Habilitado
192	420930	SC	Lages	160.770	Habilitado
193	421190	SC	Palhoça	109.961	Não Habilitado
194	421660	SC	São José	181.401	Não Habilitado
195	430060	RS	Alvorada	192.786	Não Habilitado
196	430160	RS	Bagé	117.006	Não Habilitado
197	430310	RS	Cachoeirinha	111.640	Não Habilitado
198	430460	RS	Canoas	313.844	Não Habilitado
199	430510	RS	Caxias do Sul	375.119	Não Habilitado
200	430920	RS	Gravataí	243.485	Não Habilitado
201	431340	RS	Novo Hamburgo	242.617	Não Habilitado
202	431410	RS	Passo Fundo	174.108	Não Habilitado
203	431440	RS	Pelotas	327.953	Não Habilitado
204	431490	RS	Porto Alegre	1.383.454	Não Habilitado
205	431560	RS	Rio Grande	189.512	Não Habilitado
206	431680	RS	Santa Cruz do Sul	111.097	Não Habilitado
207	431690	RS	Santa Maria	251.145	Não Habilitado
208	431870	RS	São Leopoldo	198.941	Não Habilitado
209	432000	RS	Sapucaia do Sul	126.512	Não Habilitado
210	432240	RS	Uruguaiana	129.622	Não Habilitado
211	432300	RS	Viamão	237.261	Não Habilitado
212	500270	MS	Campo Grande	692.546	Não Habilitado
213	500370	MS	Dourados	171.042	Não Habilitado
214	510340	MT	Cuiabá	500.290	Habilitado
215	510760	MT	Rondonópolis	155.804	Não Habilitado
216	510840	MT	Várzea Grande	226.525	Não Habilitado
217	520025	GO	Águas Lindas de Goiás	123.731	Não Habilitado
218	520110	GO	Anápolis	293.474	Não Habilitado
219	520140	GO	Aparecida de Goiânia	369.618	Habilitado
220	520870	GO	Goiânia	1.129.274	Não Habilitado
221	521250	GO	Luziânia	154.227	Habilitado
222	521880	GO	Rio Verde	122.155	Não Habilitado
223	530010	DF	Brasília	2.145.838	Não Habilitado
224	170210	TO	Araguaína	117.970	Não Habilitado

NOB - SUS 1996

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS

(Publicada no D.O.U.de 6/11/1996)

**“Gestão plena com responsabilidade pela saúde do
cidadão”**

**Brasília
Janeiro/1997**

15. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO MUNICÍPIO

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os municípios podem habilitar-se em duas condições:

- a) GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA;
- b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado.

15.1. GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA

15.1.1. Responsabilidades

- a) Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus munícipes, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos

usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.

- e) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.
- g) Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
- h) Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- i) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- j) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente.
- k) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS.
- l) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD.
- m) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

15.1.2. Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
- d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.
- e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.
- f) Formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.
- g) Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
- h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

- i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.
- j) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.1.3. Prerrogativas

- a) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB).
- b) *Sem efeito pela Portaria/GM/MS de 1882 de 18/12/97.***
- c) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.
- d) Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

15.2. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL

15.2.1. Responsabilidades

- a) Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.
- e) Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal.
- g) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM.
- h) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.
- i) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
- j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

- k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente.
- l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS.
- m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.

15.2.2. Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
- d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus munícipes.
- e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.
- f) Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.
- g) Dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
- h) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento.
- i) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- j) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.
- k) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.
- l) Assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.
- m) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).
- n) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.2.3. Prerrogativas

- a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA).
- b) Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.
- c) **Sem efeito pela Portaria/GM/MS 1882 de 18/12/97.**
- d) Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município.
- e) Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.
- f) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

ANEXO 4: Lista de Siglas

Sigla	Descrição
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIB	Comissões Intergestores Bipartites
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
FAE	Fração Assistencial Especializada
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
GED	Grupo Especial de Descentralização
MS	Ministério da Saúde
NOB 91	Norma Operacional Básica 91
NOB 93	Norma Operacional Básica 93
NOB 96	Norma Operacional Básica 96
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PPI	Programação Pactuada e Integrada
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIOPS	Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde