

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública**

CARLOS ALEXANDRE SOUZA DE LIMA

**ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO
DAS NORMAS OPERACIONAIS DA ASSISTÊNCIA
À SAÚDE**

**RECIFE
2010**

CARLOS ALEXANDRE SOUZA DE LIMA

**ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS NORMAS
OPERACIONAIS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública
do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,
para obtenção do grau de Mestre em
Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Clarice Melamed

RECIFE
2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- L732a Lima, Carlos Alexandre Souza de.
Análise do processo de implementação das normas operacionais da assistência à saúde/ Carlos Alexandre Souza de Lima. — Recife: C. A. S. Lima, 2010.
95 f.: il.
- Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
Orientadora: Clarice Melamed.
1. Assistência à Saúde. 2. Regionalização. 3. Recursos Financeiros em Saúde. I. Melamed, Clarice. II. Título.

CDU 614

CARLOS ALEXANDRE SOUZA DE LIMA

**ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS NORMAS
OPERACIONAIS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública
do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,
para obtenção do grau de Mestre em
Saúde Pública.

Aprovado em: 09/11/2010

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Clarice Melamed
Fiocruz - Brasília

Prof. Dr. Vitor Laerte Pinto Junior
Fiocruz – Brasília

Prof. Dra. Luciana Dias de Lima
Fiocruz – ENSP

Ao meu pai, Carlos Alberto Paes de Lima, que teve, por essa conquista, um sonho realizado.

À minha mãe, Solange Souza de Lima, pelas orações e pela fé, que me conduziram até aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as graças que tem concedido a mim ao longo da vida.

À minha família, Luciane, Gabrielle e Caroline: porto seguro e sentido da minha existência.

Aos meus pais, por minha formação, pelo apoio, pelas oportunidades, pelo exemplo e pelo amor incondicional.

Aos Professores que participaram desse processo, em particular à minha Orientadora, Prof. Dra. Clarice Melamed, responsável por despertar meu interesse para o estudo do complexo e fascinante universo das políticas públicas.

Aos meus prezados colegas de turma, pelo companheirismo, pela amizade, pela colaboração e pelas divertidas horas que passamos juntos durante os últimos dois anos. Agradecimentos especiais para Ana Patrícia, Astral, Cejana, Kathleen, Maria Cristina, Patrícia, Rogéria e Simone pelas valiosas contribuições nas mais variadas formas.

Aos meus Chefes, Contra-Almirante (Md) Carlos Edson Martins da Silva, Contra-Almirante (Md) Luiz Roberto Martins Dias e Contra-Almirante (Md) José Luiz de Medeiros Amarante Junior, por me permitirem ingressar no Curso e concluí-lo, pelo incentivo e pela oportunidade de aplicar os conhecimentos à atividade profissional.

Aos funcionários da Fiocruz que contribuíram com os recursos necessários ao desenvolvimento do Curso, particularmente Salymar Lyege Alves de Matos, Vanessa Luiz Neunzig e Gisele de Jesus Silva.

“But what is government itself, but the greatest of all reflections of human nature? If men were angels, no government would be necessary.”

James Madison
(*Federalist N^o. 51, 1788*)

LIMA, Carlos Alexandre Souza de. **Análise do processo de implementação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde**. 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

As Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002) representaram uma tentativa do Ministério da Saúde de equacionar o problema de acesso da população brasileira aos serviços de saúde nos níveis de maior complexidade sob a perspectiva territorial, tendo como fulcro a macroestratégia da regionalização. A partir dos esforços de reorganização do sistema, com base na elaboração de instrumentos de planejamento por parte dos entes subnacionais, buscou-se racionalizar os recursos e ampliar a oferta desses serviços, seguindo uma lógica de estabelecimento de redes regionais de assistência. Durante o período de agosto de 2002 a novembro de 2006 o Ministério da Saúde transferiu considerável soma de recursos financeiros aos estados e municípios para a assistência de média e alta complexidade. Este estudo tem por objetivo analisar o processo de implementação das NOAS do ponto de vista financeiro, a partir de dados secundários de domínio público obtidos do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, correspondentes aos valores transferidos aos fundos estaduais e municipais classificados no Grupo de Despesa “Transferências – média e alta complexidade”, no período de 2001 a 2005. A comparação dos valores transferidos antes e depois da habilitação em Gestão Plena do Sistema Estadual demonstrou que: 1) houve aumento significativo no repasse de recursos da União a partir da implementação dessas Normas; 2) os aumentos percentuais, de modo geral, foram maiores nas Unidades Federativas dotadas de redes de assistência à saúde mais precárias, embora, ao se considerar valores absolutos, a maior parte dos recursos tenha sido destinada aos estados cujas redes já se encontravam estabelecidas e bem organizadas; 3) entre estados e seus respectivos municípios, os primeiros foram, em geral, privilegiados no tocante ao aumento do aporte de recursos advindos dessa política; 4) o padrão de distribuição dos recursos relacionados no estudo foi caracterizado por assimetria entre regiões e entre estados da mesma região, havendo casos, inclusive, de redução dos tetos financeiros de alguns estados após a implementação das NOAS. A abrangência do estudo não é suficiente para afirmar se houve impacto das alterações no fluxo financeiro sobre a oferta de serviços de média e alta complexidade, considerando a conformação regional prevista nessas Normas. Para tanto, estudos posteriores com foco na dimensão da oferta, ou da produção de serviços, se fazem necessários.

Palavras-chave: 1. Assistência à Saúde. 2. Regionalização. 3. Recursos Financeiros em Saúde.

LIMA, Carlos Alexandre Souza de. **Analysis of the implementation process of the Health Care Operational**. 2010. 95 f. Dissertation (Professional Master in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

The Health Care Operational Norms (NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002) represented one of the Brazilian Ministry of Health's (MoH) attempts to solve the problem of access of the Brazilian population to health care, especially those procedures belonging to higher complexity levels, considering the territorial perspective and adopting the regionalization process as a global strategy. The efforts to reorganize the public health system were based on planning tools elaborated by regional and local spheres, in order to bring more efficiency and effectiveness to the system, as well as expanding health care supply by strengthening regional health care nets and creating new ones. From August 2002 to November 2006, the Brazilian MoH transferred a significant amount of money to states and municipalities, directed to the so-called "intermediate and high complexity" health assistance procedures as a result of this policy. The aim of this study is to analyze the implementation process of the Health Care Operational Norms from a financial point of view, using data obtained from the Executive Bureau of the Unified Health System's database – DATASUS, related to the funds transferred to states and municipalities accounts, to finance intermediate and high complexity health procedures, from 2001 to 2005. The comparison among the amounts transferred before and after the certification granted to the states by the MoH — related to the progress in the management status of the regional system — showed that: 1) there was a significant increase of the federal funds transferred to the states and to the municipalities after the beginning of the implementation process of the Operational Norms; 2) percentage increases were higher, in a broad manner, for the states where the health care assistance nets were weaker, although, when absolute values were considered, the greater part of the financial resources were directed to the states supported by well-organized and consistent health care nets; 3) comparing states and the municipalities included in their respective territories, the first ones had received the greater financial benefits from the federal government as a result of this policy; 4) the financial resources allocation pattern was clearly asymmetric among different regions and also among states within the same region; some of them had even experienced reduction in their money influx after the implementation of the Norms. The scope of this study does not allow interpretations about the impact of the federal funds increase on the supply of intermediate and high complexity health services from a regional perspective, under these regulations. Other studies considering the supply dimension or based on the data related to the health services provided to the Brazilian population are necessary to fill this particular gap.

Key words: 1. Delivery of Health Care. 2. Regional Health Planning. 3. Financial Resources in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Cronologia das habilitações dos Estados e do Distrito Federal em gestão plena do sistema estadual de acordo com as normas operacionais da assistência à saúde.	24
Quadro 2 - Apresentação de Planos Diretores de Regionalização e Planos Diretores de Investimento pelos Estados e Distrito Federal.	25
Gráfico 1 – Participação dos diferentes grupos de despesa nas transferências anuais de recursos financeiros de média e alta complexidade ao Estados, Distrito Federal e Municípios no período de 2001 a 2006.	71
Gráfico 2 – Evolução do número de estados habilitados em gestão plena do sistema estadual pelas normas operacionais da assistência à saúde comparada à evolução do número de estados que passaram a receber transferências de recursos de média e alta complexidade dessa rubrica.	76
Gráfico 3 - Remuneração por serviços produzidos e transferências do Fundo de Ações Estratégicas e de média e alta complexidade para estados e municípios, por Grandes Regiões – 2001 a 2006.....	78
Gráfico 4 – Percentual (por Região) do total de recursos financeiros de Média e Alta Complexidade transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios no período 2001-2006.	78
Gráfico 5 – Variação das médias mensais de transferências de MAC por UF (exceto região Sudeste), após implantação de recursos da rubrica GPSE/NOAS.	80
Gráfico 6 - Variação das médias mensais de transferências de MAC por UF (região Sudeste), após implantação de recursos da rubrica GPSE/NOAS.	80
Gráfico 7 – Representação percentual dos valores correspondentes às médias mensais de transferências aos fundos estaduais na composição do total de recursos de média e alta complexidade transferidos a cada estado (UF + Municípios), antes e depois da implantação dos valores correspondentes à rubrica GPSE/NOAS.....	85
Gráfico 8 - Representação percentual dos valores correspondentes às médias mensais de transferências aos fundos municipais na composição do total de recursos de média e alta complexidade transferidos a cada estado (UF + Municípios), antes e depois da implantação dos valores correspondentes à rubrica GPSE/NOAS.	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Valores anuais destinados à média e alta complexidade transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, por Grupo de Despesa, no período de 2001 a 2006.	71
Tabela 2 – Recursos financeiros do SUS repassados aos estados e municípios, por região, destinados à média e alta complexidade, incluindo remuneração por serviços produzidos e FAEC (2001 a 2006).	76
Tabela 3 - Percentual de aumento para cada Região, considerados os anos de 2001 e 2006.	77
Tabela 4 – Variação das médias mensais de transferências de MAC para UF e seus respectivos municípios, antes e após o início dos repasses sob a rubrica GPSE/NOAS	81
Tabela 5 - Variação das médias mensais de transferências de MAC para UF (somente), antes e após o início dos repasses sob a rubrica GPSE/NOAS	82
Tabela 6 - Variação das médias mensais de transferências de MAC para municípios (em conjunto) por UF, antes e após o início dos repasses sob a rubrica GPSE/NOAS	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BBS/MS – Canal de comunicação para troca e disseminação de dados e informações relativos ao SUS

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

GASE – Gestão Avançada do Sistema Estadual

GPSE – Gestão Plena do Sistema Estadual

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MAC – Média e alta complexidade

EPM-1 – Elenco mínimo de procedimentos da média complexidade ambulatorial

NOAS – Normas Operacionais da Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

PAB – Piso de Atenção Básica

PDI – Plano Diretor de Investimento

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PPI – Programação Pactuada e Integrada

SIA/SUS – Sistema de Atendimento Ambulatorial

SNA – Sistema Nacional de Auditoria

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SIH/SUS – Sistema de Internação Hospitalar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 LEGISLAÇÃO RELACIONADA AO FINANCIAMENTO DO SUS	16
3.1 Leis Orgânicas da Saúde	18
3.2 Normas Operacionais Básicas	19
3.3 Normas Operacionais da Assistência à Saúde	19
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
4.1 Observações sobre as Leis Orgânicas e as Normas Operacionais	28
4.2 Análise de políticas públicas	32
4.3 Economia em saúde.....	53
4.4 Federalismo e políticas públicas	63
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	67
5.1 Características do estudo.....	67
5.2 Coleta e processamento dos dados	68
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	74
7 RESULTADOS.....	75
8 DISCUSSÃO	86
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS.....	91

1 INTRODUÇÃO

A análise do processo de implementação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002) sob o ponto de vista financeiro pode facilitar a compreensão da política de saúde desenvolvida durante a primeira metade da última década em análise, a qual gerou expressiva elevação dos valores transferidos pelo Ministério da Saúde aos estados e ao Distrito Federal no período de agosto de 2002 a novembro de 2006.

Depois do bem sucedido redirecionamento da política da atenção à saúde nos anos 90 — que teve como um de seus pilares a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB) (MELAMED; COSTA, 2003) — o Ministério da Saúde publicou no início da década de 2000 as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002), as quais buscavam a reorganização do sistema de modo a permitir o acesso aos demais níveis de atenção à saúde para todos os cidadãos brasileiros, contando para isso com recursos financeiros especialmente destinados aos procedimentos do segmento denominado *média e alta complexidade* (MAC)¹.

A presente dissertação é iniciada por uma sucinta revisão dos principais documentos normativos relacionados ao financiamento do SUS. Sua fundamentação teórica se dá sob duas vertentes: a análise de políticas públicas (*policy analysis*) e a economia da saúde (*health economics*), sendo brevemente abordada a questão do federalismo fiscal, tema correlacionado às duas abordagens citadas, no caso brasileiro. Após a descrição da metodologia, são apresentados dados — coletados do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) — relativos às transferências de recursos financeiros do Ministério da Saúde a título de atenção em média e alta complexidade aos estados e Distrito Federal, no período de 2001 a 2005 e os resultados de sua análise, conduzida em consonância com os procedimentos metodológicos previstos e também com base em informações

¹ A atenção em média complexidade é composta por ações e serviços que demandam profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico com vistas ao atendimento dos principais problemas de saúde da população. Este nível de atenção é definido pelo Decreto nº 4.726 de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Já a atenção em alta complexidade é representada pelos procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, devendo estar integrados aos demais níveis de atenção. Tais procedimentos, que se encontram descritos na tabela do SUS, são causas de impacto financeiro expressivo no sistema. Como exemplos de procedimentos de alta complexidade podem ser citados os de neurocirurgia, traumatologia e cirurgia cardiovascular, assim como a assistência ao paciente oncológico e ao portador de doença renal crônica (BRASIL, 2009).

obtidas em Atas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Resumos Executivos da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), nas quais o tema tenha sido abordado.

O estudo tem seu foco sobre a influência das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (2001 e 2002) na alocação de recursos do Ministério da Saúde para as esferas subnacionais. As unidades de estudo são representadas pelos 26 estados e Distrito Federal que compõem a Federação brasileira e os conjuntos de municípios que compõem seus territórios.

O período abrangido está compreendido entre os anos de 2001 e 2005, com destaque particular para o intervalo de 2002 a 2004 durante o qual foram publicadas as Portarias de Habilitação de todas as Unidades Federativas em Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE). O ano de 2001 foi incluído por estar relacionado à data de publicação da primeira Norma e o de 2005 em face da necessidade de atendimento aos critérios da metodologia de eleição, a qual será detalhada no capítulo destinado à descrição dos procedimentos metodológicos.

Os repasses financeiros federais analisados foram os relativos ao bloco de financiamento da atenção em média e alta complexidade (MAC), na modalidade fundo a fundo (estaduais e municipais), excetuando-se os que compõem o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Apenas os dados referentes aos recursos de custeio foram utilizados.

O presente estudo se justifica ao tentar contribuir para o esclarecimento da lógica de distribuição de repasses financeiros do Ministério da Saúde para o atendimento à população brasileira, no contexto do objetivo proposto para a NOAS-SUS 01/2001, qual seja: “apresentar diretrizes para o avanço do processo de descentralização em saúde, baseadas na macroestratégia de regionalização, visando garantir o acesso de todos os cidadãos brasileiros a ações de saúde resolutivas e de boa qualidade em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2001).

Para tanto, o estudo parte das seguintes perguntas condutoras:

- Em que medida as Normas Operacionais da Assistência à Saúde alteraram o volume e o padrão de alocação dos recursos financeiros do Ministério da Saúde destinados à atenção em média e alta complexidade para os estados e o Distrito Federal?

- Quais, dentre os entes subnacionais, foram os maiores beneficiados pela política de saúde proposta pelas Normas, do ponto de vista dos recursos recebidos fundo a fundo?

A hipótese testada no presente estudo é de que houve alterações significativas nos tetos das transferências de recursos financeiros destinados à atenção em média e alta complexidade aos estados e ao Distrito Federal após as habilitações em Gestão Plena do Sistema Estadual, nos termos das Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002, não necessariamente conduzidas de acordo com o objetivo proposto por essas Normas no tocante ao fortalecimento das redes regionais de atenção à saúde e independentemente da observância às condicionalidades previstas nas referidas Normas, em sua totalidade, por parte dos entes subnacionais em questão.

Parte-se do pressuposto de que as alterações na distribuição de recursos financeiros após as habilitações deveriam ter obedecido a uma lógica que concorresse para a obtenção de “maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”, em consonância com o Objetivo Geral da NOAS 01/2001 (BRASIL, 2001).

O processo de implementação das NOAS — sob a ótica da alocação de recursos da União destinados à atenção à saúde — e o cumprimento das condicionalidades explicitadas nas referidas Normas por parte das Unidades Federativas e dos municípios são dignos de observação atenta, especialmente se considerada a elevação gradativa e constante dos recursos públicos disponibilizados a título de custeio das ações de média e alta complexidade e as modificações no cenário político-partidário brasileiro durante o período analisado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O presente estudo tem por objetivo geral demonstrar as principais características do processo que permitiu a implementação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde, com foco nas transferências de média e alta complexidade, durante o período de 2001 a 2005.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificação as alterações dos fluxos financeiros entre o Ministério da Saúde e as Unidades Federativas, pela modalidade fundo a fundo, destinados à assistência em média e alta complexidade, no período de 2001 a 2005, e
- b) b) identificar fatores que possam ter condicionado a alocação de recursos destinados à assistência em média e alta complexidade nas Unidades Federativas durante a vigência destas Normas.

3 LEGISLAÇÃO RELACIONADA AO FINANCIAMENTO DO SUS

A questão do financiamento para o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido exaustivamente discutida na literatura dedicada à Saúde Pública produzida no país. Considerável parte dos trabalhos aborda a miríade de instrumentos legais e normativos elaborados no período que se segue à Constituição Federal 1988, com o objetivo de regular o sistema, os quais estabeleceram mecanismos que, ao menos em tese, permitiriam a distribuição dos recursos financeiros da União destinados à saúde, em observância à primeira diretriz constante do art. nº 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, a qual versa sobre a descentralização.

Diz o texto do artigo:

[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Parágrafo único - O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.” (BRASIL, 2005).

A “rede regionalizada e hierarquizada” — que corresponde neste estudo ao termo “regionalização” — e a “descentralização”, referenciadas no texto constitucional acima transcrito, são detalhadas, a seguir.

Descentralização

O Ministério da Saúde denomina como *descentralização* o “processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, estados, Distrito Federal e municípios” (BRASIL, 2009). Todavia, Barros (2001, p. 307) entende que:

No âmbito federal, o conceito de descentralização, desde a década de 1980, tem sido utilizado na reorganização de políticas públicas com diferentes significados. ‘Descentralizar’ pode representar desconcentração de poder no interior de uma mesma instituição; ou pode ser uma delegação de competência; pode ser também a transferência ao mercado de atividades até então sob responsabilidade do Estado, correspondendo ao conceito de privatização; ou, ainda, a redistribuição de poderes e responsabilidades na condução ou execução de políticas entre a União e os

entes federados, com grau e intensidade variáveis. Como consequência dessa ambiguidade conceitual, diferentes objetivos têm determinado o desencadeamento de processos de descentralização e têm variado bastante as estratégias de implementação de ações nesse sentido pela União, nos diferentes setores.

Nesse sentido, a falta de clareza relacionada à compreensão do conceito de descentralização por parte dos responsáveis pela formulação das políticas de saúde no período pós-constitucional também pode ter resultado em maior dificuldade na implementação da política relacionada ao objeto do presente estudo, qual seja, a regionalização, em especial no tocante à distribuição de recursos e de responsabilidades entre os diferentes níveis governamentais.

Regionalização

Viana, Lima e Ferreira (2010, p. 2318), em estudo sobre os condicionantes estruturais da regionalização, entendem este mecanismo como

um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de interrelações entre diferentes atores sociais (governos, agentes, instituições, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui, ainda, a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território.

Silva e Lima (2008, p. 61) relacionam a regionalização ao processo que busca a capacidade resolutiva do sistema de saúde, tendo como unidades territoriais áreas compostas por mais de um município, cuja conformação se dá de acordo com os seguintes fatores: a densidade populacional, as características epidemiológicas e a estrutura de produção sanitária existente. Os autores enfatizam que a equidade e a racionalização da oferta de bens e serviços produzidos pela estrutura sanitária — os quais dão forma ao modelo assistencial de uma área — representam os objetos de atenção da política de regionalização. A distribuição desses bens e serviços deve atender a uma classificação por níveis de complexidade, hierarquizando a assistência, de modo a contribuir para a integração dos recursos sob uma perspectiva sistêmica, concorrendo assim para a ampliação do acesso da população às ações e serviços, condição necessária ao atendimento da integralidade da atenção ao indivíduo como diretriz constitucional.

A regionalização, de acordo com Bifulco (2009 apud VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010, p. 2.318) tem como fator responsável por sua complexidade, a necessidade de conciliar

a institucionalização de uma rede homogênea de serviços e intervenções frente a uma grande heterogeneidade territorial; a formalização da responsabilidade pública com ampla participação e envolvimento da sociedade civil e dos diversos agentes que compõem o sistema de saúde no território e a regulação centralizada com a manutenção da autonomia dos governos locais.

3.1 Leis Orgânicas da Saúde

A Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece em seu art. 35 uma combinação de critérios que norteariam a distribuição dos recursos financeiros do Ministério da Saúde aos demais entes federativos, considerando os perfis demográfico e epidemiológico, as capacidades e conformações das redes de assistência locais e regionais, além das características econômicas e financeiras dos estados e dos municípios:

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I- perfil demográfico da região;
- II- perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III- características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV- desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V- níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI- previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII- ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º - Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º - Nos casos de estados e municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados [...]. (BRASIL, 1990a).

Ainda naquele ano, em 28 de dezembro, foi promulgada a Lei Nº 8.142, que apresenta a primeira tentativa concreta de normatização da sistemática de repasse regular e automático de recursos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. Essa Lei faz menção aos critérios já estabelecidos no art. 35 da Lei Nº 8.080, os quais ainda não estavam regulamentados até a data de publicação da primeira das Leis citadas neste parágrafo. Transcreve-se, a seguir, o texto em questão:

Art. 3º - Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta Lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º - Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo [...] (BRASIL, 1990b).

3.2 Normas Operacionais Básicas

Tendo sido editadas em 1991, 1992, 1993 e 1996, as Normas Operacionais Básicas (NOB) tiveram por objetivo comum a tentativa de regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde.

No que se refere à questão do financiamento, a NOB 01/91 apresentou a modalidade de convênio como instrumento destinado às transferências de recursos da União — esta representada pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) — aos estados, Distrito Federal e municípios. A NOB 01/92, por sua vez, trouxe poucas novidades no tocante ao financiamento. Foi atribuída ao INAMPS, durante o ano de publicação da Norma, a função de alocar recursos para composição do Fundo Nacional de Saúde, com vistas ao seu repasse aos entes subnacionais. Dentre as Normas Operacionais Básicas, as que mais contribuíram com o processo de descentralização, de fato, sob o aspecto do controle dos fluxos financeiros foram a NOB 93 e a NOB 96. A primeira é considerada um marco no financiamento à saúde por ter permitido aos estados e municípios que caracterizassem suas condições de gestão no SUS de acordo com suas capacidades operacionais, além de ter instituído a transferência de recursos pela modalidade *fundo a fundo*, ou seja, repasses financeiros — regulares e automáticos — do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais diretamente vinculados às Secretarias de Saúde. Sua sucessora, a NOB 1996, teve como um de seus objetivos dividir a responsabilidade do financiamento entre os três níveis governamentais (SANTOS; ANDRADE, 2007).

3.3 Normas Operacionais da Assistência à Saúde

Embora constante nas diretrizes do Sistema Único de Saúde, a regionalização só vem merecer destaque a partir das NOAS e, mais recentemente, no Pacto pela Saúde, de 2006, representando uma estratégia de integração dos sistemas, desde o nível municipal, com a formação das redes regionais. A ampliação do acesso e a redução da iniquidade também eram objetivos dessa estratégia (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Com o propósito de corrigir as deficiências das Normas anteriores foram elaboradas e publicadas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002), frutos de intensa negociação entre representantes das diferentes esferas governamentais, membros do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e tendo como arena decisória a instância representada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (SOUZA, R., 2001). Paralelamente, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o processo também era acompanhado e discutido.

Neste último fórum, ao final do ano de 2000, foram relatados problemas relacionados à evolução do processo de descentralização, identificados a partir de uma avaliação da NOB 96 realizada pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde. O relatório apresentado por ocasião da 103ª Reunião Ordinária do CNS abordara os seguintes tópicos:

I) a alocação dos recursos financeiros do processo de descentralização não conferira a ênfase devida à diretriz de regionalização e hierarquização; II) a falta de investimentos na atenção básica à saúde e no sistema de referência e contra-referência; III) a responsabilidade reguladora dos estados na gestão do espaço intermunicipais (*sic*); IV) a ampliação do conceito de Atenção Básica; V) a média complexidade não sofrera reordenação dos serviços, no âmbito da atenção básica; VI) a formatação do modelo de atenção básica; VII) a PPI no âmbito da hierarquização e regionalização; VIII) a visão errônea da hierarquização e regionalização como instâncias de gestão; IX) termos de compromisso a serem firmados entre o Ministério da Saúde e os Estados; e X) os reordenamentos do processo de descentralização deverão ser objeto de discussão nas Comissões Tripartite, Bipartite, nos Conselhos de Saúde dos Estados e no Conselho Nacional de Saúde. (REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 103., 2000)

Como deliberação desse Colegiado foi criado um Grupo de Trabalho (GT) destinado a analisar a proposta do relatório referenciado no parágrafo anterior, composto por representações do Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, usuários e prestadores de serviços de saúde, como titulares, e a representação dos

profissionais de saúde na suplência. Na Reunião Ordinária seguinte àquela, foi apresentada a Minuta de Portaria/Instrução Normativa referente à regionalização da assistência à saúde, fundamentada em três eixos: 1) Regionalização; 2) Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS; e 3) Revisão dos Critérios de Habilitação e de Desabilitação de municípios e estados. (REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 104., 2000)

Em 26 de janeiro de 2001 foi publicada a Portaria MS/GM nº 95, trazendo como anexo a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). Por esta norma buscava-se o fortalecimento do processo de regionalização mediante a pactuação de atribuições e responsabilidades na atenção à saúde entre os gestores dos diferentes níveis governamentais e também pela obrigatoriedade de elaboração, por parte dos estados e do Distrito Federal, de instrumentos de planejamento — Planos Diretores de Regionalização² (PDR), Programação Pactuada e Integrada (PPI) e Planos Diretores de Investimento (PDI) — que deveriam conduzir à reorganização do sistema, contribuindo assim para o acesso dos cidadãos brasileiros aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, em especial aos de média e alta complexidade. A existência de grandes vazios assistenciais nestes últimos níveis e a redundância dos referidos serviços em áreas economicamente favorecidas e de alta densidade populacional orientaram a elaboração da primeira das NOAS no sentido da macroestratégia de regionalização (BRASIL, 2001). São considerados peças-chave da política em discussão: a) o fortalecimento da capacidade de planejamento e a organização dos sistemas estaduais; e b) o papel das Secretarias Estaduais de Saúde na articulação e integração dos sistemas municipais.

² “O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização em cada Estado e no Distrito Federal e fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. [...] O Plano Diretor de Regionalização deve contemplar a perspectiva de redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual, prevendo os investimentos necessários para a conformação destas novas regiões/microrregiões e módulos assistenciais, observando assim, a diretriz de possibilitar o acesso do cidadão a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, o mais próximo possível de sua residência” (BRASIL, 2001).

A NOAS-SUS 01/2001 apresentava como Objetivo Geral “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. O trecho transcrito correspondente ao objetivo da Norma, demonstra a preocupação dos responsáveis por sua elaboração quanto à correção de falhas relacionadas à alocação de recursos financeiros da União distribuídos entre os entes federativos que compõem as esferas estadual e municipal. Quanto aos Objetivos Específicos da Norma, os que apresentam maior correlação com a dimensão financeira abordada no presente estudo, são os seguintes:

- Reverter a lógica do financiamento centrada na oferta de serviços, buscando orientar o processo alocativo pelas necessidades de saúde e assegurar a sustentabilidade das intervenções prioritárias da política de saúde.
- Incrementar o volume absoluto das transferências fundo a fundo e sua proporção no total das despesas do Ministério da Saúde.
- Definir os limites financeiros de recursos federais alocados em todos os municípios do País, considerando suas bases territoriais-populacionais e unidades assistenciais neles sediadas, explicitando os recursos destinados aos residentes e às referências intermunicipais.
- Promover maior equidade na alocação de recursos, por meio do aumento de transferência fundo a fundo de recursos calculados em base *per capita*, para o financiamento das ações básicas e ações selecionadas de média complexidade. (BRASIL, 2001).

Habilitação de acordo com as NOAS

O processo de Habilitação em Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE) ou em Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE), etapa obrigatória para início das transferências de recursos de média e alta complexidade para as Unidades Federativas de acordo com as NOAS, supunha, como já mencionado, algumas responsabilidades, por parte dos estados e do Distrito Federal, assim como o cumprimento de alguns requisitos de naturezas técnica, financeira e administrativa. Além da elaboração dos documentos de planejamento (PDR, PPI e PDI), a coordenação do sistema de referências intermunicipais e interestaduais (Tratamento Fora de Domicílio), a gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados em nenhuma das condições de gestão e a cooperação técnica e financeira faziam parte, dentre outras, do rol de atribuições dos gestores estaduais estabelecidas por esta Norma (BRASIL, 2001).

Posteriormente, as Instruções Normativas GM/MS nº 1 e nº 2, ambas de 6 de abril de 2001, foram elaboradas com a finalidade de regulamentar os conteúdos,

instrumentos e fluxos dos processos de habilitação/desabilitação e a elaboração, tramitação, requisitos e meios de verificação do PDR, assim como o processo de qualificação de regiões/microrregiões, previstos na NOAS-SUS 01/2001.

Apesar de ter havido considerável adesão ao proposto na NOAS-SUS 01/2001 por parte dos estados — verificada pela apresentação de versões preliminares do PDR de vinte e dois deles até outubro daquele ano — resistências e questionamentos suscitados pelos gestores estaduais e municipais acabaram por conduzir à necessidade de sua revisão (QUEIROZ, 2004).

Somente a edição da NOAS-SUS 01/2002, publicada pela Portaria MS/GM Nº 373 de 27 de fevereiro de 2002, tornou possível a finalização do processo, após praticamente um ano de debates que envolveram novamente, além do Ministério da Saúde, representações dos secretários estaduais e municipais de saúde e o Conselho Nacional de Saúde.

As dilatações dos prazos para cumprimento de determinadas etapas ilustram adequadamente o grau de dificuldade observado no decorrer do período de implementação das NOAS. A Portaria nº 976 GM/MS de 04 de julho de 2001, por exemplo, prorrogou o prazo para o envio dos PDR, PPI e PDI estaduais à Comissão Intergestores Tripartite. A mesma dificuldade é exemplificada a partir da proposta de prorrogação para entrada da documentação necessária à habilitação dos estados naquela Comissão, constante do Resumo Executivo da Reunião da CIT de 18 de abril de 2002.

As datas de publicação das Portarias de Habilitação dos estados e do Distrito Federal em GPSE constantes quadro 1 transmitem ideia da complexidade do processo. Foi necessário o decorrer de um período de aproximadamente três anos (2002 a 2004) para que todos os estados e o Distrito Federal fossem habilitados. O quadro 2 apresenta a situação de apresentação dos Planos Diretores de Regionalização e dos Planos Diretores de Investimento, atualizada em 16 de abril de 2010 pela Coordenação-Geral do Desenvolvimento da Política de Descentralização (CGDPD/DAGD/SE) do Ministério da Saúde.

UF	Nº da Portaria de Habilitação em GPSE	Data de assinatura	Previsão da vigência dos efeitos financeiros na Portaria	Mês/ano do início das transferências**	Limite financeiro da MAC
AL	PT. GM nº 774	17/04/2002	—	ago/02	Art. 1º - Mantido
CE	PT. GM nº 775	17/04/2002	—	ago/02	Art. 1º - Mantido
DF	PT. GM nº 1122	17/06/2002	Art. 5º - jun/2002	ago/02	Art. 1º - Alterado
GO	PT. GM nº 1123	17/06/2002	—	ago/02	Art. 1º - Mantido
SC	PT. GM nº 1261	10/07/2002	—	ago/02	Art. 1º - Mantido
PA	PT. GM nº 1262	10/07/2002	—	ago/02	Art. 1º - Mantido
SE	PT. GM nº 1273	11/07/2002	Art. 4º - jul/2002	ago/02	Art. 1º - Alterado
RJ	PT. GM nº 1438	13/08/2002	Art. 4º - ago/2002	ago/02	Art. 1º - Alterado
PB	PT. GM nº 1439	13/08/2002	Art. 4º - ago/2002	ago/02	Art. 1º - Alterado
PR	PT. GM nº 1466	14/08/2002	Art. 4º - ago/2002	ago/02	Art. 1º - Alterado
MS	PT. GM nº 1555*	29/08/2002	Art. 5º - set/2002*	set/02	Art. 2º e 3º - Alterado*
MT	PT. GM nº 1556	29/08/2002	Art. 5º - set/2002	set/02	Art. 2º e 3º - Alterado
RS	PT. GM nº 2299	18/12/2002	Art. 6º - fev/2003	out/03	Art. 2º e 3º - Alterado
MG	PT. GM nº 2181	27/11/2002	Art. 6º - dez/2002	dez/02	Art. 2º e 3º - Alterado
RO	PT. GM nº 482	17/04/2003	Art. 6º - abr/2003	abr/03	Art. 2º e 3º - Alterado
SP	PT. GM nº 1398	22/07/2003	Art. 6º - ago/2003	ago/03	Art. 2º e 3º - Alterado
RN	PT. GM nº 1827	19/09/2003	Art. 5º - set/2003	set/03	Art. 2º e 3º - Alterado
AC	PT. GM nº 1997	15/10/2003	Art. 5º - out/2003	out/03	Art. 2º e 3º - Alterado
BA	PT. GM nº 2003*	17/10/2003	Art. 5º - out/2003*	out/03	Art. 2º e 3º - Alterado*
RR	PT. GM nº 2278	28/11/2003	Art. 5º - nov/2003	nov/03	Art. 2º e 3º - Alterado
AM	PT. GM nº 219	13/02/2004	Art. 5º - fev/2004	fev/04	Art. 2º e 3º - Alterado
AP	PT. GM nº 221	13/02/2004	Art. 5º - fev/2004	fev/04	Art. 2º e 3º - Alterado
PI	PT. GM nº 801	30/04/2004	Art. 5º - mai/2004	mai/04	Art. 2º e 3º - Alterado
PE	PT. GM nº 1582	02/08/2004	Art. 5º - jul/2004	jul/04	Art. 2º e 3º - Alterado
MA	PT. GM nº 2475	17/11/2004	Art. 5º - nov/2004	nov/04	Art. 2º e 3º - Alterado
ES	PT. GM nº 2514	23/11/2004	Art. 5º - nov/2004	nov/04	Art. 2º e 3º - Alterado
TO	PT. GM nº 2531	26/11/2004	Art. 5º - nov/2004	nov/04	Art. 2º e 3º - Alterado

Quadro 1 - Cronologia das habilitações dos Estados e do Distrito Federal em gestão plena do sistema estadual de acordo com as normas operacionais da assistência à saúde.

AC	O PDR e o PDI são de 2003.
AL	O PDR e o PDI são de 2002. Em 2007 houve atualização do PDR.
AM	O PDR e o PDI são de 2003. Não foram enviadas atualizações posteriores.
AP	O PDR e o PDI são de 2002. Em 2008 houve atualização do PDR.
BA	O estado não apresentou o PDR e o PDI.
CE	O PDR é de 2006. O PDI não foi enviado. Em 2008 houve atualização do PDR.
DF	O PDR e o PDI são de 2007 e 2005, respectivamente. Não foram enviadas atualizações posteriores.
ES	O PDR é de 2003. O PDI não foi enviado. Em 2007 houve atualização do PDR.
GO	O PDR e o PDI são de 2004. Em 2007 houve atualização do PDR.
MA	O estado não enviou o PDR e PDI. Dispõe-se apenas da divisão regional criada em Lei Estadual de 2007 (Lei Complementar 108 de 21/11/2007), não constando aprovação da CIB.
MG	O PDR é de 2003. O PDI não foi enviado. Quanto ao PDR, ocorreram atualizações posteriores, com modificação do desenho regional. Em 2009, houve a última atualização do PDR.
MS	O PDR é de 2007. O PDI não foi enviado.
MT	O PDR e o PDI são de 2005. Em 2006 houve atualização do PDR.
PA	O PDR e o PDI são de 2001. Em 2009 houve atualização.
PB	O PDR é de 2001. Em 2008 houve atualização do PDR.
PE	O PDR disponível é de 2001. O PDI é de 2001, mas não está em vigência. Em 2008 houve atualização do PDR.
PI	O PDR e o PDI são de 2003. Em 2009 houve atualização do PDR.
PR	O PDR e o PDI são de 2001. Em 2006 houve atualização do PDR.
RJ	O PDR é de 2001. O PDI é de 2001, com atualização em 2007. Em 2009 houve atualização do PDR.
RN	O PDR é de 2001. O PDI não foi enviado. Em 2009 houve atualização do PDR.
RO	O PDR é de 2006 e o PDI de 2002.
RR	O PDR e o PDI são de 2004. Não foram enviadas atualizações posteriores.
RS	O PDR e o PDI são de 2002. Em 2007 houve atualização do PDR.
SC	O PDR é de 2008 e o PDI permanece o de 2001, anexo à antiga versão do PDR.
SE	O PDR é de 2002. O PDI de 2002 não está mais em vigência. Em 2009 houve atualização do PDR.
SP	O PDR é de 2008. O PDI não foi enviado.
TO	O PDR e o PDI são de 2002. Em 2008 houve atualização do PDR.

Quadro 2 - Apresentação de Planos Diretores de Regionalização e Planos Diretores de Investimento pelos Estados e Distrito Federal.

Desabilitação de acordo com as NOAS

As NOAS também previam, em caso de não cumprimento das condicionalidades exigidas aos estados e municípios, a possibilidade de anular a habilitação concedida pelo Ministério da Saúde. Para esta eventualidade, assim como na concessão de habilitação, havia regras e a possibilidade de recurso por parte do ente subnacional ameaçado de perder sua condição de habilitado. A consequência da desabilitação deveria ser a interrupção do fluxo financeiro fundo a fundo para o ente desabilitado. Tal sanção, no caso dos estados, não chegou a ser aplicada.

O caso do Distrito Federal é emblemático. Habilitado em GPSE em 17 de junho de 2002 pela Portaria GM/MS nº 1122, viria a sofrer risco de desabilitação, conforme previa a NOAS 01/2002:

III.2.2 DA DESABILITAÇÃO DOS ESTADOS E SUSPENSÃO DO REPASSE FINANCEIRO

62. Os estados que não cumprirem as responsabilidades definidas para a forma de gestão à qual encontrarem-se habilitados estarão passíveis de desabilitação pela CIT.

- 62.1 São motivos de suspensão imediata pelo MS dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os estados:
- a) não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:
 - crédito na conta bancária do Fundo Estadual/Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde;
 - disponibilização dos arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS pelo DATASUS.
 - b) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes nacionais do SNA, homologada pela CIT, apontando irregularidades graves;
 - c) não alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios pelo MS;
 - d) não firmar o Pacto de Atenção Básica. (BRASIL, 2002).

No Resumo Executivo da Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) realizada em 20 de fevereiro de 2003, consta a seguinte informação:

2.3 Desabilitação do DF - os órgãos de fiscalização interna e externa do governo federal realizaram auditoria no SUS do DF e os relatórios apresentam constatações importantes que levaram o MS, seguindo o estabelecido no artigo 21³ da Noas (*sic*) [Instrução Normativa nº1 GM/MS

³ “II.2 Da desabilitação dos estados

Art. 21 Os estados que não cumprirem as responsabilidades definidas na NOAS-SUS para a forma de gestão a qual encontram-se habilitados estarão sujeitos à desabilitação pela CIT.
Parágrafo único. Em caso de desabilitação, a instância de recurso do estado será a CIT.

Art. 22 A desabilitação de um estado poderá ser solicitada à CIB pela própria SES, pela respectiva CIB, pelo respectivo CES ou pelo Ministério da Saúde, de acordo com o seguinte fluxo:

- a) abertura de processo de desabilitação pela CIT a partir de irregularidades identificadas pelo nível federal ou pelo respectivo CES;
- b) comunicação ao estado das irregularidades encontradas, com definição de prazo para que este apresente a fundamentação da defesa, sob pena de desabilitação;
- c) apreciação, pela plenária da CIT, da defesa apresentada pelo estado;
- d) definição acordada entre as partes de medidas de superação das irregularidades, com prazo definido;
- e) avaliação pela CIT das providências tomadas, na reunião subsequente ao prazo definido;
- f) f) decisão pela CIT quanto ao processo de desabilitação;
- g) g) encaminhamento da decisão ao MS para as providências cabíveis e informe a SES.

Art. 23 Os processos de desabilitação e de suspensão financeira requerem apresentação de elementos que comprovem efetivamente irregularidades e que justifiquem a medida corretiva proposta.

Capítulo III – Da suspensão dos Repasses Financeiros

Art. 24 O Ministério da Saúde poderá suspender os repasses financeiros a serem transferidos mensalmente fundo a fundo nos seguintes casos:

- § 1º Para os municípios, se detectado algum dos motivos constantes do Capítulo III. 2.1.1, Item 55 e Subitem 56.1, da NOAS-SUS 01/01;
- § 2º Para os estados, se detectado algum dos motivos constantes do Capítulo III. 2.1.2 Subitem 57.1, da NOAS-SUS 01/01; e

de 06 de abril de 2001] que trata do processo de desabilitação de estados, a propor a abertura do processo de desabilitação do DF em gestão plena do sistema pela CIT. O Ministério está marcando uma reunião [...] com a SES/DF, Conass e Conasems no Gabinete do Ministro, para comunicação das irregularidades verificadas e conceder um prazo de defesa para a Secretaria se manifestar. Será pautado na próxima reunião da CIT o assunto (REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORA TRIPARTITE, 2003).

O processo de desabilitação do Distrito Federal teve repercussão no Conselho Nacional de Saúde, que abordou o tema em mais de uma ocasião. Diz o texto da Ata da 128ª Reunião Ordinária do CNS, ocorrida nos dias 12 e 13 de março de 2003:

ITEM 12 – INFORMES DA TRIPARTITE – AVALIAÇÃO E DEFINIÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE A TRIPARTITE E O CNS - [...] c) Desabilitação do Distrito Federal: os órgãos de fiscalização interna e externa do Governo Federal realizaram auditoria no SUS do DF e os relatórios apresentaram constatações importantes que levaram o MS a propor a abertura do processo de desabilitação do DF em Gestão Plena do Sistema, pela CIT [...].

Foi formado um Grupo-Tarefa (GT) encarregado de analisar a situação do Distrito Federal quanto à possibilidade de desabilitação. O referido Grupo concluiu ao fim do trabalho que os motivos que levaram o Ministério da Saúde a propor a referida sanção àquela Unidade Federativa ainda persistiam. Tal conclusão foi disseminada aos membros do CNS em Reunião e um dos Conselheiros advertiu para a possibilidade da medida não surtir efeito prático. Mesmo que a desabilitação fosse levada a termo, o processo de gestão seria mantido e o fluxo dos recursos fundo a fundo não seria interrompido (REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 133., 2003), o que de fato aconteceu, como pode ser verificado pelos dados do DATASUS referentes às transferências ao Distrito Federal durante o período estudado.

§ 3º Quando houver descumprimento da normatização pertinente, em particular das Portarias MS/GM n.º 1882, de 18 de dezembro de 1997, MS/GM n.º 157, de 19 de fevereiro de 1998 e MS/SAS n.º 82, de 7 de julho de 1998.”

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A questão da distribuição de recursos destinados às políticas públicas em países federativos é complexa e representa objeto de inúmeros estudos. A abordagem teórica do problema de pesquisa desta dissertação, em particular, se dá por duas vertentes principais: a primeira se relaciona à análise de políticas públicas (*policy analysis*) e a segunda se concentra na economia da saúde (*health economics*), em particular o processo de estabelecimento de prioridades (*priority-setting*) na alocação de recursos governamentais para as políticas públicas dessa área. O debate sobre o federalismo fiscal no Brasil, embora não represente uma vertente teórica para o fim ao qual se refere este estudo, subjaz a ambas vertentes citadas e com elas se hibridiza, sendo, portanto, merecedor de breve comentário ao fim do capítulo.

É oportuno, entretanto, introduzir este capítulo a partir de uma abordagem sumária de alguns aspectos referentes à influência das Leis Orgânicas da Saúde e das Normas Operacionais — NOBs e NOAS — sobre o financiamento do SUS. A caracterização de atores que tiveram papel relevante no processo de implementação da política de regionalização também é considerada pertinente e, portanto, evidenciada no texto.

4.1 Observações sobre as Leis Orgânicas e as Normas Operacionais

Descentralização x Regionalização

Especificamente no caso do desenvolvimento do SUS, parece ter ocorrido um descompasso entre os processos de descentralização e de regionalização — em que pese a estreita ligação de ambos prevista na Constituição Federal de 1988 e na Lei Nº 8.080 de 1990 — o qual pode ser atribuído, em um contexto histórico, à identificação do primeiro com o discurso voltado à abertura democrática e à busca pela eficiência governamental, enquanto o segundo permaneceu carente da devida atenção — na forma de uma proposta de política pública — até o início dos anos 2000, com a edição das NOAS. Outros fatores viriam ampliar ainda mais o distanciamento entre os dois processos: a) reconhecimento da descentralização — quase que exclusivamente — sob a dimensão da transferência da gestão dos

serviços do SUS aos entes subnacionais; b) a formulação de políticas públicas que não levaram em conta a lógica territorial; e c) a descentralização privilegiando o nível municipal, com conseqüente prejuízo ao fortalecimento do nível estadual no planejamento regional, isto é, o processo de descentralização acoplado ao “desenho federativo consolidado pelas regras constitucionais brasileiras” (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010, p. 2318-2319).

Guimarães e Giovanella (2004, p. 285) citam como fatores de fricção à efetivação do SUS no contexto da regionalização a extensão territorial do Brasil, a assimetria que caracteriza a alocação de recursos financeiros e humanos e a concentração da oferta de serviços de saúde em cidades dotadas de grandes contingentes populacionais.

Leis Orgânicas e NOBs no contexto do financiamento

As Leis Orgânicas não obtiveram êxito no que diz respeito à definição dos montantes e fontes de receita destinados ao financiamento do SUS, nem tampouco no estabelecimento de “critérios, mecanismos e fluxos financeiros governamentais” (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2003).

A NOB 01/91, primeira das Normas da série, viria sofrer diversas críticas, sendo as principais devidas à sua característica centralizadora, à adoção de convênios em vez de transferências automáticas, à manutenção dos repasses condicionados à produção e à fixação dos tetos financeiros com base na capacidade instalada, o que beneficiaria prioritariamente as unidades dotadas de maior poder econômico (COSTA, 2003). Quanto à sua sucessora — a NOB 01/92 — em que pese a influência do movimento municipalista na elaboração do documento, permanecia a lógica de pagamento de serviços de acordo com a produção (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Como já citado anteriormente, as Normas Operacionais Básicas de 93 e de 96 permitiram, em algum grau, o aperfeiçoamento do controle dos fluxos financeiros do Ministério da Saúde para os entes subnacionais. No entanto, até a NOB 01/96 não se obtivera êxito na tentativa de viabilizar a aplicação do art. 35 da Lei Nº 8.080 (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Outro aspecto negativo, característico da utilização das Normas Operacionais Básicas pelo Ministério da Saúde como instrumentos reguladores, é pontuado por Goulart (2001, p. 293), que ao abordar o papel dessas Normas,

destaca a excessiva tolerância à flexibilização no seu cumprimento, desde que houvesse consenso entre gestores locais, resultando, como afirma, em “um certo *laissez-faire* consentido — uma norma que não é norma, um pacto que não passa de declarações bem-intencionadas.”

Viana (2001, p. 302) entende que as NOBs não se configuram apenas como estratégias indutivas utilizadas pelo poder central com vistas a orientar o processo de descentralização. Ao contrário, representam novos espaços de negociação e pactuação de interesses na saúde, com a emergência e o fortalecimento de novos atores em múltiplas arenas decisórias incorporadas durante o processo de implementação dessas normas.

Cordoni (2001, p. 306) corrobora com a assertiva, reconhecendo em todas as fases do processo de formulação e implementação das NOBs a participação de atores responsáveis pela execução das políticas de saúde, o que introduziu, em sua opinião, a perspectiva destes agentes executores na discussão e na formulação da nova política.

Dentre esses novos atores e arenas decisórias, podem ser destacados os Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais — previstos na Constituição Federal de 88 sob o termo “participação da comunidade” (art. 198) e descritos pela atual denominação a partir da Lei 8.142 de 1990 — e as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, citadas pela primeira vez na NOB 93 (RIBEIRO, 1997).

Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores

Viana (2001, p. 304) credita especial importância aos Conselhos de Saúde Nacional e Estaduais, e às Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites. Neles enxerga contribuição ao processo de regionalização por estabelecerem arenas permanentes de negociação, planejamento e decisão conjunta dos diferentes atores dos três níveis governamentais.

Silva (2001, p. 299), no entanto, adverte para a necessidade de melhor investigação do papel das Comissões Intergestores como fórum de operacionalização das políticas, principalmente no que tange ao deslocamento do poder das esferas executivas estaduais e municipais para esses colegiados, assim como a própria representatividade dessas instâncias, considerando a composição de distintas forças políticas dos governos municipais.

Goulart (2001), ao se referir ao lançamento da Agenda Nacional de Saúde para 2001⁴, preconiza o fortalecimento das Comissões Intergestores como passo fundamental para a instituição de processos de negociação legitimados em normas e jurisprudências firmadas.

Sobre os Conselhos de Saúde, Guimarães e Giovanella (2004, p. 285) relembram que de suas existências depende o repasse de verbas federais às instâncias subnacionais e que em sua composição estão representados usuários, agentes governamentais e prestadores de serviços. Quanto às Comissões Intergestores (CIT e CIBs), ressaltam sua função de “produzir consensos e incrementar a cooperação entre as esferas de governo”.

Considerações sobre as NOAS

Quanto às Normas Operacionais da Assistência à Saúde, Barros (2001, p. 309) nelas identifica a preservação do poder de decisão do Ministério da Saúde, com a seguinte afirmação:

[...] o que parece evidente é que o MS, ao reinterpretar o conceito de descentralização, buscando reter funções que deveriam ser transferidas às esferas subnacionais, vem colocando em segundo plano aquele que deveria ser seu papel nobre, como gestor nacional do sistema: o de regular a incorporação tecnológica de alta complexidade/custo e promover o investimento na rede pública, para superar a iníqua distribuição desses recursos no território nacional, evidenciado pelos resultados da Pesquisa de Assistência Médica Sanitária — AMS, do IBGE, recentemente divulgados [1999], que mostram a enorme dependência que o sistema público tem do setor privado e a extraordinária concentração dos equipamentos nas regiões mais ricas, com a conseqüente dificuldade de acesso dos usuários do SUS a esses recursos, colocando em risco dois dos princípios basilares do sistema: a universalidade do acesso e a integralidade da atenção.

Queiroz (2004, p. 27-30) enumera as dificuldades no processo de implementação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde, como pertencentes a dois grupos: a) dificuldades estruturais ou conjunturais, dentre elas o comportamento dos atores participantes do processo e os contextos político-institucionais; b) dificuldades decorrentes da elaboração do texto da Norma. No primeiro grupo elenca

(i) as elevadas expectativas, pelos formuladores da norma, em relação aos impactos já produzidos pela expansão alcançada na implantação da atenção básica. [...] (ii) as resistências dos titulares das SES para assumir

⁴ Portaria N° 393/GM, de 29 de março de 2001.

as novas responsabilidades e prerrogativas no contexto de um sistema de saúde descentralizado, provocando distorções nos modelos de gestão estadual. [...] (iii) o comportamento de alguns representantes dos gestores estaduais e municipais nas instâncias de negociação que [...] desconsideraram acordos realizados e revelaram, em algumas situações, posicionamentos contraditórios com posições defendidas na mesa de negociação, ao conduzirem a discussão em seus estados.

Já no grupo de obstáculos referentes ao próprio texto da Norma em si, a autora enumera os seguintes:

(i) as dificuldades de efetivação da proposta de referência unicêntrica do EPM-1 [Elenco mínimo de procedimentos da média complexidade ambulatorial] pelas sedes de módulos assistenciais. (ii) a vinculação da habilitação de cada município ao papel que lhe coube no desenho do PDR estadual (municípios-satélites, sedes de módulos, pólos assistenciais) ao cumprimento das novas exigências para a habilitação [...] e à habilitação do estado nas condições previstas pela NOAS, condições que demandavam conclusão e aprovação de todos seus instrumentos de planejamento na CIB e CES.

4.2 Análise de políticas públicas

No que tange à primeira das vertentes teóricas selecionadas para estudo do objeto da dissertação, qual seja, a *policy analysis*, Labra (1999, p. 133-4) ressalta em princípio que “não se dispõe de modelos acabados ou consensuais para o estudo do processo de produção de uma determinada política, mas de variadas correntes de pensamento ou abordagens [...]” e que a análise das políticas públicas caracteriza-se como “um campo complexo, dinâmico e mutante, exigindo do estudioso um cabedal de conhecimentos teóricos e de dados empíricos suficiente para que se possa entender e explicar o que fazem os governos, como e por que o fazem”.

A miríade de correntes teóricas destinadas ao estudo e à análise das políticas públicas permite compreender o grau de complexidade envolvido no processo de *decision-making* (tomada de decisão). A escassez de recursos, os interesses contraditórios dos diferentes atores envolvidos, o peso das ideias e das instituições representam apenas alguns dos aspectos que modulam as situações-problema neste campo, fornecendo elementos a partir dos quais são desenvolvidas as diversas teorias. É fato que a adoção de um determinado programa em uma localidade pode não ser tão exitosa como em outra. O mesmo pode ocorrer se a

implementação se dá em diferentes épocas, ou ainda se o programa é implementado sob circunstâncias políticas favoráveis ou não.

Diversos são os fatores que dificultam a explicação dos processos de produção e implementação de políticas públicas. Dentre eles as constantes mudanças das bases conceituais decorrentes do aumento da complexidade dos sistemas políticos e das sociedades, seja pela transnacionalização das economias, seja pela mundialização dos problemas sociais advindos do regime de acumulação capitalista ou pelos avanços tecnológicos. No plano nacional ocorre, de acordo com Labra (1999, p. 133)

um processo de crescente de setorialização, compartimentalização e segmentação das políticas públicas, de tecnificação das decisões e de diversificação dos interesses envolvidos em cada problema objeto de deliberação e de resolução política. Além do que, a própria natureza da área de política influi nas variáveis ou dimensões relevantes para sua análise.

Frey (2000, p. 221) acredita que os estudos de análise de políticas públicas devam ter seu foco direcionado à investigação da “vida interna” dos processos político-administrativos, em especial “os arranjos institucionais, as atitudes e objetivos dos atores políticos, os instrumentos de ação e as estratégias políticas”, para que não sejam limitados a um número reduzido de variáveis explicativas — como no caso da utilização de metodologias quantitativas.

Em respeito à multiplicidade de correntes teóricas de pesquisa em políticas públicas, optou-se, neste estudo, por apresentar aspectos relacionados a esse campo sob a visão de alguns de seus principais autores, direta ou indiretamente, preservando, grosso modo, as sistematizações — por eles adotadas — das diversas abordagens.

Principais conceitos utilizados nos estudos de políticas públicas

A maioria dos estudos realizados no Brasil sobre políticas públicas na área da saúde não indica claramente o conceito de política utilizado. Um dos motivos que poderia servir de explicação para este fato é a diversidade de modelos conceituais existentes (VIANA, 1997, p. 206). Deve-se, portanto, ter como ponto de partida para o desenvolvimento do presente capítulo a unificação dos termos mais comumente empregados nos estudos analíticos.

A literatura sobre a análise de políticas, ou *policy analysis*, comporta três dimensões da política: a) *polity* – instituições políticas; b) *politics* – processos políticos; e c) *policy* – conteúdos da política (FREY, 2000, p. 216). A separação entre essas três dimensões no campo da realidade política, porém, não apresenta fronteiras tão nítidas, havendo mesmo interpenetração e influência mútua entre elas.

O conjunto de decisões e ações de governo e de outros atores sociais que visam, em termos político-administrativos, o desenvolvimento de uma sociedade recebe o nome genérico de *política pública*. A definição desse termo pressupõe a existência de dois conceitos-chave: ação e intenção. A ação é o que de fato caracteriza a política, mesmo que sua intenção não seja claramente explicitada (HEIDEMANN; SALM, 2009, p. 28). Contudo, a inação pode também ser caracterizada como política, embora de natureza negativa, conforme o entendimento de Dye (2005 apud HEIDEMANN; SALM, 2009, p. 30): “a ausência de ações em relação a uma questão traduz a decisão de nada se fazer em relação a ela ou a própria inação como fato objetivo”.

Kitschelt (1986 apud LABRA, 1999, p. 150) interpreta o termo *política pública* como “um aglomerado (*cluster*) de atores, instituições⁵, processos de tomada de decisão (*decision-making*) e resultados, existindo relações causais entre os quatro componentes mencionados”. Esse autor aborda alguns aspectos analíticos do processo de *fazer política (policy-making)*, tais como o grupo social que se mobiliza em torno de uma política pública, as arenas institucionais da tomada de decisão política, o processo decisório e seus produtos (*outcomes*) ou impactos econômicos, sociais e políticos.

Lemieux (1994, p. 7) define as políticas públicas como tentativas de regular situações que representam problemas públicos, em uma coletividade ou entre coletividades. Prossegue afirmando que um problema é considerado público quando diz respeito à repartição de meios entre atores sociais. Acrescenta que as tentativas de regulação das políticas públicas comportam diversas decisões interdependentes, que podem ser classificadas em três processos, quais sejam, emergência, formulação e implementação.

⁵ Como instituições, se pode utilizar o conceito de LEVI (1997, apud LABRA, 1999), que as entende como “conjuntos de regras (e sanções) que estruturam as interações sociais e cuja existência e aplicabilidade são comumente conhecidas dentro da comunidade relevante. [...] As instituições estruturam as escolhas estratégicas dos atores de forma a produzir resultados equilibrados, isto é, resultados que ninguém tem incentivo para alterar”.

Celina Souza (2006, p. 23-6) também apresenta alguns conceitos, a partir da literatura, para a expressão *política pública*. Dentre eles, se destacam os de Lynn (1980 apud SOUZA, C., 2006, p. 24), que a define como “um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos”; o de Peters (1986 apud SOUZA, C., 2006, p. 24), que entende a política pública como “a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos”; e o de Dye (1984 apud SOUZA, C., 2006), que entende a expressão como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A autora ressalta ser a definição de Laswell (1936 apud SOUZA, C., 2006, p. 24) a mais conhecida, embora esta se evidencie de maneira indireta: “decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz”. A autora veicula, adicionalmente, sua própria definição para o estudo das políticas públicas:

[...] campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real. (SOUZA, C., 2006, p. 26)

São elementos-chave para a análise de políticas, de acordo com Grindle e Thomas (1989 apud LABRA, 1999, p. 152) os atores, a agenda e o processo decisório e as características da política e da implementação. Afirmam, quanto a este último elemento:

Nesta fase aparecem conflitos, resistências, recuos e rejeições frente à mudança. Além disso, a política sofre significativas alterações durante a implementação e o resultado final pode ser muito diferente das intenções estabelecidas inicialmente. Isto gera novos conflitos e resistências, podendo voltar as discussões à arena pública. Em boa medida, os resultados da implementação são determinados pelos grupos sociais e interesses mais afetados pelas reformas, assim como pelo apoio ou não de funcionários governamentais envolvidos nesse processo.

Não se pode deixar de considerar, contudo, dissonâncias quanto ao papel crucial dos grupos de interesse na formulação das políticas públicas. Peters (1998 apud SOUZA, C., 2006, p. 27) supõe, que:

Apesar do reconhecimento de que outros segmentos que não os governos se envolvem na formulação de políticas públicas, tais como os grupos de interesse e os movimentos sociais, cada qual com maior ou menor

influência a depender do tipo de política formulada e das coalizões que integram o governo, e apesar de uma certa literatura argumentar que o papel dos governos tem sido encolhido por fenômenos como a globalização, a diminuição da capacidade dos governos de intervir, formular políticas públicas e de governar não está empiricamente comprovada. Visões menos ideologizadas defendem que, apesar da existência de limitações e constrangimentos, estes não inibem a capacidade das instituições governamentais de governar a sociedade [...], apesar de tornar a atividade de governar e de formular políticas públicas mais complexa.

Tipologia das políticas públicas

A mais conhecida tipologia das políticas públicas foi desenvolvida por Lowi (SOUZA, C., 2006, p. 28; FREY, 2000, p. 223-224) e pode ser representada da seguinte forma:

- Políticas distributivas – decisões governamentais caracterizadas por baixo grau de conflito, pois não são percebidas imposições de custos a grupos específicos, sobressaindo apenas seus benefícios;
- Políticas redistributivas – são aquelas com potencial gerador de conflito, ao impor em curto prazo custos a determinados grupos sociais para execução de programas que acarretem em benefícios a outros grupos;
- Políticas regulatórias – relacionadas às atividades governamentais de ordem burocrática, como a elaboração de ordens, decretos e portarias; e
- Políticas constitutivas – também conhecidas como estruturadoras, são as que determinam as “regras do jogo” afetando, com isso, os processos políticos.

Políticas públicas no contexto da seguridade social

As políticas públicas de saúde são mecanismos de proteção social resultantes do desenvolvimento histórico do direito à cidadania, sendo componentes da chamada *seguridade social*. De acordo com Vianna (2000, p. 23) a expansão da concepção geral de seguridade social, firmada no período pós-guerras, pode ser representada, de modo condensado, pelos seguintes fatores e processos:

as mudanças sociais que acompanharam a modernização econômica, as exigências impostas pelo aumento e a generalização dos riscos decorrentes da produção, as crescentes demandas por direitos sociais, as necessidades de regular os conflitos advindos dos novos padrões de acumulação, o enfraquecimento das formas tradicionais de seguridade, os requisitos de legitimação do Estado e da reprodução da força de trabalho, etc.

Essa autora relacionou as principais abordagens utilizadas no estudo das políticas sociais, que são brevemente transcritas, a seguir:

- Gough (1978 apud VIANNA, 2000) descreve três abordagens principais. As teorias funcionalistas, as teorias econômicas sobre políticas governamentais e as teorias pluralistas da tomada de decisões. As primeiras são subdivididas em dois grupos: as que se baseiam no conceito de cidadania e as que entendem as políticas sociais como decorrência inevitável do processo de industrialização. O segundo grupo, das teorias econômicas, também se bifurca em duas correntes: a *welfare economics* (economia do bem-estar social) e os estudos macroeconômicos sobre os gastos públicos. Por fim, a abordagem representada pelas teorias pluralistas, cujo foco recai sobre estudos de casos sobre políticas públicas na área social.
- Mishra (1981 apud VIANNA, 2000) classifica os estudos sobre políticas sociais utilizando cinco diferentes abordagens e modelos teóricos: teorias da cidadania, da convergência, funcionalista, marxista e a abordagem do serviço social.
- Coimbra (1987 apud VIANNA, 2000) parte da classificação de Mishra e acrescenta a ela o pluralismo e as teorias econômicas da política social.
- Gomez de Souza (1987 apud VIANNA, 2000) observa a multiplicidade de correntes teóricas, mas direciona seus esforços no sentido de defender, para a política social, a ideia de uma “constituição conflitiva”, em contraponto à teoria da convergência.
- Ashford (1986 apud VIANNA, 2000) considera quatro categorizações no estudo das políticas relacionadas ao *welfare*: as que o consideram uma consequência da demanda (*push theory*); as que, ao contrário, entendem a oferta como indutora do bem-estar social (*pull theory*); as que se valem de dados estatísticos e avaliações quantitativas; e as de caráter sócio-histórico, cujo fundamento reside na “transformação social na estrutura do Estado e no desenvolvimento de certas instituições”.
- Alber (1986 apud VIANNA, 2000) se utiliza das seguintes categorias para descrição das correntes teóricas: modelos pluralistas e marxistas, cada

um dos quais, por sua vez, subdividido em uma abordagem funcionalista e outra conflitualista, perfazendo um total de quatro categorias.

- Draibe e Aureliano (1989 apud VIANNA, 2000) tentam resumir todas as abordagens da seguinte maneira: a) os sistemas de seguridade social surgem como consequência dos processos de industrialização e urbanização; b) as políticas sociais representam uma exigência do próprio capitalismo; c) pressões “de baixo” (mobilização operária ou universalização do voto) ou inexistência de hegemonia das elites provocam os governos no sentido de formular políticas sociais a fim de manter sua legitimidade; d) a organização da classe operária e sua mobilização ampliam as medidas de proteção social, no entanto, em sentido inverso, os aparelhos burocráticos do Estado passam a exercer maior controle sobre os trabalhadores.

Abordagens teóricas na literatura relacionada à análise das políticas públicas

Labra (1999), em uma revisão da literatura sobre políticas públicas, apresenta dois grandes grupos de estudos: o campo da política comparada e as teorias de alcance médio (*middle range theories*). O primeiro deles tenta entender por que as sociedades buscam diferentes soluções para o mesmo problema em determinados momentos históricos, ou ainda, de que forma se deu a regulação do conflito social. Kitschelt (1986 apud LABRA, 1999, p. 145) vê na análise comparada as seguintes abordagens:

- enfoque sociológico: “a natureza dos *issues* (assuntos ou questões) de política determina a natureza dos atores políticos, as estruturas de tomada de decisão e os resultados”;
- regime político ou estilos de política: “oposição a explicações baseadas em *issues* e fundamentos sociológicos (duas correntes tributárias, com enfoques: a) na interação entre Estado e sociedade; e b) na capacidade do Estado de imposição de políticas);
- coalizão de atores: investigação sobre a força ou debilidade de grupos organizados, seus interesses e suas reais capacidades e habilidades para formação de alianças; e

— sistema internacional: “os interesses dominantes e os possíveis cursos de ação da política pública resultam da localização estrutural de cada país no sistema internacional”.

As teorias de alcance médio, segundo a mesma autora, têm seu foco dirigido à comparação de fenômenos políticos, econômicos e sociais. São divididas em três principais correntes: a culturalista, a estruturalista e a da escolha racional (*rational choice*). Esta última, explorada em maior detalhe pela autora, caracteriza-se por pressupor que os atores envolvidos no processo de *policy-making* agem deliberadamente no sentido de potencializar seus ganhos. Subdivide-se no institucionalismo (“velho”) e institucionalismo histórico, sendo o primeiro representado pelas correntes neocorporativista e neopluralista, enquanto o segundo comporta os teóricos da *rational choice* — que têm por base “a premissa da racionalidade, as formas de constrangimento, a natureza da interação estratégica e a busca por uma solução de equilíbrio” — e os institucionalistas históricos, mais preocupados com o papel das instituições nas relações de cooperação e conflito.

Viana (1997, p. 209) elenca três abordagens explicativas para as análises de políticas públicas: a contextualista, a institucionalista e a política. A primeira delas comporta os pluralistas e marxistas, cujo foco analítico repousa sobre o contexto externo dos sistemas de proteção social, particularmente a estrutura sócio-econômica. A segunda se caracteriza por evidenciar a importância das instituições estatais na formulação das políticas públicas, procurando explicações nos processos decisórios e organizacionais. A terceira, das análises políticas, se concentra nas relações de poder, no papel dos partidos políticos e na relação entre capital e trabalho. A autora afirma que os modelos mais ricos são aqueles que introduziram as três fontes explicativas através de um modelo multicausal, o qual procura, não uma causa única, mas a combinação de vários elementos explicativos em um determinado período histórico.

O processo decisório na formulação das políticas públicas

A tipologia utilizada por Heidemann e Salm (2009, p. 94) para o estudo das decisões prevê três abordagens principais. A racional, que guarda relação com a teoria econômica tradicional (*homo economicus*); a incremental, que remete ao método de Lindblom (1979 apud HEIDEMANN; SALM, 2009, p. 95), denominado

Muddling through, no qual as políticas públicas evoluem passo a passo a partir de decisões que não afetam drasticamente seus rumos; e a sondagem mista ou *Mixed scanning*, desenvolvida por Etzioni (1967 apud HEIDEMANN; SALM, 2009, p. 96), que surge como alternativa crítica às abordagens citadas anteriormente, conciliando decisões fundamentais e incrementais tomadas a partir de informações — coletadas pelo método de sondagem — processadas e avaliadas.

Modelos de análise

Modelos são representações simplificadas de aspectos do mundo real. No caso das políticas públicas, os modelos conceituais utilizados têm por principais finalidades identificar aspectos relevantes de questões político-sociais, propor explicações e prever consequências decorrentes dessas políticas. Os principais critérios para avaliação da utilidade dos modelos, de acordo com Heidemann e Salm (2009, p. 127-128), são os seguintes: a) ordenação e simplificação da realidade; b) identificação de relevância; c) correspondência com a realidade; d) homogeneização conceitual para fim de comunicação; e) orientação da pesquisa e da investigação; e f) proposição de explicações.

Uma breve relação de modelos conceituais aplicáveis ao estudo das políticas públicas elencados por esses autores é transcrita a seguir:

- **Institucionalismo** – As políticas públicas representam o produto das instituições governamentais. Essas instituições conferem a elas três características: legitimidade, universalidade e capacidade de coerção sobre a sociedade. As instituições são, na verdade, “padrões estruturados de comportamento de indivíduos e de grupos”. De acordo com os autores, o objeto de estudo do Institucionalismo é a verificação de relações entre os arranjos institucionais e o conteúdo das políticas, sem deixar de considerar que forças econômicas ou sociais possam ser determinantes na estrutura e nas próprias políticas, independentemente de arranjos institucionais.
- **Modelo de Processo** – As políticas públicas são analisadas sob o foco do conjunto de processos político-administrativos que nelas resultam. A substância da política deve ser deixada de lado durante a análise. As seguintes etapas servem como roteiro para as análises, de acordo com

esse modelo: a) identificação de problemas; b) elaboração da agenda para deliberação; c) proposição de políticas; d) legitimação; e) implementação; e f) avaliação. Os autores alertam para o risco de se supor que alterações no processo de formulação das políticas necessariamente impliquem em mudanças no seu conteúdo.

- Teoria dos grupos – O pressuposto básico desse modelo indica que é na interação entre grupos que reside a essência da política. Indivíduos dotados de interesses comuns se associam, com o objetivo de levar suas demandas ao governo. Daí o termo *grupo de interesse*, definido por Truman (1954 apud HEIDEMANN; SALM, 2009) como “grupo com atitudes compartilhadas que faz certas reivindicações a outros grupos na sociedade”, tornando-se político “se e quando apresenta uma reivindicação por intermédio de ou a quaisquer das instituições governamentais”. Cabe ao sistema político administrar os conflitos entre grupos antagônicos pelas seguintes vias: estabelecimento de regras, negociação, oficialização e cumprimento de acordos, com vistas ao equilíbrio dos interesses. O equilíbrio no sistema é atingido como resultante da influência relativa de cada um dos grupos que gravitam em torno da política. Freios e contrapesos (*checks and balances*) — características da competição entre os grupos — também contribuem para trazer o sistema ao ponto de equilíbrio.
- Teoria da elite – Esse modelo defende a ideia de que as políticas públicas são originadas a partir da elite governante, a qual sobrepõe sua opinião à das massas, chegando mesmo a moldá-la quanto às questões políticas. O papel dos administradores e funcionários públicos é de mera execução das políticas determinadas pela elite. As alterações nos rumos das políticas são decorrentes de redefinições dos valores adotados pela camada dominante. As políticas dificilmente são substituídas, embora possa haver reformas no sistema destinadas a preservar o *status quo*. O fato de pertencer à elite o poder de decisão quanto às políticas a serem adotadas não significa que estas sejam contrárias ao bem-estar das massas, cabendo exclusivamente à primeira, no entanto, a responsabilidade pela orientação dessas políticas. O processo eleitoral,

de acordo com o modelo, não permite que as massas cheguem ao poder, configurando tal processo ato puramente simbólico. O modelo advoga ainda que a estabilidade do sistema depende do consenso acerca dos valores fundamentais percebidos pela elite.

- Racionalismo – Os governantes devem optar por políticas que produzam “ganho social máximo”, ou seja, aquelas com menores custos e maiores benefícios. O modelo é baseado na utilização de cálculos dos benefícios produzidos a partir de diferentes políticas — os quais servem como subsídio às decisões — e leva em conta os valores sociais, políticos e econômicos que possam eventualmente ser sacrificados por uma determinada escolha. Embora represente a matriz analítica mais utilizada na avaliação de gastos públicos, dificilmente as decisões nos governos são fundamentadas com base no modelo racional. Uma série de obstáculos à formulação racional de políticas, dentre eles a dissonância quanto à percepção de valores societários, a impossibilidade de comparação de benefícios de naturezas diversas, as barreiras à coleta de informações fundamentais ao processo decisório e a necessidade de maximização das recompensas por parte dos formuladores de políticas, contribuem para a busca de alternativas a este modelo.
- Incrementalismo – Tal modelo pressupõe que as mudanças radicais devem ser evitadas, preferindo os decisores dar continuidade às políticas de governos anteriores, com mudanças de caráter apenas incremental. Os fatores que acabam por conduzir a esse modelo são as restrições de tempo, de informação e de custos, as quais impedem que os formuladores de políticas possam avaliar *a priori* as consequências das alternativas. Por outro lado, restrições de ordem política vêm dificultar o estabelecimento de metas societárias e o cálculo de custos e benefícios. O potencial de geração de conflitos é exacerbado diante da proposição de mudanças fundamentais, já que os decisores, de modo geral, concordam tacitamente em dar continuidade às políticas estabelecidas por governos anteriores. O incrementalismo, portanto, além de ser politicamente conveniente, é útil à redução dos conflitos, à manutenção da estabilidade e à preservação do sistema político. Vem do incrementalismo o

entendimento de que decisões tomadas no passado podem vir a limitar a liberdade de ação dos governos quanto às escolhas sobre determinadas políticas públicas, em virtude do alto custo envolvido no processo de mudança (SOUZA, C., 2006, p. 29). A isso é dado o nome de *path dependence*, termo usualmente traduzido como dependência da trajetória. A abordagem incrementalista perdeu força como corrente teórica com o advento de uma série de reformas profundas que se deram em inúmeros países, as quais tiveram como força motriz a necessidade de realizar ajustes fiscais (SOUZA, C., 2006, p. 29).

- Teoria dos jogos – Trata-se de modelo abstrato e dedutivo que subsidia a tomada de decisão em políticas públicas. Parte de decisões racionais, que um ou mais participantes devem tomar, cujos resultados dependem das escolhas dos demais. Nesse ambiente competitivo o acesso à informação é restrito. A teoria dos jogos se caracteriza pela estratégia, tal como em uma partida de xadrez que pressupõe movimentos preemptivos, isto é, que se antecipam às possíveis sequências de movimentos por parte do oponente. O termo *minimax*, cunhado pelos teóricos que adotam o modelo, se refere às decisões tomadas com base em estratégia racional que “tanto minimiza a perda máxima quanto maximiza o ganho mínimo”. Sua utilização mais frequente se dá no campo da análise em ciências sociais, sendo raro o seu emprego como ferramenta na formulação de políticas públicas, inclusive pela similaridade que guarda com relação ao modelo racional.
- Teoria da opção pública – O modelo parte do pressuposto de que todos os atores sociais buscam a maximização de seus benefícios pessoais, seja na política ou no mercado. As associações entre indivíduos também seguem essa lógica. Grupos organizados, homogêneos e bem representados tendem a impor suas demandas aos governos em detrimento daquelas provenientes dos grupos de características antagônicas, provocando assim a formulação de políticas públicas que venham ao encontro de seus interesses, embora todos os contribuintes devam arcar com os custos dessas políticas. Quando a influência de tais grupos permanece em vigor por períodos prolongados, surge um excedente de regulamentações, programas e serviços, que têm como

consequência a denominada “esclerose organizacional”, a qual resulta em desestímulo ao trabalho e à produtividade. O modelo contribui para a explicação da inexistência de programas bem definidos por parte da maioria dos partidos políticos: a busca de maior número de votos faz com que os partidos se afastem de suas tendências ideológicas originais, convergindo ao centro. A questão da “ilusão fiscal” também é abordada: os governantes tendem a exagerar os benefícios advindos dos gastos públicos e a subestimar os custos reais, conduzindo à oferta excessiva de bens e serviços públicos e à consequente elevação das tributações. O modelo se resume à “política como deliberação coletiva de indivíduos movidos pelo auto-interesse”.

- Teoria sistêmica – O modelo considera as políticas públicas como resposta do sistema político às forças do meio ambiente, sendo este último definido como qualquer condição ou circunstância externa ao sistema, sejam demandas ou apoios, denominados entradas ou *inputs*. Este, por sua vez, é representado pelo conjunto de estruturas e processos em interatividade e que tem por objetivo a alocação de valores para a sociedade. As saídas, ou *outputs*, representam as decisões e ações relacionadas às políticas públicas propriamente ditas. Os *outputs* também podem exercer influência sobre o meio ambiente e sobre o próprio sistema político.

O modelo de *Policy Cycle* na análise de políticas

Reveste-se, também, de especial importância na análise das políticas públicas o denominado *policy cycle*, ou ciclo da política pública. FREY (2000) caracteriza como tradicionais as seguintes fases do ciclo: formulação, implementação e controle do impacto das políticas. Sugere, entretanto, divisão mais detalhada, na qual preconiza a distinção entre as fases de “percepção e definição de problemas, ‘*agenda-setting*’, elaboração de programas e decisão, implementação de políticas e, finalmente, a avaliação de políticas e a eventual correção da ação”.

Há diversidade entre autores, ainda que discreta, quanto ao desenvolvimento do ciclo das políticas públicas. Heidemann E Salm (2009, p. 34) adotam divisão em quatro etapas, quais sejam: a) decisões políticas para solucionar problemas sociais estudados; b) implementação da política; c) prestação de contas

dos gestores das políticas, especialmente aos *stakeholders* ou beneficiários-alvo; e d) avaliação, como subsídio à decisão sobre continuidade, aperfeiçoamento, reformulação ou descontinuidade da política.

Para Celina Souza (2006, p. 29) essa abordagem entende a política como um “ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado”. Este ciclo é composto por cinco fases: a) definição de agenda; b) identificação de alternativas; c) avaliação das opções; d) seleção das opções; e e) implementação e avaliação. Particular importância é observada quanto à fase de definição da agenda, cabendo o questionamento sobre o porquê de alguns temas serem incluídos e outros ignorados.

Há correntes teóricas tributárias do modelo do ciclo da política pública que focalizam os participantes do processo de tomada de decisão, enquanto outras têm como principal aspecto observado o processo de formulação da política. Três dimensões são analisadas na tentativa de se explicar como se dá a definição das agendas dos governos: a) os problemas; b) a política propriamente dita; e c) os participantes (SOUZA, C., 2006, p. 29).

A utilização do modelo heurístico do *policy cycle* na análise de políticas públicas deve levar em conta o fato de que dificilmente as diversas fases são claramente diferenciadas, ou ocorrem em completo acordo com a sequência prevista no modelo. Essa condição decerto não inviabiliza sua aplicação como instrumento de análise, mas até o ratifica como tal, servindo antes como referencial para identificação e comparação com os processos reais de *policy-making*, ao evidenciar pontos que possam ser relacionados aos déficits das políticas públicas em estudo (FREY, 2000, p. 229).

Menicucci (2007, p. 303) informa sobre uma nova tendência da literatura sobre análise em políticas públicas que estabelece como questão central os problemas da implementação, em vez de abordá-la apenas como uma das fases do *policy cycle*, como nas abordagens clássicas. Prossegue a autora:

Nessa perspectiva, dado o caráter autônomo do processo de implementação, não há uma relação direta entre o conteúdo das decisões que configuraram uma determinada política pública e os resultados da implementação, que podem ser diferentes da concepção original. Seu sucesso está associado à capacidade de obtenção de convergência entre os agentes implementadores em torno dos objetivos da política e, particularmente, do suporte político por aqueles afetados. Além de ser um processo de adaptação em função das mudanças no contexto, a

implementação envolve decisões e, nesse sentido, é um processo que pode criar novas políticas.

Viana (1996) recorre à literatura sobre os modelos de análise em políticas públicas e, sobre o processo de implementação, apresenta importantes contribuições de alguns autores. Anderson (1975 apud VIANA, 1996, p. 17), por exemplo, afirma que a implementação de uma política depende de um “complexo sistema de agências administrativas”, destacando semelhanças entre a fase de formulação e o processo político e entre a implementação e o processo administrativo. Já Kiviniemi (1985 apud VIANA, 1996, p. 19) entende a fase de implementação como aquela “em que se implantam intenções para obter impactos e consequências”, sendo os agentes governamentais os sujeitos e os cidadãos — assim como atores privados — os objetos da política. Esse autor vê o processo de implementação como ação social decorrente da interação de diferentes intenções por parte de diferentes atores e essa interação é traduzida como características próprias de cada política.

Neoinstitucionalismo

A crítica aos métodos tradicionais de *policy analysis*, cujo ponto de maior interesse é o conteúdo das políticas públicas, acabou por fortalecer as abordagens institucionalistas. No caso do Neoinstitucionalismo, Frey (2000, p. 240) recomenda restringir o conceito de instituição às organizações e aos procedimentos:

A idéia fundamental da abordagem institucional consiste justamente na possibilidade de influenciar processos políticos e, conseqüentemente, os conteúdos da política por meio da institucionalização de padrões de ação e de processos de negociação no contexto de organizações e procedimentos. Esse objetivo torna explícita a necessidade de diferenciar entre padrões de comportamento existentes ou apenas pretendidos, por um lado; e as próprias instituições, por outro. Estas são o resultado de negociações entre os atores políticos (portanto, denominadas de arranjos institucionais), em que se fundamenta a sua qualidade peculiar.

O modelo burocrático *weberiano* reforça a preponderância do controle das instituições quanto à orientação das políticas públicas, em particular durante os processos de formulação e implementação. Sobre isso, afirma Skocpol (1985 apud ROCHA, 2005, p. 13-14) que:

O Neoinstitucionalismo recoloca o Estado como foco analítico privilegiado: é ele que passa a explicar a natureza das políticas governamentais. [...]

Assim, para o Neoinstitucionalismo, o Estado, ao contrário do que defendem os pluralistas e marxistas, não se submete simplesmente a interesses localizados na sociedade, sejam das classes ou dos grupos de interesse. As ações do Estado, implementadas por seus funcionários, obedecem à lógica de buscar reproduzir o controle de suas instituições sobre a sociedade, reforçando sua autoridade, seu poder político e sua capacidade de ação e controle sobre o ambiente que o circunda. A burocracia estatal, especialmente a de carreira, estabelece políticas de longo prazo diversas das demandadas pelos atores sociais. Suas ações buscam propor visões abrangentes sobre os problemas com que se defrontam. A capacidade que a burocracia tem de elaborar e implementar políticas é, em parte, resultante do controle que ela exerce sobre um recurso de poder privilegiado, que é o acesso diferenciado à informação. Nessa perspectiva, as decisões públicas trazem, portanto, a marca dos interesses e das percepções que a burocracia tem da realidade. O Estado aparece como variável independente, dotado de autonomia de ação, expressão do “insulamento” da burocracia.

Análise de estilos políticos

Essa corrente teórica se preocupa principalmente com o “como” da política e destaca “fatores culturais, padrões de comportamento político e inclusive atitudes de atores políticos singulares como essenciais para compreender melhor o processo político”. Essa abordagem parte do pressuposto que tal processo exerce influência sobre a qualidade das políticas implementadas. Os objetivos dessa abordagem analítica são, em primeiro lugar, a investigação de fatores responsáveis pela consolidação de determinados estilos políticos observados de maneira empírica e, em segundo, a verificação de como programas resultantes de processos decisórios são influenciados por diferentes estilos políticos (FREY, 2000, p. 235-239).

Enfoque da Escolha Racional

O cerne do pensamento desta escola proveniente do Neoinstitucionalismo repousa sobre as instituições e sua importância como contexto estratégico quando da imposição de constrangimentos à conduta de indivíduos que buscam a maximização de seus próprios interesses. O arcabouço do modelo tem por base os seguintes pilares:

- a) a premissa da racionalidade, ou seja, a coerência entre os atos dos indivíduos e seus interesses;
- b) as formas de constrangimento, que podem ter caráter institucional ou organizacional ou ser ainda originadas da escassez de recursos;
- c) a natureza da interação estratégica, pressuposto segundo o qual o resultado do conjunto é dependente de cada um dos agentes decisórios,

os quais, por sua vez, levam em consideração as escolhas dos demais, supondo que estas sejam instrumentalmente racionais;

d) a busca por uma solução de equilíbrio.

A análise pela vertente da escolha racional deve partir da identificação dos atores-chave, de suas considerações estratégicas e dos constrangimentos tecnológicos, sociais, políticos ou econômicos relevantes a fim de se estabelecer um modelo que indique as relações entre as variáveis e que explique os mecanismos causais (LABRA, 1999, p. 140-142).

Perspectiva das Comunidades Epistêmicas

Esta corrente teórica provém do modelo denominado “Redes de Políticas”, tendo sido desenvolvida por estudiosos da área de Relações Internacionais. Sua ênfase situa-se nas ideias e no conhecimento. As comunidades epistêmicas (*networks of knowledge-based experts*) representam uma “rede de profissionais com expertise e competência reconhecidas em um domínio específico e um *authoritative claim*⁶ ao conhecimento relevante às políticas públicas ligadas àquele domínio ou *issue-area*”. O papel destas comunidades no processo de *decision-making* das políticas públicas é o de redutor de incertezas (MAJONE, 1989 apud FARIA, 2003). O alcance do impacto das comunidades epistêmicas, porém, é condicionado e limitado pelas estruturas de poder nacionais e internacionais.

As características destas comunidades podem ser assim resumidas:

- a) racionalidade baseada em valores (*value-based rationale*);
- b) crença nas relações de causa-efeito advindas de suas próprias análises que sirvam à aplicação em políticas relacionadas aos problemas de sua área;
- c) noções de validade, caracterizadas como “critérios definidos internamente e de maneira intersubjetiva” para validação do conhecimento de seu domínio;
- d) existência de uma política empreendedora comum (*policy enterprise*), ou seja, um “conjunto de práticas compartilhadas associadas a um conjunto de problemas para os quais sua competência profissional é dirigida” (HAAS, 1992 apud FARIA, 2003).

⁶ Apelo com base no reconhecimento da autoridade profissional em uma determinada área do conhecimento.

Garbage can

Este modelo, concebido por Cohen, March e Olsen (1972 apud SOUZA, C., 2006, p. 30) defende que soluções procuram por problemas. As escolhas são representadas por “latas de lixo” onde inúmeros problemas e soluções são depositados na medida em que surgem. A compreensão do problema, de acordo com o modelo, é limitada e as organizações utilizam o método de tentativa e erro para tomada de decisões, ou seja, as soluções não são minuciosamente analisadas. Kingdon (1984 apud SOUZA, C., 2006, p. 31) desenvolveu, a partir do modelo *garbage can*, combinado ao ciclo da política pública, o modelo *multiple streams* (múltiplas correntes), que enfatiza a fase de definição da agenda.

Coalizão de defesa

Por este modelo, conhecido com *advocacy coalition*, desenvolvido por Sabatier e Jenkins-Smith (1993 apud SOUZA, C., 2006, p. 30) se entende a política pública como um “conjunto de subsistemas relativamente estáveis, que se articulam com os acontecimentos externos, os quais dão os parâmetros para os constrangimentos e os recursos [...]”. Esses autores conferem especial importância às crenças, aos valores e às ideias como dimensões relevantes do processo de formulação das políticas.

Arenas sociais

O modelo parte do pressuposto que a política pública é iniciativa dos chamados empreendedores políticos, os quais geralmente constituem redes sociais. Os agentes são ligados por contatos, vínculos e conexões e o foco do modelo repousa sobre este conjunto de relações, não sobre as características dos indivíduos. Os empreendedores políticos formam a chamada *policy community*, ou comunidade de especialistas. A principal característica do modelo reside na investigação dos padrões de relações entre grupos e indivíduos (SOUZA, C., 2006, p. 32).

Modelo do equilíbrio interrompido

Baumgartner e Jones (1993 apud SOUZA, C., 2006, p. 33), com base em conceitos de Biologia e informática, desenvolveram este modelo analítico, denominado *punctuated equilibrium*. Nele a política é caracterizada por longos

períodos de estabilidade intercalados por períodos de instabilidade, durante os quais são promovidas mudanças sensíveis nas políticas públicas. Sobressai no modelo o papel dos *media* na construção da imagem sobre uma decisão ou política.

Modelos influenciados pelo “novo gerencialismo público” e pelo ajuste fiscal

Tais modelos foram fortemente influenciados pela busca da eficiência das ações governamentais relacionadas às políticas públicas. As decisões passaram a ser pautadas pela racionalidade das políticas, partindo da desregulamentação, da privatização e das reformas nos sistemas sociais. A credibilidade dos governos era considerada peça-chave, não só na política monetária, mas também em políticas públicas das mais diversas áreas. A redução do poder discricionário dos governos e a “blindagem” de instituições para torná-las imunes às influências dos ciclos eleitorais e ao jogo político são dimensões importantes observadas nesses modelos (SOUZA, C., 2006, p. 34-5).

Policy Analysis no caso brasileiro

De acordo com Couto (1998), uma das principais barreiras à aplicação dos modelos de análise desenvolvidos empiricamente a partir das observações de estruturas já consolidadas às políticas públicas no contexto do Brasil, se dá pela fluidez das instituições, característica dos processos políticos transicionais. Pelo mesmo motivo no sentido inverso, estudos indutivos que tenham como referência políticas públicas implementadas no país podem conduzir ao risco interpretação de fatores conjunturais como sendo estruturais. Esse autor afirma que

O viés da análise é consequência não apenas da impossibilidade empírica de se estabelecer uma série histórica, verificando as regularidades da operação institucional ao longo do tempo, mas também decorre das mudanças a que as instituições em questão estão sendo submetidas, seja no que diz respeito à transformação das estruturas legais que regem seu funcionamento, seja no que concerne às práticas que efetivamente se estabelecem. Apenas no longo prazo o conjunto de incentivos com que os atores lidam se altera de uma conjuntura para outra, assim como a compreensão que eles têm das possibilidades criadas pelo arcabouço institucional (COUTO, 1998, não paginado).

Frey (2000, p. 243-245) toma como exemplo a política municipal no Brasil e discorre sobre a problemática da *policy analysis* sob a ótica da fluidez institucional descrita por Couto (1998). Afirma, primeiramente, que o conhecimento científico relacionado aos arranjos institucionais e aos processos políticos municipais é ainda

limitado. Em segundo, diz que cabe considerar a autonomia desses entes subnacionais dos pontos de vista financeiro, administrativo e político. Prossegue mencionando modificações frequentes nas forças políticas que atuam nas arenas decisórias no nível municipal e por fim cita a “falta de consolidação e consumação da ‘determinação político-ideológica’ tanto da população, do eleitorado, como também dos políticos e até mesmo dos partidos”.

O conceito de *Democracia Delegativa*, cunhado por O’Donnel (1994) contribui para a compreensão das dificuldades intrínsecas à utilização dos modelos analíticos em estudos relacionados às políticas públicas no Brasil. Os sistemas políticos enquadrados nessa categoria são caracterizados pela debilidade institucional, sendo os processos decisórios restritos a uma elite classista. Sobressaem nesses sistemas práticas não formais, como o clientelismo, o patrimonialismo e a corrupção. Quanto a isso, Frey (2000, p. 249) entende que

O agir estatal e administrativo se baseia em formas clientelistas de interação, visa mais o caso individual e não soluções coletivas. A política efetiva não vem sendo produzida e implementada, ou só em proporções limitadas, dentro das instituições e de acordo com os procedimentos formalmente previstos na Constituição ou nas leis orgânicas dos municípios, e segue só de forma restrita os padrões de política aspirados teoricamente com os respectivos arranjos institucionais e procedimentais.

Sua conclusão indica a necessidade de dirigir o foco das análises de políticas públicas no Brasil para os fatores condicionantes dessas políticas, com ênfase na dimensão do processo, a fim de comportar a realidade empírica complexa, pautada por intensa dinâmica de transformação.

Análise das políticas de saúde

A caracterização das políticas de saúde requer que estas sejam analisadas de acordo com sua articulação com as diferentes áreas do setor público responsáveis pela prestação de serviços médico-assistenciais (MAINGÓN, 1992, p. 14). Em primeiro lugar é necessário identificar as diversas modalidades de prestação de serviços e seus mecanismos de regulação pelo Estado, no que tange às diferentes dimensões que este apresenta no setor Saúde (como ente regulador, como prestador de serviços e como administrador de recursos humanos). Isso pressupõe a presença ativa do Estado como regulador e coordenador das ações

dirigidas à equidade e eficiência, e também como ator principal na busca da racionalização dos processos de formulação das políticas de saúde.

Hulshof (1987 apud MAINGÓN, 1992, p. 14) afirma que há duas funções através das quais o Estado intervém diretamente no setor saúde: a) a primeira, a função normativa, é aquela que o Estado executa por meio de leis, regulamentos, pressupostos, subsídios e programas; tem por objetivo estabelecer orientações e limites às práticas sociais produtoras de serviços de saúde e também os mecanismos de controle necessários à sua prestação; e b) a segunda função [, a executiva,] representa a intervenção direta do Estado na produção dos serviços de saúde; por ela são estabelecidos os requisitos e controles dos sistemas prestadores dos serviços de saúde e seus objetivos, de acordo com as políticas de saúde vigentes.

Especificamente quanto ao enfoque das políticas públicas relacionadas à saúde, Labra (1999, p. 133), por sua vez, afirma que:

[...] cada sistema de saúde, antes de ser o resultado de um desenho predeterminado, é sobretudo o produto de uma infinidade de confrontações, transações e ajustes entre a burocracia estatal, a categoria médica, os sindicatos, os partidos políticos, os parlamentares e os poderosos grupos de interesse que gravitam em torno da indústria da medicina.

Considerações sobre a aplicação dos modelos de análise

Como se pode verificar claramente pela enorme gama de teorias e modelos analíticos apresentados nesse capítulo, nenhum deles é completa e integralmente aplicável a todos os problemas relacionados ao campo do estudo das políticas públicas, em particular as de saúde e, mais ainda, no caso brasileiro. Cada situação é caracterizada por múltiplos elementos que a compõem e podem sugerir a utilização de um ou outro modelo para sua análise.

É perfeitamente plausível a associação de diferentes modelos para análise dos diversos aspectos de cada política, programa ou ação, desde que a metodologia seja coerente com o objeto do estudo. Os diversos modelos teórico-metodológicos, embora úteis à análise das políticas públicas devem ser criteriosamente selecionados para cada situação-problema.

Todas as metodologias de análise são válidas na medida em que sejam capazes de expressar, em primeiro lugar, como são estruturados os processos de ação e interação dos diversos atores sociais e institucionais e que permitam

esclarecer como uma aspiração social se converte em proposta política, qual é seu conteúdo e como ela surge na agenda decisória de um governo; em segundo, como os diferentes atores, organizações e forças sociais se interrelacionam, formulam seus problemas e demandam as soluções; e, por último, como a política é instrumentalizada, como ocorre o processo de negociação com o Estado acerca dessa política e como ela é avaliada (MAINGÓN, 1992, p. 8).

Algumas características da política em estudo evidenciadas nessa dissertação guardam, em algum grau, semelhança com aspectos comumente investigados em alguns dos modelos citados nesta seção. Dentre eles:

- a) o relativo distanciamento entre os objetivos pretendidos durante a formulação da política e os rumos decorrentes da implementação, pelo caráter de autonomia inerente a esse processo;
- b) a interação e a interdependência dos diferentes atores e instituições no processo de implementação; e
- c) as ações do poder estatal, ao nível federal, no sentido de reforçar sua autoridade e seu poder político, buscando maior controle sobre o processo em questão.

Especificamente, o modelo do *Policy Cycle* — com foco sobre a fase de implementação — e a corrente teórica do Neoinstitucionalismo, trazem elementos que podem contribuir com explicações razoáveis para as características aqui apontadas, assim como para outras observadas pontualmente nos capítulos referentes aos resultados e à discussão.

4.3 Economia em saúde

O campo da economia em saúde está relacionado à questão da alocação de recursos públicos para as políticas de saúde. Essa distribuição, no caso do SUS, atende aos princípios e diretrizes constitucionais e é regulamentada pelas Leis Orgânicas da Saúde. O papel das Normas Operacionais — em especial as NOAS — no financiamento da saúde deve ser interpretado à luz do princípio da equidade e levar em consideração modelos de financiamento que concorram para a utilização racional dos recursos, promovendo a ampliação do acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, de forma integral.

Financiamento da saúde

Sobre os modelos de financiamento dos sistemas de saúde, Ugá e Porto (2008, p. 473-478) afirmam haver forte correlação destes com o próprio modelo do sistema de saúde de cada sociedade.

Farias e Melamed (2003, p. 586) caracterizam como objeto do estudo da saúde, sob a perspectiva da macroeconomia, “o complexo de serviços centrados no médico, grupos privados de atenção à saúde, hospitais e saúde pública”. Em seguida os autores diferenciam os bens produzidos pelo mercado de serviços em saúde, classificando-os como *públicos* ou *meritórios*. Os primeiros são providos pelo Estado quando não há interesse por parte do setor privado em seu fornecimento, ao passo que os últimos estão relacionados a valores históricos, sociais ou políticos adotados por determinados grupos sociais — ou mesmo nações — e orientam os fluxos distributivos dos recursos entre diferentes camadas sociais. Esta última categoria está fortemente relacionada aos bens providos pelos sistemas de bem-estar social.

Os autores discorrem ainda sobre a difícil tarefa do Estado na busca pelo equilíbrio entre oferta e demanda, especialmente com vistas ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Chamam a atenção também para a impossibilidade de alocação de recursos com base apenas em critérios de custo-efetividade, ignorando-se o princípio da equidade.

Equidade

O conceito de *equidade* está intimamente ligado à questão do estabelecimento de prioridades para a alocação de recursos na saúde pública. Esse termo pode ser entendido como acesso igualitário aos cuidados de saúde por pessoas com necessidades semelhantes; já o constructo *igualdade de acesso* é interpretado considerando a dimensão da oferta, de tal modo que serviços iguais sejam disponibilizados aos pacientes que apresentam as mesmas necessidades. Contudo, as variações inerentes aos tratamentos oferecidos decorrem da relação entre a oferta e a demanda, relação esta que depende das preferências, percepções e prejuízos, tanto por parte dos pacientes quanto dos prestadores de serviços de saúde. Quanto à variabilidade dos resultados dos tratamentos sobre a saúde dos pacientes, se pode dizer que depende de diversos fatores, os quais vão além da própria execução do tratamento em si (GODDARD; SMITH, 2001, p. 1149-1150).

Ugá e Porto (2008, p. 498), entendem por *equidade* “o princípio que rege funções distributivas, as quais têm por objetivo compensar ou superar as desigualdades existentes, consideradas socialmente injustas”. Na busca por resultados equitativos, os recursos são distribuídos de maneira desigual, em um processo orientado pelas necessidades de diferentes grupos populacionais e de acordo com fatores determinantes de ordem biológica, social e político-organizacional. A capacidade de grupos sociais de influenciar o processo de alocação de recursos financeiros ou físicos, de acordo com seu poder de barganha, pode ter como consequência barreiras ao alcance de resultados igualitários, especialmente se a unidade utilizada para a medição não for a igualdade de recursos.

Le Grand (1982 apud UGÁ; PORTO, 2008, p. 496) entende a equidade sob quatro dimensões, no que diz respeito à distribuição da despesa pública:

- igualdade da despesa pública *per capita*;
- igualdade de utilização dos serviços;
- igualdade do gasto (mesmo gasto pessoal por unidade de serviço utilizado); e
- igualdade nos níveis de saúde (distribuição da despesa orientada para obter resultados iguais).

Artells e Mooney (1983 apud UGÁ; PORTO, 2008) se valem da bibliografia existente e classificam a igualdade com base na seguinte tipologia:

- igualdade de despesa *per capita*;
- igualdade de recursos *per capita*;
- igualdade de recursos para necessidades iguais;
- igualdade de oportunidade de acesso para necessidades iguais;
- igualdade de utilização para iguais necessidades; e
- igualdade nas condições de saúde.

Em texto que se refere à dimensão da equidade nas políticas de saúde, Viana, Fausto e Lima (2003, p. 67-68) comentam que

As reduções das iniquidades quanto à alocação de recursos financeiros, oferta e utilização de serviços ainda necessitam de políticas pontuais que privilegiem determinados tipos de investimentos que melhor relacionem oferta às necessidades de saúde, diferentes condições de adoecimento e agravo e, ao mesmo tempo, melhorem o acesso e a utilização. As políticas recentes minoraram as graves distorções regionais na oferta, porém não

contemplaram ainda questões mais complexas como o perfil epidemiológico das populações, condições sociais, diferentes inserções no mundo do trabalho, gênero e raça.

Ugá e Porto (2008, p. 498), estendem o entendimento do conceito de equidade para a alocação de recursos públicos em saúde, considerando a dimensão territorial:

Quanto ao que diz respeito mais especificamente à distribuição geográfica equitativa de recursos financeiros no setor saúde, deve-se lembrar que é condição necessária — porém não suficiente — para o alcance do tratamento equitativo entre grupos sociais e indivíduos. Em razão do exposto, o critério mais apropriado é 'definição de recursos segundo necessidades', entendendo-se que as necessidades estão determinadas por um conjunto de fatores, dentre os quais sobressaem os biológicos e socioeconômicos. Assim, distribuições geográficas mais equitativas de recursos financeiros deveriam efetuar redistribuições em favor das regiões com condições sanitárias e socioeconômicas mais precárias, para as quais corresponderiam percentuais superiores aos estimados em razão do tamanho populacional.

Os autores concluem, afirmando que, ao contrário do previsto nas Leis Orgânicas da Saúde

O critério distributivo adotado no Brasil não leva em conta as existências de desigualdades nas necessidades populacionais por serviços de saúde, já que não incorpora as variáveis determinantes das necessidades relacionadas a aspectos demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos para definição dos repasses.

Avaliações econômicas

De acordo com McGuire (2001, p. 1-14), a base da teoria tradicional da avaliação econômica repousa sobre a análise do *welfare*, sendo a abordagem mais popular a de custo-efetividade. A tentativa de se atribuir valor ao *status* de saúde, todavia, esbarra em uma série de dificuldades. A avaliação econômica em saúde vem sendo preterida em várias ocasiões sob inúmeros pretextos: tem sido acusada de ser desprovida de fundamentação teórica sólida e rotulada como aética, excessivamente prescritiva e limitada. No entanto, em muitas dessas ocasiões, nenhuma regra decisória alternativa é oferecida. A maior vantagem desse tipo de análise é servir tanto ao esclarecimento do objeto da política (o que está sendo maximizado) quanto fornecer argumentos a serem considerados em cada uma das opções. A avaliação econômica permanece como um instrumento útil que tem o foco da sua atenção sobre as escolhas necessárias relacionadas à alocação de recursos e é passível de ser aplicada com vários graus de sofisticação. Resta claro que a

base *welfarista* da avaliação econômica em geral — e a análise custo-efetividade, em particular — só pode ser utilizada sob condições estritas e específicas. A aplicação da avaliação econômica no setor de assistência à saúde ainda representa meio útil de se considerar o problema fundamental de alocação de recursos escassos. Esta avaliação, contudo, não resolve o problema. Para alguns, o papel da avaliação econômica serve apenas para evidenciar o uso eficiente de tais recursos, deixando a preocupação relacionada ao processo de distribuição aos políticos. Para outros, a avaliação econômica será sempre insatisfatória, seja por não compreenderem seu papel, por interpretarem erroneamente as técnicas ou por possuírem suas próprias agendas. Outros, além desses, apóiam amplamente essas avaliações, mas não se dão conta de suas limitações.

Em anos recentes o número de estudos de avaliação econômica de tecnologias do cuidado à saúde aumentou sobremaneira (HOFFMANN; SCHULENBURG, 2000, p. 180). No entanto, em que pese a atividade crescente no campo da economia em saúde e o incentivo aos *decision-makers* para que levem em consideração os resultados desses estudos, pouco se sabe ainda sobre sua influência no processo decisório da assistência à saúde nos países membros da União Européia.

Hoffmann et al (2002, p. 76-78) sugerem que, apesar da crescente conscientização sobre a necessidade de avaliações econômicas, há grande variação quanto à qualidade dos estudos publicados. Ademais, os pesquisadores adotam ampla gama de abordagens metodológicas que podem não ser familiares aos decisores que, por sua vez, precisam optar entre tecnologias em saúde em regime de competição. Em um estudo realizado com grupos focais formados por profissionais tomadores de decisão provenientes de duas regiões diferentes do Reino Unido, os autores concluíram que: a) os participantes consideravam as avaliações econômicas úteis no processo de *decision-making* relacionado à assistência à saúde; b) algumas decisões não podem se basear exclusivamente em observações econômicas por que outros aspectos, como o bem-estar psicológico do paciente ou considerações sobre equidade, algumas vezes, se sobrepõem às análises realizadas sob o ponto de vista da economia; c) há preocupações concernentes à impossibilidade de generalização das avaliações econômicas, em virtude da complexidade do processo de tomada de decisão, característica das situações do mundo real; e d) o foco dos estudos de avaliação econômica em saúde

recai preferencialmente sobre a avaliação de tecnologias particulares e não sobre programas de saúde mais gerais e abrangentes, o que é visto pelos decisores como fator limitante à aplicação destes estudos pelas autoridades de saúde. Outros aspectos relevantes relatados pelos participantes da pesquisa se relacionavam à dificuldade em se extrapolar os dados de estudos realizados em diferentes países à realidade do Sistema de Saúde Nacional do Reino Unido (NHS), às dificuldades na compreensão — por parte dos decisores — da terminologia usada nos estudos e, por fim, o fato de muitos desses estudos serem direcionados a intervenções e patologias muito específicas, não refletindo de maneira fidedigna as condições do complexo cenário que envolve o processo de tomada de decisão.

Ross (1995, p. 104-107), conduziu um estudo descritivo que teve por base entrevistas realizadas com gestores em cargos estratégicos, responsáveis por decisões ou assessoria relacionados a serviços de saúde de alto custo. Foram identificadas, dentre outras de menor relevância, as seguintes barreiras inerentes à utilização da avaliação econômica no processo de decisão:

- o processo de tomada de decisão se dá em períodos de tempo exíguos e em atendimento a imperativos políticos, não havendo, portanto, tempo suficiente para a realização de estudos de avaliação, ou mesmo para o aproveitamento dos porventura existentes;
- falta de conhecimento e de *expertise* sobre avaliação econômica em todas as áreas, incluindo clínicos e gestores;
- insuficiência de economistas treinados no sistema [de saúde];
- falta de credibilidade quanto às técnicas de avaliação ou sua utilização de maneira inapropriada, tendo como resultado o adiamento de decisões;
- problemas de comunicação causados pelo emprego excessivo de tecnicismos econômicos;
- excesso de preocupação dos pesquisadores com o rigor do método, do ponto de vista acadêmico, em vez de tentar demonstrar os princípios da avaliação aos gestores;
- o tempo e a exiguidade dos prazos;
- o custo da avaliação propriamente dita;
- dificuldades e tempo envolvidos no processo de levantamento dos resultados sobre as condições de saúde decorrentes de intervenções,

sobretudo a preocupação com a qualidade das avaliações clínicas nas quais as econômicas são fundamentadas;

- decisores médicos apresentam maior tendência a não aceitar os resultados de avaliações conduzidas por profissionais de formação diferente da medicina;
- insuficiência de dados disponíveis necessários à fundamentação da avaliação; e
- preocupações dos decisores nos níveis federal e estadual quanto à aplicabilidade das técnicas de avaliação econômica aos programas de promoção da saúde.

O estudo de Ross evidenciou ainda que a motivação para a realização de avaliações econômicas tende a ser de ordem organizacional e que estas são geralmente conduzidas como parte de requisitos regulamentares ou por determinação de entidade similar a conselho de saúde de nível nacional. Quanto aos fatores com poder de influência sobre a alocação de recursos, foram listados os seguintes: os fatores políticos; a natureza e história das políticas existentes; exequibilidade administrativa, cronologia apropriada e implementação; considerações sobre equidade; estimativa econômica e preocupações quanto à eficiência; disponibilidade de informação relevante e assessoria especializada; disponibilidade de recursos; opinião da sociedade e dos grupos de interesse; atitude e valores daqueles que exercem influência sobre as decisões; e fatores constitucionais. A autora conclui afirmando que a busca pela eficiência, em vez da redução de custos, poderia fomentar o uso dos princípios de avaliação econômica no sistema de atenção à saúde.

Hoffman e Schulenburg (2000, p. 185-188) realizaram estudo com base em entrevistas semiestruturadas dirigidas aos profissionais de agências governamentais, médicos, farmacêuticos da área hospitalar e administradores hospitalares. O estudo evidenciou que: apenas uma parcela reduzida dos entrevistados havia sido submetida a treinamento em economia da saúde, embora todos considerassem essa habilitação como desejável; a falta de treinamento em economia da saúde poderia justificar o lapso de conhecimento das técnicas de avaliação econômica; a informação necessária à tomada de decisão provém de inúmeras fontes, tais como publicações científicas e relatórios de trabalho; nenhum dos entrevistados demonstrou estar familiarizado com *guidelines* ou protocolos de

avaliação, embora alguns estivessem informados a respeito de sua existência; a utilização dos estudos de avaliação econômica até então vem sendo modesta; ainda faltam estudos que indiquem se há alterações na prática clínica relacionadas aos estudos de avaliação econômica; não houve consenso entre os entrevistados sobre as considerações éticas a respeito da utilização da avaliação econômica em saúde, embora a maioria ache justificável a decisão fundamentada em considerações econômicas em alguns casos. Os entrevistados relataram as seguintes barreiras e incentivos à utilização da avaliação econômica nos processos de tomada de decisão:

a) Barreiras:

- dificuldade intrínseca à mobilidade dos recursos financeiros orçamentários entre diferentes setores;
- falta de subsídio financeiro necessário à condução dos estudos;
- a inflexibilidade da margem orçamentária, que não permite a adoção de novas terapias;
- a estimativa de redução dos custos não corresponde à realidade; e
- estudos econômicos consideram muitas pressuposições.

b) Incentivos:

- explicações a respeito da relevância dos resultados;
- treinamentos em economia da saúde;
- compatibilidade entre os estudos;
- flexibilidade nos orçamentos destinados à atenção à saúde; e
- acesso facilitado aos estudos de avaliação econômica.

Aparentemente, fatores institucionais gerais que compõem a organização do sistema de atenção à saúde como um todo são mais responsáveis por restringir o uso de métodos econômicos do que o contexto institucional onde os métodos são aplicados (HOFFMANN; SCHULENBURG, 2000, p. 188).

O estabelecimento de prioridades na aplicação de recursos por parte de autoridades de saúde regionais canadenses foi objeto de estudo de Mitton e Donaldson (2002, p. 39). O estudo foi baseado em entrevistas e questionários aplicados aos decisores-chave ao nível regional do Sistema de Saúde do Canadá. A

abordagem denominada “Programação Orçamentária e Análise Marginal” (*Program Budgeting and Marginal Analysis - PBMA*), foi apresentada preliminarmente aos participantes do estudo. Esta abordagem é representada por um modelo econômico pragmático que identifica de que maneira os recursos são rotineiramente aplicados antes de verificar potenciais mudanças que possam ser conduzidas nos serviços de saúde, as quais, levadas aos seus limites marginais, possam maximizar os benefícios e minimizar o custo de oportunidade. Os achados do estudo (p. 54-55) apontam, dentre outros aspectos, para o emprego dos dados referentes à utilização dos serviços de saúde locais como subsídio ao processo de tomada de decisão, em vez das evidências demonstradas pela literatura. Ademais, aparentemente, a dimensão política pouco influencia o processo de estabelecimento de prioridades e a opinião pública não é considerada nesse sentido, ao menos de maneira explícita. O processo de alocação de recursos para as regiões de saúde é fundamentado em séries históricas e a maioria dos entrevistados revelou não ter conhecimento sobre instrumentos apropriados ao auxílio no processo de estabelecimento de prioridades e alocação de recursos, embora julgassem apropriada a abordagem apresentada (PBMA). Entretanto os autores entendem que essa preferência representa um viés do próprio estudo, já que os méritos da abordagem foram apresentados aos participantes e estes, em sua maioria, desconheciam grande parte dos instrumentos destinados ao processo de estabelecimento de prioridades na aplicação dos recursos em saúde.

Rivera (1989, p. 25) ao citar os antecedentes do planejamento em saúde na América Latina, refere-se ao método Cendes-OPAS, descrito no documento “Problemas Conceptuales Y Metodológicos de La Programación de La Salud”, de 1965. Sobre ele, afirma que

[...] está baseado na ideia da eficiência na utilização de recursos. A intenção é operacionalizar alguma forma de cálculo da eficiência (enquanto análise de custo-benefício) que possa auxiliar tanto o processo de definição das prioridades (entre danos e grupos de população) quanto o processo de escolha das técnicas programáticas (combinações de recursos). O método se apóia, para tal efeito, em um quadro diagnóstico e em uma análise de custos, que talvez representem duas das grandes inovações por ele produzidas. Privilegia a programação local de modo que os planos regionais constituam o somatório de planos locais até chegarem ao plano nacional de saúde, expressão máxima do reordenamento do setor. [...] Do nosso ponto de vista, a diversidade de experiências e o maior desenvolvimento do método em países como o Chile e a Argentina se devem às desiguais potencialidades dos sistemas de saúde, no tocante ao peso e à organização do setor público. Este é um ponto crucial: a lógica normativa do método

pressupõe um campo de aplicação caracterizado por um controle importante dos meios de saúde por parte do Estado, isto é, um desenvolvimento razoável do setor público em saúde, assim como um marco orgânico-institucional fortemente racionalizado, em termos da unicidade ou da integração daqueles meios. Na realidade, a regionalização dos serviços de saúde constitui requisito impostergável para a aplicação dessa lógica. Sustentamos que dificilmente uma técnica de programação poderia ensejar as condições políticas necessárias à consolidação de tal requisito. Antes, ao contrário, uma vontade política inequívoca a favor da regionalização e da integração poderia permitir a introdução eficaz de técnicas programáticas como o Cendes.

Hauck, Smith e Goddard (2004) apresentam uma revisão da literatura, deveras completa, que versa sobre os aspectos econômicos do processo de estabelecimento de prioridades na atenção à saúde e que vem ao encontro, portanto, do objeto desta dissertação. Estes autores abordam, dentre outros, o modelo dos grupos de interesse, que tenta explicar por que alguns grupos populacionais são mais bem sucedidos que outros em maximizar seus benefícios e que impacto isso pode trazer ao processo de alocação de recursos. Grupos pequenos e coesos são frequentemente bem sucedidos na consecução de transferências de recursos em detrimento da população geral, cujos interesses são mais difusos e cujos custos de organização são mais elevados (OLSON, 1971 apud HAUCK, SMITH e GODDARD, 2004).

Outro tema elencado pelos referidos autores se refere ao processo burocrático de tomada de decisão (*bureaucratic decisionmaking*). De acordo com esse modelo os burocratas podem exercer influência sobre os gastos com atenção à saúde, desvinculando-os dos preceitos de eficiência e das considerações de equidade e refletindo, ao contrário, seus interesses próprios (NISKANEN, 1975 apud HAUCK, SMITH e GODDARD, 2004).

Por fim, os autores da revisão em lide descrevem a situação peculiar dos governos locais que possuem relativa autonomia sobre a escolha de suas prioridades e sobre o volume de recursos destinados à saúde. Citam o trabalho de King (1984 apud HAUCK, SMITH e GODDARD, 2004) que afirma que as variações entre os governos locais podem também refletir ineficiência ou rigidez que venham a inibir a busca das prioridades estabelecidas pelo nível nacional. Acrescentam que os mecanismos de pressão do governo nacional sobre os locais, passíveis de serem utilizados nestas circunstâncias, são examinados na literatura relacionada à questão do federalismo, tema que remete à próxima e última seção deste capítulo.

4.4 Federalismo e políticas públicas

A questão do federalismo fiscal, sobretudo no caso brasileiro, é de suma importância para a análise de temas relacionados ao financiamento das políticas públicas que envolvam diferentes esferas governamentais. Quanto a esta questão, Abrucio (2005, p. 46) afirma que

A redemocratização do país marcou um novo momento no federalismo. As elites regionais, particularmente os governadores, foram fundamentais para o desfecho da transição democrática, desde as eleições estaduais de 1982 [...] até chegar à Nova República e à Constituinte. Além disso, lideranças de discurso municipalista associavam o tema da descentralização à democracia e também participaram ativamente na formulação de diversos pontos da Constituição de 1988.

Um novo federalismo nascia no Brasil. Ele foi resultado da união entre forças descentralizadoras democráticas com grupos regionais tradicionais que se aproveitaram do enfraquecimento do governo federal em um contexto de esgotamento do modelo varguista e do Estado nacional-desenvolvimentista a ele subjacente. O seu projeto básico era fortalecer os governos subnacionais e, para uma parte desses atores, democratizar o plano local. Preocupações com a fragilidade dos instrumentos nacionais de atuação e com coordenação federativa ficaram em segundo plano.

Dois fenômenos destacam-se nesse novo federalismo brasileiro, desenhado na década de 1980 e com reflexos ao longo dos anos 1990. Primeiro, o estabelecimento de um amplo processo de descentralização, tanto em termos financeiros como políticos. Em segundo lugar, a criação de um modelo predatório e não-cooperativo de relações intergovernamentais, com predomínio do componente estadualista. [...] No plano intergovernamental [...] as unidades estaduais ficaram, com a Constituição de 1988, em um quadro de indefinição de suas competências e da maneira como se relacionariam com os outros níveis de governo. Esse vazio institucional favoreceu uma posição "flexível" dos governos estaduais: quando as políticas tinham financiamento da União, eles procuravam participar; caso contrário, eximiam-se de atuar ou repassavam as atribuições para os governos locais.

Tal assertiva corrobora para o entendimento da lógica de distribuição dos recursos, especialmente se consideradas as relações federativas no SUS, que se dão em meio a uma

complexa engenharia institucional, pela qual o Ministério da Saúde é responsável pelo financiamento e coordenação intergovernamental das ações descentralizadas [...]. Os governos subnacionais têm ainda a prerrogativa de não aderir aos programas federais, dada a sua autonomia como entes federativos. (ARRETCHE, 2003, p. 340).

Viana (2001, p. 304) identifica o chamado "federalismo cooperativo" no modelo idealizado pelo SUS, o qual pressuporia a coordenação de ações de diferentes instâncias governamentais sob uma estratégia de regionalização que

reorientasse e racionalizasse a aplicação dos recursos. Nesse sentido, a autora afirma que

[...] as relações intergovernamentais — *lato sensu*, compreendendo o financiamento, a administração e a política — devem ser cooperativas e capazes de solucionar conflitos, pois o acesso aos serviços subordina-se a esses mesmos acordos, tendo em vista a desigualdade de sua distribuição no território nacional.

Viana, Lima, e Oliveira (2002, p. 498), por seu turno, induzem à reflexão sobre a contradição inerente a uma política de saúde marcadamente descentralizadora que depende da cooperação entre diversos entes nas diferentes esferas de governo por meio de um pacto federativo, em um ambiente complexo caracterizado por “relações intergovernamentais marcadas por incessantes conflitos e embates sobre recursos, centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade reguladora e inexpressiva tradição participativa da sociedade”.

LIMA (2009, p. 574), defende a ideia de que o financiamento do SUS sofreu forte influência dos problemas associados ao federalismo fiscal, os quais, por sua vez, se intensificaram por toda a década de 90, em virtude da turbulência política e econômica peculiar do período.

Levcovitz, Lima e Machado (2001, p. 273) afirmam que

[...] os critérios e mecanismos de repasse/transferência dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo são peças essenciais da política de saúde, pois atuam como definidores da repartição de atribuições e competências e do grau de autonomia de cada esfera de governo no sistema de saúde.

Os autores apontam ainda a incapacidade das Leis Nº 8.080 e 8.142 de regular o financiamento do SUS, no tocante à distribuição de recursos, quanto aos montantes, critérios, mecanismos e fluxos financeiros entre os entes federativos.

Para Elias (2001, p. 312), “as formas de financiamento vigentes é que determinam a configuração das políticas de saúde”. O autor entende que o processo de descentralização, mesmo sendo bem sucedido, não só não conseguiu romper com essa tradição como veio a cristalizá-la, na medida em que o nível federal passa a utilizar o financiamento como fator indutor da adesão dos segmentos governamentais infranacionais aos programas do Ministério da Saúde, argumento semelhante ao de LIMA (2007, p. 519), que vê nas condicionalidades estabelecidas pelo Ministério da saúde para as transferências de recursos vinculadas a

determinadas políticas e programas de amplitude nacional uma tentativa de ampliar seus poderes indutor e regulador sobre os demais entes subnacionais.

No entanto Barros (2001, p. 309), não parece se alinhar a esse raciocínio, pois acredita que: “[...] as condicionalidades impostas para o financiamento nunca estiveram associadas ao alcance de resultados, mas apenas ao cumprimento de requisitos formais e de compromissos com a execução dos programas federais [...]”.

Dain (2009, p. 629) também parece não concordar com a opinião de que as condicionalidades impostas pelo Ministério da Saúde representem um estratagema cujo objetivo seja aumentar seu poder indutor sobre as demais esferas federativas, pois supõe que o principal elemento responsável pelo problema relacionado à alocação descentralizada de recursos no SUS seja a incapacidade por parte dos gestores subnacionais no sentido de criar soluções de caráter técnico que permitam vencer as barreiras representadas por critérios que não coadunam com a garantia de equidade no acesso aos serviços e ações de saúde por todo o território brasileiro.

Lima (2007, p. 521) ressalta ainda que “pouco se sabe acerca das negociações que envolvem as transferências federais do SUS e os resultados dos acordos firmados”, sendo necessária a realização de trabalhos empíricos que evidenciem:

- 1) o padrão de relações intergovernamentais nas negociações políticas específicas sobre os diversos tipos de transferências dos recursos federais do SUS atualmente vigentes;
- 2) as potencialidades redistributivas de cada mecanismo de transferência financeira utilizado pela União para compensação das desigualdades na capacidade do gasto público em saúde das esferas subnacionais.

A breve revisão do tema federalismo fiscal em saúde apresentada acima demonstra a inexistência de um claro diagnóstico a respeito dos impactos gerados a partir do processo de descentralização, iniciado efetivamente a partir de meados dos anos 1990. Este processo ainda não foi amplamente avaliado em seus vários aspectos, desde a identificação dos principais atores e de sua participação frente às principais decisões tomadas ao longo do período, até seus resultados em termos de custo-efetividade em relação à oferta de serviços de saúde do SUS em todo o país.

Como veremos a seguir, a disputa por recursos entre as unidades federativas parece ter predominado sobre proposições de caráter cooperativo, na perspectiva de construção de um sistema de saúde compartilhado. Depreende-se, ao contrário do entendimento de alguns dos autores citados, que faltou ao Ministério

da Saúde o exercício de seu natural poder de indução com vistas à geração de um ambiente de colaboração e, principalmente, mais eficiente sob o ponto de vista da aplicação de recursos públicos.

É nesse contexto, em que pesem a magnitude e a complexidade dos temas inter-relacionados, que o presente estudo se pretende inserir.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Características do estudo

A pesquisa, segundo seus objetivos, é composta de duas fases. Na primeira, referente à coleta e ao tratamento inicial de dados da série histórica, o estudo é classificado como descritivo. Na segunda, correspondente à análise do processo de implementação da política relacionada ao objeto, o estudo caracteriza-se como explicativo. Quanto aos meios empregados, a pesquisa é caracterizada como documental e *ex-post facto*. Com respeito ao aspecto temporal, trata-se de estudo longitudinal de caráter retrospectivo.

Área e População de estudo

A população de estudo é composta pelo conjunto de estados e Distrito Federal, que tenham recebido recursos do Ministério da Saúde destinados às ações e serviços de atenção à saúde em média e alta complexidade, no período de 2001 a 2005.

Coleta de dados

Os dados referentes às transferências de recursos financeiros foram obtidos a partir do Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), sendo, portanto, considerados dados secundários provenientes de fonte de domínio público, além de dados e informações contidos nas Portarias de Habilitação dos estados e do Distrito Federal em GPSE/NOAS — publicadas em Diário Oficial da União pelo Ministério da Saúde — e em Atas e Resumos Executivos de Reuniões do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) pertinentes ao período em tela.

Tratamento dos dados

Os dados numéricos coletados foram agrupados e tratados em planilhas e gráficos elaborados com auxílio do *software* “Microsoft Office Excel 2007[®]”.

5.2 Coleta e processamento dos dados

A fim de fundamentar a análise do processo de implementação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde — sob o ponto de vista das transferências de recursos financeiros do Ministério da Saúde para estados e Distrito Federal — foi realizado o levantamento dos montantes destinados a esses entes subnacionais no período de 2001 a 2005 para subsidiar a atenção em média e alta complexidade.

Os dados referentes às transferências de recursos financeiros foram obtidos a partir da plataforma TabNet do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS.⁷ O caminho percorrido para a obtenção dos dados, a partir da página inicial do Sistema, foi o seguinte: Informações Financeiras / Recursos do SUS / Recursos Federais do SUS (por Município) - Abrangência geográfica: Brasil por Região e Unidade da Federação / Conceito de Período de Competência – Brasil / Linha: Região/UF / Coluna: Ano/Mês compet / Conteúdo: Valor despendido / Períodos disponíveis: Jan/2001 – Dez/2005 / Tipo de Despesa: Todas as categorias / Grupo de Despesa: Transferências - média e alta complexidade / Tipo Transferência: Transferências a Estados, Transferências a Municípios / Tipo do Prestador: Todas as categorias / Região: Todas as categorias / Unid. Federação: _____ / Unid. Fed. – ZI: Todas as categorias.

Os dados obtidos são considerados secundários e provenientes de fonte de domínio público. Foram excluídos os seguintes Grupos de Despesa: “Transferências – atenção básica”, “Transferências – ações estratégicas” e “Remuneração por serviços produzidos”. Os acessos que permitiram a coleta dos dados foram realizados entre outubro de 2009 e julho de 2010.

Os recursos federais destinados aos pagamentos de ações e serviços em média e alta complexidade, em análise neste artigo, dividem-se em três modalidades, de acordo com a classificação adotada pelo Datasus:

- a) *remuneração por serviços produzidos*; representa pagamentos efetuados pelo Ministério da Saúde diretamente aos prestadores, referentes às internações hospitalares e aos atendimentos ambulatoriais, excetuados os prestadores de entes subnacionais então habilitados em

⁷ Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

Gestão Plena ou Semiplena. Essa era a forma predominante de pagamento ao setor privado/conveniada antes da criação do SUS e sua extinção constituiu um dos principais objetivos do processo de descentralização de recursos federais;

- b) *transferências – ações estratégicas*; se referem aos recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, criado pela Portaria GM/MS N. 531 de 30 de abril de 1999 e regulamentado pela Portaria GM/MS de N. 132, de 31 de Janeiro de 2001. Este Fundo tem por objetivo arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação, e os decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas; e
- c) *transferências – Média e Alta Complexidade*; se referem ao valor dos repasses federais relativos à assistência de alta e média complexidade, dirigidas aos estados e municípios habilitados em Gestão Plena e Semiplena, estipulado pela Comissão Interegistros Bipartite do estado, homologado pela SAS – Secretaria de Assistência à Saúde e publicado no Diário Oficial da União. Embora a NOB 96 tenha instituído a rubrica “Gestão Plena do Sistema Estadual”, que incluía os repasses de média e alta complexidade para estados e municípios habilitados, somente a partir do início das transferências dos recursos previstos nas NOAS — agosto de 2002 — é que esta modalidade passou a evidenciar de forma significativa os recursos específicos de média e alta complexidade.

A partir do início do período de vigência da NOAS-SUS 01/2001 os estados da Bahia, do Ceará, de Goiás, do Paraná, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul, além do Distrito Federal, já se encontravam habilitados em Gestão Plena do Sistema Estadual pela NOB 01/96, recebendo, portanto, recursos de média e alta complexidade provenientes de tal rubrica.

No Gráfico 1 se pode observar a distribuição das transferências de recursos federais a título de financiamento das ações e serviços de média e alta complexidade para o período de 2001 a 2006. É fundamental destacar que a participação da modalidade *remuneração por serviços produzidos* decai ao longo do período analisado até desaparecer totalmente em 2005, o que constitui um indicador de sucesso da política de descentralização de recursos para o financiamento de

procedimentos de média e alta complexidade intensificada pelas NOAS, à medida que representava pagamentos realizados diretamente pelo Ministério da Saúde aos prestadores que — segundo todo o conjunto de orientações e Normas expedidas ao longo dos anos anteriores, como demonstrado acima — deveriam ser substituídas por transferências fundo a fundo.

Desempenho oposto é observado na modalidade *transferências – ações estratégicas*, cujos recursos compõem o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, criado pela Portaria GM/MS Nº 531 de 30 de abril de 1999 e que tem por objetivo arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação, e os decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas. Os recursos do FAEC correspondem a uma parcela mínima em 2001, crescem nos anos subsequentes até se estabilizarem a partir de 2004.

Em terceiro lugar, se destaca a evolução da modalidade *transferências – média e alta complexidade*, a qual se refere ao valor das transferências relativas à assistência de alta e média complexidade dirigidas aos estados e municípios habilitados em Gestão Plena e Semiplena.

Por último, e mais importante, é fundamental observar o crescimento gradativo e bastante expressivo dos valores totais transferidos entre 2001 e 2006, embora seja perceptível uma discreta redução do valor total correspondente ao somatório das três modalidades componentes da média e alta complexidade no ano de 2006, conforme os dados apresentados no Gráfico 1 e na Tabela 1:

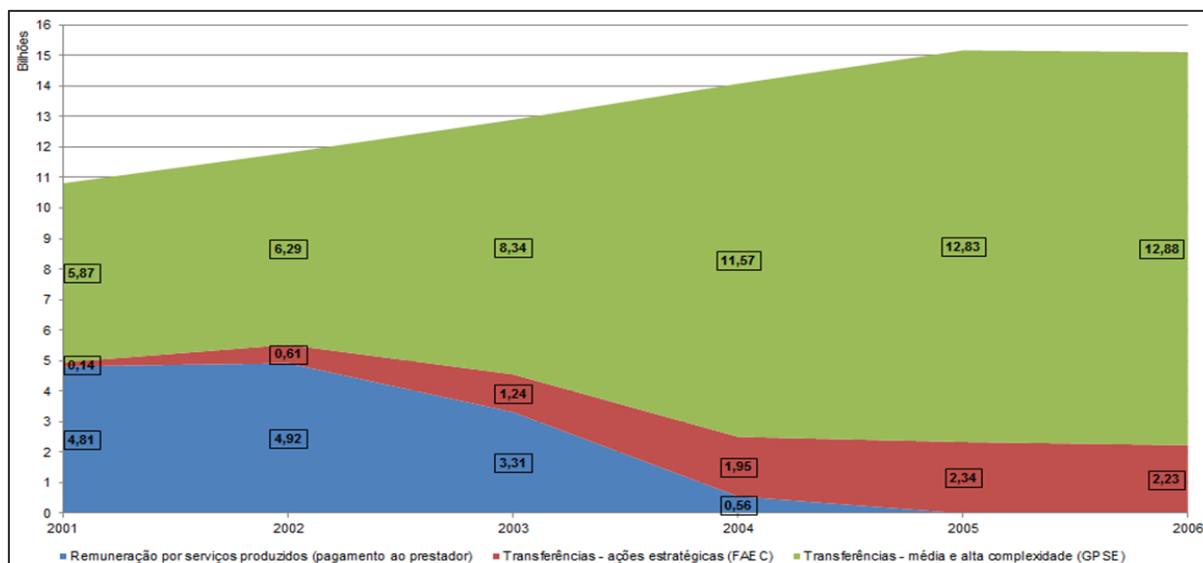


Gráfico 1 – Participação dos diferentes grupos de despesa nas transferências anuais de recursos financeiros de média e alta complexidade ao Estados, Distrito Federal e Municípios no período de 2001 a 2006.

Tabela 1 – Valores anuais destinados à média e alta complexidade transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, por Grupo de Despesa, no período de 2001 a 2006.

GRUPO DE DESPESA	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL POR GRUPO DE DESPESA - 2001 A 2006
Remuneração por serviços produzidos (pagamento ao prestador)	R\$ 4.811.167.964,43	R\$ 4.917.016.671,41	R\$ 3.313.894.214,14	R\$ 555.519.374,64	R\$ -	R\$ -	R\$ 13.597.586.224,62
Transferências - ações estratégicas (FAEC)	R\$ 135.113.574,09	R\$ 608.049.126,57	R\$ 1.239.330.286,00	R\$ 1.951.707.647,01	R\$ 2.337.607.520,72	R\$ 2.233.448.915,82	R\$ 8.505.257.070,21
Transferências - média e alta complexidade (GPSE e GPSEM/GSPSM)	R\$ 5.865.457.055,17	R\$ 6.291.542.311,48	R\$ 8.341.162.350,87	R\$ 11.565.079.939,19	R\$ 12.826.651.403,24	R\$ 12.878.797.579,90	R\$ 57.768.690.639,85
Valores agregados anuais de média e alta complexidade	R\$ 10.811.738.593,69	R\$ 11.816.608.109,46	R\$ 12.894.386.851,01	R\$ 14.072.306.960,84	R\$ 15.164.258.923,96	R\$ 15.112.246.495,72	R\$ 79.871.545.934,68

O recorte eleito para esta análise correspondeu a vinte e cinco meses: doze que antecederam e doze que sucederam aos meses em que foram publicadas as Portarias de Habilitação em Gestão Plena do Sistema Estadual. O segmento temporal compreendido pelo estudo está contido no período de 2001 a 2005.

Os montantes destinados ao conjunto de municípios de cada um dos estados nos períodos correspondentes também foram verificados, a fim de comparar as evoluções dos fluxos financeiros direcionados aos fundos municipais e estaduais.

Ainda no sentido de criar parâmetros de comparação e tendo em vista a irregularidade nos fluxos de valores transferidos, foram calculadas as médias aritméticas mensais referentes aos valores recebidos pelos estados, por seus municípios (em conjunto) e pelo Distrito Federal, correspondentes aos seguintes períodos:

- a) de doze meses anteriores ao mês de habilitação até o mês que antecedeu o início da transferência dos recursos financeiros atribuídos à GPSE pela NOAS; e

- b) do primeiro mês em que houve transferência de recursos sob a rubrica de GPSE/NOAS até o décimo segundo mês após o mês de habilitação de cada uma das Unidades Federativas.

O ano de 2001 foi acrescentado para servir como base às comparações, já que nenhuma Unidade Federativa estava então habilitada em Gestão Plena, de acordo com as NOAS. Aliás, data daquele ano a publicação da primeira destas Normas. Somente no mês de agosto de 2002 é que os primeiros estados habilitados começaram a receber recursos exclusivamente atribuídos à GPSE pelas NOAS.

Em princípio, o estudo objetivava a identificação de alterações das médias dos tetos de MAC para os estados e Distrito Federal sobre uma base anual, durante um período que compreendesse todas as publicações das Portarias de Habilitação desses entes federativos na categoria Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE), de acordo com as NOAS. Na coleta inicial de dados, porém, percebeu-se que não houve casos em que as transferências de recursos destinados à MAC — de acordo com a habilitação em GPSE pelas NOAS — tenham se iniciado nos meses de janeiro de 2003 e de 2004. Este padrão de ocorrência implicou em uma diluição, variável, do somatório dos valores de repasses ao longo do período de um ano. Os estados do Amapá e do Amazonas, por exemplo, passaram a receber os recursos em questão a partir do mês de fevereiro de 2004, contabilizando um total de onze meses naquele ano, ao passo que os estados de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul, que começaram a receber essas transferências a partir de dezembro de 2002, só puderam computar os recursos referentes a um único mês durante o ano de suas habilitações. Optou-se, destarte, por adotar uma base mensal de comparação com o objetivo de neutralizar esse viés.

Cabe lembrar que as primeiras Portarias de Habilitação dessa série foram publicadas em 17 de abril de 2002 (Alagoas e Ceará) e a última em 26 de novembro de 2004 (Tocantins).

O caso do estado de Tocantins, habilitado em GPSE pelas NOAS em novembro de 2004 e passando a receber os recursos correspondentes a partir da mesma data, permite justificar a eleição do período 2001-2005 para o estudo. Tomando por base os dados do DATASUS, pode-se deduzir que, se o ano de 2005 fosse desconsiderado, o volume de recursos recebidos a título de MAC — em valores correntes — no ano de 2004 (R\$ 18.024.426,79), embora bastante superior

ao valor dos recursos transferidos ao longo do ano 2003 (R\$ 3.055.128,83), não refletiria verdadeiramente o efeito econômico da implementação das NOAS. Quando contabilizado o ano de 2005, verifica-se que houve aumento dos recursos financeiros da União transferidos àquela Unidade Federativa, maior do que trinta vezes o valor recebido em 2003 (R\$ 92.874.738,66).

Os montantes destinados ao conjunto de municípios de cada um dos estados nos períodos correspondentes também foi verificado, a fim de comparar as evoluções dos fluxos financeiros direcionados aos fundos municipais e estaduais. Tomando-se como exemplo o estado do Rio de Janeiro, verifica-se que o valor das transferências para MAC em julho de 2002 foi de R\$ 3.348.179,72 e em agosto do mesmo ano, portanto após sua habilitação em GPSE pela NOAS, foi de R\$ 20.707.089,76. Ao se comparar estes valores com os recursos financeiros de MAC transferidos aos municípios daquele estado, em conjunto, nos mesmos meses — R\$ 62.860.677,94 e R\$ 64.623.225,85, respectivamente — compreende-se o porquê da inclusão no estudo das transferências de MAC para os municípios. Esta comparação, por óbvio, não foi aplicada ao Distrito Federal.

É importante ressaltar que a fim de possibilitar a comparação entre os estados utilizou-se, para efeito de alinhamento, o eixo formado pela superposição dos meses referentes às publicações das Portarias de habilitação em GPSE, não se configurando, portanto, em um segmento temporal linear comum a todos os entes relacionados no estudo.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa se baseou exclusivamente em dados secundários, coletados a partir de fontes e documentos de caráter público e utilizados somente para os fins relacionados aos seus objetivos, sem qualquer prejuízo para as instituições citadas.

A pesquisa não envolveu seres humanos, de modo direto ou indireto, indivíduos ou coletividades, ou ainda o ambiente, com repercussões para o ser humano. Também não foram utilizados instrumentos tais como entrevistas, aplicações de questionários ou utilização de bancos de dados que possibilitassem identificação de indivíduos.

Não é necessário, portanto, de acordo com o previsto no Capítulo V do Manual de Ética em Pesquisa⁸ do CPqAM, que a dissertação seja submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa.

⁸ Capítulo V – Projeto de Pesquisa

Este capítulo apresenta, em linhas gerais, questões pertinentes ao projeto de pesquisa do ponto de vista de seus propósitos e de sua estrutura de modo a permitir uma maior agilidade para a sua apreciação no CEP.

Quais são os projetos que devem ser analisados pelo CEP/CPqAM?

Todos (*sic*) projetos de pesquisa do Programa de Pós-Graduação (*Lato Sensu* e *Stricto Sensu*) e os outros projetos da área de pesquisa com seres humanos realizados em qualquer área do conhecimento que, de modo direto ou indireto, envolvam indivíduos ou coletividades e o ambiente com repercussões para o ser humano.

Assim, também são consideradas pesquisas envolvendo seres humanos aquelas que utilizam como instrumento entrevistas, aplicações de questionários, utilização de bancos de dados e revisões de prontuários. Os projetos devem ser analisados e aprovados pelo CEP antes de iniciarem sua execução. (BRASIL, 2007).

7 RESULTADOS

Os resultados do estudo, verificados a partir processamento dos dados coletados, trazem informações relevantes que caracterizam o processo de implementação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde. Preliminarmente, porém, algumas considerações gerais devem ser destacadas:

- a) Os primeiros estados habilitados em Gestão Plena do Sistema Estadual — Alagoas e Ceará — tiveram suas Portarias publicadas em 17 de abril de 2002, ou seja, pouco mais de quatorze meses após a entrada em vigor da NOAS 01/2001. O estado de Tocantins, último habilitado, teve sua Portaria publicada em 26 de novembro de 2004; exatos dois anos e onze meses após a publicação da mesma Norma.
- b) O início das transferências fundo a fundo para estados e Distrito Federal sob a rubrica GPSE/NOAS só teve início quatro meses após a publicação das primeiras Portarias de Habilitação, no mês de agosto de 2002. Essas transferências foram interrompidas em novembro de 2006;
- c) Vinte e um estados passaram a receber os recursos no decurso do bimestre posterior à data de habilitação; e
- d) Quatorze Unidades Federativas foram habilitadas no ano de 2002, seis em 2003 e sete em 2004;

O Gráfico 2 apresenta, de modo cumulativo, o processo de concessões de habilitação pelo Ministério da Saúde comparado à tendência evolutiva de início das transferências de recursos financeiros de média e alta complexidade às Unidades Federativas de acordo com as NOAS.

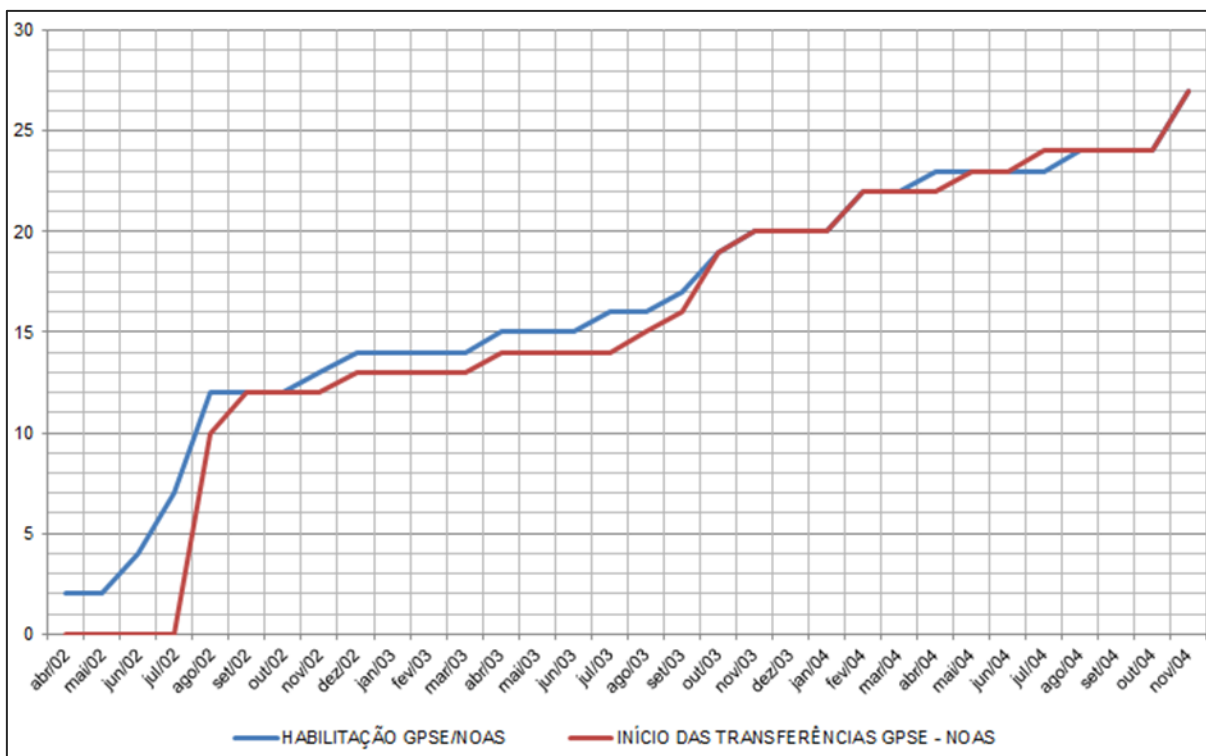


Gráfico 2 – Evolução do número de estados habilitados em gestão plena do sistema estadual pelas normas operacionais da assistência à saúde comparada à evolução do número de estados que passaram a receber transferências de recursos de média e alta complexidade dessa rubrica.

Os dados coletados permitem inferir que para todas as Grandes Regiões houve aumento progressivo nos valores dos repasses da média e alta complexidade no decorrer do período (Tabela 2), correspondendo a uma variação média para todas as Regiões de 139,78%, considerados valores correntes.

Tabela 2 – Recursos financeiros do SUS repassados aos estados e municípios, por região, destinados à média e alta complexidade, incluindo remuneração por serviços produzidos e FAEC (2001 a 2006).

REGIÃO	2001		2002		2003		2004		2005		2006		TOTAIS NO PERÍODO
Região Norte	R\$ 553.040.413,61	R\$ 614.197.162,71	R\$ 693.684.202,26	R\$ 815.640.130,55	R\$ 902.603.415,37	R\$ 896.458.327,39	R\$ 4.475.623.651,89						
Região Nordeste	R\$ 2.585.920.890,48	R\$ 2.812.956.729,89	R\$ 3.168.273.466,76	R\$ 3.528.576.922,36	R\$ 3.781.096.326,68	R\$ 3.714.227.722,94	R\$ 19.591.052.059,11						
Região Sudeste	R\$ 5.403.304.001,65	R\$ 5.896.348.512,29	R\$ 6.281.187.669,04	R\$ 6.719.235.239,66	R\$ 7.239.190.444,25	R\$ 7.218.994.623,61	R\$ 38.758.260.490,50						
Região Sul	R\$ 1.618.712.044,85	R\$ 1.756.559.926,94	R\$ 1.898.275.694,28	R\$ 2.052.057.923,28	R\$ 2.212.246.264,83	R\$ 2.261.313.337,65	R\$ 11.799.165.191,83						
Região Centro-Oeste	R\$ 650.761.243,10	R\$ 736.545.777,63	R\$ 852.965.818,67	R\$ 956.796.744,99	R\$ 1.029.122.472,83	R\$ 1.021.252.484,13	R\$ 5.247.444.541,35						
Total	R\$ 10.811.738.593,69	R\$ 11.816.608.109,46	R\$ 12.894.386.851,01	R\$ 14.072.306.960,84	R\$ 15.164.258.923,96	R\$ 15.112.246.495,72	R\$ 79.871.545.934,68						

Os maiores percentuais de aumento, comparando-se apenas os anos situados nas extremidades do recorte temporal (2001 e 2006), couberam às Regiões Norte (162,10%) e Sul (156,93%) e os menores, correspondentes às Regiões Nordeste (143,63%), Centro-Oeste (139,70%) e Sudeste (133,60%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Percentual de aumento para cada Região, considerados os anos de 2001 e 2006.

REGIÃO	2006	2001	VARIAÇÃO
Norte	R\$ 896.458.327,39	R\$ 553.040.413,61	162,10%
Nordeste	R\$ 3.714.227.722,94	R\$ 2.585.920.890,48	143,63%
Sudeste	R\$ 7.218.994.623,61	R\$ 5.403.304.001,65	133,60%
Centro-Oeste	R\$ 2.261.313.337,65	R\$ 1.618.712.044,85	139,70%
Sul	R\$ 1.021.252.484,13	R\$ 650.761.243,10	156,93%
Total	R\$ 15.112.246.495,72	R\$ 10.811.738.593,69	139,78%

Ao se considerar os valores absolutos, em vez dos percentuais, as diferenças entre as tendências de aumento podem ser mais facilmente verificadas, em particular a partir do ano de 2002 (GRÁFICO 3). As Regiões Sudeste e Nordeste receberam maior aporte de recursos financeiros no período em questão.

Dos recursos financeiros do SUS destinados à média e alta complexidade transferidos aos estados e municípios no período 2001-2006 (R\$ 79.871.545.934,68, de acordo com dados do DATASUS), consideradas as modalidades de pagamento remuneração por serviços produzidos, fundo de ações estratégicas e transferências de MAC fundo a fundo, a Região Sudeste abarcou o correspondente a 48,53%, os quais somados aos 24,53% recebidos pela Região Nordeste representam praticamente três quartos do total (GRÁFICO 4).

Entretanto, a evolução dos recursos destinados aos estados e municípios, por Região, considerados os percentuais na composição total anual da média e alta complexidade, não apresentou variações significativas de 2001 a 2006. As maiores se encontraram nas Regiões Norte (5,12% para 5,93%), Centro-Oeste (6,02% para 6,76%) e Nordeste (23,92% para 24,58%). As Regiões Sul (14,97% para 14,96%) e Sudeste (49,98% para 47,77%) apresentaram reduções nos percentuais de participação. A leitura destes dados indica ter permanecido a desigualdade no tocante à distribuição de recursos federais entre as Regiões.

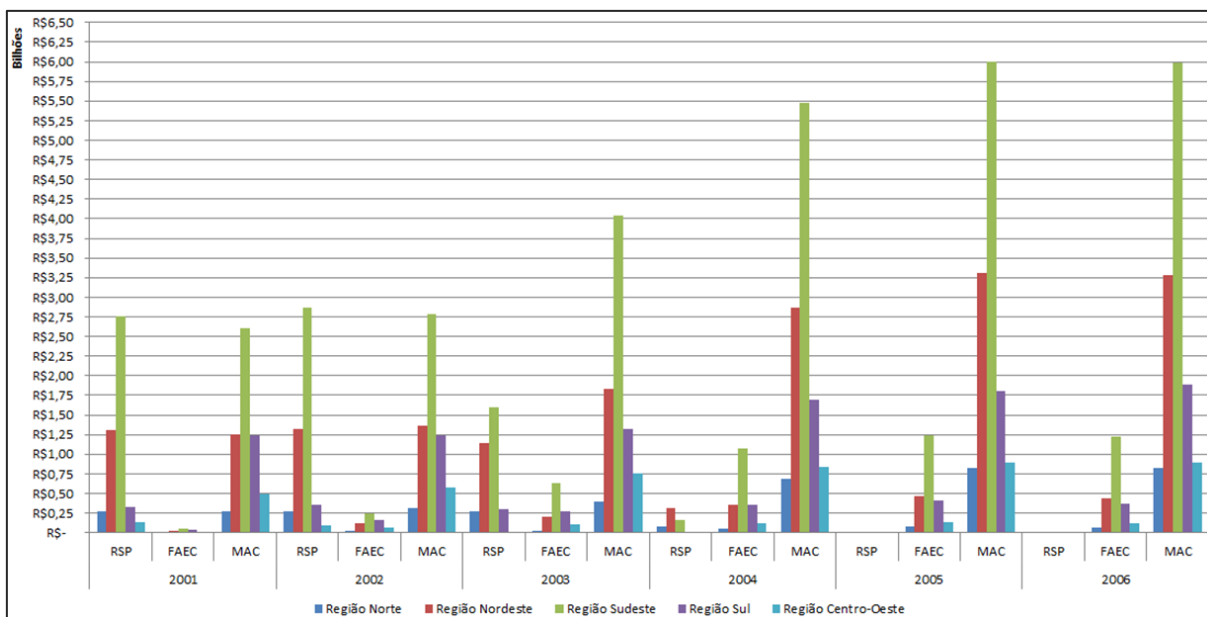


Gráfico 3 - Remuneração por serviços produzidos e transferências do Fundo de Ações Estratégicas e de média e alta complexidade para estados e municípios, por Grandes Regiões – 2001 a 2006.

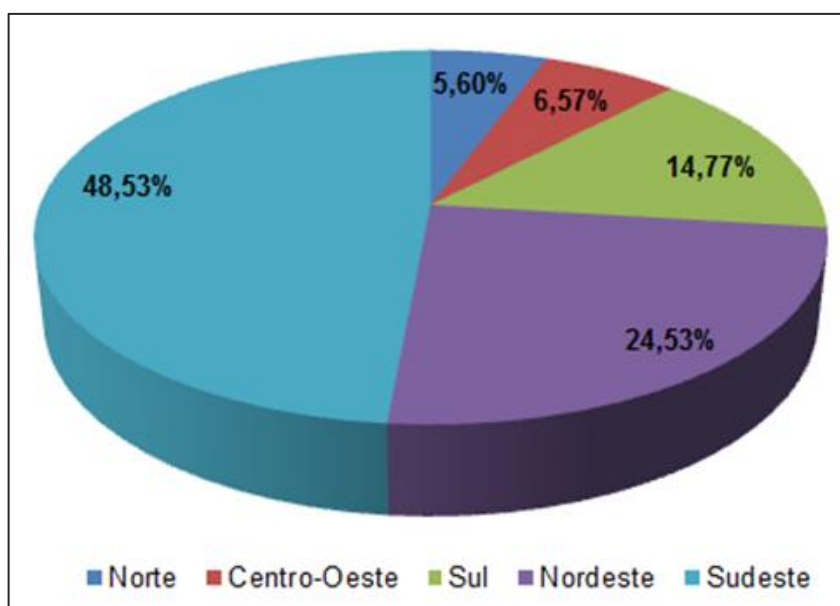


Gráfico 4 – Percentual (por Região) do total de recursos financeiros de Média e Alta Complexidade transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios no período 2001-2006.

No sentido de conferir maior detalhe à análise, foram comparados os valores transferidos fundo a fundo pela rubrica denominada Gestão Plena do Sistema Estadual (NOAS) a cada estado, durante o período referente ao recorte eleito para o estudo, qual seja, de 2001 a 2005. Ressalte-se que esta rubrica foi considerada representativa pelo fato de corresponder a 72,33% do total de recursos de média e alta complexidade destinado aos estados e municípios entre os anos de 2001 e 2006.

O Gráfico 5 apresenta, em valores correntes, as diferenças entre as médias mensais de recursos do Ministério da Saúde transferidos aos fundos estaduais e municipais, comparando os períodos anterior e posterior ao início das transferências creditadas à habilitação em Gestão Plena do Sistema Estadual pela NOAS, exceto os estados e municípios da Região Sudeste. O Gráfico 6, semelhante ao anterior, se refere aos entes subnacionais correspondentes a essa última Região.

A representação gráfica utilizada destacou os estados da Região Sudeste dos demais em virtude da significativa diferença dos valores destinados àquela Região quando comparados aos valores dirigidos às Unidades Federativas das demais Regiões. Da série representativa dos estados da Região Sudeste, destaca-se São Paulo — que passou a ter a maior média mensal de recursos financeiros de MAC transferidos dentre todos os outros — e o Espírito Santo, que teve a menor média mensal da Região.

Quanto às demais Regiões, os estados que apresentaram as mais altas médias mensais recebidas foram: Bahia, Rio Grande do Sul, Paraná e Pernambuco. O estado do Ceará, já habilitado pela NOB 96 em janeiro de 2001, ao contrário dos demais, teve sua média mensal de transferências financeiras de média e alta complexidade reduzida após o início do recebimento de recursos pela rubrica GPSE/NOAS, considerando-se apenas o período eleito para o estudo. O mesmo ocorreu com o estado do Paraná — habilitado pela Norma acima referida em dezembro de 1999⁹ — o qual, apesar de ter sua média mensal reduzida, continuou a figurar entre os quatro estados que apresentaram as maiores médias de recursos de MAC recebidos no período, sem levar em conta, obviamente, o bloco composto pelos estados da Região Sudeste.

⁹Portaria n° 01/GM de 2 de janeiro de 2001/ Portaria GM/MS n° 1.362 de 7 de dezembro de 1999.

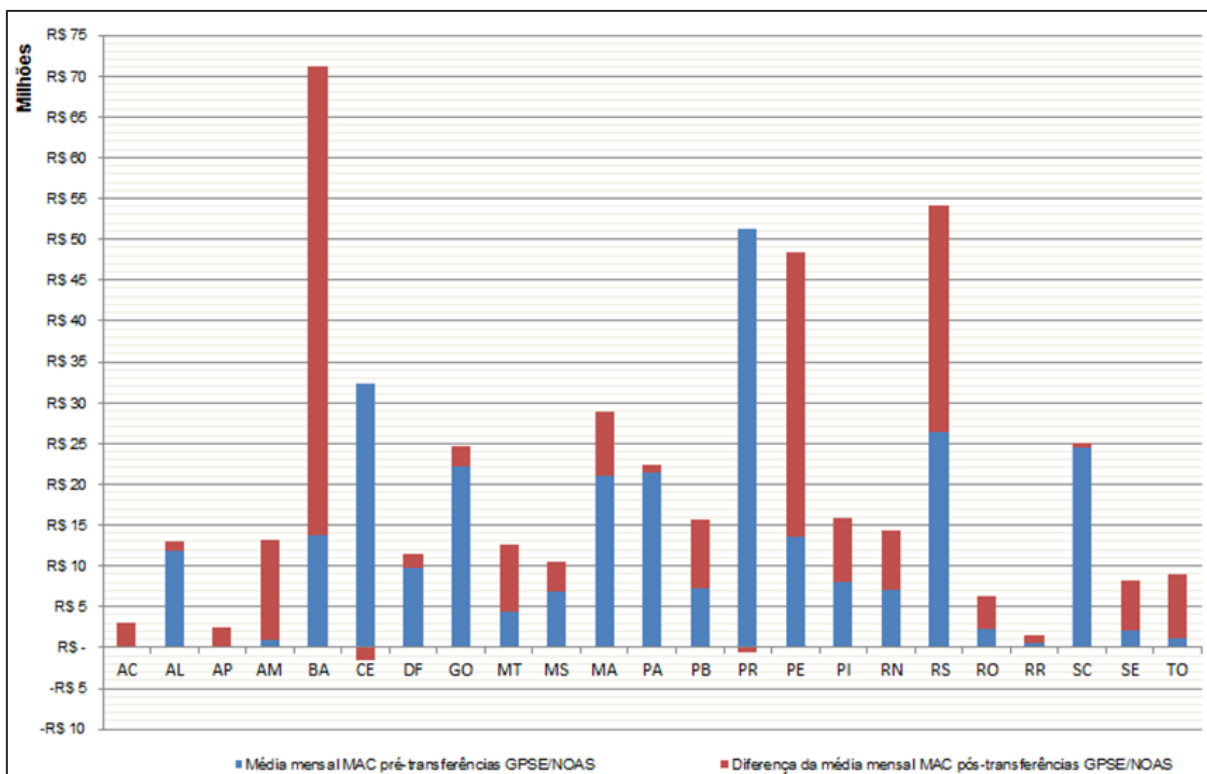


Gráfico 5 – Variação das médias mensais de transferências de MAC por UF (exceto região Sudeste), após implantação de recursos da rubrica GPSE/NOAS.

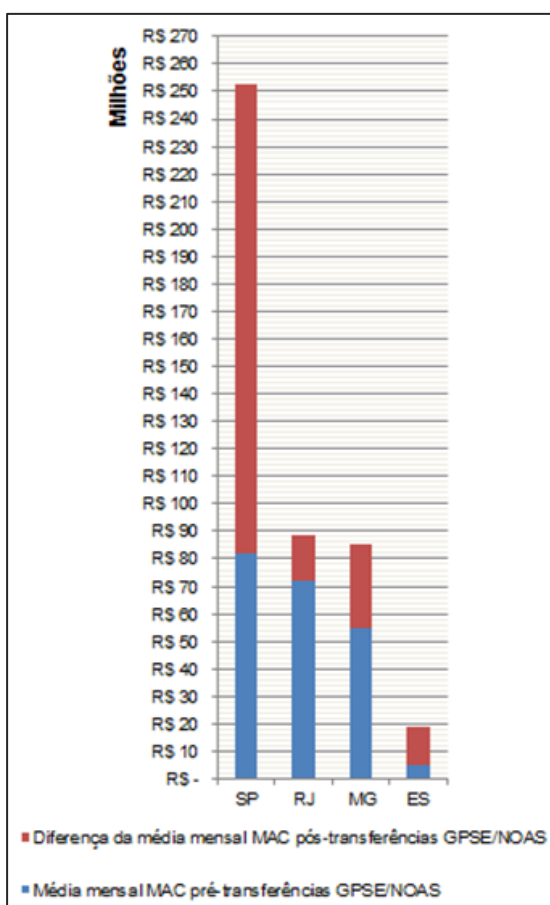


Gráfico 6 - Variação das médias mensais de transferências de MAC por UF (região Sudeste), após implantação de recursos da rubrica GPSE/NOAS.

A Tabela 4 apresenta a variação das médias mensais de transferências aos estados, somadas às dos municípios correspondentes — além do Distrito Federal — observada após o início do recebimento de recursos financeiros de média e alta complexidade creditados à mesma rubrica. De maneira análoga, as Tabelas 5 e 6 apresentam em separado, respectivamente, as variações relativas aos estados (fundos estaduais) e aos municípios (fundos municipais) por Unidade Federativa. O Distrito Federal, por sua condição peculiar como ente federativo, não foi representado nestas últimas planilhas.

Tabela 4 – Variação das médias mensais de transferências de MAC para UF e seus respectivos municípios, antes e após o início dos repasses sob a rubrica GPSE/NOAS

UNIDADE FEDERATIVA	MÉDIA TRANSFERÊNCIAS UF + CONJUNTO DE MUNICÍPIOS ANTES DA GPSE/NOAS	MÉDIA TRANSFERÊNCIAS UF + CONJUNTO DE MUNICÍPIOS DEPOIS DA GPSE/NOAS	VARIAÇÃO SOBRE A MÉDIA INICIAL (%)
CEARÁ	R\$ 32.309.226,03	R\$ 30.787.996,12	-4,71
PARANÁ	R\$ 51.273.654,61	R\$ 50.726.887,24	-1,07
SANTA CATARINA	R\$ 24.462.447,47	R\$ 25.027.294,58	2,31
PARÁ	R\$ 21.416.357,78	R\$ 22.399.525,46	4,59
ALAGOAS	R\$ 11.890.420,17	R\$ 13.001.672,17	9,35
GOIÁS	R\$ 22.212.909,45	R\$ 24.602.832,29	10,76
DISTRITO FEDERAL*	R\$ 9.736.308,66	R\$ 11.491.622,96	18,03
RIO DE JANEIRO	R\$ 72.148.328,20	R\$ 88.918.573,46	23,24
MARANHÃO	R\$ 21.124.534,10	R\$ 28.944.585,14	37,02
MATO GROSSO DO SUL	R\$ 6.912.463,23	R\$ 10.596.021,59	53,29
MINAS GERAIS	R\$ 54.920.759,47	R\$ 85.144.633,57	55,03
PIAUI	R\$ 8.061.728,88	R\$ 15.874.513,01	96,91
RIO GRANDE DO NORTE	R\$ 7.145.748,52	R\$ 14.418.329,38	101,77
RIO GRANDE DO SUL	R\$ 26.468.532,49	R\$ 54.128.525,33	104,50
PARAÍBA	R\$ 7.311.621,83	R\$ 15.717.061,91	114,96
RORAIMA	R\$ 586.090,48	R\$ 1.538.520,18	162,51
RONDÔNIA	R\$ 2.362.830,06	R\$ 6.312.758,38	167,17
MATO GROSSO	R\$ 4.350.839,92	R\$ 12.689.270,25	191,65
SÃO PAULO	R\$ 82.291.064,90	R\$ 252.903.849,91	207,33
PERNAMBUCO	R\$ 13.644.149,29	R\$ 48.308.722,81	254,06
SERGIPE	R\$ 2.173.867,86	R\$ 8.134.657,21	274,20
ESPÍRITO SANTO	R\$ 4.665.290,27	R\$ 18.590.302,94	298,48
BAHIA	R\$ 13.735.165,53	R\$ 71.180.217,70	418,23
TOCANTINS	R\$ 1.108.475,76	R\$ 9.052.798,73	716,69
AMAPÁ	R\$ 212.137,18	R\$ 2.474.324,48	1.066,38
AMAZONAS	R\$ 924.050,57	R\$ 13.123.943,01	1.320,26
ACRE	R\$ 134.620,65	R\$ 3.082.549,25	2.189,80
SOMA MÉDIAS MENSAIS (BRASIL)	R\$ 503.583.623,35	R\$ 939.171.989,09	86,50

* Não há transferência para fundos municipais, no caso do DF, em virtude da sua peculiaridade como ente federativo.

No bloco correspondente à soma dos valores transferidos aos fundos estaduais e municipais (Tabela 4) se verifica — além da já citada redução das médias mensais dos recursos de média e alta transferidos aos estados do Ceará e

do Paraná — que houve variação de até 10% para Santa Catarina, Pará e Alagoas; acima de 10% e abaixo de 100% para Goiás, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Piauí; entre 100% e 200%, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Paraíba, Roraima, Rondônia e Mato Grosso; de 200% a 1.000%, São Paulo, Pernambuco, Sergipe, Espírito Santo, Bahia e Tocantins; e, por fim, Amapá, Amazonas e Acre apresentaram variação maior que 1.000%, em valores correntes.

Tabela 5 - Variação das médias mensais de transferências de MAC para UF (somente), antes e após o início dos repasses sob a rubrica GPSE/NOAS

UNIDADE FEDERATIVA	MÉDIA TRANSFERÊNCIAS UF ANTES DA GPSE/NOAS	MÉDIA TRANSFERÊNCIAS UF DEPOIS DA GPSE/NOAS	VARIAÇÃO SOBRE A MÉDIA INICIAL (%)
CEARÁ	R\$ 16.846.720,37	R\$ 12.790.824,09	-24,08
PARÁ	R\$ 5.846.995,76	R\$ 4.683.949,66	-19,89
SANTA CATARINA	R\$ 14.566.723,90	R\$ 14.165.609,21	-2,75
PARANÁ	R\$ 26.104.744,96	R\$ 27.038.552,96	3,58
GOIÁS	R\$ 8.460.214,74	R\$ 9.350.078,09	10,52
ALAGOAS	R\$ 4.123.481,22	R\$ 5.076.733,57	23,12
RIO DE JANEIRO	R\$ 3.859.348,81	R\$ 22.480.217,36	482,49
MINAS GERAIS	R\$ 5.398.340,49	R\$ 33.537.290,51	521,25
MATO GROSSO DO SUL	R\$ 517.637,87	R\$ 3.726.683,54	619,94
SÃO PAULO	R\$ 17.894.650,52	R\$ 139.238.757,59	678,10
MARANHÃO	R\$ 778.366,52	R\$ 6.141.519,10	689,03
RIO GRANDE DO NORTE	R\$ 688.068,47	R\$ 5.510.306,17	700,84
SERGIPE	R\$ 523.061,15	R\$ 4.393.312,63	739,92
ESPIRITO SANTO	R\$ 1.573.657,47	R\$ 15.316.899,58	873,33
PIAUI	R\$ 565.067,54	R\$ 6.323.884,17	1.019,14
MATO GROSSO	R\$ 657.319,90	R\$ 8.085.509,48	1.130,07
PARAÍBA	R\$ 549.503,06	R\$ 7.143.104,80	1.199,92
RORAIMA	R\$ 68.998,92	R\$ 951.209,84	1.278,59
PERNAMBUCO	R\$ 1.780.806,30	R\$ 34.799.568,53	1.854,15
ACRE	R\$ 133.092,76	R\$ 3.065.556,32	2.203,32
AMAZONAS	R\$ 496.616,07	R\$ 12.072.965,43	2.331,05
RONDÔNIA	R\$ 142.068,42	R\$ 3.553.986,07	2.401,60
TOCANTINS	R\$ 280.192,96	R\$ 7.712.241,12	2.652,48
AMAPÁ	R\$ 75.876,24	R\$ 2.118.735,46	2.692,36
RIO GRANDE DO SUL	R\$ 866.224,60	R\$ 25.921.385,67	2.892,46
BAHIA	R\$ 1.607.451,20	R\$ 53.558.963,99	3.231,92
SOMA MÉDIAS MENSAIS	R\$ 114.405.230,18	R\$ 468.757.844,92	309,73

Já com relação ao bloco correspondente à soma dos valores transferidos somente aos fundos estaduais (Tabela 5), se pode notar que os estados do Ceará, do Pará e de Santa Catarina apresentaram decréscimos em suas médias mensais de transferências de média e alta complexidade, sendo a média do primeiro reduzida em aproximadamente um quarto e a do segundo em quinto. Paraná, Goiás e Alagoas tiveram variação positiva, mas inferior a 30%. A partir daí, todos os estados tiveram aumentos percentuais das transferências aos fundos estaduais da ordem de

três a quatro dígitos: na faixa entre 400% e 1.000%, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Maranhão, Rio Grande do Norte, Sergipe e Espírito Santo; de 1.000% a 2.000%, Piauí, Mato Grosso, Paraíba, Roraima e Pernambuco; e acima de 2.000%, Acre, Amazonas, Rondônia, Tocantins, Amapá e Rio Grande do Sul, com destaque para o estado da Bahia, que teve sua média mensal de transferências de média e alta complexidade elevada a um patamar de mais de trinta e três vezes a média inicial.

Os conjuntos de municípios dos estados do Paraná e do Rio de Janeiro tiveram suas médias mensais reduzidas (Tabela 6). Os estados de Alagoas, de Minas Gerais, do Espírito Santo, de Mato Grosso do Sul e de Santa Catarina tiveram para seus municípios variação não superior a 10%; A partir daí, até os 100%, os municípios do Rio Grande do Sul, de Goiás, do Maranhão, de Roraima, do Pará, de Pernambuco, do Ceará, de Rondônia, do Mato Grosso, da Paraíba, do Piauí, do Rio Grande do Norte, da Bahia, do Tocantins e de São Paulo; acima dos 100%, somente os de Sergipe, do Amazonas, do Amapá e, com aumento superior aos 1.000%, os municípios do Acre. A hipótese mais provável para estes aumentos pode ser explicada pela intenção dos idealizadores da política em questão de reforçar as redes regionais de assistência menos desenvolvidas, tais como as últimas citadas.

Tabela 6 - Variação das médias mensais de transferências de MAC para municípios (em conjunto) por UF, antes e após o início dos repasses sob a rubrica GPSE/NOAS

UNIDADE FEDERATIVA	MÉDIA TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS POR UF ANTES DA GPSE/NOAS	MÉDIA TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS POR UF DEPOIS DA GPSE/NOAS	VARIAÇÃO SOBRE A MÉDIA INICIAL (%)
PARANÁ	R\$ 25.168.909,65	R\$ 23.688.334,28	-5,88
RIO DE JANEIRO	R\$ 68.288.979,40	R\$ 66.438.356,10	-2,71
ALAGOAS	R\$ 7.766.938,95	R\$ 7.924.938,60	2,03
MINAS GERAIS	R\$ 49.472.221,76	R\$ 51.835.467,06	4,78
ESPIRITO SANTO	R\$ 3.091.632,80	R\$ 3.273.403,36	5,88
MATO GROSSO DO SUL	R\$ 6.394.825,37	R\$ 6.869.338,05	7,42
SANTA CATARINA	R\$ 9.895.723,56	R\$ 10.861.685,37	9,76
RIO GRANDE DO SUL	R\$ 25.602.307,90	R\$ 28.207.139,66	10,17
GOIÁS	R\$ 13.752.694,71	R\$ 15.252.754,20	10,91
MARANHÃO	R\$ 20.346.167,58	R\$ 22.803.066,04	12,08
RORAIMA	R\$ 517.091,56	R\$ 587.310,34	13,58
PARÁ	R\$ 15.569.362,01	R\$ 17.715.575,80	13,78
PERNAMBUCO	R\$ 11.863.343,00	R\$ 13.509.154,29	13,87
CEARÁ	R\$ 15.462.505,66	R\$ 17.997.172,03	16,39
RONDÔNIA	R\$ 2.220.761,64	R\$ 2.758.772,31	24,23
MATO GROSSO	R\$ 3.693.520,02	R\$ 4.603.760,77	24,64
PARAÍBA	R\$ 6.762.118,77	R\$ 8.573.957,11	26,79
PIAUI	R\$ 7.496.661,34	R\$ 9.550.628,85	27,40
RIO GRANDE DO NORTE	R\$ 6.457.680,06	R\$ 8.908.023,21	37,94
BAHIA	R\$ 12.127.714,33	R\$ 17.621.253,71	45,30
TOCANTINS	R\$ 828.282,80	R\$ 1.340.557,61	61,85
SÃO PAULO	R\$ 64.396.414,38	R\$ 113.665.092,32	76,51
SERGIPE	R\$ 1.650.806,71	R\$ 3.741.344,58	126,64
AMAZONAS	R\$ 427.434,51	R\$ 1.050.977,58	145,88
AMAPÁ	R\$ 136.260,95	R\$ 355.589,03	160,96
ACRE	R\$ 1.527,89	R\$ 16.992,94	1.012,18
SOMA MÉDIAS MENSAIS	R\$ 379.391.887,29	R\$ 459.150.645,20	21,02

A distribuição de recursos financeiros de média e alta complexidade advindos da implementação das NOAS evidenciou, de modo geral, que a variação percentual global das médias mensais, em valores correntes, referentes aos repasses da União aos estados foi de 309,73%, contra a variação de 21,02% dos repasses aos municípios, segundo os dados analisados nas Tabelas 4 e 5. Os estados do Ceará, do Pará e de Santa Catarina representam exceções, pois tiveram redução das médias mensais de repasses de MAC a eles destinados, tomando-se por base o período estudado. Levando em consideração a proposta de atribuir às Secretarias de Saúde Estaduais a responsabilidade pela organização e articulação das redes de saúde ao nível regional — consonante com a política de saúde então vigente — é plausível que os estados viessem efetivamente a receber recursos proporcionalmente maiores que os recursos recebidos pelos municípios existentes em seus territórios.

Os Gráficos 7 e 8 ilustram a representação percentual dos valores correspondentes às médias mensais de transferências aos fundos estaduais na composição do total de recursos de média e alta complexidade transferidos a cada Unidade Federativa, municípios inclusive, considerando as médias mensais anteriores e posteriores ao início dos repasses atribuídos à Gestão Plena do Sistema Estadual pela NOAS.

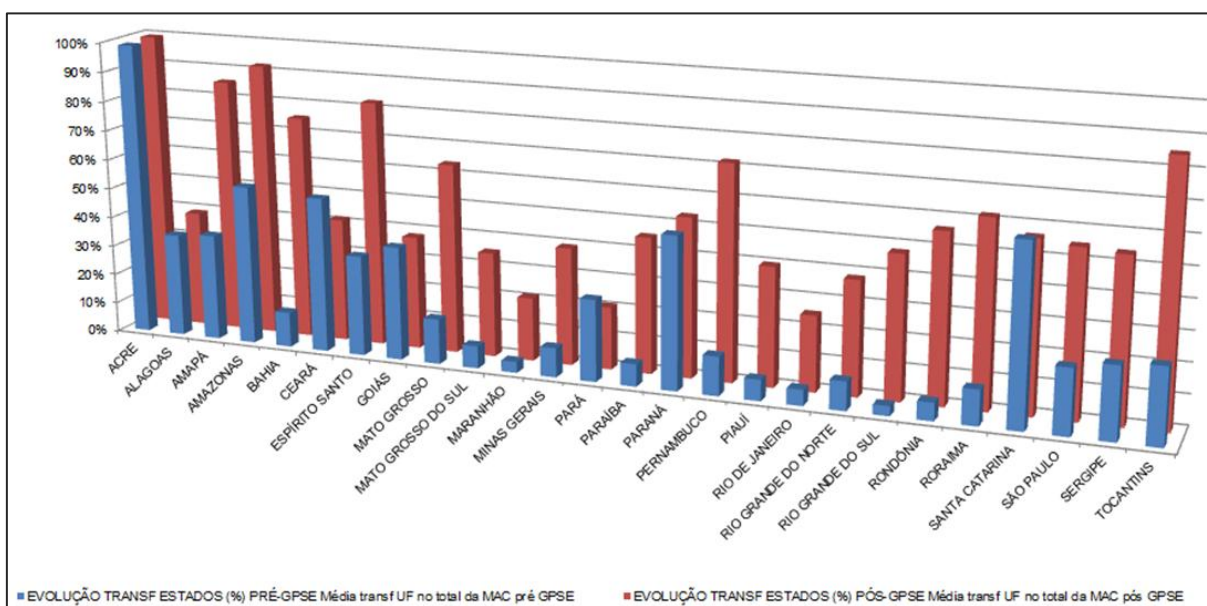


Gráfico 7 – Representação percentual dos valores correspondentes às médias mensais de transferências aos fundos estaduais na composição do total de recursos de média e alta complexidade transferidos a cada estado (UF + Municípios), antes e depois da implantação dos valores correspondentes à rubrica GPSE/NOAS.

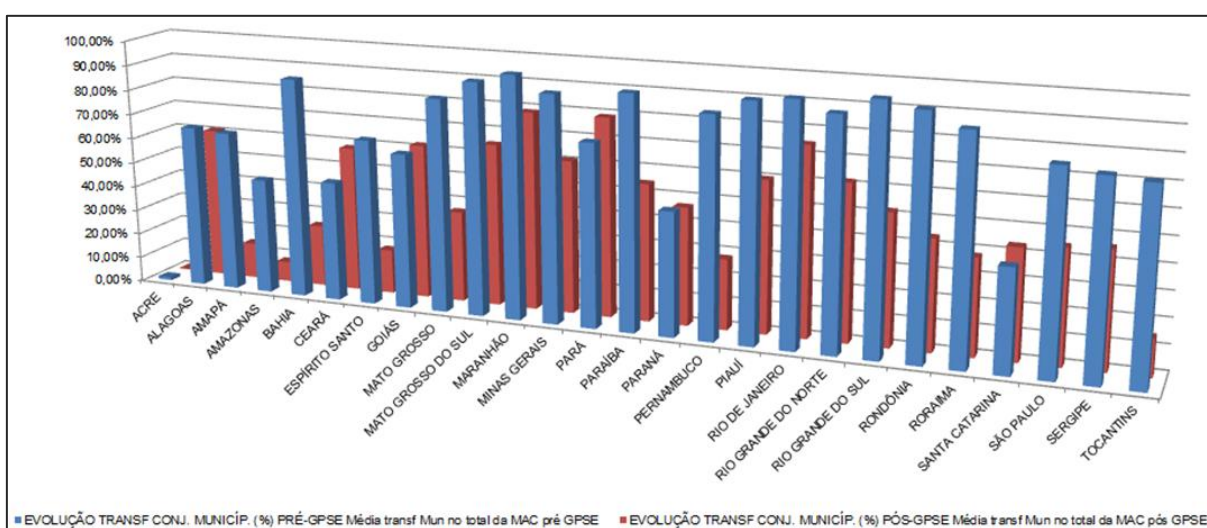


Gráfico 8 - Representação percentual dos valores correspondentes às médias mensais de transferências aos fundos municipais na composição do total de recursos de média e alta complexidade transferidos a cada estado (UF + Municípios), antes e depois da implantação dos valores correspondentes à rubrica GPSE/NOAS.

8 DISCUSSÃO

A partir do mês de agosto do ano de 2002, houve uma considerável elevação de repasses financeiros efetuados pelo Ministério da Saúde destinados a compor mensalmente os tetos financeiros dos estados a título de custeio das ações de média e alta complexidade em todo o país. Entre abril de 1998 e julho de 2002 o total de transferências de recursos financeiros do Ministério da Saúde destinados à atenção em média e alta complexidade para os estados e DF havia sido de R\$ 3.300.861.273,94 e aos municípios R\$ 16.394.006.447,73, perfazendo total de R\$ 19.694.867.721,67, em valores correntes.

De agosto de 2002 a novembro de 2006, foram transferidos aos entes subnacionais a título do custeio de consultas e procedimentos de média e alta complexidade, sob a rubrica GPSE/NOAS, um total de R\$ 23.278.007.688,23 aos estados e Distrito Federal e aos municípios R\$ 24.852.780.679,44, totalizando R\$ 48.130.788.367,67, também em valores correntes. O aumento global para estados, Distrito Federal e municípios, comparados os dois períodos de igual duração (52 meses), corresponde a 144,38%. A variação para os estados e DF foi de 605,21% e para os municípios em conjunto, 51,60%. Deve ser observado que a taxa de inflação anual média para o período permaneceu em torno de 7.5%.

O processo de implementação das NOAS parece não ter sido pautado pelo fiel cumprimento das contrapartidas das Unidades Federativas em sua totalidade, em que pese a existência de critérios de habilitação bem definidos para a modalidade Gestão Plena do Sistema Estadual. Como exemplo dessa assertiva se pode recorrer ao artigo de Queiroz (2004, p. 32), que cita a edição de nove Portarias pelo Ministério da Saúde, apenas no primeiro semestre de 2003, destinadas tanto à flexibilização dos critérios de habilitação de estados e municípios quanto ao incremento de incentivos financeiros.

O padrão de distribuição desigual dos recursos financeiros de média e alta complexidade entre estados e Distrito Federal — na ausência de transparentes critérios técnicos — durante a vigência das referidas Normas, sugere a necessidade de investigação dos dados referentes às transferências fundo a fundo efetuadas no período analisado para melhor entendimento dos mecanismos relacionados à movimentação dos fluxos financeiros.

Santos (2007, p. 433) apresenta fatores aos quais credita responsabilidade pela imposição de barreiras à implantação do modelo de gestão do SUS, dentre eles “a caracterização dos tetos financeiros para os repasses federais, como instrumento de ‘SUS de baixo custo’, frente ao crescimento da demanda assistencial”. Menciona que os aspectos positivos das Normas Operacionais (NOBs e NOAS) acabaram por ser descaracterizados pelo “furor normativo” do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, o autor acredita que as Portarias que passaram a regulamentar as medidas de contenção de gastos relacionadas à implementação das NOAS causaram, em algum grau, distorção do processo, na medida em que contribuíram para a exacerbação de conflitos entre as diferentes esferas governamentais e entre municípios.

As dinâmicas dos processos de habilitação das Unidades Federativas e das transferências de recursos financeiros do Ministério da Saúde aos estados, Distrito Federal e municípios — verificada pela leitura dos dados coletados com a finalidade de fundamentar o presente estudo — demonstram distanciamento, em algum grau, entre o objetivo das Normas e os seus efeitos reais no tocante ao padrão distributivo dos recursos de média e alta complexidade na perspectiva da regionalização.

A política expressa pelas NOAS é bem sucedida no tocante à elevação dos tetos financeiros de média e alta complexidade para a maioria dos estados e Distrito Federal. O presente estudo indica que, a partir da implementação das NOAS, os tetos financeiros da MAC para as unidades federativas, de modo geral, ultrapassaram o critério meramente incremental, elevados — embora não necessariamente — de acordo com alguns dos objetivos específicos dessas Normas, tais como

Reverter a lógica do financiamento centrada na oferta de serviços, buscando orientar o processo alocativo pelas necessidades de saúde [...]; Definir os limites financeiros de recursos federais alocados em todos os municípios do País, considerando suas bases territoriais-populacionais e unidades assistenciais neles sediadas, explicitando os recursos destinados aos residentes e às referências intermunicipais [...]; Promover maior equidade na alocação de recursos, por meio do aumento de transferência fundo a fundo de recursos calculados em base per capita, para o financiamento das ações básicas e ações selecionadas de média complexidade (BRASIL, 2001).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O efeito pretendido pelo Ministério da Saúde com a implementação das NOAS era o de reorganizar os sistemas de saúde regionais, contribuindo, desse modo, para a melhoria do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Isso explicaria a ampliação do aporte de recursos financeiros especialmente destinados à média e alta complexidade para os estados, Distrito Federal e municípios, os quais seriam automaticamente transferidos desde que houvesse a assunção de determinadas responsabilidades e o cumprimento de uma série de requisitos como contrapartida dos entes subnacionais, podendo ser destacado dentre eles, como fundamental, a efetiva utilização de instrumentos de planejamento, tais como o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

No entanto houve, desde o início do processo, recorrente flexibilização dos critérios e dilatação dos prazos para cumprimento das etapas necessárias à habilitação a partir de arenas decisórias como a Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde. Prova irrefutável disso é o processo de desabilitação do Distrito Federal, para o qual foi dado tratamento eminentemente político à solução de uma questão técnica prevista nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde.

Indubitavelmente, mesmo considerada a taxa média de inflação no período em análise, houve considerável aumento do aporte de recursos financeiros para os estados, de modo geral, sobretudo aqueles dotados de redes de assistência à saúde mais precárias nos níveis de maior complexidade, entre eles o do Acre, Amazonas, Amapá e Tocantins e seus respectivos municípios, os quais apresentaram as maiores elevações percentuais nas médias dos repasses do Ministério da Saúde para estes níveis efetuados ao longo do período, a título dos recursos da rubrica GPSE/NOAS.

Contudo, para redes já estabelecidas e bem organizadas, como no caso do estado de São Paulo, os aumentos dos repasses em valores absolutos atingiram patamares extremamente elevados. Isso significa, para este estado, uma variação da média mensal de R\$ 17.894.650,52 para R\$ 139.238.757,59, em valores correntes, ou 678,10% de aumento.

Os principais fatores condicionantes da alocação de recursos identificados no decorrer da pesquisa foram:

- a própria necessidade de reedição da Norma (NOAS-SUS 01/2002), provocada por atores representantes dos níveis governamentais subnacionais a fim de atender às suas reivindicações, em arenas decisórias como a Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde que teve, como consequência, o atraso no início da liberação dos recursos;
- a flexibilização dos critérios necessários à habilitação. Deve ser lembrado que o enfrentamento das dificuldades relacionadas a esse processo representou um dos eixos estruturantes da NOAS-SUS 01/2001;
- a contextualização histórica do período, que resultou em alternância da Presidência da República e de diversos governos estaduais. O mês em que mais houve habilitações em Gestão Plena do Sistema Estadual — agosto de 2002 — foi também o mês em que mais Unidades Federativas passaram a receber recursos a título de custeio de média e alta complexidade. No mês seguinte, mais dois estados viriam a ser contemplados.
- a maior demora no início do recebimento das transferências, considerada a data de habilitação, foi observada no caso do Rio Grande do Sul. Foram contabilizados dez meses antes que esse estado viesse a receber os recursos de MAC pela GPSE/NOAS. O atraso no início dos repasses se deu a pedido do Secretário de Saúde daquele estado, conforme se pode verificar em alguns dos Resumos Executivos da CIT pesquisados (Resumos Executivos das Reuniões Ordinárias da Comissão Intergestores Tripartite dos dias 20/02/03, 22/05/03 e 23/10/03). Já o estado de Pernambuco começou a receber os recursos de MAC no mês anterior ao de sua habilitação em GPSE/NOAS. Embora este estado tivesse seu pleito de habilitação aprovado desde fevereiro de 2004, permaneciam pendentes seu PDR e seu PPI (Resumo Executivo da Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 12/02/04). A situação só viria a se normalizar quando da publicação da Portaria de Habilitação em agosto de 2004; e
- o processo de discussão sobre a correção dos tetos financeiros para a média e alta complexidade, entre o Ministério da saúde e representantes

do CONASS e CONASEMS, na CIT. Tal negociação pode ser exemplificada pela menção ao assunto, constante da Ata da 135ª Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 1 e 2 de outubro de 2003.

A pergunta que ainda precisa ser respondida é se, de fato, o aumento do aporte de recursos de média e alta complexidade destinado às Unidades Federativas correspondeu ao objetivo das NOAS, quanto à promoção de maior equidade na alocação de recursos e à melhoria do acesso dos cidadãos brasileiros aos serviços de saúde nesses níveis de atenção, particularmente sob a vertente da macroestratégia de regionalização.

Ao que parece, não existem estudos disponíveis que tenham por base a análise dos PDR de cada um dos estados. Estudos de tal natureza poderiam vir a comprovar que, mesmo em unidades nas quais a política de regionalização tenha sido bem sucedida do ponto de vista financeiro, ou seja, a alocação de recursos conduzida em observância ao princípio da equidade, não se poderia afirmar ter havido concomitante reorganização do sistema de saúde regional.

Pelo presente estudo se pretendeu criar algumas referências para que, futuramente, seja possível responder a importantes perguntas, tais como se as NOAS tiveram efeito sobre a melhoria do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde de média e alta complexidade em todas as regiões do país ou sobre a resolutividade das ações e serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de sociologia e política**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas federais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2. p. 331-345, 2003.

BARROS, E. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? In: GOULART, F.A.A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... – considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, p. 307-310, 2001.

BRASIL. Congresso. Lei N°8.080 de 19 de Setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a.

_____. Congresso. Lei N°8.142 de 28 de Dezembro de 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. 1990b.

_____. Constituição (1988). Da Saúde. In: Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 25 ed. Título VIII, cap. II, seção II. São Paulo: Atlas, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Fiocruz. Manual de Ética em Pesquisa do CPqAM/Fiocruz. AGUIAR-SANTOS, A.M.; LEAL, N.C. (org.). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. 44 p. Recife: 2007.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2001. Brasília, DF: 2001.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002. Brasília, DF: 2002.

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 3. ed. 2009. 480 p.

CORDONI Jr, L. Política de saúde nos anos 90 e a reforma sanitária — considerações sobre o artigo “Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas”. In: GOULART, F. A. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... – considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 306-307, 2001.

COSTA, L. R. L. **Os Critérios de Alocação de Recursos Financeiros no Sistema Único de Saúde: uma visão a partir das Normas Operacionais, 1991 a 2002.** 2003. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo/ Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2003.

COUTO, C.G. A Longa Constituinte: Reforma do Estado e Fluidez Institucional no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, 1998. Não paginado. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581998000100002>. Acesso em 15 jul. 2010.

DAIN, S. Os impasses do financiamento fiscal do SUS. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n.3, p. 623-631, nov. 2008/fev. 2009.

ELIAS, P. E. Afinal, de qual descentralização falamos? In: GOULART, F.A.A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... – considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, p. 310-313, 2001.

FARIA, C. A. P. Ideias, conhecimento e políticas públicas – um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista brasileira de ciências sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-29, fev. 2003.

FARIAS, L. O.; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 585-598, 2003.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

GODDARD, M.; SMITH, P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. **Social science e medicine**, York, v. 53, n. 9, p. 1149-1162, nov. 2001.

GOULART, F. A. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... – considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 292-298, 2001.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 16, n. 4, p. 283-288, oct. 2004.

HAUCK, K; SMITH, P.C; GODDARD, M. **The economics of priority setting for health care: a literature review.** **Health, Nutrition and Population.** Washington: The World Bank, 2004. (HNP discussion paper).

HEIDEMANN, F.G. SALM, J.F. (Orgs). **Políticas Públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise.** Brasília: Edunb, 2009. 340 p

HOFFMANN, C. et al. Do health-care decision makers find economic evaluations useful? The findings of focus group research in UK health authorities. **Value in Health**, York, v. 5, n. 2, p. 71-78, mar./ apr. 2002.

HOFFMANN, C.; SCHULENBURG, J.M.G. The influence of economic evaluation studies on decision making: A European survey. **Health Policy**, n. 52. p. 179-192, 2000.

LABRA, M. E. Análise de políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses: uma revisão. **PHYSIS: Revista saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p.131-166, jul./ dec. 1999.

LEMIEUX, V. Les politiques publiques et lês alliances d'acteurs. In: _____. (Org.). **Le système de santé au Québec: organisation, acteurs et enjeux**. Saint-Foy: Le Presses de l'Université Laval,1994. p. 107-128.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 511-522, mar./ abr. 2007.

LIMA, L. D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 573-597, nov. 2008/ fev. 2009.

MAINGÓN, T. Las políticas sociales: discusión teórica, conceptual y metodológica. **Serie Informes Tecnicos 4**, Washington, 1992, 24p.

McGUIRE, A. Theoretical concepts in the economic evaluation of health care. In: DRUMMOND, M.; McGUIRE, A (Orgs.) **Economic evaluation in health care: merging theory with practice**. Oxford: Oxford University Press, 2001. p. 1-14.

MELAMED, C.; COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 393-401, 2003.

MENICUCCI, T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. IN: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 398 p.

MITTON, C.; DONALDSON, C. Setting priorities in Canadian regional health authorities: a survey of key decision makers. **Health Policy**, 2002, n. 60, p. 39-58.

O'DONNELL, G. Democracia Delegativa. **Journal of Democracy**, v. 5, n. 1. p. 55-69, jan. 1994. Disponível em: <<http://www.journalofdemocracyenespanol.cl/pdf/odonnell.pdf>>. Acesso em 23 set. 2010.

QUEIROZ, L. F. N. A regionalização da assistência à saúde no Brasil: avanços e dificuldades na implantação da NOAS-SUS. **Res Pvblica**, Brasília, v. 3, n. 4, p. 9-36, 2004.

REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORA TRIPARTITE, 2003, Brasília. **Resumo Executivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 103., 2000, Brasília. **Ata**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 104., 2000, Brasília. **Ata**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 128., 2003, Brasília. **Ata**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 133., 2003, Brasília. **Ata**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

RIBEIRO, J.M.; Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 81-92, jan./ mar. 1997.

RIVERA, F. J. U. Planejamento de saúde na América Latina: revisão crítica. In: Rivera, F. J. U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: em enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989. p. 13-55.

ROCHA, C. V. Neoinstitucionalismo como modelo de análise para as políticas públicas: algumas observações. **Civitas**, Porto Alegre, v. 5, n 1, p. 11-28, jan./jun. 2005.

ROSS, J. The use of economic evaluation in health care: Australian decision makers' perceptions. **Health Policy**, n. 31, 1995, p. 103-110.

SANTOS L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**. Campinas: IDISA, 2007. 165 p.

SILVA, J. P. V. da; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: Fiocruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Textos de apoio em políticas de saúde**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 43-73.

SILVA, L. M. V. Organização do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. In: GOULART, F. A. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... – considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 298-300, 2001.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 6, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, Renilson Rehem de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-555, 2001.

UGÁ, M. A .D.; PORTO, S. M. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; E. COREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 473-505.

VIANA, Ana Luiza. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, Mar/Abr 1996.

VIANA, A. L. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos em políticas sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997.

VIANA, A. L. D. Descentralização: uma política (ainda) em debate. In: GOULART, F. A. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... – considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 302-306, 2001.

VIANA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, jan./mar. 2003.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L.D; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 15, p. 2317-2326, 2010.

VIANA, A. L.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 3, p. 493-507, 2002.

VIANNA, M. L. T. W. **A Americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem-estar e políticas públicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2000, 288 p.