



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES

Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e
Serviços de Saúde



Adenilda Maria Siqueira de Andrade

Alberice Maria Mendes

Cristiane S. Miguel Cabral de Vasconcelos

Maria Eliza da Mota Reinaux Paes Barreto

**ATENÇÃO BÁSICA E FINANCIAMENTO:
DESAFIOS PARA A DESCENTRALIZAÇÃO
DA SAÚDE**

Recife
2008

Adenilda Maria Siqueira de Andrade
Alberice Maria Mendes
Cristiane S. Miguel Cabral de Vasconcelos
Maria Eliza da Mota Reinaux Paes Barreto

**ATENÇÃO BÁSICA E FINANCIAMENTO:
DESAFIOS PARA DESCENTRALIZAÇÃO
DA SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Mestra Kátia Rejane Medeiros

Recife
2008

A864 Atenção básica e financiamento: desafios para descentralização da saúde/ Adenilda Maria Siqueira de Andrade... [et al.] — Recife: A. M. S. de Andrade, 2008.
49 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros.

1. Descentralização. 2. Política de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Financiamento em Saúde. I Medeiros, Kátia Rejane de. II. Título.

CDU 614.2

Adenilda Maria Siqueira de Andrade
Alberice Maria Mendes
Cristiane S. Miguel Cabral de Vasconcelos
Maria Eliza da Mota Reinaux Paes Barreto

**ATENÇÃO BÁSICA E FINANCIAMENTO:
DESAFIOS PARA DESCENTRALIZAÇÃO
DA SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Mestra Kátia Rejane Medeiros
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Mestre Petrônio Martelle
Centro de Pesquisa Aggeu magalhães/FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

-A Deus, fonte inesgotável de sabedoria, que tem se mostrado presente a cada linha de nosso trabalho.

-Aos nossos pais, esposos e filhos, pela paciência e tolerância nos momentos de recolhimento criativo.

-A nossa orientadora Kátia Medeiros por ter acreditado na proposta e principalmente pelo apoio na leitura da construção desta monografia.

-Aos colegas do curso, que se tornaram a mais bela lembrança que levaremos.

-A Lindinalva Menezes e Semente, funcionários da Secretária da Coordenação de Ensino, pela presteza e generosidade com as quais podemos contar.

-A Mégine Carla e Mácia Saturnino, funcionárias da biblioteca, pela disponibilidade e ajuda.

-A todos que, de alguma forma, fizeram e fazem parte de nossa constante aprendizagem na vida e no mundo.

OBRIGADA.

*“A vida não é um corredor reto e tranqüilo que
nós percorremos livres e sem empecilhos,
mas um labirinto de passagens,
pelas quais nós devemos procurar nosso
caminho, perdidos e confusos, de vez em quando
presos em um beco sem saída.*

*Porém, se tivermos fé,
uma porta sempre será aberta para nós,
não talvez aquela sobre a qual
nós mesmos nunca passamos,
mas aquela que definitivamente
se revelará para nós”.*

A. J. Cronin

RESUMO

O Brasil vem redefinindo o perfil do seu sistema de saúde, reformulando papéis e funções de saúde pública na tentativa de construir responsabilidades locais. Este panorama originou um novo arranjo para o sistema municipal de saúde no qual busca-se a integralidade das ações de saúde a partir da dinâmica do financiamento. Trata-se de um estudo descritivo de base bibliográfica e documental. O estudo apresenta uma revisão sobre o processo da descentralização administrativa/financeira na saúde, sua repercussão no fortalecimento da atenção básica tendo a estratégia saúde da família como elemento propulsor da forte expansão observada nesse componente da atenção à saúde, bem como as conseqüências da descentralização na gestão dos trabalhadores de saúde. Discute o papel das Normas Operacionais do SUS, em especial da Norma Operacional Básica – NOB/96 com a implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) como referencial para a ampliação dos investimentos na atenção básica, o papel relevante da Lei de Responsabilidade Fiscal que além de impor limites aos gastos, também estabelece diretrizes para a elaboração, execução e avaliação do orçamento público, e o Pacto pela Saúde firmado entre as três esferas de governo com a atenção voltada para os princípios e diretrizes articulados e integrados nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Destaca-se o forte papel indutor do nível federal de gestão do SUS, que através de mecanismos de financiamento reordena as ações e serviços de saúde no nível local.

Palavras-chaves: Descentralização, Gestão de Trabalho, Atenção Básica, Financiamento da Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família; Equipe Saúde da Família
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei do Orçamento Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
NOAS	Norma Operacional da Assistência À Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
RCL	Receita Corrente Líquida
RH	Recursos Humanos
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
2	OBJETIVOS	09
2.1	Geral	09
2.2	Específicos	09
3	MATERIAL E MÉTODO.....	10
4	CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS DOS ENFOQUES: DESCENTRALIZAÇÃO; ATENÇÃO BÁSICA; GESTÃO DO TRABALHO E FINANCIAMENTO.....	11
4.1	Significado da Descentralização.....	11
4.2	Atenção Básica.....	11
4.3	Gestão do Trabalho na Saúde.....	12
4.4	Financiamento na Saúde.....	13
5	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA SOB O FOCO DA DESCENTRALIZAÇÃO	14
5.1	Entendendo a Descentralização.....	14
5.2	O Processo da Descentralização Administrativa/Financeira na Saúde	15
5.3	A Descentralização e o Fortalecimento da Atenção Básica	22
5.4	As Repercussões da Descentralização na Gestão do Trabalho	27
5.5	Dilemas do Financiamento da Atenção Básica nos Sistemas Municipais de Saúde	31
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS	41
	APÊNDICES.....	46
	Apêndice A – Pôster de Apresentação.....	46

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo refletir sobre o processo da descentralização na política de saúde do Brasil, tendo como foco o incremento da Atenção Básica, seus efeitos para política de recursos humanos, bem como seu financiamento. Esta composição é tomada como relevante na compreensão dos problemas enfrentados para fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A escolha deste tema pela equipe foi motivada pela relevância e pelas discussões que hoje existem nas academias, nos ambientes de trabalhos em saúde e na sociedade como um todo, sobre os limites e avanços do SUS.

Historicamente o Brasil foi administrado de maneira fortemente centralizada, desde o período colonial, com exceção de um breve período, a República Velha. Porém, este perfil mudou com a Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, que resultou de um processo gestado por décadas. A criação do SUS determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196), reflete esse momento democrático (BRASIL, 2003).

Com a Constituição fica então previsto o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

È de censo comum o sucesso da descentralização com o aumento da base técnica da gestão pública em saúde a nível local, com a expansão da Atenção Básica, a partir de 1995, ampliando o acesso da população a saúde anteriormente excluída (FALEIROS et al., 2006).

O SUS, enquanto produto da Reforma Sanitária Brasileira, se constitui numa moderna proposta de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais a valorização do nível municipal.

Neste contexto, a atenção básica é vista como a porta de entrada do sistema e o caminho pelo quais os problemas de saúde são também encaminhados a outros níveis de assistência, concretizando o acesso do cidadão à saúde e principalmente visando garantir os princípios de integralidade e universalidade.

Conseqüentemente novas formas de organizações do financiamento das ações de serviços de saúde são criadas a partir do crescimento da Atenção Básica, acompanhada pelo avanço do processo de municipalização (MARQUES; MENDES, 2001).

Por outro lado, com o avanço do processo de municipalização surgem problemas na gestão de pessoas que, por ser uma função política, envolve ações de negociação e pactuação e requer dos gestores além do enfrentamento da escassez de recursos financeiros para viabilizar a produção dos serviços prioritários na política de saúde, os mesmos também são obrigados a contornarem os inúmeros obstáculos legais e administrativos – A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

O financiamento tem sido a grande “mola propulsora” para implantação de qualquer programa, apesar do sistema ter estimulado a descentralização. Contudo, o modelo de financiamento, com parte da aplicação dos recursos já definidos, pode forçar os municípios a uma política vertical, atendendo mais a necessidades de convênios e programas que realidade epidemiológica local (SOUSA, 2005).

Nesta perspectiva Vecina e Reinhard (1998), advertem que “apesar do alcance social do SUS, não tem sido possível implantá-lo da maneira desejada, em decorrência de sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação”.

Portanto, um tema que emerge na agenda de consolidação do sistema de saúde, tem sido a questão do financiamento. Isto decorre do fato de que o SUS está intimamente relacionado aos aspectos relativos às formas de financiamento. Uma vez que são através deste que os municípios recebem os recursos federais nas modalidades de transferências fundo a fundo, para a produção de serviços e convênio de acordo com o tipo de gestão estabelecida pelas Normas Operacionais (SOUSA, 2005).

Sabe-se que a passagem das condições de desigualdades para uma situação mais equitativa, no sistema de saúde, vai depender de maior disponibilidade de recursos financeiros para o setor, mas também da melhor forma de usar os já existentes. Pensando desta forma Travasso (1999) afirma que “aliada a estes fatores é indispensável à implementação de uma política redistributiva na alocação de serviços de saúde por meio de uma melhor redistribuição espacial e de financiamento”.

Logo, é necessário envolver ações de negociação e pactuação, que requerem dos gestores o enfrentamento da escassez de recursos para viabilizar a produção dos serviços prioritários na política de saúde (MALIK, 1998).

Por outro lado é de senso comum que os avanços em qualquer setor, inclusive no setor saúde, só ocorrem a partir de situações de conflitos, e isto se aplica entre os diversos atores envolvidos: gestores, trabalhadores do SUS e controle social.

2 OBJETIVOS

Geral

Investigar a relevância da descentralização como indutora de despesas para os gastos municipais de saúde.

Específicos

- a) Refletir sobre o processo de descentralização da saúde e seus efeitos na organização da atenção básica;
- b) Discorrer sobre os efeitos da descentralização da saúde no campo da gestão do trabalho;
- c) Apresentar como o processo da descentralização, pode favorecer a ampliação das despesas nas políticas de saúde.
- d) Relacionar descentralização e atenção básica como indutores de gastos na política de saúde no âmbito municipal.

3 MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa, quanto a sua natureza, trata-se de um estudo descritivo, ou seja, “[...] pode também estabelecer correlações entre variáveis, não tendo o compromisso de explicar os fenômenos que descreve” (TOBAR; YALOUR, 2001).

Recorreu simultaneamente a pesquisa bibliográfica documental de relatórios e planos para a exploração do arcabouço legal-normativo. Analisaram-se a Constituição Federal de 1988, Legislação Complementar do SUS, as Normas Regulatórias-Operacionais do SUS e Portarias, destacando, em especial, a Lei de Responsabilidade Fiscal e a Portaria do Pacto pela Saúde.

Neste contexto, buscou-se identificar os elementos que situem os gastos públicos na atenção básica, dando sempre destaque aqueles que remetessem a questão da descentralização do setor saúde, mais especificamente, dos recursos financeiros do SUS no âmbito municipal, procurando identificar na literatura existente, autores que discutem tal problemática.

4 CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS DOS ENFOQUES: DESCENTRALIZAÇÃO; ATENÇÃO BÁSICA; GESTÃO DO TRABALHO E FINANCIAMENTO.

4.1 Significado de Descentralização

O termo descentralização, na sua prática, normalmente vem sendo confundido com desconcentração administrativa, portanto se faz necessário uma discussão sobre os mesmos.

Na desconcentração ocorre o deslocamento de responsabilidades de um nível hierárquico superior para outro de inferior hierarquia, sem a garantia do repasse do poder decisório. Na descentralização observamos a partilha de poder baseada na negociação do processo decisório global, ou seja, a garantia de autonomia (ARAÚJO, 2001).

Segundo Arretche (1996):

Por “descentralização” se entende a distribuição de responsabilidades para a gestão de serviços públicos de saúde entre as esferas de poder, que induzida pela Constituição de 1988, na década de 1990 passa a ser processada e efetivada em seus princípios e diretrizes identificando-se uma clara participação dos municípios na ampliação da oferta de serviços de saúde, bem como a responsabilidade pela gestão dos trabalhadores de saúde municipalizados.

4.2 Atenção Básica

Vários estudiosos conceituam de formas distintas a Atenção Primária à Saúde (APS), as quais têm fundamentado as políticas e práticas de saúde no Brasil. “Segundo Testa (1992), a APS é um programa de medicina simplificada; para Scheraiber (1998) seria o primeiro nível, atendimento de primeira linha; já para a Organização Pan-Americana da Saúde (1990) seria um componente estratégico da proposta de saúde” (PAIM, 2003).

Segundo Starfield (2002 apud PAIM 2003), a atenção primária no âmbito internacional tem sido definida como “aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas”.

Já no Brasil, o Ministério da Saúde buscando evitar a conceitualização negativa da concepção de APS como “atenção primitiva de saúde”, decidiu utilizar a expressão Atenção Básica de Saúde (ABS), passando então a ser definida como “um conjunto de ações, de

caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 1998 apud PAIM, 2003).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a atenção básica caracteriza-se por:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária [...] (BRASIL, 2006a).

Ainda de acordo com Silva (2001), “Atenção Básica tem como objeto o sujeito em sua singularidade, sem perder de vista a complexidade do ser, na sua integralidade e inserção sócio-cultural”. Tem como meta proporcionar ao indivíduo a possibilidade de viver de forma saudável, através da busca da promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimento (SILVA, 2001).

4.3 Gestão do Trabalho na Saúde

De acordo com o Ministério da Saúde, “é uma política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2007a).

Da mesma forma Pierontoni (2006), relaciona gestão de pessoas a “uma função política, envolvendo ações de negociação e pactuação, que requer dos gestores o enfrentamento da escassez de recursos financeiros para viabilizar a produção dos serviços prioritários na política de saúde [...]”.

Segundo Malik (1998), quando trata em sua obra sobre gestão do trabalho infere que “o conceito de recurso humano assume um modelo que privilegia a produção, o produto, o resultado e não as relações e as percepções”, portanto, considera que a gestão de Recursos Humanos, mesmo na administração pública, tem como objetivo manter a organização produtiva, eficiente, eficaz, a partir da mobilização adequada das pessoas que ali trabalham.

Do mesmo pensamento comunga Araújo (2006) quando afirma que “o trabalho deixou de ser visto como parte da vida do homem, como ser criativo e acumulador de saberes

(através da atividade, da produção da obra e do esforço), para estar vinculado a produtividade e ao desenvolvimento econômico”.

4.4 Financiamento na Saúde

Segundo o Ministério da Saúde, “Financiamento é um processo de arrecadação de recursos monetários destinados à execução de um gasto, ou à realização de um investimento, ou à obtenção de um objetivo específico” (BRASIL, 2007a).

Já Ferreto et al. (2007) conceitua como “mecanismos relacionados à transferência de recursos financeiros a atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde”.

Também neste contexto, conceitua-se:

Financiamento *per capita*, “como um sistema de financiamento de serviços e de insumos de saúde em que a entidade financiadora destina uma quantidade fixa, geralmente mensal, ao prestador, para cada uma das pessoas cobertas, sem levar em consideração outros critérios, como o perfil epidemiológico” (BRASIL, 2007a).

Financiamento Governamental, “como métodos governamentais federais, estaduais ou municipais de assistência financeira” (PEREIRA et al., 2006).

Gastos em Saúde, como “quantidade de recursos financeiros aplicados na atenção e prestação de cuidados de saúde, em sua totalidade ou com seus componentes, seja por pessoas, grupos, países ou instituições públicas e privadas” (PORTO, 1990).

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA SOB O FOCO DA DESCENTRALIZAÇÃO

5.1 Entendendo a Descentralização

Historicamente, constatamos que no Brasil a lógica da descentralização provém de uma visão econômica, quando procurou racionalizar o gasto público, e de uma visão política, buscando a estratégia da democratização das relações entre Estado e sociedade, bem como objetivando a reforma do Estado (ARAÚJO, 2001).

Existe um consenso entre estudiosos da Reforma Sanitária da importância da descentralização na implementação do SUS, porém, ocorrem divergências de pensamentos quanto à forma pela qual o processo foi conduzido. Para alguns foi possibilitada uma excessiva autonomia municipal, já para outros é justamente a dificuldade de autonomia, principalmente financeira, um dos maiores problemas da gestão a nível local (SILVA, 2001).

Vale salientar que a situação atual consolidada no Brasil é de uma descentralização dependente, mesclada de situações de dependência tutelar onde a transferência negociada de recurso fragiliza a relação dos entes envolvidos, e de uma descentralização baseada em recursos vinculados a critérios legalmente estabelecidos e negociados (ARAÚJO, 2001).

Em estudo realizado por Bueno e Mehry (1997), estes afirmam que “[...] os que são partidários da municipalização com maior autonomia possível criticam, as normas federais que operacionalizam a descentralização, considerando-as dificultadoras do pleno exercício da autonomia local, ao imporem parâmetros e políticas de cima para baixo, sem a participação dos atores locais”.

Uma outra forma de olhar o processo da municipalização no Brasil é vista por Cunha (1994 apud PAIM 1999), ao relacionar com a questão da distribuição de poder, quando afirmando que: “Municipalizar a saúde significa o reconhecimento da responsabilidade política do município com a saúde dos seus cidadãos”. Portanto, considera a descentralização uma estratégia para a concretização dos princípios do SUS, de integralidade, universalidade, equidade e controle social, através do empoderamento das ações e serviços de saúde envolvendo atores responsáveis pelo processo, ou seja, o poder público e a sociedade.

É óbvio que a municipalização provocou o deslocamento de poder a nível municipal, principalmente após a vigência da Norma Operacional Básica (NOB SUS/96), impulsionadas por formas de pensar dos atores envolvidos. Como consequência a agenda das decisões políticas é influenciada de acordo com a forma de pensar desses atores, ou seja, pelos que são

favoráveis ao movimento sanitário e que consideram a descentralização como “estratégia de democratizar a saúde”, e de forma distinta, por aqueles que pensam a descentralização como estratégia de ajuste estrutural da economia quando da delegação de responsabilidades a nível local (SILVA, 2001).

Destes embates políticos surgem reflexos, que se traduzem em conflitos locais vivenciados pelos gestores perante as limitações ao cumprimento de políticas públicas eqüitativas e redistributivas, que estão diretamente ligadas às dificuldades do financiamento.

É lógico que quanto mais o poder se desloca para os níveis locais, mais o movimento sanitário consegue avançar na implementação do SUS, porém, questões estruturais limitam a capacidade de intervenção dos gestores que precisam apoderar-se de estratégias adequadas e inovadoras para a superação dos mesmos (SILVA, 2001).

Segundo Mendes (2002), “na prática sanitária do sistema de saúde observamos a coexistência duas forças conflituosas, uma expansiva e outra controladora”. Considera como forças que exigem expansão:

- a) A questão demográfica, com o envelhecimento da população e suas repercussões na saúde individual e coletiva;
- b) A complexidade do quadro epidemiológico, no qual as doenças crônico-degenerativas e causas externas se somam às doenças infecciosas;
- c) A disseminação na população do conceito de medicalização que impulsiona o crescimento da oferta/demanda por serviços médicos;
- d) O crescimento urbano interferindo na situação de morbi-mortalidade da população;
- e) A ampliação dos custos na saúde em virtude da incorporação tecnológica;
- f) O aumento do número de profissionais em saúde, em virtude da necessidade do serviço;
- g) A pressão exercida pelo corporativismo empresarial e profissional, na busca da obtenção de lucros independente das necessidades sociais de saúde da população.

5.2 O Processo da Descentralização Administrativa/Financeira na Saúde

Na maior parte da história brasileira, a criação de recursos administrativos necessários para o desempenho de capacidades estatais esteve concentrada no nível central de governo, no entanto, foi certamente a partir de 1930 que com a emergência do Estado desenvolvimentista e a ampliação progressiva das funções de governo, a União assumiu uma parcela altamente

significante da capacidade financeira e administrativa com os demais níveis de governo (ARRETCHE, 1996).

A forma centralizada do Estado é resultado de dois movimentos simultâneos: de um lado, os principais tributos e fontes de recursos fiscais passaram progressivamente a ser de competência exclusiva do governo federal (centralização financeira); e de outro, foi também no nível federal que se desencadeou uma estratégia de fortalecimento institucional, que compreendeu a criação de órgãos administrativos com objetivos de formular propostas de desenvolvimento econômico e de inovação em política social, bem como a formação de burocracias tecnicamente desenvolvidas. Esses dois movimentos de acordo com Arretche (1996) “dotou o nível federal de governo de uma capacidade de inovação política, de formulação de políticas de longo prazo e de cooptação do capital privado nacional e da classe trabalhadora que não teve – até muito recentemente - paralelo em qualquer outra instância de governo”.

A centralização tributária na União significava que estados e municípios dispunham de uma margem muito pequena de recursos a serem aplicados de forma livre, isto é, o governo federal vinculava as transferências a itens de despesa e, desse modo, a centralização tributária implicava falta de autonomia de gasto, ou seja, estreita margem decisória para estados e municípios, porém não significava indisponibilidade de recursos.

Nesse sentido, a centralização estatal a partir de 30 - e que teve uma expansão contínua até fins da década de 70 - não é apenas fruto de um processo de expropriação das capacidades de governo dos níveis subnacionais, mas também - e fundamentalmente - derivada do fato de ser, segundo Bresser (1998), “o nível federal que demonstrou elevada capacidade de inovação institucional e de resposta às pressões advindas dos processos de industrialização e urbanização em curso”.

Contudo, desencadeou-se a crise administrativa, que teve origem no regime militar em 1964, onde a concentração dos recursos fiscais e a formação de agências encarregadas da formulação de políticas nacionais na União alcançaram níveis sem precedentes, quando o governo federal ampliou sua capacidade de extração de recursos financeiros (seja pela reforma tributária de 66, seja pela ampliação da capacidade de obtenção de recursos via fundos extra-orçamentários), bem como expandiu significativamente o volume de empresas estatais, de órgãos públicos de regulação da atividade econômica e de agências federais encarregadas da prestação de serviços sociais (ARRETCHE, 1996).

A forma de expansão do Estado realizado durante o regime militar teria como consequência a criação de capacidades institucionais e administrativas nos estados e

municípios, que de acordo com Arretche (1996) “capacidades estas que em parte explicam a natureza do processo de descentralização hoje em curso”.

No período pós-64, as transferências de recursos especialmente para os municípios - significaram a possibilidade de seu fortalecimento administrativo. Ao examinar as disposições finais da receita tributária global no período da centralização fiscal revelou-se que, do correspondente de recursos de que dispunha efetivamente cada nível de governo uma vez realizado as transferências constitucionais, ocorreram uma queda significativa no que diz respeito aos estados, que de acordo com Afonso (1993) foi de “34% do total da receita tributária em 1960, para 26% em 1988; mas, no que diz respeito aos municípios, houve elevação de 6,5% do total da receita tributária em 1960, para 11,4% em 1988”.

Em outras palavras, ainda que certamente distribuída de modo inteiramente desigual no interior do território nacional, os municípios brasileiros, mesmo sendo fortemente controlados pelo governo central, posteriormente a 1964 conseguiram aumentar sua capacidade de gasto (SOUSA, 2005).

No Brasil a idéia de uma administração pública gerencial é antiga. Tem sua origem na primeira reforma administrativa, nos anos 30 e mais tarde na segunda reforma ocorrida em 1967 através do Decreto-lei nº. 200/67 que buscou superar a rigidez burocrática, porém que fracassou devido a ter facilitado a sobrevivência de práticas patrimonialistas e fisiológicas (BRESSER, 1998).

No período de 1979 a 1994, o Brasil vivenciou um processo de estagnação da renda per capita e de alta inflação, provocada pela incapacidade do Estado de coordenar o sistema econômico, a forma burocratizada pela qual o Estado era administrado e a crise política vivenciada, marcando o processo da redemocratização iniciada nos anos 80 (SOUSA, 2005).

Ao mesmo tempo, nas duas últimas décadas ocorreram intensas mudanças no sistema de saúde brasileiro, fortemente relacionadas com as transformações ocorridas no âmbito político-institucional.

No princípio da década de 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde (VECINA; REINHARD, 1998).

Segundo Oliveira (2006), com a transição democrática no período de 1988 a 1989 “[...] foi praticada intensamente uma política patrimonialista que iria se refletir na administração pública da Constituição, que permitiu em seu arcabouço que privilégios fossem

criados ou consolidados, agravando ainda mais a crise na administração pública, pois gerou enrijecimento burocrático extremo”.

Desde a Proclamação da República (1889) que o Brasil está organizado numa federação, e foi através da Constituição promulgada em 1988, visando organizar as relações de poder, optou pelo federalismo onde se pressupõe a dupla soberania, ou seja, o poder do autogoverno dos entes federados e o poder nacional que representa toda a população do país. A justificativa desta escolha se deve a heterogeneidade do território nacional em vários aspectos e a unidade na diversidade que garante as autonomias locais (BRASIL, 2007b).

Portanto, passou adotar de modo mais significativo o federalismo fiscal, por meio da descentralização das atividades do Governo, ampliando as atribuições dos Estados e Municípios no que diz respeito à arrecadação de impostos, à repartição dos mesmos entre os entes da Federação e à competência de cada esfera em relação aos serviços públicos a serem prestados.

Como conseqüências dessas novas atribuições, obtiveram-se o aumento da responsabilidade de Estados e Municípios nos que diz respeito à prestação de serviços públicos, e vale salientar, sem a contrapartida de receita própria, com uma maior dependência de transferências intergovernamentais (GILBERTI, 2004).

Por outro lado, o controle positivo do déficit público estadual e municipal escapa da esfera federal, sendo este controle tão mais difícil quanto maior a descentralização dos gastos e quanto menor sua padronização vale salientar que para Gilberti (2004) “[...] por mais que o Governo Federal se empenhe em realizar superávit, o ajuste fiscal pode ficar comprometido se Estados e Municípios usarem os fundos públicos de forma irresponsável”.

Na segunda metade da década de 90, os Estados enfrentaram a crise fiscal em decorrência dos gastos excessivos e da falta de controle da União sobre os mesmos.

Segundo Gilberti (2004), a citada crise ocorrida em 1997:

[...] é caracterizada pelo endividamento dos Estados brasileiros, que resultou no refinanciamento das dívidas de 25 dos 27 Estados brasileiros pelo Governo Federal. Nesta ocasião, além dos recorrentes déficits, os Estados apresentavam um histórico de gastos com pessoal bastante elevado, equivalendo em média a 79,1% da receita corrente líquida, em 1995, 65,4%, em 1996, e 59,8%, em 1997.

Como instrumento para conter os déficits públicos e endividamento crescente das unidades da federação, foi introduzida a Lei de Responsabilidade Fiscal (maio/2000) que é a norma orçamentária mais recente adotada pelo país. Entretanto, ela não se restringe apenas a impor limites ao gasto e ao endividamento, mas também contempla o orçamento como um

todo ao estabelecer diretrizes para sua elaboração, execução e avaliação, o que a torna o instrumento de controle fiscal mais abrangente já instituído no país.

As regras de conduta fiscal estabelecidas na LRF se aplicam à União, aos Estados e aos Municípios de modo irrestrito e sua base na elaboração do orçamento está nas leis orçamentárias já vigentes, através da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei do Orçamento Anual (LOA) (GILBERTI, 2004).

O papel da LRF, neste caso, foi o de estabelecer a inclusão na LDO do Anexo de Metas Fiscais, o qual deve conter as previsões de receitas e despesas, bem como os resultados nominais, dos dois anos seguintes, e um Anexo de Riscos Fiscais, que deve avaliar os possíveis fatos que possam impactar nos resultados fiscais estabelecidos para o exercício em vigor.

Além disso, estabelece que a LOA deva apresentar um demonstrativo que concilie o orçamento com as metas previstas no Anexo de Metas Fiscais da LDO; apresente a previsão da reserva de receitas que possam ou não a vir ocorrer, em percentual da Receita Corrente Líquida (RCL), destinada ao pagamento de restos a pagar, passivos contingentes e outros imprevistos fiscais; e as despesas relativas à dívida pública mobiliária e contratual, bem como as respectivas receitas, com exceção do refinanciamento da dívida que deve ser demonstrado de forma separada. Essas medidas visam garantir a consistência entre objetivos e execução, buscando uma maior transparência no processo de elaboração do (GILBERTI, 2004).

Porém, segundo Bremaeker (2000), é preocupante para os gestores municipais a necessidade de execução de um cronograma mensal de desembolso, com vista a que se possa avaliar o cumprimento do Anexo de Metas Fiscais.

Como poderão os Municípios cumprir este mandamento, se não têm controle e praticamente nenhum deles possui os meios e condições técnicas que os possibilitem efetuar previsões que consigam determinar, com a precisão necessária, como poderão vir a ocorrer os desembolsos referentes a maior parcela de recursos de que têm direito, qual seja, sobre as transferências constitucionais: FPM, ICMS, IPVA, ITR e outras? (BREMAEKER, 2000).

Visando a correção de eventuais desvios nos gastos públicos, a LRF estabeleceu mecanismos claros impedindo o gestor de realizar empenhos que ultrapasassem o cumprimento das metas fiscais, com exceção das despesas obrigatórias ou inseridas na LDO, ou ainda, relacionadas a favor da dívida.

Somam-se a isso as exigências estabelecidas pela chamada “Regra de Ouro”, que limita os gastos do gestor frente ao total da despesa de capital. Também, buscando evitar o mau uso por parte dos gestores nos períodos eleitorais, e particularmente de reeleição, foram

criadas formas de controle das finanças públicas. Sendo assim, todos os limites estabelecidos por lei devem ser respeitados na execução do orçamento (GILBERTI, 2004).

A LRF também privilegia a questão da transparência ao exigir a publicação de relatórios de execução. Portanto, estabelece a obrigatoriedade da publicação, ao fim de cada semestre, do Relatório Resumido de Execução Orçamentária, bem como a entrega ao final de cada quadrimestre do Relatório de Gestão Fiscal, contendo os demonstrativos do período do exercício, a comparação entre os limites estabelecidos pela lei e o alcançado pelo município, e a indicação das medidas corretivas adotadas caso algum limite tenha sido ultrapassado (GILBERTI, 2004).

Mesmo com a redução do número de Municípios em situação de déficit fiscal após a LRF, uma significativa parcela dos Prefeitos Municipais ficou preocupada com a aplicação dos rigores da mesma, visto que, o pagamento do conjunto de despesas do exercício corrente e das obrigações de exercícios anteriores dificulta o equilíbrio financeiro (BREMAEKER, 2000).

Contudo, dentre todas as questões contempladas pela Lei, os limites de gasto com pessoal e endividamento e a Regra de Ouro são os pontos que mais afetam o gasto público e atuam diretamente no sentido de conter déficit e acumulação de dívidas.

Vale salientar que o governante que não cumprir a LRF, que inclusive apresenta prazos, alternativas e caminhos para que suas regras possam ser cumpridas, vão estar sujeito a penalidades, as chamadas sanções (GILBERTI, 2004).

Há dois tipos de sanções: as institucionais previstas na própria LRF, e as pessoais, previstas na Lei Ordinária que trata de Crimes de Responsabilidade Fiscal. Segundo o texto da LRF, caberá os Tribunais de Contas fiscalização e o cumprimento de suas normas.

Portanto estarão sujeitos a *sanções institucionais*: o gestor que não prever arrecadar e cobrar tributos que sejam de sua competência, terão como consequência suspensão das transferências voluntárias, ou seja, recursos geralmente da União ou dos Estados; quem ultrapassar 95% de gastos com pessoal, ficando suspensa à liberação de novas vantagens aos servidores, à criação de cargos, as novas admissões e a contratação de horas extras; e quem não obedecer aos limites à dívida, quando extrapolado o prazo de retorno ao limite máximo ou mesmo se permanecer com excesso, não receberá recursos da União ou do Estado (MEDEIROS et al., 2006).

Quanto às *sanções pessoais*, previstas em lei ordinária - a Lei de Crimes de Responsabilidade Fiscal, os gestores poderão ser responsabilizados pessoalmente e punidos,

através da perda de cargo, proibição de exercer emprego público, pagamento de multas e até prisão (MEDEIROS et al., 2006).

Também em 2000, com o objetivo de garantir os recursos necessários para o atendimento da saúde pública, foi editada a Emenda Constitucional N°. 29 (EC 29/2000), que alterou a Constituição Federal de 1988 assegurando a efetiva co-participação da União, Estados dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2000b).

Atualmente os recursos que constituem o financiamento do SUS, são oriundos de três fontes principais: recursos de tributos e contribuições federais, recursos de tributos estaduais e recursos da arrecadação tributária municipal (COUTTOLENC, 1998).

Do ponto de vista do município, as fontes de financiamento são diversificadas e exigem sistemáticas de repasses, contabilização e controle bastante diversos, e provem de: Recursos do Tesouro Municipal; Repasses federais baseados em valor *per capita* ou valor global; Repasses federais provenientes da remuneração de serviços prestados; Receita de serviços prestados a empresas, seguradoras e planos de saúde particulares; Fontes esporádicas de recursos, que podem em dado momento ser substanciais, incluir doações e financiamentos oriundos da ajuda internacional, repasses federais a programas e atividades específicas e receitas por alienação de bens; e Fontes potenciais (COUTTOLENC, 1998).

Como principal instrumento de viabilização da gestão dos recursos financeiros do SUS, foi criado o Fundo Municipal de Saúde (FMS) que tem como finalidade permitir maior flexibilidade e autonomia da gestão dos mesmos pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), facilitar o seu repasse entre as esferas de governo, garantindo que estes não sejam desviados para outros fins, facilitar o controle social e propiciar maior racionalidade na alocação e gestão dos recursos da saúde (COUTTOLENC, 1998).

Contudo de acordo com Couttolenc (1998):

As Secretarias Municipais de Saúde (SMS) devem necessariamente se instrumentalizar para a gestão financeira complexa que isso exige, pois mesmo que o manejo do Fundo Municipal de Saúde e eventuais contas separadas sejam de responsabilidade de outra secretaria (de Finanças, por exemplo), toda a documentação, registro e controle cabem em geral à Secretaria Municipal de Saúde.

O FMS é uma conta especial para onde devem ser fluídos todos os recursos financeiros destinados à saúde, qualquer que seja sua origem. E seu funcionamento é regulado por uma série de leis e regulamentos, decretos, portarias e normas específicas.

Os ingredientes contidos na LRF são no sentido de que seja adotado um processo permanente de planejamento, com transparência na elaboração e divulgação dos documentos

orçamentários e contábeis, amplo acesso da sociedade às informações sobre as contas públicas e a adoção de medidas corretivas e punitivas de eventuais desvios (BREMAEKER, 2000).

Portanto, cabe ao gestor público pautar-se num competente planejamento orçamentário em relação às contas públicas, evitando a aplicação do dinheiro público em prioridades imediatistas.

Justifica-se considerar que a concretização da descentralização administrativa/financeira no Brasil ocorrerá de fato na medida em que se garanta maior disponibilidade financeira dos poderes regionais e locais, facilitando a responsabilização dos mesmos, a integração intersetorial e a participação social (ARAÚJO, 2001).

5.3 A Descentralização e o Fortalecimento da Atenção Básica

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem servido de modelo institucional para vários outros setores governamentais, tais como segurança pública e assistência social, em virtude de sua prática exitosa quando se utiliza da parceria das três esferas de governo, federal, estadual e municipal e sob a vigilância do controle social através dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2007b).

A sua regulamentação ocorreu por meio das leis federais de números 8.080 e 8.142 (ambas sancionadas em 1990), que detalham a organização e o funcionamento do sistema, e por sucessivas leis, que desde então, têm ampliado o arcabouço jurídico nacional relativo à saúde.

O processo da descentralização de ações e serviços de saúde só tomou impulso com a Norma Operacional Básica do SUS de 1991 (NOB/91), que mantinha o município praticamente na condição de prestador de serviços, e se concretizou com a NOB/93.

Contudo foi no final da década de 90, que se iniciou a construção de um novo modelo assistencial focado na prevenção e através da proposta de atenção básica, tendo como operacionalização a Programa Saúde da Família (PSF)*, incorporando gradativamente a experiência anterior do Programa de Agentes Comunitários (PACS).

*O Programa Saúde da Família (PSF), instituído em 1994, passou a ser considerado como Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir de 2003, razão da coexistência no texto das duas siglas respeitando o período cronológico.

**Dependendo do contexto, a sigla “ESF” poderá significar “Estratégia Saúde da família” ou “Equipe Saúde da Família”.

Vale salientar que o PACS tinha como finalidade original a cobertura de ações de saúde às populações rurais e às periferias urbanas, dirigindo-se especialmente para ações aos grupos materno-infantil, sendo depois ampliadas suas ações para articulação com a comunidade, através do desenvolvimento de ações básicas de saúde e educação nos níveis individual e coletivo (PAIM, 2003).

Posteriormente através da NOB 96, é que o PSF se institucionaliza e ganha evidência, uma vez que esta portaria estimulou a descentralização / municipalização da saúde ao mesmo tempo em que enfatizou a implantação do Programa de Saúde da Família, criando também o Piso da Atenção Básica (PAB) que é o incentivo financeiro com modalidade de transferência *per capita* de recursos federais para os municípios, determinando o crescimento do número de equipes de saúde da família.

Deve-se considerar que a expansão dos Programas de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) caracterizam a descentralização da saúde no Brasil, e ocorreram principalmente em função de incentivos financeiros do Ministério da Saúde, vinculando valores ao Piso da Atenção Básica (PAB) na contribuição dos programas. Particularmente este incentivo deu ênfase a expansão ao ESF, ao autorizar o pagamento das equipes implementadas de forma proporcional à cobertura populacional no município, ou seja, aquele que cobrisse mais de 50% de sua população com a Saúde da Família, receberiam mais por cada equipe do que os que tivessem cobertura menor de 50% (SILVA, 2001).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2001 (NOAS-SUS) veio a fortalecer e aprofundar ainda mais o processo de regionalização, além de buscar garantir o acesso a todas as ações e serviços de saúde, “[...] passam a ser de responsabilidade da atenção básica a serem executadas pelas equipes de saúde da família, as ações de: saúde da criança e da mulher; controle de hipertensão; diabetes e tuberculose; eliminação da hanseníase; e ação de saúde bucal” (BRASIL, 2001b).

Esta norma procura avançar no processo de responsabilização dos gestores estaduais e municipais, sendo regido por três princípios: a descentralização das responsabilidades; a regionalização com ênfase no planejamento territorial; e a hierarquização da rede assistencial. Porém, como na NOB 96, também usa o financiamento como principal instrumento da política de saúde.

Sabe-se que desde a implantação do SUS, que os gestores das três esferas de governo são enfáticos em priorizar o nível de atenção básica, através de vários modelos assistenciais tais como “vigilância em saúde”, “ações programáticas de saúde”, “saúde da família” e outros (MARQUES; MENDES, 2001).

Segundo a OMS “é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde [...] constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (BRASIL, 2001a).

Contudo, foi no segundo seminário da Conferência Nacional de Secretários de Saúde em 2003, intitulado “Atenção Primária”, que ficou estabelecido que o Programa Saúde da Família (PSF) seria a estratégia de APS que reorientaria o modelo assistencial, tendo como princípio: “a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, co-responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social” passando, portanto, a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE, 2007a).

Já em 2007, em documento elaborado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a Atenção Primária Saúde foi vista como a possibilidade de buscar o equilíbrio entre duas metas a serem alcançadas: “melhorar a saúde da população e proporcionar a equidade na distribuição de recursos”, mas para que isto venha a ser alcançado se faz necessário à conquista de alguns desafios:

- a) A valorização política e social do espaço da Atenção Primária à Saúde junto aos atores envolvidos;
- b) Recursos humanos, que é sentida na gestão das três esferas de governo e se evidencia a nível local, de quando da dificuldade de contratação de profissionais com perfil adequado ao que se pretende e se espera nas ESF;
- c) Duplicação das redes de atenção, que em muitos locais convivem em um mesmo território unidades tradicionais e unidades de saúde da família, sendo estes pontos geradores de conflitos gerenciais;
- d) Práticas das equipes, com dificuldades internas nas conduções das ações de saúde de seu território;
- e) O financiamento, uma vez que não é possível contar com recursos suficientes na garantia da universalização do acesso dentro do processo de construção do SUS. Esta dificuldade tem levado aos gestores o desafio da criatividade para implantação de incentivos específicos, como os vinculados ao desempenho;
- f) Avaliação e instrumento de gestão, que vem sendo construídos pelo Ministério da Saúde e demais atores visando o processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde.

Nesta perspectiva atenção à saúde, trata-se de uma administração estratégica que visa à reorientação do sistema de saúde através de uma atuação intersetorial, com foco na

identificação dos problemas e necessidades de saúde dos conjuntos sociais de sua área de abrangência da Equipe de Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família possibilita o estabelecimento de uma relação pessoal ao longo do tempo (longitudinalidade) entre indivíduos e a equipe de saúde, independente da existência ou não de um problema de saúde (o vínculo), proporcionando o acompanhamento do ciclo de vida dos indivíduos.

Implica um conceito amplo de saúde, pois dependendo da capacidade da equipe de identificar as necessidades bio-psi-social do indivíduo, favorece a integralidade das ações na prática clínica e comunitária, resolvendo grande parte dos problemas de saúde ou mesmo referendando a outros setores, como estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A questão da integralidade pressupõe a capacidade assistencial das ESF perante todas as necessidades em saúde da população adscrita, na execução de ações individuais e coletivas além do apoio coordenado dos outros níveis da rede de serviços de saúde.

O profissional de saúde na atenção básica, tem na prática do exercício do atendimento uma visão holística das diversas dimensões da vida do indivíduo partindo do sofrimento e indo de encontro às relações causais do processo saúde-doença, através da ênfase da comunicação e valorização dos sentimentos, transformando a relação numa prática integral que permite decisões mútuas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE, 2007c).

Portanto, a atenção básica é vista como porta de entrada do sistema quando identificada pela população e pela equipe, como primeiro recurso a ser buscado ao surgimento de um problema ou necessidade de saúde. Tem como consequência a ampliação do acesso da população aos serviços, disponibilizando ações de promoção, prevenção e tratamento que repercutem em melhores resultados de saúde através dos indicadores de morbi-mortalidade (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE, 2007c).

Apresenta características bem específicas que a diferencia dos demais níveis da rede de atenção à saúde (secundário e terciário), as quais são interdependentes e complementares e tem como enfoque atender as necessidades da saúde da população, e como valores enfatizar a equidade social, a co-responsabilidade entre a população e setor público, a solidariedade e apoderar-se do conceito amplo de saúde. Está voltado para os problemas mais frequentes da população adscrita, principalmente aqueles em fases iniciais e conseqüentemente menos definidos, portanto voltado a uma prática integral com responsabilidade clínica e territorial (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE, 2007a).

Possui como recurso a coordenação das ações/respostas, podendo utilizar para isso da informação para melhor identificação dos problemas de saúde, onde as ações de saúde devem ser planejadas pela ESF a partir do estudo constante de seu território, que estruturalmente é constituído por micro-áreas com características particulares que identificam áreas de maior e menor risco à saúde daqueles que ali residem, e que conseqüentemente são responsáveis pela maior ou menor freqüência de eventos de morbi-mortalidade.

O conceito de território pode ser entendido como a área de abrangência de uma ESF, onde, sob uma base geográfica se desenvolve uma rede de relações humanas com características próprias influenciadas por fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e epidemiológico, que ao se inter-relacionarem determinam o processo saúde-doença daquela população.

Além disso, com a Estratégia Saúde da Família, possibilita a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social, fazendo com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania de vida, visando humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.

Portanto, propõe a uma mudança no processo de trabalho, que tem como foco a promoção e a manutenção da saúde sem perder de vista a atenção às doenças, através de ações programáticas e de vigilância à saúde.

Em resumo, é evidente que a experiência inovadora da Estratégia Saúde da Família trouxe um impacto encorajador na proporção em que houve um compromisso maior da esfera federal para a expansão da rede assistencial local aliada a uma autonomia municipal na orientação do programa, entretanto, segundo Andrade et al. (2005) “é inegável que o ESF também impôs responsabilidades de gestão e demanda por profissionais qualificados e comprometidos com a filosofia inovadora inaugurada por essa política”.

Contudo, é preocupação de vários estudiosos, de que a ênfase na atenção básica não venha garantir a integralidade do atendimento a níveis de maior complexidade da saúde e nem a universalidade da cobertura, apesar de reconhecerem que a expansão da ESF, incentivada pelo Ministério da Saúde, é capaz de atingir seu principal objetivo que é a promoção da saúde e prevenção de doenças (MARQUES; MENDES, 2001).

Segundo Campos (1992 apud MARQUES; MENDES, 2001), há quem critique que o ESF adota o campo da vigilância à saúde centrada no território, conforme indicação da proposta da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), “sem dar muito valor para o conjunto da prática clínica, desconsiderando a necessidade de sua ampliação na abordagem

individual, isto é, sua atenção singular, importante para os casos em que os processos mórbidos já são presentes”. Contudo, tais críticas se referem mais a forma como o programa é estruturado e organizado.

Na avaliação da implantação e do funcionamento do ESF, segundo Brasil (2000 apud PAIM, 2003), os gestores estaduais visualizam as seguintes limitações:

[...] falta de entendimento dos gestores, alta rotatividade dos secretários municipais e estaduais de saúde; infra-estrutura precária das Unidades de Saúde da Família; dupla militância de médicos, condições de trabalho e vínculos empregatícios precários; insuficiência de profissionais, formação inadequada e dificuldade institucional de absorver o novo modelo.

Por outro lado, os gestores reconhecem a necessidade da ESF operar integrado a Rede Básica Assistencial Local já existente, porém, o fazem de diversas formas em decorrência da heterogeneidade dos municípios, com ofertas de serviços e capacidade técnica e administrativa diferenciadas, buscando adaptar o programa as suas realidades locais, embora sejam, na grande maioria das vezes, influenciados pelo financiamento (SOLLA et al., 2007).

Vale citar que aliada às questões do financiamento, de acordo com Andrade et al. (2005):

Esse dilema de superar a etapa da expansão quantitativa do acesso ao PSF e passar para uma discussão mais formuladora da consolidação da qualidade nas ações do programa e sua respectiva integração com o resto da rede assistencial do SUS marcam o cerne das discussões teóricas atuais, que se traduzem como desafios pragmáticos para os gestores de saúde, especialmente no nível municipal.

5.4 As Repercussões da Descentralização na Gestão do Trabalho

O SUS é o grande empregador dos trabalhadores de saúde, tanto no setor público como no privado credenciado, logo a política de Recursos Humanos representa, hoje, um dos grandes problemas para a gestão do SUS nos municípios.

Ocorreu como conseqüência da municipalização, que provocou à inversão da pirâmide do quadro funcional do serviço público. A base da pirâmide anteriormente constituída de servidores federais, com a descentralização, estados e principalmente os municípios passaram a absorver este contingente, provocando aumento nas despesas locais, como também levando a precarização das relações, remunerações e condições de trabalho dos trabalhadores de saúde, agravado pela não implementação do preceito constitucional do Sistema de Seguridade Social, e sub-financiamento do SUS (MACHADO, 2003).

Vale salientar que, definir o quadro de pessoal no setor público, logicamente a política de recurso humano, quase nunca é produto do setor de gestão de pessoas. O desenho da política de recurso humano tem em geral um componente muito mais político e com frequência essas políticas são decididas fora da organização, por pessoas alheias à instituição, que não conhecem as condições de trabalho, os trabalhadores, nem suas expectativas. As decisões tomadas para as políticas de recurso humano, são decisões que dão respostas ao contexto político em detrimento a real necessidade da organização (MALIK, 1998).

Historicamente é a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) um marco não só na reformulação do sistema de saúde brasileiro, mas também nas questões que diz respeito a gestão do trabalho.

Nesta Conferência foram lançadas propostas para gestão dos trabalhadores que passam a incluir entre outras reivindicações a isonomia salarial e o plano de cargo e salários, sendo também ponto de pauta a admissão por concurso público. O tema “Recursos Humanos” foi desenvolvido em cinco partes: valorização profissional, preparação de recursos humanos, órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e relação dos trabalhadores de saúde com usuários dos serviços (MALIK, 1998).

É importante lembrar que o setor público é regido por lei que associa as despesas com pessoal às receitas líquidas das administrações federais, estaduais e municipais o que dificultam a autonomia das instituições públicas no que diz respeito à contratação direta de pessoal (PIERONTONI, 2006).

Anteriormente, os limites para despesa de pessoal estavam previstos na Lei Complementar nº. 96 de 31 de maio de 1999, denominada Lei Rita Camata II, aprovada pelo Congresso Nacional, porém os Poderes Legislativo e Judiciário ficavam fora do alcance dessa lei. Com a LRF estabelece um código de conduta para os administradores públicos de todo o país, que passa a valer para os três Poderes, nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) (MEDEIROS et al., 2006).

Com a LRF os gastos com pessoal, os limites globais é de 60% da receita corrente líquida para Estados e Municípios e de 50 % para a União - já em vigor desde a Lei Complementar n.º 9619. A imposição de limites específicos para o gasto com pessoal está ligada ao fato deste ser o principal item de despesa corrente a apresentar um histórico elevado por um longo período. Gastos elevados com o funcionalismo público reduzem a receita disponível para fornecer serviços públicos básicos e para investir, em especial, no item infraestrutura (GILBERTI, 2004).

Com os limites impostos pela LRF, os gestores passaram a ter a obrigatoriedade de planejar e controlar os gastos com pessoal diante de uma estrutura existente, formada por uma diversidade de vínculos e salários, aliada a uma igualdade de tarefas (PIERONTONI, 2006).

Além disso, as proposições estabelecidas pelas relações de trabalho afirmam a necessidade de proteger o trabalho e o trabalhador do SUS com todos os direitos trabalhistas consagrados pela Legislação Nacional, bem como combater todas as formas de precarização do trabalho no SUS; recuperar o poder de compra dos salários no SUS, impor prestígio ao trabalho em saúde pela qualidade da remuneração e eliminar as disparidades salariais dentro das mesmas esferas de comando no SUS ou entre categorias profissionais de igual escolaridade; composições de equipes interprofissionais de trabalho em todos os serviços de saúde, segundo as necessidades sociais em saúde e administração de RH com mesas de negociação permanente, contratualização do trabalho com capacidade de avaliação de desempenho e isonomia salarial no SUS.

Alguns estudiosos pensam numa Reforma Administrativa do SUS, que venha a atender as especificidades dos princípios das organizações que compõem o SUS no âmbito federal, estadual e municipal. Que assegure a adoção de políticas públicas de gestão do trabalho que considere as diversidades regionais e garanta o caráter público do ingresso e estabeleçam carreiras no SUS (PIERONTONI, 2006).

Segundo o documento da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) - O SUS Pra Valer: Universal, Humanizado e de Qualidade, em Faleiros et al. (2006):

[...] que possibilitem a progressão associada não somente ao tempo de trabalho e qualificação, mas também aos resultados do trabalho e ao compromisso dos profissionais e das equipes com a melhoria da saúde da população.

O citado documento também sugere a redução dos cargos de confiança para a gestão em saúde, nas três esferas de governo e sua substituição por quadros técnicos e administrativos de carreira, para evitar que a gestão de saúde seja utilizada como moeda na garantia da governabilidade (FALEIROS et al., 2006).

Segundo Pierontoni (2006):

O campo da gestão do trabalho tem se deparado com desafios muitas vezes paradoxais: se por um lado sofre pressão de expandir o emprego para atender os princípios do SUS, por outro as políticas de restrição fiscal e a legislação trabalhista induzem a adoção de modalidades heterodoxas na contratação do trabalho.

Neste contexto, fatalmente se originou situações de conflitos, haja vista que o gestor municipal passou a assumir maiores responsabilidades frente às receitas e despesas com gastos públicos, principalmente no que diz respeito ao planejamento e controle com gastos com recursos humanos (ARAÚJO, 2006).

Várias são as situações potenciais de conflitos na gestão de pessoas, porém se destaca como tema de Conferência a questão da Humanização e do Acesso.

A falta de Humanização no atendimento é um dos pontos de destaque nas discussões sobre gestão de pessoas, e decorre em parte por falta de recursos que possam ser destinados para sensibilizar, motivar e capacitar os trabalhadores de saúde.

Logo, é importante reestruturar e aumentar os investimentos em Recursos Humanos, bem como possibilitar às Secretarias Estaduais de Saúde a realização de serviços fins, a cooperação técnica e auditorias, que viabilize o acompanhamento efetivo dos municípios.

Também se faz necessário, desenvolver uma política de capacitação para profissionais de saúde, em todos os níveis, em trabalho conjunto entre Secretaria Municipal de Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Universidade, com ênfase na humanização do serviço de saúde, que contemple não apenas aspectos técnicos, mas também éticos legais e de comunicação interpessoal, relacionados à atuação profissional, inclusive implementando cursos de capacitação à distância para os trabalhadores de saúde.

Garantir que todo profissional de saúde, ao ingressar no sistema, tenham o treinamento introdutório nos serviços, além de proporcionar aos Recursos Humanos em saúde o processo permanente de educação continuada nas três esferas de governo, sobre os princípios e diretrizes do SUS e conceitos básicos em Saúde Pública, de forma a facilitar o encaminhamento da necessária qualificação dos Recursos Humanos para o Sistema. Observamos que apesar da necessidade de profissionais com visão de saúde pública, não se remunera adequadamente nem se prioriza a qualificação dos mesmos.

Portanto, para o alcance dos objetivos esperados no setor saúde quanto à melhoria da situação de saúde da população e promoção da equidade social, levando-se em consideração as transformações nos processos de trabalho com incorporações tecnológicas e mudanças nos modelos assistenciais, além das restrições orçamentárias, se fazem necessário planejar a força de trabalho definindo o quantitativo, o perfil a composição dos recursos humanos, buscando-se principalmente reduzir as disparidades entre o quadro de pessoal existente e o proposto, sendo estes geradores de conflito (BRASIL, 2001a).

5.5 Dilemas do Financiamento da Atenção Básica nos Sistemas Municipais de Saúde

O Financiamento da Atenção Básica de Saúde ao longo do processo de implantação do SUS sofreu transformações significativas. Nos períodos anteriores a regulamentação do mesmo, a distribuição dos recursos se dava através da produção dos serviços remunerados, de acordo com a utilização de procedimentos basicamente assistenciais. A lógica do financiamento foi se alterando após a regulamentação da NOB-SUS 96, que passou a estabelecer o repasse de recursos vinculado ao critério com base populacional (MENEZES; ASSIS, 2006).

Ao ser implantada a NOB 96, que também visava combater o déficit público e promover o pagamento da dívida externa e interna, houve o recuo do Estado como produtor de serviços de saúde e ao mesmo tempo o crescimento acelerado do setor privado parceiro deste processo. Esta norma operacional sofreu várias alterações e foi finalmente implementada parcialmente em 1998, e estabeleceu duas modalidades de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal e nos estados a Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Gestão Plena do Sistema Estadual (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Com esta norma, o Ministério da Saúde fixou incentivos direcionados às ações básicas, através do PAB com seus dois componentes, o PAB Fixo e o PAB Variável, que foram responsáveis por mudanças significativas no perfil e no padrão de oferta de serviços no âmbito municipal (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE, 2007b).

Há quem afirme que a NOB/96 como um instrumento na operacionalização do sistema, ao aumentar as transferências diretas fundo a fundo na atenção básica pode impedir ou dificultar a construção de uma política de saúde elaborada a partir das necessidades locais. Isso porque, ao introduzir o mecanismo de transferência para a Atenção Básica (PAB), rompendo com a lógica de repasse global para a saúde de forma integral (NOB/93), criou as condições para o surgimento das políticas de incentivos financeiros que se seguiram posteriormente (SOLLA et al., 2007).

Seguindo esta lógica de pensamento, Marques e Mendes (2001) consideram que “a escassez de recursos da grande maioria dos municípios, e a presença dos incentivos na atenção básica estimulando os municípios a incorporar programas que lhe acrescentem receitas impede que estes mesmos municípios planejem uma política mais adequada às necessidades locais”.

Da mesma forma comunga Bueno e Merhy (1997), quando afirmam que “a NOB 96 poderia inibir a autonomia do município, induzindo-o a adotar programas não definidos localmente”.

Há de se considerar, entretanto que, com a NOB 96 a saúde pública apresentou mudança qualitativa a partir da participação dos recursos federais no financiamento da saúde. A união deixou de usar o pagamento direto ao prestador do serviço de saúde como a forma preferencial de destinar recursos, passando a dar prioridade às transferências a municípios e focalizando na Atenção Básica, de modo que os recursos a ela destinados foram cada vez mais importantes no total das transferências (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE, 2007b).

Contudo, com o avanço da descentralização do SUS resultou em maior participação dos municípios no financiamento da saúde, com pequena participação dos governos estaduais (SOLLA et al., 2007) e na queda relativa dos Recursos da União, muito embora eles continuem, remotamente, a ser a principal fonte de receita (MARQUES; MENDES, 2001).

Vale salientar que parcela importante da receita dos estados para o financiamento do SUS, bem como seu papel na oferta direta das ações e serviços de saúde, foi comprometida por priorizarem pagamentos de dívidas (SOLLA et al., 2007).

Com a NOAS-SUS buscou-se reorganizar as atividades assistenciais de forma regional, ou seja, a “regionalização da saúde” que visa promover modificações importantes nas relações entre os diversos gestores do SUS (estaduais e municipais), utilizando-se para isso do financiamento por meio do piso da atenção básica ampliada (PAB-Ampliado) e limites financeiros para a média e alta complexidade. Vale salientar que o PAB-Ampliado é um incremento aos valores já existentes.

Faz-se necessário a compreensão do comportamento dos recursos federais em saúde, onde as despesas do Ministério da Saúde são realizadas através de duas formas: pagamento direto aos prestadores de serviços e transferência a estados e municípios habilitados no SUS. Ao longo dos anos observou-se uma diminuição dos pagamentos diretos e conseqüente aumento da participação relativa das transferências, destinadas para a Alta e Média complexidade e para a Atenção Básica.

A separação dos recursos para a média e alta complexidade (MAC) daqueles destinados à atenção básica, mediante a criação do piso da atenção básica (PAB), Fixo e o Variável, reforçou o papel do ente federal como definidor da política de saúde. Dessa forma, segundo Elias et al. (2001):

O aumento de importância das transferências não foi acompanhado pela autonomia dos municípios na determinação da política de saúde. Esses,

dependentes dos recursos federais passaram a ser menos executores da política estabelecida no âmbito federal, o que torna a descentralização e a participação da comunidade princípios cada vez mais esmaecidos, esquecidos em nome da “eficiência” do gasto em saúde.

Portanto, o PAB foi importante para a ampliação da atenção básica, com repasses com base em critérios populacionais, eliminando o pagamento por produção de serviços. Com o PAB variável este processo foi aprimorado, através do financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica, tais como o estabelecimento do repasse em função do número de equipes de Saúde da Família, saúde bucal, agentes comunitários de saúde, etc. (SOLLA et al., 2007).

Com a Emenda Constitucional 29 (EC), foram criados os recursos destinados para a área da saúde, tendo a variação do Produto Interno Bruto (PIB) como referência para a União, e para estados e município ficou vinculada à receita orçamentária (MENEZES; ASSIS, 2006).

Logo, ocorreu uma grande contribuição para a ampliação dos recursos alocados e maior responsabilização com o financiamento do SUS, contudo sua não regulamentação, segundo Solla et al. (2007) “determinou uma redução do impacto sobre a ampliação efetiva do financiamento”.

Ainda, segundo Solla et al. (2007):

A implantação do PAB no primeiro momento produziu uma elevação dos recursos federais transferidos para a atenção básica, contudo, ocorreu defasagem do valor nos anos posteriores, acompanhada pela baixa participação da esfera estadual no financiamento e bem como o fato de não terem sido implantadas medidas que diferenciassem as necessidades do financiamento levando em conta as desigualdades intermunicipais, fizeram com que progressivamente o caminho da busca da equidade do financiamento deste nível de atenção fosse se distanciando.

Apesar de até a presente data a EC 29 não ter sido regulamentada, os gestores estaduais e municipais tem nesta emenda um norte para tomada de decisões, por outro lado, a sua não regulamentação tem sido o mecanismo utilizado para limitar os recursos públicos na saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE, 2007c).

Em pesquisa realizada por Solla et al. (2007), observou-se que em 2002 as equipes de saúde da família custavam para os municípios em torno de 70% de sua receita, comprometendo seriamente a possibilidade de expansão e a qualidade das ações desenvolvidas pelos mesmos, além dos constrangimentos impostos pela LRF.

Vale ressaltar que muitos municípios por apresentarem grande desigualdade na capacidade de geração de receitas próprias, possuem dificuldades em custear especialmente os profissionais de nível superior que atuam nas equipes de saúde da família, e esta situação se torna mais grave nos municípios de menor porte, com os piores indicadores de saúde, menor

capacidade de instalação de serviços de saúde, localizados no interior e em área de difícil acesso, e onde o custo com esses profissionais é bem mais elevado (SOLLA et al., 2007).

Em 2003 o Ministério da Saúde estabeleceu uma estratégia de correção progressiva aumentando o PAB fixo, e a partir de então a correção da base populacional para o cálculo do mesmo passou a ser anual (SOLLA et al., 2007).

Neste mesmo período os incentivos para Saúde da Família sofreram reajuste de 20%, e para os Agentes Comunitários de Saúde foi criado um 13º repasse. Além disso a Portaria do Ministério da Saúde (GM/MS nº. 1.434), de 14/07/04, estabeleceu um adicional de 50% no valor dos incentivos da Saúde da Família e Saúde Bucal para municípios com menos de 30.000 habitantes (SOLLA et al., 2007).

Segundo Marques e Mendes (2003), “[...] quando o Ministério da Saúde estabelece um valor adicional ao *per capita* definido nacionalmente, está procurando preservar seu *modus operandi* (de fazer política de saúde através do financiamento) e reforçar e ampliar o campo da Atenção Básica”.

Um conjunto de pontos importantes deve ser levado em consideração numa discussão sobre financiamento da Atenção Básica, em geral, e da ESF, em particular. O conceito de atenção básica tem sido utilizado de forma restrita às ações e serviços financiados pelo PAB, excluindo, por exemplo, aquelas ações não hospitalares de controle das doenças. Isso significa não restringir as ações e serviços ao nível de complexidade da atenção à saúde, mas colocá-las no campo amplo da saúde pública, respeitando o princípio da integralidade do SUS (ELIAS et al., 2001).

Além disso, é importante lembrar que, como os valores transferidos pelo governo federal não cobrem o custo dos serviços do ESF, os municípios acabam financiando em parte as políticas federais, mesmo quando estas não fazem parte das necessidades prioritárias de saúde de sua população.

Foi através da portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, que ficou estabelecido o Pacto pela Saúde entre as três esferas de governo, tendo como compromisso ser revisado anualmente com base nos princípios constitucionais do SUS e com ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica na definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes que o constituem: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Vida é formado por um conjunto de compromissos sanitários decorrentes da análise da situação de saúde da população e das prioridades estabelecidas pelas três esferas

de governo, e tem como objetivo os resultados esperados e a explicação clara dos compromissos orçamentário e financeiro para o alcance desses resultados.

Os gestores pactuam em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a saúde da população, e estas são estabelecidas através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, e que podem se agregar para serem alcançadas, tais como: Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2007b).

O Pacto em Defesa do SUS tem como objetivo reforçar o SUS através de ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas. Tem como estratégia a mobilização social para a (re)politização da saúde instituindo-a como direito de cidadania, e tendo o financiamento da saúde como um dos pontos centrais (BRASIL, 2006b).

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades das três esferas de governo, objetivando a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro as atribuições de cada ente, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Este pacto é radical quanto a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, reforçando a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas e a participação e o controle social. Além disso, deixa claras as diretrizes quanto ao financiamento público tripartite, através da busca de critérios de locação de recursos, do mecanismo de transferência fundo a fundo entre os gestores, a integração em grandes blocos do financiamento federal e o estabelecimento das relações contratuais entre os entes federados.

Uma das diretrizes do Sistema Único de saúde é a Regionalização, que funciona como eixo estruturante do Pacto de Gestão e que orienta a descentralização das ações e serviços de saúde, além dos processos de negociação e pactuação entre os gestores, utilizando como instrumentos de planejamento: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI) (BRASIL, 2006b).

Neste processo, o gestor estadual passou a atuar como coordenador na pactuação entre os municípios, estabelecendo os limites financeiros da população própria e referenciada de cada município, através da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) são pactuadas e estabelecidas normas e diretrizes que orientam os pactos intraestaduais e as definições de modelos organizacionais, definidos nas Comissões Intergestoras Bipartites (CIB) (BRASIL, 2006b).

Portanto, para a gestão da atenção básica é utilizado um conjunto de normas técnicas e administrativas, oriundas da direção nacional do SUS e pactuada entre as esferas estadual e municipal, através da CIT.

No nível local o processo do Pacto de Gestão da Atenção Básica segue regulamentação específica. Os gestores podem acordar nas CIB os indicadores estaduais de Atenção Básica a serem acompanhados nos seus respectivos territórios (BRASIL, 2006b).

O Pacto reconhece que a diversidade e a autonomia local na eleição de prioridades e a descentralização são fatores fortes para o gestor local. Os recursos e o financiamento que são discutidos na Tripartite, dão condição para que os municípios assumam maior compromisso e tenham autonomia de decisão voltada para as necessidades da população, mediante uma visão ampliada de saúde e na perspectiva do cuidado integral.

Contudo, Mendes (2002 apud MENEZES; ASSIS 2006) afirma que “o financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade tripartite, porém, na prática, ocorre uma presença significativa do governo federal e de gestões municipais na participação dos gastos... Os estados intervêm de forma diferenciada nesse processo, em geral adotando mecanismo complementares [...]”.

As mudanças apresentadas pelo Pacto de Gestão, deixam claro o desafio de avançar na regionalização e descentralização do SUS, considerando seus princípios, porém, sua operacionalização leva em conta as especificidades loco-regionais.

Vale salientar que a modalidade de financiamento anteriormente administrado em múltiplas contas com recursos pré-destinados, e que só podiam ser utilizados para determinadas atividades ou programas, sempre representou um grande empecilho para os gestores locais. Por isso se justifica a estabelecimento e a negociação dos processos que criam inovações no modelo de gestão para o sistema, mudando as suas formas de financiamento e de repasses dos recursos.

Portanto, os repasses financeiros são feitos levando-se em conta a diversidade e a autonomia local dos municípios para eleger suas prioridades, e essas mudanças no financiamento deixam claro que o pacto de gestão assume o desafio de avançar na regionalização e na descentralização do SUS (BRASIL 2006b).

Com o Pacto da Saúde, os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamentos e que devem

ser aplicados exclusivamente ao bloco a que pertence. Sua transferência para a esfera municipal ocorre fundo a fundo e em conta única e específica para cada bloco de financiamento. Tal forma de repasse favorece uma melhor avaliação, fiscalização, auditoria e o controle social. Também reconhece a importância da autonomia local e traz uma maior transparência na alocação dos recursos federais, além da garantia do financiamento integrado na alocação dos mesmos (BRASIL, 2007b).

São os seguintes os blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Os quais são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados.

Vale ressaltar que a não definição do que são “serviços e ações de saúde”, dificulta a utilização dos recursos que muitas vezes podem ser questionáveis na sua correta aplicabilidade (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE, 2007b).

O pacto de gestão trás também coerência com a necessidade e capacidade de gestão de cada município e permitindo mudanças nos anos subsequentes de acordo com os desafios que surgem na saúde, tendo como base a pactuação que é feita de forma dialogada (BRASIL, 2007)B.

Duas políticas fortaleceram o Pacto pela Saúde e foram instituídas visando reorientar as ações de saúde, e ambas se entrelaçam no campo das práticas nos municípios e nas equipes de saúde da família, são elas: A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, que define a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) através da Portaria n. 687, de 30 de março de 2006 que estabeleceu a implantação e implementação de diretrizes e ações para a promoção da saúde (BRASIL, 2007b).

Chamamos atenção para a formatação da PNAB, que a partir de várias discussões com o envolvimento de diversos atores em defesa do SUS e de Gestão, se fundamentou nos eixos transversais da universalidade, integridade e equidade dentro de um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS.

Desta forma, a nova política focaliza para a “redefinição dos princípios gerais, para a responsabilidade de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, as características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e as regras de financiamento, além das peculiaridades próprias da estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2006b).

Foi com a PNAB, que se estabeleceu o financiamento da atenção básica através de uma composição tripartite, e que representou a incorporação dos princípios e diretrizes do Pacto pela Saúde.

No caso do ente federal o repasse do PAB, que diz respeito a soma das duas frações a fixa e a variável, forma o bloco da Atenção Básica conforme diretriz estabelecida pelo Pacto de Gestão e que faz parte do Pacto pela Saúde 2006.

O PAB tem como referência a Tabela do Sistema de Informações Ambulatorias (SIA) na execução dos procedimentos e alimentação dos dados.

Mensalmente, de forma regular e automática, é realizado o repasse dos recursos do PAB a partir do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Municipais de saúde (FMS). Os municípios que não conseguem cumprir os requisitos mínimos estabelecidos pelo PNAB, recebem temporariamente os repasses financeiros através do Fundo Estadual de Saúde (FES).

A parte fixa do PAB (PAB Fixo) é destinada às ações de atenção básica geral e estabelecida a partir do valor per capita / ano que atualmente é de R\$ 15,00 (quinze reais), multiplicado pela população do município extraída da projeção do Censo/IBGE para o ano em curso (BRASIL, 2007b).

Já o PAB Variável, é destinado ao financiamento de estratégias nacionais para a organização da Atenção Básica, utilizando também os dados populacionais do Censo/IBGE, e é repassado na medida em que os municípios se comprometem através do planejamento de ações previstas na PNAB, ou mesmo quando fazem adesão a ações propostas pelo Ministério da Saúde para a organização da Atenção Básica.

Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde são algumas das estratégias nacionais que recebem o financiamento do PAB Variável, e este incentivo é destinado à implantação das equipes bem como ao seu custeio de acordo com a modalidade a que estão inseridos.

É importante destacar o papel fundamental do estado quanto à manutenção das ações de Atenção Básica, estabelecido na PNAB. Um dos aspectos mais importante é a responsabilidade no Monitoramento da gestão da Atenção Básica, com destaque para a valorização dos resultados.

E no que diz respeito ao apoio financeiro aos municípios em relação às ações da Atenção Básica, estas podem ser realizadas de várias formas: utilizar o critério per capita de repasse; financiar a contratação de pessoal; dar prioridade de investimento as regiões com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) desfavorável; usar o critério de valorização de desempenho para municípios e equipes; e outros (BRASIL, 2007b).

Apesar dos avanços alcançados na questão da política de financiamento na saúde, atualmente ainda é um dos grandes impasses de discussões que impedem a concretização dos princípios de integralidade e universalidade promulgados na Constituição Federal de 1988.

Reconhece-se o aumento da locação de recursos na Atenção Básica que tem influenciado positivamente a organização da porta de entrada ao sistema de saúde, e segundo Menezes e Assis (2006), “Ela tem ocorrido em contraste com o desfinanciamento da Média e Alta Complexidade, o que, embora contribua para a universalização, compromete consideravelmente a concretização dos princípios de integralidade e equidade do SUS”.

Por outro lado, segundos estudos realizados por Mendes (2002) ao avaliar ABS considera “como responsável pelo conjunto de serviços de baixa tecnologia, com recursos humanos com pouca qualificação profissional, com baixo custo financeiro e com dificuldade na referência a outros níveis de complexidade”.

Portanto, as medidas utilizadas atualmente para sanar com a crise do financiamento no setor saúde, não devem ser focadas na transferência de recursos dos outros dois níveis de atenção para a Atenção Básica, mas sim alocação maior de recursos para a saúde respeitando a complexidade de cada nível, ou seja, utilizando-se para o repasse financeiro do critério da necessidade de tecnologia de ponta.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- a) Identificou-se que a descentralização da saúde tem sido condutora e estruturante na política de saúde dos municípios;
- b) Verificou-se no estudo uma evolução gradativa no número de postos de trabalho, especialmente na atenção básica mediante a Estratégia Saúde da Família, o que resultou num aumento dos gastos a nível local;
- c) O estudo apontou que os municípios com baixa capacidade de arrecadação tributária e com recursos oriundos do Ministério da Saúde ou do Estado, em sua maioria carimbados, é exigido dos seus gestores coragem e ousadia, aliado a claro interesse e vontade política, visto que as despesas com pessoal em programas como saúde da família oneram de forma considerada a folha de pagamento;
- d) As restrições de recursos à média e alta complexidade, além das desigualdades nos critérios de remuneração nos três níveis de assistência, sugerem dificuldades no cumprimento do princípio da integralidade;
- e) Identificou-se que é consenso entre os gestores que os gastos na saúde devem ser elevados de forma proporcional e gradativa, segundo critérios técnicos a partir de indicadores de saúde, e conseqüentemente atendendo a real necessidade de saúde da população;
- f) Verificou-se que é urgente a regulamentação da EC-29 para que possa ser garantida a equidade no financiamento da Atenção Básica, ou seja, respeitando as desigualdades intermunicipais;
- g) Demonstrou-se a necessidade da prática da transparência e da publicização das ações, serviços e gastos públicos. Os gestores devem aprimorar mecanismos que garantam maior compreensão dos usuários do SUS, trabalhadores e demais gestores dos diferentes processos do setor.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. et al. O Programa de Saúde da família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 327-349, mar./abr. 2005.

ARAÚJO, A. L. **Descentralização e Autonomia financeira como elementos da governabilidade do SUS em municípios de Pernambuco**. 2001. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

ARAÚJO, L. M. **Para subsidiar a discussão sobre a Desprecarização do Trabalho no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

ARRETCHE, M. Mitos da Descentralização. Mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 11, n. 31, p. 44-66, 1996. Disponível em: <<http://www.anpocs.org.br/portal/publicações/rbcs-00-31/rbs31-03htm-172k->>. Acesso em: 21 mar/2008.

BRASIL. Constituição (1888). Da Saúde. In: _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 32 ed. São Paulo: Saraiva, 2003. Título 8, cap. 2, seção 2.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia do Conselheiro**: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde. Brasília, DF, 2002.

_____. **Lei Complementar nº. 96, de 31 de maio de 1999**. Disciplina os limites das despesas com pessoal, na forma do artigo 169 da Constituição. Brasília, DF, 31 maio 1999. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const>> Acesso em: 2 abr. 2008.

_____. **Lei Complementar nº. 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, DF, 4 maio 2000a. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaBasica.action>> Acesso em: 2 abr. 2008.

_____. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080, de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providência. Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/Arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em: 13 jul. 2008.

_____. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8.142, de 1990.** Dispõe sobre o financiamento e o controle social e das outras providências. Poder Executivo. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/Arquivos/pdf/LEI8142.pdf>> Acesso em: 12 maio 2008.

_____. **O Desafio da Gestão Pública numa Conjuntura de Mudanças na Relação Estado-sociedade:** a gestão do trabalho em pauta. [S.l.: s.n.], 2001a. (Coleção Progestores / para entender a gestão do SUS).

_____. **Parâmetros Consensuais sobre a implementação e regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29 (EC 29/2000).** Brasília, DF, 2000b. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conass/emenda>>. Acesso em: 10 abr. 2008.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2006a, (Série Pacto pela Saúde, v. 4).

_____. **Portaria nº. 95, de 26 de janeiro de 2001.** Dispõe sobre a NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília, DF, 26 jan. 2001b. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4#NO>> Acesso em: 20 jun. 2008.

_____. **Portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde para a consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, DF, 22 fev. 2006b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em: 7 jun. 2008.

BRASIL Secretaria Executiva. **Glossário Temático:** economia da saúde. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL, Secretaria de Gestão. **Dialogando sobre o Pacto pela Saúde.** Brasília, DF, 2007b.

BREMAEKER, F. E. J. **Propostas para reduzir os impactos da Lei de Responsabilidade Fiscal nas finanças municipais.** Núcleo de articulação político-institucional. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://area\pmc\articul\projesp\univers\estudos\proplrf.doc>>. Acesso em: 12 jun./2008.

BRESSER P. L. C.; SPINP, P. (Org). **Reforma do Estado e Administração Gerencial.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Os equívocos da NOB/96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 38, p. 49-54, 1997.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996, Brasília, DF. **Relatório...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2002, Brasília, DF. **Relatório...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2007a, (Coleção Progestores / para entender a gestão do SUS, vol. 8).

_____. **O Financiamento da Saúde**. Brasília, DF, 2007b, (Coleção Progestores / para entende a gestão do SUS, vol. 3).

_____. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, DF, 2007c.

COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI P. **Gestão de Recursos Financeiros**. São Paulo: Universidade de São Paulo, IDS, 1998.

ELIAS, P. et al. O financiamento e a política de saúde. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 6-15, 2001.

FALEIROS, V. P. et al. **O SUS Pra Valer: Universal, Humanizado e de Qualidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FERRETO, L. E. et al. Administração da Saúde Pública: o discurso dos gestores da região sudoeste do Paraná. **Revista Administração Saúde**, Brasília, DF, v. 9, n. 36, p. 78-84, jul./set. 2007.

GILBERTI, A. C. **Lei de Responsabilidade Fiscal: efeitos sobre o gasto com pessoal dos municípios brasileiros**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

MACHADO, M. H. Mercado de Trabalho em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 227-248.

MALIK, A. M. **Gestão de Recursos Humanos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1998.

MARQUES R. M; MENDES A. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. **Pesquisa & Debate**, Brasília, DF, ano 12, v. 1, n. 19, p. 65-91, 2001.

_____. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política e seu financiamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MEDEIROS K. R. et al. **Autonomia Local versus Situação Fiscal dos municípios de Pernambuco**: uma investigação ao Sistema de Tesouro Nacional/FIMBRA. Recife, 2006 Pesquisa realizada pela Estação Observatório de Recursos Humanos NESC/CPqAM/FIOCRUZ.

MENDES, M. **Descentralização Fiscal Baseada em Transferências e Captura de Recursos Públicos nos Municípios Brasileiros**. 2002. Tese (Doutorado) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MENEZES, M. V. S.; ASSIS, M. M. A. Financiamento da atenção básica à saúde (2005-2006): apontamentos para o debate. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 72, p. 89-100, jan./abr. 2006.

OLIVEIRA, E. C. **As Repercussões da Descentralização de Recursos Humanos no Sistema único de Saúde e seus reflexos no Núcleo Estadual de Ministério da Saúde em Pernambuco**. 2006. Monografia (Especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica da Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

PAIM, J. S. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: problemas crônicos desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1999.

_____. Gestão da Atenção Básica nas Cidades. In: NETO, E. R.; BOGUS, C. M. **Artigo de Saúde nos aglomerados urbanos**: uma visão integrada. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. cap. 3, p. 45-52.

PEREIRA, A. T. S. et al. A sustentabilidade econômica-financeira no Proesf em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 607-620. jul./set. 2006.

PIERONTONI, C. **Capacidade Gestora de RH em Municípios Inferiores a 100 mil Habitantes**. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

PORTO, S. M. Financiamento dos Sistemas Locais da Saúde. **Boletim da la Oficina Sanitária Panamericana**, Washington, v. 109, n. 5/6, p. 502, nov. 1990.

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOLLA, J. J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista Brasileira Materno Infantil**, Recife, v.7, n. 4, p. 495-502, out./dez. 2007.

SOUSA, I. M. C. **Financiamento no SUS**: a Emenda Constitucional 29 e o Sistema de Informações sobre orçamento público em saúde em Pernambuco. 2005. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas de Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: a contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, 1999.

VECINA, G.; REINHARD, W. **Gestão de Recursos materiais e de Medicamentos**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1998.

APÊNDICE A – Pôster de Apresentação