



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



**Ana Paula Menezes Sóter**

---

# **O Papel da esfera estadual na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde: o estudo de caso Pernambuco**

---

RECIFE  
2009

ANA PAULA MENEZES SÓTER

**O PAPEL DA ESFERA ESTADUAL NA GESTÃO DESCENTRALIZADA DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O ESTUDO DE CASO PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública  
do Centro de Pesquisas Aggeu  
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para  
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr<sup>a</sup> Ana Maria Brito

Co-orientador: Prof.Dr. José Luiz do Amaral C. de Araújo

**RECIFE**

**2009**

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

Sóter, Ana Paula Menezes.

O papel da esfera estadual na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde: o estudo de caso Pernambuco/ Ana Paula Menezes Sóter. — Recife: A. P. M. Sóter, 2009.

131 f.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Ana Maria Brito, co-orientador: José Luiz C. de Araújo.

1. Avaliação em Saúde. 2. Descentralização. 3. Gestão em saúde. 4. Sistema Único de Saúde. II. Brito, Ana Maria. II. Título.

CDU 614.2

---

ANA PAULA MENEZES SÓTER

**O PAPEL DA ESFERA ESTADUAL NA GESTÃO DESCENTRALIZADA DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O ESTUDO DE CASO PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública  
do Centro de Pesquisas Aggeu  
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para  
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria Brito  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

Prof<sup>o</sup> Dr. Rômulo Maciel Filho  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

Prof<sup>o</sup> Dr. Gilliatt Hanois Falbo Neto  
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

Para Elza e Clarissa, minha mãe e minha filha,  
que me ensinaram sobre o amor e me ajudaram a crescer.

## **AGRADECIMENTOS**

Meu agradecimento especial a Ana Brito e José Luiz pelas eficientes contribuições, como meus orientadores, para o desenvolvimento deste trabalho. Com eles eu comecei minha formação como residente em Saúde Coletiva e agora partilho mais esse passo, sempre permeado de afeto e cumplicidade.

Gostaria de expressar minha gratidão a toda equipe docente do Departamento de Saúde Coletiva (NESC)/CPqAM/Fiocruz/MS que muito contribuiu para a realização deste estudo. Meus agradecimentos aos colegas de turma pela atenção e paciência na ausculta de minhas tantas dúvidas e pelo estímulo constante.

Meus sinceros agradecimentos ao Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira por ter investido na minha formação e por ter, firmemente, exigido a conclusão do meu mestrado.

Agradeço ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) pelo incentivo e apoio, ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco (COSEMS) pela participação e, a equipe da Secretaria de Saúde de Pernambuco pela ousadia de se permitir avaliar. Agradeço, ainda, aos especialistas e secretários estaduais de saúde que foram sujeitos (muito relevantes) desta pesquisa.

Agradeço aos meus grandes companheiros de trajetória profissional: Antonio Carlos Cabral, Adelaide, Inês, Jane Andrade, Carmela, Ana Glória, Paulinho Frias, Adeilza, Satva, Salete, Tânia Bezerra, Ana Claudia (Bacana), Lula Boi, Lula Aureliano – nosso time olindense; Renilson Rehn, Dadá, Gerson, Gilliatt, Humberto Antunes, Teresa Campos, Tereza Lyra, Gustavo Couto, Eron, Ana Claudia Figueiró, Emília Lacerda, Petra, Cyntia, Humberto Costa, Solla, Arthur Chioro, Luiza, Faustinho, Antonio Alves, André Bonifácio, entre tantos, com quem partilhei desafios na tentativa de construção do SUS que queremos.

Obrigada aos meus amigos do Nesc/CPqAM/Fiocruz/MS com quem tive o prazer de começar a trilhar minha vida profissional: Zé, Pedro, Rominho, Jarbas, Toinho, Edu, Djalminha, Lana e Vanda Aquino (in memoriam).

Meu agradecimento fraterno às minhas amigas Amélia, Tati e Rejane, por terem me ajudado a escolher minhas lentes de visão do mundo. Aos meus amigos Lula Arraes, Claudio Piccazio e Reginaldo Muniz, pela presença constante. Ao meu amigo Figueira, pela carinhosa pressão.

Agradeço aos meus queridos irmãos e irmãs, sobrinhos e sobrinhas pelo amor incondicional.

Por último agradeço às marias Reneide e Afra, que participaram de cada momento de construção desta pesquisa, da construção acadêmica e da afetiva. Valeu queridas!

SÓTER, A. P. M. **O papel da esfera estadual na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde: o estudo de caso Pernambuco.** 2009. 131 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

---

## RESUMO

Este estudo teve como objetivos: construir imagem-objetivo do papel da esfera estadual na gestão descentralizada do SUS e avaliar como o estado de Pernambuco desempenha esse papel. O passo inicial foi uma revisão documental e da literatura que permitiu definir conjunto de funções estratégicas de gestão estadual agregadas em oito eixos (macro funções): Formulação e Avaliação das Políticas de Saúde, Promoção de Equidade, Regulação, Coordenação e Negociação, Fortalecimento da Municipalização, Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos, Coordenação e Execução da Vigilância em Saúde, Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde. Em seguida, buscou-se a construção de consenso, em torno desse elenco de funções, entre especialistas em saúde coletiva e entre secretários estaduais de saúde. Para tanto, utilizou-se uma adaptação da “conferência de consenso”. Os resultados foram analisados, adotando-se como critérios funções que receberam nota maior ou igual a sete e com desvio padrão menor ou igual a três, ou seja, funções relevantes e consensuais que compuseram imagem-objetivo das Funções Estratégicas de Gestão da Esfera Estadual (FEGES). O conjunto dessas funções permitiu construção de Matriz de Avaliação e elaboração de indicadores, que possibilitaram a definição de critérios de avaliação que foram aplicados no estudo de caso, a partir da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Das 159 funções apresentadas aos especialistas, 158 passaram para etapa seguinte. Ao final conformou-se uma planilha com 136 FEGES. Foi construída Matriz de Avaliação com 65 indicadores, distribuídos nos oito eixos. Pernambuco desenvolve muito bem a macro função de Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde, desenvolve bem as de Negociação e Coordenação e Coordenação e Execução das Ações de Vigilância em Saúde e Formulação e Avaliação das Políticas de Saúde. Desenvolve, fracamente, as de Fortalecimento da Municipalização, Promoção de Equidade, Gestão e Gerência de Recursos Humanos e Regulação. Aponta para um perfil marcado por características de um estado provedor. A matriz de avaliação das FEGES conforma-se em um importante instrumento de avaliação quando associada a critérios qualitativos, podendo ser incorporada na construção de outros estudos ou pelas secretarias estaduais de saúde, como ferramenta de auto-avaliação de gestão, na perspectiva de fortalecimento do papel dos estados na gestão descentralizada do SUS.

**Palavras-chaves:** Avaliação em saúde. Descentralização. Gestão em saúde. Sistema Único de Saúde.

SÓTER, A. P. M. **The role of the sphere in the state management of the Unified Health System: the case study Pernambuco.** 2009. 131 f. Dissertation (Master Academic in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

---

### ABSTRACT

This study aims to build consensus with experts and state health managers on the list of strategic tasks of managing the state sphere, building tool for evaluating the role of state in the management of the SUS and assess how the state of Pernambuco plays its role in the decentralized management of the SUS. The initial step was to review documents and literature that helped define the set of strategic tasks of managing state aggregated into eight areas (macro - functions): Formulation and Evaluation of Health Policy, Promotion of Equity, Regulation, Coordination and Negotiation, Municipalization Strengthening, Management and Human Resource Development, Coordination and Implementation of Surveillance in Health, Management Actions and Health Services. Then sought to build consensus around this list of functions, among specialists in public health and between state secretaries of health. For both, it was used to adjust the "Consensus Conference." The results were analyzed, adopting criteria to be those functions that received grades higher than or equal to seven, with standard deviation lower than or equal to three, namely functions considered relevant and consensual, its composed image-goal Function Strategic Management of Ball State (FEGES). These features allow construction of Matrix Evaluation and development of indicators, which enabled the definition of evaluation criteria that were applied in the case study from the State Department of Health of Pernambuco. Of the 159 functions presented to experts, 158 passed to the next stage of consideration by state secretaries. Conformed to the final was a spreadsheet with 136 FEGES that allowed the construction of the Evaluation Matrix with 64 indicators, divided in eight areas. Pernambuco develops very well the function of Management Actions and Health Services, develops well the function of Negotiation and Coordination and Coordination and Implementation of Surveillance in Health. Run on a regular basis of the Formulation and Evaluation of Health Policy and, weakly, the Strengthening of municipalization, Promotion of Equity, Management and Human Resource Development and Regulation. Points to a profile marked by features of a state ombudsman. The matrix of evaluation is an important tool in the evaluation when combined with qualitative criteria, may be incorporated in the construction of the others studies and by state health departments, as self-assessment tool for management, in view of strengthening the role of states in the management of the SUS.

**Key words:** Health evaluation, Decentralization. Health management. Single Health System.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Matriz de Avaliação FEGES .....	48
Quadro 2 -	Classificação dos Eixos de Macro funções de Gestão após Apreciação dos Especialistas e Secretários Estaduais de Saúde ....	57
Figura 1 -	Cartograma: microrregiões com áreas de abrangência .....	72
Quadro 3 -	Matriz de Avaliação das FEGES de Pernambuco .....	73

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
APEVISA	Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CISAM	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DEM	Democratas
DP	Desvio Padrão
FEGES	Funções Estratégicas de Gestão da Esfera Estadual
FES	Fundo Estadual de Saúde
FESP	Funções Essenciais de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GERES	Gerências Regionais de Saúde
GPSM	Gestão Plena de Sistema Municipal
HC	Hospital das Clínicas
HEMOBRÁS	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia

HEMOPE	Hemocentro de Pernambuco
HR	Hospital da Restauração
HUOC	Hospital Universitário Oswaldo Cruz
IBG	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviços
IDB	Indicadores e Dados Básicos para Saúde no Brasil
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LAFEPE	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NESC	Departamento de Saúde Coletiva
NOAS	Norma de Organização da Assistência
NOB/SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PAHO	Pan American Health Organization
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PCCS	Plano de Cargos, Carreira e Salários
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PE	Pernambuco
PES	Plano Estadual de Saúde
PLANEJASUS	Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPI/VS	Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família

PT	Partido dos Trabalhadores
RH	Recursos Humanos
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RMR	Região Metropolitana do Recife
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEAS	Secretaria Executiva de Assistência à Saúde
SEGVS	Secretaria Executiva de Gestão e Vigilância em Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUPLAN	Superintendência de Planejamento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TFE	Teto Financeiro Estadual
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	20
2.1	A DESCENTRALIZAÇÃO E AS REFORMAS DO ESTADO BRASILEIRO .....	21
2.2	A DESCENTRALIZAÇÃO E O FEDERALISMO BRASILEIRO .....	24
2.3	A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE .....	26
2.4	O PAPEL DOS ESTADOS NA GESTÃO DESCENTRALIZADA DO SUS .....	35
3	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	46
3.1	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA CONSTRUÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO .....	46
3.2	DESENHO DO ESTUDO .....	50
3.3	UNIDADE DE ANÁLISE .....	51
3.4	MODELOS DE ANÁLISE .....	51
3.5	COLETA DE DADOS .....	52
4	<b>OS RESULTADOS DA CONSTRUÇÃO DE CONSENSO SOBRE O PAPEL DA ESFERA ESTADUAL NA GESTÃO DESCENTRALIZADA DO SUS</b> .....	54
5	<b>O CASO PERNAMBUCO</b> .....	65
5.1	CONTEXTUALIZAÇÃO .....	65
5.2	PAPEL DE PERNAMBUCO NA GESTÃO DESCENTRALIZADA DO SUS .....	73
5.2.1	Fortalecimento da Municipalização .....	76
5.2.2	Promoção de Equidade .....	79
5.2.3	Formulação e Avaliação das Políticas de Saúde .....	81
5.2.4	Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos .....	84

5.2.5	Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde .....	85
5.2.6	Regulação .....	88
5.2.7	Negociação e Coordenação .....	91
5.2.8	Coordenação e Execução de Ações de Vigilância em Saúde .....	94
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>98</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>103</b>
	APÊNDICE A – Planilha com macro funções e funções para apreciação dos especialistas .....	112
	APÊNDICE B – Lista de especialistas .....	121
	APÊNDICE C – Imagem-objetivo das Funções Estratégicas de Gestão da Esfera Estadual (FEGES), na gestão descentralizada do SUS .....	122
	APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista .....	129

## 1 INTRODUÇÃO

A delimitação do papel dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido ao longo do processo de implantação do SUS, uma tarefa bastante complexa. A Lei 8.080 apresenta um rol de atribuições para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (BRASIL, 1990a). As normas operacionais, em particular a NOB – 01/96 (BRASIL, 1996) e a NOAS – 01/02 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002) e, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) avançaram em alguns aspectos, porém, ainda não suficientes para provocar mudanças efetivas nos modelos de gestão dos estados.

Pesquisa, recente, Gestores do SUS: olhares e vivências publicada pelo Ministério da Saúde, destaca a baixa capacidade de governo para implementação de políticas públicas como uma grande dificuldade enfrentada pelos gestores no processo de modernização do Estado e, conseqüentemente, no processo de descentralização político-administrativo. Ressalta a importância de se realizar estudos que possam conhecer a realidade dos estados diante do desafio de implementação de políticas, projetos e programas de saúde. Devendo-se associar, ao acompanhamento da descentralização, estudos sobre o modo de gestão e não apenas estudos que abordem aspectos legais e estruturais de organizações públicas estaduais (BRASIL. Ministério da Saúde 2005).

O setor de saúde brasileiro tem passado por importantes mudanças com a implantação do SUS. A sua institucionalização, ao final dos anos 80, marca a maior e mais importante decisão de reforma na área social dos últimos 20 anos (ARRETCHE, 1998).

A Constituição Federal, de 1988, marco legal dessa Reforma, estabelece a saúde como direito de cidadania e aponta a descentralização como uma das diretrizes do SUS (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica da Saúde (LOS) reafirma esse princípio e as normas operacionais básicas do SUS têm sido os instrumentos de regulamentação que, progressivamente, vêm aprofundando o processo de descentralização da

gestão do sistema de saúde e definindo as relações entre as três esferas de governo (BRASIL, 1990a).

A construção do SUS passou por um processo de normatização muito intenso. Partiu de um período em que os municípios não tinham qualquer participação e os estados uma participação muito limitada na gestão da saúde, para o cenário atual em que o processo de descentralização tem transferido responsabilidades, prerrogativas e recursos do nível federal para os governos estaduais e municipais (COLLINS; ARAÚJO; BARBOSA, 2000).

As quatro Normas Operacionais Básicas (NOB) que foram editadas na década de 1990, e as Normas de Organização da Assistência à Saúde (NOAS) editadas em 2001 e 2002, tiveram um papel relevante na efetivação da diretriz da descentralização, ao regularem aspectos determinantes da divisão de responsabilidades, das relações entre os gestores e definirem critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Alguns resultados da gestão descentralizada do SUS já podem ser identificados, como a ampliação de acesso aos serviços, a criação de instâncias de pactuação, a incorporação de novos atores e o fortalecimento do controle social (SOLLA et al., 2002).

Atualmente, os 26 estados e o Distrito Federal estão habilitados em gestão plena de sistema, que significa total responsabilidade pela gestão do sistema estadual e distrital de saúde. Os 5.563 municípios também estão, todos, habilitados, sendo 428 e 254, respectivamente habilitados em gestão plena de sistema, pela NOB - 01/96 (BRASIL, 1996) e NOAS- 01/2002 (BRASIL, 2002a), e todos os demais em gestão plena da atenção básica, assim como o distrito estadual de Fernando de Noronha. Observando-se por este enfoque, pode-se avaliar que o processo normativo da descentralização foi concluído. O passo seguinte, no sentido de qualificar o processo a partir da celebração de termos de compromissos entre os gestores, com contratos de metas e co-responsabilidades, foi à publicação do Novo Pacto de Gestão, por meio de portaria ministerial nº 399, de 23/02/06 (BRASIL, 2006a). Em relação ao

Pacto pela Saúde, vinte estados e 40% dos municípios aderiram ao mesmo, tendo seus Termos de Compromisso de Gestão (TCG) já publicados (BRASIL, 2008).

O Brasil é um país continental e complexo, marcado por profundas desigualdades econômicas, sociais, demográficas, culturais e sanitárias. Além disso, trata-se de um sistema federativo especial, onde os 5563 municípios são, além dos 26 estados e do Distrito Federal, entes federativos, dotados legalmente de autonomia política, administrativa e financeira. O SUS reserva aos municípios um papel de protagonista da gestão do sistema de saúde em seu território. Tal perspectiva aponta para a complexidade do processo de descentralização da área de saúde e para a necessidade de estudar seus problemas e os desafios colocados para implantação dessa política, que para ser uma experiência exitosa depende de um arco direcional bem definido e construído com a participação de três níveis de gestão – nacional, estadual e municipal.

Apesar dos avanços conquistados na esfera jurídico-legal quanto às definições de responsabilidade e atribuições dos gestores no SUS, o relatório da XII Conferência Nacional de Saúde aponta que “há uma evidente falta de sintonia entre o que o legislativo determina, o judiciário assegura e o que o executivo tem efetivamente, condições de realizar” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004, p. 26).

Estudar as dificuldades dos gestores estaduais para desempenharem bem seu papel na gestão do SUS torna-se imperativo, visto que, os principais desafios no cenário atual de implantação do SUS, tais como garantia de acesso, com qualidade, aos serviços e ações de saúde; impacto nas desigualdades sanitárias; pessoas suficientes e qualificadas na gestão e prestação de serviços e aumento de recursos financeiros para a saúde, são questões que só podem ser equacionadas com o fortalecimento do papel dos estados, enquanto gestores do sistema.

Este estudo teve como objetivo geral construir imagem-objetivo do papel da esfera estadual na gestão descentralizada do SUS e avaliar como Pernambuco desempenha esse papel.

São vários os desafios e questões possíveis de serem formuladas em relação ao processo de descentralização do SUS. Neste estudo enfocamos o papel dos estados federativos nesse contexto de descentralização, pela sua relevância frente às características complexas do federalismo brasileiro.

Está estruturado em capítulos, com a seguinte disposição:

**O primeiro capítulo** é esta Introdução que apresenta os objetivos e conteúdos gerais do estudo.

**O segundo capítulo** apresenta o referencial teórico que embasou a construção de planilha com elenco de funções atribuídas à esfera estadual da gestão descentralizada do SUS, submetida às apreciações de especialistas em saúde coletiva e secretários de estado da saúde. Esse referencial também propiciou a construção teórica da imagem – objetivo das Funções Estratégicas de Gestão da Esfera Estadual (FEGES), na gestão descentralizada do SUS e orientou a formulação das questões de avaliação desenvolvidas neste estudo.

**O terceiro capítulo** aborda os aspectos metodológicos que orientaram o desenho desta pesquisa. Aspectos referentes às etapas de construção de consensos entre especialistas em saúde coletiva e entre secretários estaduais de saúde em torno do elenco de funções de gestão atribuídas à gestão estadual do SUS e, também, ao estudo de caso desenvolvido a partir da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Inclui a construção da Matriz de Avaliação, como o instrumento de avaliação a ser aplicado no estudo de caso.

**O quarto capítulo** analisa os resultados das etapas de construção de consensos entre os especialistas e os gestores estaduais, e apresenta a imagem-objetivo das FEGES, como produto dos consensos construídos, composta por 136 funções agregadas em oito eixos de macro funções: fortalecimento da municipalização, promoção de equidade, formulação e avaliação de políticas de saúde, gestão de recursos humanos, gestão e gerência de serviços e ações de saúde, regulação, negociação e coordenação e, coordenação e execução de ações de vigilância em saúde.

**O quinto capítulo** trata da apresentação, discussão e análise dos resultados encontrados no estudo de caso, por meio da aplicação da Matriz de Avaliação e mensuração dos indicadores propostos e, por meio de análise de conteúdo das falas dos atores entrevistados. Foram utilizados critérios quantitativos (percentuais) e qualitativos para avaliação do desenvolvimento das FEGES e descrição do perfil da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

**O sexto capítulo**, das considerações finais, aborda aspectos relevantes do estudo, ressalta questões não respondidas e passíveis de aprofundamentos em estudos futuros. Apresenta as dificuldades metodológicas e operacionais, e acrescenta recomendações sobre possíveis desdobramentos acadêmicos e, principalmente, para a Secretaria de Saúde de Pernambuco, na perspectiva de institucionalização da avaliação, como ferramenta de construção e consolidação do SUS e fortalecimento do papel da esfera estadual de gestão.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para se discutir o papel da esfera estadual na gestão descentralizada do SUS, objeto deste estudo, é necessário compreender o conceito de descentralização no sentido da construção do federalismo brasileiro e constituição dos estados como entes federativos e, a descentralização como diretriz constitucional da reforma do setor saúde brasileiro.

Segundo Araújo Júnior (1994), são vários os obstáculos para se entender o conceito de descentralização. Tendo identificado **problemas lingüísticos** – vários termos diferentes são usados como descentralização (desconcentração, delegação, devolução); descentralização compreendida como oposição à centralização, não dando conta de definir esse espaço vazio entre um e outro conceito; **problemas de mensuração** – descentralização está associada a poder, sendo muito difícil medir essa categoria de análise e **problemas em se estabelecer um padrão geral de análise** pelas peculiaridades de cada processo em si, existindo diferenças até em um mesmo país. Ele destaca, porém, que é importante entender descentralização como um processo e não como um fim em si mesmo.

Para Barros e Silva (1995), a descentralização precisa ser contextualizada, historicamente, para ganhar significado e poder explicativo, não produzindo, por si mesma, resultados positivos ou negativos. Os resultados desse movimento não indicam, a priori, a garantia da qualidade e a adequação da quantidade da ação estatal desenvolvida. Isso depende de outras variáveis como a natureza e o volume de transferência, a origem do impulso orientador – se estatal ou societal, e o contexto sociopolítico e econômico nacional e setorial como a heterogeneidade estrutural e social, a dimensão geográfica, formas de Estado e regime de governo, além dos níveis de fragmentação.

Coglianesse e Nicolaidis (1997) propõem quatro conceitos adicionais para analisar a descentralização: a delimitação das prerrogativas, o grau de supervisão, o grau de divisão decisória e a reversibilidade. A delimitação das prerrogativas descreve os arranjos, formais ou informais, que estabelecem as atividades, as funções, os papéis

ou a jurisdição da cada ator ou de cada nível de governança. O grau de supervisão estabelece o poder de supervisão de cada ator ou de cada nível. O grau de divisão decisória descreve o tipo de arranjo organizacional deste processo. Finalmente, a reversibilidade descreve a capacidade do nível superior em reorganizar como quiser as estruturas de governança definidas pelos três conceitos anteriores. Quanto mais forte a reversibilidade, mais fraca será a legitimidade decisória das instâncias inferiores, o que coloca em dúvida a viabilidade e a pertinência do arranjo institucional de governança.

## 2.1 A DESCENTRALIZAÇÃO E AS REFORMAS DO ESTADO BRASILEIRO

No Brasil, o Estado unitário do período imperial (D. Pedro I) com suas províncias em 1824, cujo presidente era escolhido pelo imperador, transforma-se em uma República Federativa, após proclamação da república em 1889. São, então, criados os estados por meio da Constituição de 1891 que outorga autonomia às antigas províncias. No entanto, as províncias não foram a primeira divisão administrativa do país. Ainda no período colonial, em torno de 1530, foram instituídas por D. João III, as capitanias hereditárias que eram entregues a comerciantes, burocratas e pequenas nobrezas ligadas à coroa, caracterizando uma apropriação privada do Estado (FAUSTO, 2006).

O período posterior à abdicação de D. Pedro I, conhecido como Regência, foi um dos mais agitados da história política do Brasil. Estava em jogo a unidade territorial do país e os temas de centralização e da descentralização do poder e do grau de autonomia das províncias faziam parte do centro do debate político. Em 1834, uma lei chamada de Ato Adicional, fez adições e alteração à Constituição de 1824, extinguindo o Conselho de Estado (central) e criando as Assembléias Provinciais, com a atribuição, entre outras, de nomear e demitir funcionários públicos, grande arma para os políticos regionais. O Ato Adicional também legislou sobre a repartição de renda entre o governo central, as províncias e os municípios, o que contribuiu para que as províncias obtivessem recursos próprios, à custa do enfraquecimento do governo central (FAUSTO, 2006).

A Constituição Republicana (1891 apud BASBAUM, 1976) marca o início do federalismo brasileiro. Inspirada no modelo norte-americano institui a República Federativa liberal<sup>1</sup> e vigora, formalmente, até 1930. Os Estados – designação dada às antigas províncias – são autorizados a exercerem diversas atribuições, como: contrair empréstimos no exterior, organizar forças militares próprias, decretar impostos sobre a exportação de suas mercadorias e organizar um justiça própria. O governo federal não ficou sem poderes, de acordo com Fausto (2006), o esfacelamento do poder central era um risco que os setores sociais hegemônicos (militares e paulistas) não queriam correr. Cabendo à União os impostos de importação, o direito de criar bancos emissores de moeda, de organizar as Forças Armadas Nacionais, além do direito de intervir nos Estados, para garantir a ordem. Foi instituído o regime presidencialista em substituição ao monarca.

Com a revolução de 30, que levou Getúlio Vargas à Presidência do Brasil por 15 anos, observou-se uma profunda alteração do caráter do Estado, motivada pela inexistência de uma fração de classe e, conseqüentemente de um projeto hegemônico, o que definiu a necessidade de uma instância forte e autônoma (Estado) capaz de conciliar os interesses tanto da burguesia emergente, quanto da oligarquia agro-exportadora. Temos uma ordem liberal substituída por um tipo de Estado que assume o papel de coordenador/condutor do projeto nacional de industrialização (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989). É promulgada uma Constituição Federal de 1934, semelhante à Republicana, pois, mantém o sistema federativo. Inspirada na Constituição de Weimar (fim da 1ª Guerra) institui três novos títulos: da ordem econômica e social, da família, educação e cultura, e da segurança nacional. Em 1937, em um cenário político marcado por um cerco ao Congresso Nacional, é promulgada uma nova carta constitucional, elaborada por Francisco Campos, que declarava em suas disposições finais e transitórias estado de emergência e suspensão das liberdades civis garantidas pela própria Carta Constitucional, o que levou ao fechamento do Congresso, das Assembléias Estaduais e das Câmaras Municipais, à demissão dos governadores e nomeação de interventores com normas claras para serem cumpridas (FAUSTO, 2006). É a instituição do Estado Novo, caracterizado pela institucionalização dos interesses sociais representativos de uma

---

<sup>1</sup> Concepção liberal do Estado de Direito, segundo Kant - a Lei se sobrepõe à soberania do povo, sendo que os direitos naturais de propriedade e liberdade nunca poderão ser postos em discussão. Os direitos políticos ativos cabem somente aos proprietários (GRUPPI, 1980).

aliança entre a burocracia civil e militar e a burguesia industrial. Segundo Pereira (1998), que reconhece na gestação do Estado Novo um projeto de reforma do Estado Brasileiro, as propostas de mudanças formuladas em 1936 tinham um cunho centralizador.

De acordo com Oliveira e Teixeira (1989) o golpe militar de 64, apoiado pelas classes médias urbanas, rompeu com o contexto político populista do período anterior. Observou-se o crescente papel do Estado como regulador da sociedade e crescente alijamento dos trabalhadores do jogo político, configurando-se uma política de arrocho salarial, decorrente do modelo de acumulação adotado. Fez-se opção por um modelo econômico de internacionalização. O regime autoritário instalado reprimia o movimento operário sindical e buscava a harmonia social através da manutenção e ampliação dos direitos sociais, já adquiridos na Previdência Social. Para esses autores são características do período: a centralização e o privilegiamento do produtor privado, pois de acordo com a Constituição Federal de 1969 (BRASIL, 1969) o Estado assume caráter suplementar à iniciativa privada na organização e desenvolvimento da atividade econômica. Para Pereira (1998) o projeto de reforma iniciado em 1967 tinha um cunho descentralizador. Para tal afirmação o autor se baseia na compreensão de descentralização como transferência de funções entre diferentes setores, do setor público para o privado, caracterizando uma mudança de posse/propriedade (MILLS et al., 1990).

É importante lembrar que a crise do Estado e a necessidade de sua reforma surgiram, nos países centrais nos anos 80, como a crise do Estado-Providência ou do Estado de Bem-Estar Social. Era necessário diminuir custos sociais, pois, nesses países o Estado sempre investiu muito dinheiro em serviços públicos, combater a ineficiência pública e os excessos e rever o tamanho do Estado. No Brasil, a crise do Estado que surgiu nos anos 90 não foi a do Estado-Providência, porque ele nunca chegou a existir. O próprio direito à saúde, bem como a garantia de outros direitos sociais, são conquistas mais recentes, datada de 1988, com a Constituição-cidadã. A crise do Estado no nosso país foi muito mais uma crise de gestão e de qualidade (SANTOS, 2006).

A intenção de enxugar o tamanho do Estado sempre esteve presente, e se iniciaria com a transferência dos serviços não exclusivos, como saúde, educação, cultura, para entidades privadas<sup>2</sup>. Portanto, a Reforma Bresseriana dos anos 90<sup>3</sup> visou muito mais levar para o Terceiro Setor, sob regulação estatal, a realização de serviços públicos, do que introduzir modernos processos de gestão no interior da administração pública, evitada de problemas como excesso de controles, ineficiência, limitados resultados e, ainda, inadequada gestão de recursos humanos, baixos salários, amarras burocráticas desqualificadas, não capacitação de servidores e fraco engajamento com a qualidade dos serviços executados (SANTOS, 2006).

Para este estudo, vamos distinguir descentralização – transferência de poder decisório dentro do setor público, de privatização - transferência de responsabilidades, patrimônio e mercado do setor público para o setor privado. Neste sentido nos propomos a discutir a descentralização no sentido da redefinição de papéis e atribuições entre os entes federativos, em especial referentes aos estados, na gestão do SUS.

## 2.2 A DESCENTRALIZAÇÃO E O FEDERALISMO BRASILEIRO

O Brasil apresenta um sistema político federativo constituído por três esferas de governo – União, estados e municípios consideradas, pela Constituição da República de 1988, entes federativos com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica.

São 26 estados, o Distrito Federal e 5.563 municípios. Os estados e municípios apresentam uma grande diversidade de características sociais, econômicas e populacionais. Em relação ao tamanho da população, tais extremos são os estados

---

<sup>2</sup> Pregava-se nos anos 90, a transferência para o setor público não estatal os serviços não exclusivos do Estado, transformando entes públicos em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, com autorização para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo. Propunha-se uma diminuição do tamanho do Estado, com o fim de provê-lo de maior eficiência e como as organizações sociais seriam diversas geraria entre elas saudável competição (Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado).

<sup>3</sup> Em 1995, foi lançado pelo Ministro Bresser Pereira, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, o qual, buscou, na realidade, criar figuras novas no Terceiro Setor, as quais deveriam se transformar em espaço público não estatal. Foram criadas por lei as Organizações Sociais e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, ao lado das Agências Executivas.

de Roraima com apenas 395.725 mil habitantes e São Paulo com 39.827.570 de habitantes e os municípios de Borá, com 804 habitantes e o município de São Paulo com 10.886.518 de habitantes, segundo os dados do IBGE para o ano de 2007 (IBGE, 2008).

O sistema federativo é, a princípio, adequado para países marcados pela diversidade e heterogeneidade, por favorecer o respeito aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social. Por outro lado, esse tipo de sistema impõe certa complexidade à implementação de políticas sociais de abrangência nacional, particularmente nos casos em que a situação de diversidade diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social, como no Brasil. Nesses casos, acentua-se a importância do papel das políticas sociais de redistribuição, redução das desigualdades/iniquidades e inclusão social (SOUZA, 2001).

A implementação de políticas sociais em um sistema federativo requer, por um lado, a explicitação das funções das diferentes esferas de governo para cada área da política e, por outro, a adoção de mecanismos de articulação entre essas esferas, com ênfase em uma lógica de cooperação e complementaridade.

No que diz respeito às políticas de saúde, agregue-se a isso a complexidade inerente a essa área, relacionada aos seguintes fatores: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde da população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde (no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros) que freqüentemente tencionam a estruturação de um sistema de saúde que tem como base a concepção de saúde como um direito de cidadania.

O federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades que merecem destaque, por suas implicações para a área da saúde. A primeira diz respeito ao grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades

na implementação de políticas públicas. A diversidade dos municípios brasileiros - em termos de tamanho da população, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional do Estado -, por sua vez, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados.

Outro aspecto relevante é que o federalismo brasileiro ainda se encontra de certa forma em construção, uma vez que toda a sua história foi marcada por períodos de centralismo autoritário, e a redemocratização do país ainda é, relativamente, recente.

### 2.3 A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE

No período pós segunda guerra mundial observou-se uma tendência, no cenário internacional, de instituição de sistemas integrados públicos de saúde, compatíveis com as premissas de um Estado de Bem Estar Social<sup>4</sup>, também denominado modelo vertical de assistência, cabendo ao Estado o financiamento e a provisão de serviços (BAHIA; VIANA, 2002). Na década de 90 o modelo contratual público vem se tornando dominante. Segundo a Organização Mundial de Saúde (apud VIANA et al., 2002), mais de quarenta países tem em curso, na segunda metade da década de 90, algum tipo de reforma. Sendo a reforma no sentido de reforçar o lado financiador e regulador do Estado em detrimento das antigas funções de provisão, o que confere ao estado novas atribuições, principalmente, de regulação, controle e avaliação.

Os sistemas de saúde dos países industrializados experimentaram importantes ondas de reformas no decorrer dos últimos 25 anos, interpretadas como um esforço que visa produzir organizações de saúde mais funcionais ou mais completas. De certa maneira, a reforma constitui a expressão da vontade de um Estado atuar sobre

---

<sup>4</sup> Estado de Bem-Estar Social - um Estado interventor, capaz de instaurar uma base planejada de desenvolvimento, capaz de regular a oferta de investimentos e de emprego ("pleno emprego"), um Estado com ações redistributivistas (KEYNES, 1982).

um sistema do qual é responsável e cujas deficiências estão sendo percebidas e criam problemas (ROCHER, 2001).

A reforma busca induzir de forma deliberada uma resposta a transformações de cunho tecnológico, demográfico e econômico, bem como consolidar a capacidade do sistema de saúde em adaptar-se e antecipar-se às transformações que ocorrem no seu meio. Certos temas importantes estruturaram o discurso sobre as reformas. As políticas de descentralização e aquelas que visam ampliar a coordenação e a integração dos cuidados e serviços de saúde constituem duas características significativas das recentes reformas (CONTRANDIOPOULOS, 2005).

A descentralização é um processo que procura criar e redistribuir espaços de decisão e capacidades estratégicas entre vários níveis de intervenção num sistema de saúde. Sua consequência é a multiplicação dos centros de decisão e de ação. Um sistema mais descentralizado caracterizar-se-ia por uma multiplicidade de pontos ou centros de decisão. O oposto de um sistema de saúde descentralizado é um sistema totalmente integrado a uma autoridade hierárquica central. Assim, as políticas de descentralização podem ser avaliadas como uma tentativa de organizar os comportamentos dos atores, estruturando de maneira deliberada as regras do jogo que caracterizam o espaço organizacional que os cerca através de uma nova demarcação deste espaço. Quando esta redefinição do espaço organizacional e administrativo está baseada em fronteiras geográficas, a descentralização torna-se uma regionalização. Contudo, é também tecnicamente factível descentralizar em função de diversas lógicas, por exemplo, segundo a clientela (por ex. rede mãe-criança) ou segundo a patologia (por ex. rede de cuidados e serviços na área do câncer). Neste caso, a redefinição dos limites do espaço organizacional reúne atores semelhantes de pela sua natureza, seus processos de produção ou sua clientela. Em todos os casos, as políticas de descentralização almejam uma modificação das interações entre atores. Deste modo, a descentralização permite confinar os atores em redes de tamanho menor, criar redes em escala de manejo mais fácil acompanhada da criação de níveis de governança intermediários que controlam essas mesmas redes (CONTRANDIOPOULOS, 2005).

A transferência de atribuições para esses níveis intermediários pode ser realizada de acordo com várias modalidades políticas que repetem as distinções clássicas entre desconcentração e devolução (LEMIEUX, 1997). A desconcentração limita-se à implantação de estruturas que fazem o papel de intermediários de uma política central. A desconcentração (delegação), sinônimo de descentralização administrativa, não implica em poder de taxaço nem em sistema de eleição dos seus dirigentes e trata das atribuições uni setoriais. A devolução – que é sinônimo de descentralização política – consiste na transferência de atribuições multissetoriais bem como de um poder de taxaço que contribui para ampliar de maneira significativa a autonomia desses níveis.

Segundo Collins, Araújo e Barbosa (2000), a descentralização tem sido um elemento importante na construção de novas práticas de saúde. Tendo seu ideário construído a partir do movimento internacional, do final da década de 70, conhecido como Movimento de Atenção Primária, que teve como pressuposto o conceito de universalidade do acesso. A diretriz de universalidade de acesso, de acordo com Arretche (1998), tem importância fundamental para o processo de descentralização uma vez que o nível de governo que é responsável pela gestão dos serviços é o nível local. Esse nível é o que mais diretamente arca, diante da opinião pública, pelos custos políticos derivados dos problemas de escala e qualidade dos serviços prestados à população.

No Brasil, o processo de descentralização adquire contornos incipientes desde a década de 80, com o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) que iniciou a integração dos sistemas de saúde até então estruturados de maneira desintegrada e paralela - de um lado o Ministério da Previdência, responsável pela assistência médica individual dos previdenciários e do outro lado, o Ministério da Saúde, responsável pelas ações de saúde coletiva. As AIS trouxeram as secretarias estaduais e municipais como atores relevantes na prestação de serviços de saúde, que passam a assinar convênios, diretamente, com o INAMPS, recebendo recursos financeiros pela prestação da assistência à saúde de sua população (ARRETCHÉ, 1998).

Essa estratégia de integração e descentralização é aprofundada e se transforma no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que vigora de 1985 a 1987 (BUSS, 1995). Esse período é caracterizado pela forte participação dos estados, que assumem serviços de saúde e servidores transferidos do nível federal, além de serem os responsáveis pela execução de convênios com os municípios, mesmo sendo nacional a origem dos recursos financeiros. O processo também é caracterizado por se restringir a descentralização das funções de assistência, de responsabilidade do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). As funções de saúde coletiva, nessa fase, continuam sem definição clara do objeto, ficando sob responsabilidade federal. Outra característica importante desse processo é que as funções de controle de gastos do sistema e da produção de serviços permanecem nos escritórios regionais do INAMPS, não sendo transferidas aos estados (SANTOS, 1998). Dessa forma, por muitos anos (até a extinção do INAMPS, em 1993), os estados são submetidos às ações de controle e auditoria por parte do INAMPS, além das ações do Tribunal de Contas da União, caracterizando um modelo de controle de gastos dos recursos da saúde marcado por forte ambivalência.

O SUDS incorporou os princípios da reforma sanitária aprovados na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, entre eles: universalização, regionalização, hierarquização, descentralização e democratização. O novo texto constitucional aprovado em 1988 incorporou estes princípios e assumiu uma nova lógica organizacional para o sistema de saúde, definindo a criação de um SUS descentralizado com mando único em cada esfera de governo (BUSS, 1995).

Na nova Constituição o conceito de saúde foi ampliado, incorporando o aspecto da qualidade de vida. A saúde passou a ser compreendida como direito social universal, direito de cidadania, as ações e serviços de saúde foram caracterizados como de relevância pública. Este direito social (direito à saúde) deve ser assegurado pelo Estado. Segundo Weichert (2004) o Estado Social não é apenas garantidor dos direitos, mas protagonista de prestações positivas na área dos direitos sociais, por meio de políticas públicas em consonância com metas e objetivos fixados na Constituição Federal.

A Constituição brasileira (BRASIL, 1988) assim como a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a) estabeleceram a descentralização entre os princípios da gestão do SUS, enfatizando a descentralização de serviços para os municípios e o comando único em cada esfera de governo.

A partir da nova Constituição da República, foram diversas as iniciativas institucionais e legais voltadas para criar as condições de viabilização plena do direito a saúde, destacando-se, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde – nº. 8.080/90 e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990a, b) e as Normas Operacionais Básicas (BRASIL, 1993b, 1996). As leis orgânicas regulamentaram o SUS, agregando todos os serviços estatais - federal, estadual e municipal - e os serviços privados contratados/conveniados. As normas operacionais básicas têm sido instrumentos de regulamentação que progressivamente têm aprofundado o processo de descentralização da gestão do sistema de saúde e definido as relações entre as três esferas de governo.

A primeira Norma Operacional Básica, a 01/91, editada, ainda, pela presidência do INAMPS, tem como característica principal o início do processo de transferência de recursos federais, orientada pela lógica de oferta de serviços do setor privado, para estados e municípios, o que se dá por meio de instrumentos convenientes, tratando os entes federativos como simples prestadores de serviços (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Chame-se a atenção para o fato do nível federal passar a ter uma relação administrativa, diretamente, com os municípios, reduzindo a participação dos estados na gestão do sistema, observada no período anterior (SUDS).

A NOB/SUS - 01/93 (BRASIL, 1993b) criou três alternativas de gestão – incipiente, parcial e semi-plena, sendo todas alternativas de gestão para os municípios e, somente, as duas últimas formas de gestão para os estados, expressando graus crescentes de descentralização. Nas formas incipiente e parcial, os níveis municipais e estaduais continuavam apenas como prestadores de serviços ao SUS, recebendo recursos financeiros por produção, enquanto que, na forma de gestão semi-plena, pela primeira vez, alguns municípios passaram efetivamente a receber recursos

financeiros transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) e a assumir a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde.

A lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993 foi um marco importante, pois, extinguiu o INAMPS<sup>5</sup>, transferindo para estados e municípios atribuições, pessoal, equipamentos e imóveis, criando o Sistema Nacional de Auditoria e estabelecendo que os recursos financeiros referentes ao custeio dos serviços repassados aos municípios, estados ou Distrito Federal passam a compor o montante dos recursos que o Fundo Nacional de Saúde deverá transferir de forma regular e automática, aos fundos estaduais e municipais de saúde, de acordo as Leis Orgânicas da saúde (BRASIL, 1993a).

Em 1994, o Decreto presidencial nº 1.232 autorizou o repasse financeiro direto do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, viabilizando o mecanismo necessário para operacionalizar a descentralização por meio da gestão semi-plena, iniciada em 24 municípios (BRASIL, 1994).

Observa-se que, nesse período de implantação da NOB-01/93, a ênfase na descentralização ocorreu no campo da atenção ambulatorial, hospitalar e na forma de municipalização da saúde. Segundo Arretche (1998), esse fenômeno se deu, principalmente, pelo forte grau de consenso observado nas agendas de reformas sociais, de tal forma que os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS) e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde pressionaram positivamente para implantação da municipalização. Além disso, o ano de 1994, quando teve início o processo de implantação da NOB-01/93, foi um ano eleitoral para escolha de dirigentes estaduais gerando certa instabilidade nesse nível de gestão, propiciando maior aprofundamento da descentralização na direção dos municípios. Assim, em 1996, segundo documento do Ministério da Saúde tinha-se 3.127 municípios habilitados (62,9%), sendo 144 em gestão semiplena (4,6%) (BRASIL. Ministério da Saúde, 1999). Destaca-se o fato de que dos 27 estados, 16 se habilitaram pela NOB -

---

<sup>5</sup> O peso do INAMPS era tão intenso na assistência à saúde no país, que quando da sua extinção ele ainda tinha sob sua gestão o contrato de 6.500 hospitais e 40.000 outros serviços (clínicas, laboratórios, etc.) e contava com 96.913 servidores (GERSCHMAN, 1995).

01/03, porém todos na forma parcial de gestão, em função da mudança de governos estaduais, em 1995, das dificuldades de operacionalização das exigências legais e normativas nessa esfera de gestão e pelo cenário de incertezas orçamentárias e financeiras do sistema.

A NOB – 01/93 estabeleceu, ainda, o funcionamento de instâncias colegiadas de gestão do SUS: as Comissões Intergestores Tripartite (nacional) e Bipartites (estaduais), instituindo a prática de negociação na implantação do SUS (BRASIL, 1993b).

A NOB 01/96 se diferencia das anteriores, em vários aspectos. Institui o conceito de responsabilização de cada gestor em seu respectivo nível de governo; amplia o foco do modelo de atenção para além da assistência, incluindo ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde; introduz o conceito de vínculo entre população e agentes dos sistemas de saúde; cria o instrumento de Programação Pactuada e Integrada (PPI) com a conseqüente, definição dos Tetos Financeiros Globais, por estado e por município e faz, pela primeira vez, referência à área de epidemiologia e controle de doenças, que aparece na proposta de instrumento de negociação intergestores (PPI) e como componente do Teto Financeiro Global – Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças (BRASIL, 1996).

A NOB- 01/96 impulsionou nova onda de descentralização, ainda mais forte que a possibilitada pela norma anterior (NOB 01/93). Definiu dois níveis de gestão possíveis para os municípios - gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde e duas modalidades para os estados – gestão avançada e gestão plena de sistema de saúde (BRASIL, 1996).

A NOB- 01/96 trouxe como um dos avanços indiscutíveis a criação do Piso Assistencial Básico (PAB), que instituiu o repasse automático fundo a fundo para os municípios habilitados, encerrando o financiamento orientado pela lógica da produção de serviços na atenção básica, passando a fazê-lo por critérios populacionais, no valor de R\$10,00 por habitante/ano, criando uma faixa nacional entre dez e dezoito reais per capita. Além disso, foram criados incentivos variáveis para implantação e funcionamento de algumas políticas e ações prioritárias, como o

incentivo do Programa Saúde da Família, o incentivo da Vigilância Nutricional, entre outros (BRASIL, 1996).

Dos 5.506 municípios existentes em junho de 2000 no país, 5.426 estavam habilitados pela NOB/SUS - 01/96 (98,5%), sendo 4.906 em gestão plena da atenção básica (89,1%) e 520 em gestão plena do sistema municipal de saúde (9,4%), conforme dados fornecidos pela assessoria técnica do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Dos 27 estados, apenas 04 se habilitaram na gestão plena de sistema estadual (BRASIL, 1996).

A Norma de Organização da Assistência (NOAS), publicada em 2001 e reeditada em 2002 (BRASIL, 2001, 2002a), trata da reorganização dos sistemas de saúde por meio da regionalização, busca fortalecer o papel coordenador/negociador dos estados e garantir a integralidade da assistência consolidando a atenção básica como a porta de entrada do sistema. Segundo Mendes (2001), a NOAS parece tentar compensar a NOB - 01/96 e a radicalização da municipalização com características de autônoma, ou seja, cada município tentando responder por si a um conjunto de demandas advindas com o SUS. O retrato dessa situação pode ser bem explicitado pelos dados de habilitação, pois já em 2000 tinha-se 99% dos municípios habilitados em alguma forma de gestão e apenas, 04 estados em gestão plena de sistema estadual. Para o autor, esse formato de descentralização provocou distorções, como a perda de escala na oferta de serviços de maior complexidade tecnológica, iniquidade no acesso a serviços de saúde, baixa articulação entre gestores municipais e desses com os gestores estaduais, relação direta entre a União e os municípios, entre outras questões.

Segundo Pereira e Quito (2004), a publicação da NOAS, simplesmente, parece não ter resolvido o problema. Somente em 2003, com a extensão dos efeitos da Portaria nº 1188 GM, de junho de 2002, para o setor público (aumento da tabela de consultas especializadas de R\$2,50 para R\$ 7,50), condicionada à habilitação dos estados em gestão plena de sistema, o processo avançou. Esse fator foi, portanto, fortemente indutor, pois, em 2005 todos os estados estavam habilitados em gestão plena de sistema, o que pareceu significar uma reorientação no processo de descentralização.

Pode-se dizer que, de certa forma, houve na implementação das políticas de saúde, nos últimos 20 anos, um esforço no sentido de construir um modelo federativo na saúde, seja pelas tentativas de definição do papel de cada esfera na gestão do sistema, seja pela criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS – comissões intergestores, e destes com a sociedade – conselhos de saúde.

Apesar desses avanços obtidos ainda são observadas insuficiências na capacidade de garantir os princípios da universalização, da integralidade, da equidade, da qualidade e da eficiência na organização e gestão dos serviços de saúde prestados à população. O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização da saúde como estratégia essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Sendo uma das responsabilidades gerais da gestão compartilhada pelas três esferas de Estado “coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção à saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região” (BRASIL, 2008a).

O Pacto pela Saúde introduziu novas estratégias de integração e articulação da política de saúde ao instituir como marcos fundamentais de consolidação institucional do SUS um novo formato de condução das relações entre as esferas de Estado e o desafio de superar a fragmentação das políticas e programas nacionais. Estabeleceu o espaço regional como o lócus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal. Sua centralidade na estratégia do espaço regional decorre das especificidades que o caracterizam em termos de natureza federativa, amplitude territorial e singularidades sociais (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2008).

Atualmente todos os estados e o Distrito Federal estão habilitados em gestão plena de sistema de saúde e todos os municípios, também estão habilitados em alguma forma de gestão. Em relação ao Pacto pela Saúde, vinte estados aderiram ao mesmo, tendo seus TCG já publicados e, cerca de 40% dos municípios brasileiros também aderiram ao Pacto (BRASIL, Ministério da Saúde, 2008c).

Pode-se afirmar, portanto, que a descentralização do setor saúde brasileiro foi condicionada a uma série de pré-requisitos definidos nas normas operacionais. A descentralização adota características do tipo **devolução**, que consiste na transferência de poder decisório de uma organização governamental central para outra de subnacional que tem, assim, sua autonomia política e administrativa reforçada. Também apresenta características do tipo **desconcentração** que consiste na transferência de competências administrativas sem a efetiva possibilidade de autonomia decisória do nível local, em função da fragilidade política e técnico-gerencial de vários municípios e de alguns estados brasileiros, o que interfere em seu grau de autonomia (LEMIEUX, 1997).

#### 2.4 O PAPEL DOS ESTADOS NA GESTÃO DESCENTRALIZADA DO SUS

Conforme mencionado anteriormente, o SUS é, por definição constitucional, um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania, e nas diretrizes organizativas de: descentralização (com comando único em cada esfera de governo), integralidade do atendimento e participação da comunidade. A implantação do SUS e as respectivas responsabilidades de seus gestores – federal, estaduais e municipais não é opcional e que possa ser delegada. É uma obrigação legalmente estabelecida.

A implementação desse sistema, particularmente no que diz respeito ao processo de descentralização e definição do papel de cada esfera de governo, é condicionada por e deve considerar o enfrentamento de ao menos três questões gerais, já abordadas: as acentuadas desigualdades existentes no país e no interior de cada estado; as especificidades dos problemas e desafios na área da saúde; e as características do federalismo brasileiro.

Assim, as responsabilidades na gestão e no financiamento do SUS são compartilhadas entre os três níveis de governo. Considerando os objetivos deste estudo, será dada ênfase à abordagem das responsabilidades dos gestores estaduais.

Desde suas origens e até o final da década de 80, o Sistema de Saúde Brasileiro se caracterizava pela dualidade e seletividade de clientela. De um lado, o Ministério da Saúde desenvolvendo ações de saúde pública, de caráter universal e, do outro lado o Instituto Nacional de Previdência e Assistência à Saúde (INAMPS) desenvolvendo ações assistenciais, por meio de serviços ambulatoriais e hospitalares, próprios e privados, com acesso seletivo para os previdenciários (ARAÚJO JÚNIOR, 1994; ARRETCHE, 1998; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989). Nesse período, os não previdenciários eram atendidos por serviços de saúde beneficentes, por serviços municipais e ou estaduais. As secretarias estaduais tinham relação formal com o Ministério da Saúde, porém, financiavam com recursos fiscais (estaduais) suas próprias ações, com independência e, mesmo, desconexão com o INAMPS e o Ministério da Saúde (ARRETCHE, 1998).

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) estabelece os princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde, mas não define especificamente o papel de cada esfera de governo no SUS. Um maior detalhamento das competências e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional, estadual e municipal – é feito pela Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90 (BRASIL, 1990a).

A Lei 8080/90 define como atribuições comuns da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito administrativo: a definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; a elaboração do orçamento do SUS e a execução orçamentária e financeira; o acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; a coordenação do sistema de informação em saúde; a elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos; a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente; a elaboração e atualização do plano de saúde; a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos; a elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados; o atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo eminente, de calamidade pública ou irrupção de epidemias; a implementação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; a

articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde; a realização de pesquisas e estudos na área de saúde; entre outras (BRASIL, 1990a).

São consideradas competências da esfera estadual: Promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS; apoiar técnico e financeiramente os municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador; participar do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho; formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa; estabelecer normas, em caráter suplementar para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde, incluindo padrões de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano; colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federativa.

Alguns aspectos, como a falta de destaque para a responsabilidade pela formulação das políticas de saúde, no que se refere à definição de prioridades estaduais, à função regulatória restrita à dimensão de oferta e demanda da rede de serviços de saúde, chamam atenção em uma análise mais cuidadosa desse instrumento legal.

A NOB – 01/93 introduziu aspectos relevantes em relação ao gerenciamento do processo de descentralização, não sendo necessário destacar competências e atribuições dos gestores, visto que essas foram superadas pelas normas seguintes. Quanto ao gerenciamento do processo de descentralização no SUS, ressalta que o

mesmo tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde, respectivamente. Destacam-se, então, as funções de coordenação e de negociação conferidas aos gestores, por essa norma (BRASIL, 1993b).

Arretche (1998) observou em estudo realizado em seis estados brasileiros, que a ação dos governos estaduais teve grande importância no processo de adesão municipal ao SUS, pois, as regras operacionais lhes conferiram capacidade de intervenção decisiva nos fóruns intergestores (CIB), espaço fundamental de coordenação e operacionalização desse processo. Além disso, a necessidade de organização sistêmica de redes assistenciais hierarquizadas tornava a participação dos estados imprescindível, assim como sua participação na capacitação de profissionais de saúde, o que reduzia os gastos municipais tornando a descentralização mais factível. Destaca, ainda, que o papel indutor dos estados pode ser relativizado em relação aos municípios com maior patamar de desenvolvimento social e econômico, mesmo assim, o estado não pode deixar de ser o coordenador do processo. Como a maioria dos municípios brasileiros apresenta deficiência econômica, fiscal e administrativa, a estratégia de indução adotada pela esfera estadual de gestão do SUS torna-se relevante para o desenvolvimento exitoso do processo de descentralização.

Estudo relatado por documento do Ministério da Saúde constatou que o processo de habilitação dos municípios pela NOB – 01/93 não ocorreu uniformemente no país, em decorrência das características de cada estado e do momento político vivido em cada um deles. Foi observado que alguns estados introduziram mecanismos financeiros como incentivos para organização do SUS (Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, por exemplo) (BRASIL. Ministério da Saúde, 1999).

A NOB – 01/96, como já foi descrito, anteriormente, trouxe duas inovações muito importantes ao processo de descentralização do SUS, introduziu o conceito de responsabilidade sanitária para cada gestor do SUS e estabeleceu o repasse fundo a fundo de recursos financeiros. Além disso, definiu **04 papéis básicos para o**

**gestor estadual:** exercer a gestão do SUS estadual; promover condições para que os municípios assumam a gestão de saúde de seus municípios; assumir, transitoriamente, a gestão de sistemas municipais e promover a harmonia, a integração e a modernização dos sistemas municipais, o que pode ser resumido em dois grandes papéis – **ser gestor<sup>6</sup> do SUS estadual e fortalecer a municipalização da saúde** (BRASIL, 1996).

O processo de discussão da NOB – 01/96 foi muito rico e teve início desde 1995, ano praticamente de implantação da NOB – 93. Várias versões foram produzidas, fruto de diversas câmaras e oficinas de discussões provocadas pelo Ministério da Saúde, por meio da equipe da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Os pontos mais conflituosos foram, principalmente, a definição do elenco de procedimentos que deveriam compor o Piso de Atenção Básica, o valor per capita correspondente (a proposta inicial de R\$ 12,00 foi substituída por R\$ 10,00, em função da disponibilidade orçamentária e financeira do MS), e a expectativa de dinheiro novo para o sistema que foi frustrada quando o montante de recursos destinados para compor o PAB, saiu do montante de recursos que já estavam sendo utilizados e destinados para custear a assistência. Esse relato, cujos fatos foram vivenciados pela própria autora deste estudo (representante do Conasems na CIT) torna-se relevante para explicar a posição dos estados frente à nova norma. Os estados foram contrários à retirada de recursos da média e da alta complexidade para composição do PAB e, em bloco se organizaram para habilitarem os municípios, mas, para não se habilitarem até que fosse resolvido esse impasse financeiro.

Outro fator bastante polêmico foi a questão referente ao comando único dos municípios na gestão da rede de serviços de saúde, pode-se dizer que houve uma forte polarização entre o que, na época se denominou do modelo pernambucano versus o modelo mineiro de descentralização, compreendido, respectivamente, enquanto gestão partilhada entre estado e municípios, ficando o estado com a gestão dos serviços de alta complexidade e, a descentralização radical para os municípios da gestão de todos os serviços. Essa questão do comando único não foi

---

<sup>6</sup> A NOB – 01/96 distingue os conceitos de gestão e gerência. Gestão é compreendida como a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, mediante o exercício das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, avaliação, controle e auditoria. Gerência compreende a administração de unidade de saúde prestadora de serviços (BRASIL, 1996).

consensuada, de forma que ficou a critério das bipartites definirem o modelo de gestão a ser adotado.

Segundo documento *Análise de Alguns Aspectos do Processo de Descentralização no SUS* (BRASIL. Ministério da Saúde, 1999), foram identificados, a partir de estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 1995, cinco modelos de gestão da descentralização da assistência implantados nos estados:

- a) gestão municipalizada do sistema com ênfase na regionalização – caracterizada pela descentralização para os municípios da maioria das atividades de gerência e gestão do sistema pela forte presença do estado na coordenação do processo de programação, garantia de organização de sistemas regionais e de acesso da população aos serviços de referência;
- b) gestão municipalizada do sistema sem ênfase na regionalização, também denominado de modelo atomizado – caracterizado pela municipalização radical da gerência e gestão do sistema com frágil participação dos estados;
- c) gestão descentralizada por nível de hierarquia – caracterizada por divisão de responsabilidades entre estados e municípios, sendo que tanto a gerência de unidades públicas de maior complexidade como a gestão dos serviços contratados mais complexos ficam sob responsabilidade estadual, não sendo passíveis de municipalização. Os municípios assumem a gestão e a gerência das redes ambulatoriais e dos hospitais com menor complexidade;
- d) gestão descentralizada por partilha – caracterizada pela divisão de responsabilidades da gerência e gestão do sistema de acordo com interesses conjunturais dos gestores, sem levar em conta a organização do sistema de saúde;
- e) gestão centralizada do sistema – as funções de gestão são exclusivas dos estados, cabendo aos municípios, apenas, o papel de prestadores de serviços.

Por essas questões colocadas, a implantação da NOB – 01/96 só começou, efetivamente, em 1998, dois anos após sua publicação e, com muita resistência dos estados.

A NOAS – 01/02 (BRASIL, 2002a), assim como a NOB – 01/96 (BRASIL, 1996), no caso dos estados, prevê duas condições de habilitação: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual. A principal diferença entre as duas formas de gestão consiste no estabelecimento, como atributo específico à Gestão Plena do Sistema Estadual, do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual. São demais atribuições estaduais: a elaboração de planos de saúde, de planos de investimentos e programação pactuada integrada; gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de saúde pública; formulação e execução da política de sangue e hemoterapia, de acordo com a política nacional; coordenação do sistema de referências intermunicipais, gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados em nenhuma das condições de gestão vigentes no SUS; gestão das atividades referentes a Tratamento Fora de Domicílio, Medicamentos Excepcionais, Central de Transplantes (O estado poderá delegar essas funções aos municípios em Gestão Plena de Sistema Municipal). São consideradas, ainda, responsabilidades estaduais a formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica; cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização e organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços; a estruturação e operacionalização do Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria; a coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme legislação em vigor; apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas; e coordenação e operação dos Sistemas Nacionais de Informação.

A NOAS 01/02 foi o instrumento que orientou o processo vigente de habilitação de todos os estados e do Distrito Federal, em gestão plena de sistema, associada aos fatores de indução financeira, já referidos. Apesar de se poder considerar cumprida essa etapa cartorial de habilitação muitos são os desafios que os gestores estaduais têm que superar para desempenhar, efetivamente seus papéis. As estratégias e instrumentos de **integração regional** trazidos por esta norma eram de baixa institucionalidade (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2008), parecendo ter sido muito mais uma artificialização burocrática para cumprimento dos pré-requisitos de habilitação do que uma prática efetiva de planejamento e programação em

saúde. A questão do comando único também, parece não ter sido resolvida, visto que foram apresentados cronogramas de repasse da gestão de serviços para os municípios, naqueles estados onde havia mais conflitos, o que permitiu suas habilitações, que não foram efetivamente cumpridos.

O debate sobre as contradições geradas pela implantação da NOAS resultou na formulação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), que instituiu um novo formato de condução das relações entre as esferas de Estado. O Pacto estabelece um conjunto de atribuições, mais detalhado que as normas anteriores, para a esfera estadual de gestão do SUS, que foram incorporadas na planilha das FEGES, apresentada nos apêndices (Apêndice A).

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), em conjunto com o Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) vêm desenvolvendo um projeto de cooperação técnica junto aos estados, no sentido de fortalecer suas capacidades de gestão. Foram definidas funções, identificadas como cruciais para a prática de saúde pública nos países da América e introduzidas no instrumento de medição de desempenho desenvolvido pela OPAS denominadas Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP). Essas funções foram revisadas em conjunto com o CONASS, para serem aplicadas em oficinas de auto-avaliação nos estados brasileiros, sendo descritas como: Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do Estado; Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde; promoção da saúde; Participação social em saúde; Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde; Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde; Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde; Desenvolvimento de Recursos Humanos e capacitação em saúde pública; Garantia e melhoria da qualidade dos serviços individuais e coletivos; Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde e; Condução da mudança do modelo de atenção à saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007). Essas funções, também, foram incorporadas na planilha das FEGES, que serviu de instrumento de construção de consenso para este estudo.

Sem dúvidas, um dos papéis fundamentais das Secretarias Estaduais de Saúde é o de coordenar o processo de implantação do SUS no respectivo estado. Para a execução deste importante papel, o gestor estadual do SUS precisa agir de forma articulada com as duas esferas de governo (União e Municípios) e com o controle social representado pelo Conselho Estadual de Saúde.

No que diz respeito aos municípios esta relação é de coordenação e avaliação, não havendo uma hierarquia e conseqüente subordinação dos municípios à SES em função do modelo brasileiro de federalismo e da definição constitucional e legal do comando único em cada esfera de governo.

Desta forma, com a implantação do SUS a Secretaria Estadual de Saúde passa a ter um novo papel, o de Gestora Estadual do SUS. Esta gestão se dá no sentido amplo, não se restringindo ao gerenciamento apenas de sua rede própria de prestação de serviços (hospitais e outras unidades) ou dos prestadores de serviços, privados e públicos que estejam sob sua gestão, ou ainda de alguns programas assistenciais. Esse novo papel deve incorporar funções de regulação, de formulação e avaliação de políticas de saúde, de negociação e coordenação da política estadual de saúde (SOUZA, 2001).

Na pesquisa Gestores do SUS: Olhares e Vivências sete estados, dos doze estudados, afirmaram que as secretarias estaduais vivem grande ambivalência em relação às suas atribuições, entre serem gestores do SUS ou prestadores de serviços de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005). Nos casos em que os estados são grandes prestadores de serviços (rede própria numerosa) são identificadas disputas entre esses e os gestores municipais pela partilha de recursos financeiros, o que prejudica o desenvolvimento satisfatório de seu papel coordenador e articulador das programações assistenciais, regulador e avaliador dos cumprimentos de metas (BRASIL. Ministério da Saúde, 1999).

No processo de descentralização desencadeado pelo SUDS em 1988, as funções de avaliação, controle e auditoria não chegaram a ser estadualizadas, permanecendo sob responsabilidade dos Escritórios de Representação do INAMPS, como um setor completamente separado da estrutura das Secretarias Estaduais

(SANTOS, 1998). Com o SUS, a função estratégica da regulação passa a ser responsabilidade do gestor estadual, de acordo com os instrumentos legais e normativos. A regulação, segundo a NOB-01/96, tem como meta principal, portanto, a garantia do acesso de forma equânime, a integralidade da assistência e o ajuste da oferta dos serviços às necessidades imediatas do cidadão, de forma ordenada, oportuna e racional (BRASIL, 1996). A NOAS 01/02 define que a regulação assistencial, entendida como disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, deverá ser efetivada “por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários” (BRASIL, 2002a, p. 25).

O conceito e a compreensão do que seria a regulação estatal na saúde não têm sido uniformes (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004). O Ministério da Saúde, em anos recentes, vem disseminando um conceito de regulação como sinônimo da regulação do acesso dos usuários à assistência à saúde. A regulação estatal sobre o Setor Saúde será aqui entendida como aquela em que o Estado atua sobre os rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio das regulamentações e das ações que asseguram o cumprimento destas. Portanto, a regulação estatal sempre será exercida por uma esfera de governo (federal, estadual e municipal), constituindo-se em uma das funções da gestão de sistemas de saúde. Tal assertiva pode ser embasada no artigo 197 da Constituição de 1988, que confere ao poder público a responsabilidade de regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Devem os estados, portanto, desempenhar um papel regulador/mediador buscando um pacto de metas regionais visando à qualidade de vida da sua população, mas compreendendo e intervindo favoravelmente para que as desigualdades existentes entre municípios e regiões, sejam de saúde, econômicas ou políticas não acabem por ampliar as desigualdades ou criar modelos de captura de recursos capaz de aumentar o fosso existente entre os que tudo podem e os que nada têm. A atuação dos Estados como fomentadores de políticas regionais e locais, no financiamento de estruturas necessárias e na manutenção de outras, seja através de estratégias como as dos consórcios intermunicipais de saúde, na adoção de piso estadual de saúde,

na execução de estruturas regionais pelos próprios Estados ou outras formas de financiamento, são fundamentais para a correção das distorções existentes e para avançar ao patamar de qualidade de vida e de saúde que todos esperam (SOUZA, 2001).

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa é um estudo avaliativo do papel da esfera estadual na gestão descentralizada do SUS que se desenvolveu em duas fases. A primeira caracterizou-se pela elaboração dos instrumentos de avaliação, por meio da construção de imagem-objetivo das FEGES e da Matriz de Avaliação. A segunda fase caracterizou-se pela aplicação desses instrumentos para validação e análise do potencial de generalização dos mesmos como instrumentos de avaliação nacional do papel dos estados na gestão descentralizada do SUS. Para tal, foi adotada a estratégia de estudo de caso, recomendável para esses tipos de pesquisa cujo objeto apresenta conceitos bem definidos, o que possibilitará construção de padrão para comparação de seus resultados.

#### 3.1 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA CONSTRUÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Com base em revisão documental dos instrumentos legais e normativos do SUS e de literatura referente ao tema foi elaborada uma planilha contendo 159 funções da esfera estadual de gestão do sistema de saúde, agrupadas em oito macro funções, apresentadas como Apêndice A.

Na perspectiva de construir a matriz de imagem-objetivo do conjunto de funções estratégicas de gestão atribuídas aos estados, para que esses possam desenvolver seu papel no SUS de forma satisfatória, optou-se por valorar essas funções. Como não se podia dissociar a dimensão técnica da dimensão política escolhemos uma metodologia que considerasse, além da estrutura institucional formal do SUS e da produção científica sobre o assunto, a opinião de especialistas e secretários estaduais de saúde, tendo sido adotada uma estratégia de construção de consenso. A estratégia adotada consistiu em uma adaptação da conferência de consenso aplicada por Souza, Vieira da Silva e Hartz (2005).

Foram selecionados 33 especialistas (Apêndice B) em Saúde Coletiva com experiência nos três níveis de gestão do sistema de saúde e/ou acadêmicos com reconhecida produção científica sobre o processo de construção do SUS. Foram enviadas, via correio eletrônico, planilhas com a distribuição das funções em oito eixos para atribuição de notas de 0 (zero) a 10 (dez) de acordo com sua relevância para a gestão estadual.

As funções, inicialmente apresentadas pela pesquisa, foram revistas de acordo com a pontuação recebida. As funções que apresentaram média de notas igual ou maior que 7 e desvio-padrão igual ou menor que 3, compuseram o elenco das funções mais importantes e mais consensuais e foram apresentadas na etapa seguinte. As funções que receberam média de notas igual ou maior que 7, mas com desvio-padrão maior que 3, foram consideradas muito importantes, porém pouco consensuais; mesmo assim seguiram para etapa seguinte, de construção de consenso com os gestores estaduais.

As funções que obtiveram uma média de notas menor que 7,0 e desvio padrão menor que 3,0 foram excluídas das próximas etapas por terem sido, consensualmente, consideradas pouco importantes. Aquelas que apresentaram média menor que 7,0, com desvio padrão maior que 3,0, foram reapresentadas, em separado, por não terem sido consideradas muito importante, porém, sem consenso estabelecido.

A etapa seguinte incidiu na apreciação da planilha – com as funções selecionadas na etapa anterior, pelos secretários estaduais de saúde, por meio também de atribuição de pontuação entre zero e 10. Essa etapa ocorreu via correio eletrônico. As planilhas foram analisadas adotando-se os mesmos critérios da etapa anterior, sendo selecionadas as funções consideradas importantes (média das notas maior ou igual a sete) e consensuais (desvio padrão menor ou igual a três). A planilha final passou a ser considerada imagem-objetivo das FEGES do SUS, apresentada como apêndice C.

A terceira etapa consistiu na utilização dessa planilha final contendo a imagem-objetivo de FEGES como base para elaboração de indicadores e construção de

matriz de avaliação de desempenho das gestões estaduais, apresentada, a seguir, no quadro 1.

Foram definidos 65 (sessenta e cinco) indicadores, distribuídos pelos oito eixos. Para cada eixo foi adotado como critério de avaliação o percentual de respostas afirmativas: **100%** - desempenho excelente, **igual ou maior que 80% e menor que 100%** - desempenho muito bom, **igual ou maior que 60% e menor que 80%** - desempenho bom, **igual ou maior que 40% e menor que 60%** - desempenho regular, **menor que 40%** - desempenho fraco. Esses critérios permitiram avaliação de desempenho por eixo de macro função, o que possibilitou traçar um perfil de como a gestão estadual desenvolve seu papel na gestão descentralizada do SUS.

EIXOS	INDICADORES
Fortalecimento da Municipalização	Modelo de descentralização dos serviços, claramente, definido e aprovado na CIB; Serviços municipalizados de acordo com modelo de descentralização adotado pela SES ou com municipalização em curso, de acordo com cronograma pactuado; Incentivos financeiros para municipalização; Percentual maior do que 60% dos recursos do Teto financeiro estadual de recursos financeiros transferidos fundo a fundo para os municípios; Percentual maior do que 40% (média ND) de relatórios de gestão dos municípios aprovados nos CMS e encaminhados para CIT (fonte MS); Percentual maior que 50% (média nacional) dos municípios que aderiram ao pacto de gestão; Realização de cursos de capacitação para gestores municipais
Promoção de Equidade	População de risco conhecida e monitorada; Prioridades definidas por critérios epidemiológicos; Incentivos financeiros diferenciados para os municípios/população mais vulneráveis; PDI elaborado com objetivo de reduzir desigualdades; Regulação de acesso orientada por necessidade e demanda, além da oferta de serviços; PPI orientada por necessidade e demanda, além da oferta de serviços
Formulação e Avaliação de Políticas de Saúde	Plano Estadual de Saúde elaborado, com prioridades e metas definidas; Metas acompanhadas e avaliadas pelo núcleo dirigente; Modelo de formulação e de gestão das prioridades descentralizado e participativo (colegiados internos de gestão); Política Estadual de Atenção Básica formulada; Política Estadual de Média e Alta Complexidade formulada (urgência/emergência, atenção especializada e atenção hospitalar); Política Estadual de Assistência Farmacêutica formulada; Participação na formulação da Política de Ciência e Tecnologia do Estado; Soluções inovadoras formuladas e implementadas.

Quadro1 - Matriz de Avaliação FEGES

(Continua).

Gestão e Desenvolvimento de RH	Estrutura para gestão de RH adequada; Situação de RH em saúde conhecida pelo dirigente estadual; Política de Educação Permanente; Política de Educação Profissional; Participação nas políticas regulatórias da força de trabalho em saúde e de mudanças curriculares de graduação e pós-graduação; Plano de Cargos e Carreira implantado; Valorização profissional por resultados implantada; Mesas de negociação em funcionamento.
Gestão e Gerência de Serviços e Ações de Saúde	Gerência dos serviços assistências próprios estaduais, de acordo com modelo de descentralização adotado (hospitais de referência regional/estadual); Gestão e Gerência do Sistema Estadual de Transplante de Órgãos e Tecidos; Gestão da rede estadual de laboratórios de saúde pública e gerência de serviços próprios; Gestão da hemorrede estadual e gerência de serviços próprios; Gestão da Política de Assistência farmacêutica e gerência do componente Medicamentos de Alto Custo; Gestão e gerência do Fundo Estadual de Saúde; Gestão administrativa para garantia de infra-estrutura própria; Alternativas para gerenciamento de serviços próprios de saúde formalizadas.
Regulação	PDR elaborado e servindo de orientação para a PPI e Regulação; PPI implantada como base para os mecanismos de regulação; Regulação do setor privado contratado implantada; Função regulatória instituída nos hospitais públicos; Utilização de contratos de metas na gestão dos serviços próprios e contratados; Sistema de monitoramento de Contratos de Gestão implantado; Número adequado de centrais de regulação implantadas (01/macrorregião); Sistema de Monitoramento e Avaliação das Gestões Municipais Implantado; Sistema Estadual de Auditoria implantado e em funcionamento; Capacitação de técnicos, da SES e dos municípios, em regulação de sistemas e serviços de saúde realizada.
Negociação e Coordenação	Democratização interna da gestão por meio de colegiados gestores; Conselho Estadual de Saúde em funcionamento regular; Conferências de Saúde realizadas regularmente; Comissão Interinstitucional Bipartite – CIB em funcionamento regular; Comissões Bipartites Regionais – CIBR em funcionamento regular; Conselhos Gestores de Unidades de Saúde implantados e em funcionamento regular; Ouvidoria do SUS implantada e em funcionamento; Divulgação dos direitos dos usuários ocorrendo sistematicamente (cartilhas, boletins, cartazes); Discussão e aprovação do Plano Estadual de Saúde no CES; Elaboração e monitoramento do PDR feitos de forma bipartite; Elaboração e monitoramento da PPI feitos de forma bipartite.
Coordenação e Execução de Ações de Vigilância em Saúde	Coordenação dos sistemas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador; Coordenação da formulação e execução da política de promoção à saúde; Coordenação da elaboração da PPI/VS; Monitoramento da PPI/VS; Avaliação e divulgação das condições de saúde da população; Fortalecimento das ações de vigilância nos municípios; Coordenação da rede estadual de laboratórios de saúde pública.
<b>CRITÉRIO</b>	Respostas afirmativas: 100% – Excelente 80% < 100% - Muito Bom 60% < 80% - Bom 40%<60% - Regular < 40% - Fraco

Quadro1 - Matriz de Avaliação FEGES

(Conclusão)

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2009.

### 3.2 DESENHO DO ESTUDO

O passo seguinte foi a aplicação da Matriz de Avaliação e para tal foi desenvolvido estudo de caso que possibilitou uma avaliação quantitativa e qualitativa do desenvolvimento das FEGES. Realizaram-se entrevistas, além de avaliação normativa feita a partir da utilização da matriz avaliativa.

Para a realização deste estudo de caso, o tipo de pesquisa a ser adotado, segundo seu nível interpretativo, foi a pesquisa descritiva que, conforme define Lakatos e Marconi (1996), aborda quatro aspectos: descrição, registro, análise e interpretação de fenômenos atuais, objetivando seu funcionamento na atualidade.

Quanto ao tipo de estudo descritivo, classifica-se como relato de casos ou estudo de casos, que de acordo com Lakatos e Marconi (1996) consiste no estudo de determinados indivíduos, profissões, condições, instituições, grupos, observando fatores que influenciaram e analisando todos os seus aspectos.

A Organização Pan Americana de Saúde (1990) define estudos de casos como estudos descritivos em profundidade de uma unidade social através do tempo, cujo objetivo essencial é explorar a fundo um caso que possa ser exemplar para uma situação que pode acontecer com freqüência. Permite apreciar como um grupo humano percebe, valoriza e explica sua realidade e resolve seus conflitos, sendo consideradas muitas variáveis condicionantes.

Como um dos objetos desta pesquisa foi a avaliação de como a esfera estadual de gestão desempenha seu papel na gestão do SUS, no contexto da descentralização do sistema, esse desenho se aplica com pertinência, pois o objeto de estudo já é, sob o ponto de vista teórico, suficientemente conhecido, com conceitos bem definidos, permitindo a construção de postulados que funcionarão como um padrão para comparar os resultados empíricos do estudo (YIN, 1994).

É importante destacar que esse tipo de estudo apresenta como vantagem sua flexibilidade quanto ao próprio planejamento do estudo, que estará sempre em

construção, o que efetivamente ocorreu. No transcorrer do estudo avaliou-se a necessidade de adotar estratégia de mobilização dos secretários estaduais para que os mesmos apreciassem as planilhas. Adotou-se como estratégia a apresentação do projeto em assembléia do CONASS, além de envio, por e-mail, de carta de sensibilização assinada conjuntamente com a entidade.

Outra vantagem importante desse tipo de estudo é a multiplicidade de enfoques conferidos a um problema, proporcionando ênfase na totalidade e a simplicidade de seus procedimentos. Quanto às limitações, a mais significativa é a dificuldade de generalização estatística, o que, no entanto, não é objetivo do mesmo por se tratar de estudo qualitativo, sendo o marco teórico essencial para possibilitar a generalização analítica, como refere Yin (1994).

### 3.3 UNIDADE DE ANÁLISE

A esfera estadual da gestão descentralizada do SUS, a partir da seleção do estado de Pernambuco como caso a ser estudado. A seleção foi intencional e levou em consideração a vontade política do gestor estadual que, após apresentação do projeto em assembléia do CONASS, demonstrou interesse em ter a gestão avaliada. Sua escolha, também foi favorecida por se tratar do estado sede da pesquisa, o que foi um facilitador operacional.

### 3.4 MODELOS DE ANÁLISE

O Eixo de análise foi definido pela imagem-objetivo das FEGES, construída por meio da estratégia de consenso aplicada às apreciações dos especialistas e dos secretários estaduais, explicitadas em planilha com 136 funções (Apêndice C) agregadas em oito eixos de macro funções. Essas 136 funções compuseram o elenco de variáveis que foram observadas no estudo.

Para Lakatos e Marconi (1996) variável é um conceito operacional passível de mensuração, que pode ser uma classificação ou medida, uma variação de qualidade, valores, aspectos ou fatos que podem ser julgados em um objeto de estudo.

Para este tipo de estudo tornou-se imprescindível o estabelecimento de medidas operacionais para os conceitos que estão sendo estudados, tendo em vista o papel relevante da teoria, neste desenho de pesquisa, que configura um padrão de comparação, permitindo, segundo Yin (1994) que diversos pedaços de informação de um mesmo caso se vinculem a algumas proposições teóricas, explicitando a lógica que vincula os dados pressupostos.

### 3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de um conjunto articulado de ações que incluíram a revisão documental para elaboração de planilha com as FEGES e os achados das etapas voltadas para a construção de consensos. Para o estudo de caso foram realizadas entrevistas, cujo roteiro está apresentado no apêndice D, com atores chave do processo de formulação e implementação do SUS em Pernambuco e, utilizados sistemas de informações e documentação oficiais. Esta Pesquisa atendeu às exigências éticas e científicas fundamentadas na Resolução n<sup>o</sup> 196, de 10/12/96, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos.

- a) foram realizadas 09 entrevistas com atores chave da gestão estadual do SUS, em Pernambuco: da Secretaria Estadual de Saúde - Secretário Executivo de Assistência à Saúde, Secretário Executivo de Gestão e Vigilância em Saúde, Superintendente de Gestão de Pessoas, Superintendente de Planejamento e responsável pela Regulação do SUS Estadual; do Conselho Estadual de Saúde – representante de usuários e representante dos trabalhadores; do Conselho de Secretários Municipais de Pernambuco – presidente da entidade e secretária de saúde da capital. Estes atores deram sua anuência para

participarem como sujeitos da pesquisa por meio dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);

- b) consultados documentos e sistemas de informação: Plano Estadual de Saúde – 2005/2007, Plano de Regionalização, Plano de Ações Estratégicas 2008/2010, sistemas de informação em saúde, base de dados de CNES, prestação de contas ao CES, relatórios de execução orçamentária, SIOPS.

#### **4 OS RESULTADOS DA CONSTRUÇÃO DE CONSENSO SOBRE O PAPEL DA ESFERA ESTADUAL NA GESTÃO DESCENTRALIZADA DO SUS**

Dos 33 especialistas em Saúde Coletiva consultados, 21 apreciaram a planilha, mas duas respostas foram perdidas. Dos 19 respondentes analisados, 14 tiveram experiências de gestão e os outros cinco eram predominantemente acadêmicos. Vale ressaltar que dos 14 com experiência em gestão, nove também agregavam um perfil acadêmico, e alguns tiveram experiência em mais de uma esfera de gestão do SUS. Sendo que 10 estiveram ou estão na gestão federal do SUS, tendo um deles sido Ministro de Estado da Saúde, seis foram secretários municipais, e quatro, secretários estaduais.

Uma análise global permitiu as seguintes observações:

- a) das 159 funções apresentadas 153 receberam notas superiores ou iguais a 7,0 (96%), sendo consideradas importantes e, seis receberam notas menores que 7,0 (4%), não sendo consideradas importantes;
- b) dessas 159 funções, 124 (78%) obtiveram DP menor ou igual a 3,0, o que significa apreciações consensuais e, 35 (22%) tiveram DP maior que 3,0, significando que não foram consensuais;
- c) das 153 consideradas importantes pelos especialistas, 123 (80%) obtiveram DP menor ou igual a 3,0 – significando apreciações consensuais e que comporão matriz de imagem-objetivo das funções estratégicas da esfera estadual de gestão (Apêndice C). As outras 30 obtiveram DP maior que 3,0, significando apreciações não consensuais (20%);
- d) as seis funções que obtiveram notas menores que 7,0, consideradas, portanto, não importantes, se localizaram: 01 (uma) no eixo da Formulação e Avaliação das Políticas, com DP menor que 3,0, ou seja, consensualmente apreciada, 02 (duas) no eixo da Regulação e 03 (três) no de Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde, tendo cinco funções obtido DP maior que 3,0, ou seja não consensuais e , apenas uma com DP menor que 3,0, consensualmente avaliada;

- e) no eixo Fortalecimento da Municipalização, apesar de todas as funções descritas terem sido consideradas importantes, 15 (83%) das 18, obtiveram DP maior que 3,0, demonstrando não ter havido consenso na apreciação. Como essas 15 funções se tratavam de subitens da terceira função apresentada, pode ter havido problemas de entendimento. Dessa forma optamos por trabalhar a média das notas conferidas aos três itens principais, não pontuando os subitens apresentados;
- f) ao final, conformou-se uma matriz com 158 funções, agregadas nos oito eixos de macro-funções, produto da apreciação consensual dos especialistas que seguiu para etapa seguinte de apreciação dos secretários estaduais de saúde.

A pesquisa foi apresentada em Assembléia Ordinária do CONASS, inclusive esses resultados gerais da apreciação feita pelos especialistas. Foram enviadas planilhas das FEGES, via e-mail, para os 26 secretários estaduais, com prazo de trinta dias, prorrogados pelo mesmo período, para reenvio das funções com as apreciações. Dos 26 secretários, cinco responderam, sendo dois da região Nordeste (Bahia e Pernambuco), dois da região Sudeste (Minas Gerais e São Paulo) e um da região Norte (Tocantins). Não obtivemos retorno de nenhum secretário das regiões Sul e Centro-Oeste. A apreciação por cinco secretários de estado foi considerada suficiente para o objetivo do estudo, visto que já contávamos com um consenso, previamente construído, com dezenove especialistas que também tinham experiência em gestão. Além do mais, os resultados analisados nessa segunda etapa demonstraram muita semelhança com aqueles encontrados na primeira etapa e foram suficientes para construção da imagem-objetivo das FEGES na gestão descentralizada do SUS.

Uma análise global da segunda apreciação permitiu as seguintes observações:

- a) das 158 funções apresentadas, 156 receberam notas superiores ou iguais a 7,0 (99%), sendo consideradas importantes e, dois receberam notas menores que 7,0 (1%), não sendo consideradas importantes;
- b) dessas 158 funções, 151 (96%) obtiveram DP menor ou igual a 3,0, o que significa apreciações consensuais e, sete (4%) tiveram DP maior que 3,0,

- significando que não foram consensuais. O consenso foi maior entre os secretários do que entre os especialistas o que demonstra coerência com o fato de os especialistas terem diferentes perfis e inserções profissionais, enquanto os secretários apresentam perfil mais homogêneo no que se refere à representação de interesses políticos e de gestão;
- c) das 156 consideradas importantes pelos secretários, 151 (97%) obtiveram DP menor ou igual a 3,0 – significando apreciações consensuais e que comporão matriz de imagem-objetivo das funções estratégicas da esfera estadual de gestão. As outras cinco obtiveram DP maior que 3,0, significando apreciações não consensuais (3%);
  - d) as duas funções que obtiveram notas menores que 7,0, consideradas, portanto, não importantes, se localizaram: uma no eixo da Regulação e a outra no de Fortalecimento da Municipalização, tendo as duas funções obtido DP maior que 3,0, não consensuais;
  - e) no eixo Fortalecimento da Municipalização, observou-se 40% dos DP > 3,0 (apreciações não consensuais) e 99% de todas as funções descritas foram consideradas importantes. Como 15 dessas funções se tratavam de subitens da terceira função apresentada, o que parece ter levado a problemas de entendimento por parte dos especialistas, optamos por trabalharmos a média das notas conferidas aos três itens principais, não pontuando os subitens apresentados e retirando-os da matriz;
  - f) ao final, conformou-se uma matriz com 136 funções, agregadas nos oito eixos de macro funções, configurando a imagem-objetivo das FEGES na gestão descentralizada do SUS, produto da apreciação consensual dos especialistas e dos secretários estaduais de saúde.

De acordo com os especialistas e os secretários estaduais de saúde, os oito eixos descritores de macro funções de gestão foram considerados relevantes, e apresentaram respectivamente, médias variando entre 8,08 e 9,0 e entre 8,5 e 9,5. Resultando na classificação por ordem decrescente, apresentada no quadro baixo:

<b>Macro Funções</b>	<b>Médias Especialistas</b>	<b>Médias Secretários Estaduais</b>	<b>Médias Finais</b>
<b>Fortalecimento da Municipalização</b>	(9,0)	(9,5)	(9,3)
<b>Promoção de Equidade</b>	(8,9)	(9,1)	(9,0)
<b>Formulação e Avaliação de Políticas de Saúde</b>	(8,8)	(9,1)	(9,0)
<b>Gestão e Desenvolvimento de RH</b>	(8,8)	(8,9)	(8,9)
<b>Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde</b>	(8,4)	(9,2)	(8,8)
<b>Regulação</b>	(8,4)	(8,7)	(8,6)
<b>Negociação e Coordenação</b>	(8,4)	(8,5)	(8,5)
<b>Coordenação e Execução de Ações de Vigilância em Saúde</b>	(8,1)	(8,8)	(8,5)

Quadro 2 - Classificação dos Eixos de Macro funções de Gestão após Apreciação dos Especialistas e Secretários Estaduais de Saúde.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2009.

O Fortalecimento da Municipalização foi considerada a macro função mais relevante nas duas apreciações. As três funções apresentadas receberam nota maior que nove, cabendo ao gestor estadual, portanto, promover a descentralização de serviços e ações de saúde para os municípios e executá-las, apenas em caráter suplementar, em função de algum impedimento municipal; prestar apoio técnico e financeiro e, apoiar a qualificação dos sistemas municipais de saúde.

No eixo de Promoção de Equidade as funções que receberam maiores médias (acima de 9,0) foram: Reorganizar o sistema estadual de saúde, por meio da PPI, visando corrigir situações de iniquidades de distribuição de equipamentos e serviços de saúde; Monitorar e avaliar o acesso aos serviços de saúde ofertados por prestadores públicos e/ou privados, adotando enfoque que permita reduzir as desigualdades na oferta dos serviços entre as regiões do Estado e os Municípios; Executar e/ou coordenar ações para superar barreiras de acesso às intervenções de saúde, adotando, inclusive, medidas de discriminação positiva, de modo a reduzir as iniquidades; Elaborar e executar o plano estadual de investimentos (PDI), de acordo com as necessidades de correção de iniquidades sanitárias. A função de executar o

manejo de estatística vital e da situação específica de grupos de especial interesse ou maior risco obteve média 8,3 e 8,6, respectivamente, dos especialistas e dos secretários. Pode-se, observar em ambas as apreciações, uma maior relevância conferida às funções voltadas para garantia de acesso. Isso pode estar relacionado ao fato dos problemas de filas e de dificuldades de acesso aos serviços especializados e mais complexos exercerem maior pressão, atualmente, sobre os sistemas de saúde. Além disso, as soluções para tais problemas são, a priori, competências exclusivas do setor saúde, o que confere maior governabilidade aos gestores para o enfrentamento dessas questões do que para o enfrentamento de situações de risco determinadas por fatores extra-setoriais.

O eixo de Formulação e Avaliação de Políticas obteve pontuação máxima (10,0) em ambas as apreciações de duas de suas funções apresentadas: Definir a política estadual de saúde estabelecendo prioridades e metas e, Acompanhar e avaliar a execução da política estadual de saúde. Os secretários estaduais de saúde, ainda, conferiram nota máxima a outras três funções: Formular e implementar políticas voltadas para promover mudanças no modelo de atenção à saúde; Administrar o Fundo Estadual de Saúde; Administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados ao setor. O segundo grupo de funções com médias entre 9,0 e 9,9 se diferencia entre as apreciações dos especialistas e dos secretários. Para os especialistas esse grupo é composto pelas funções: Elaborar e atualizar periodicamente o Plano Estadual de Saúde; Desenvolver competências para a tomada de decisões baseadas em evidências, incorporando o planejamento e a avaliação, a capacidade de liderança, a comunicação, o desenvolvimento organizacional e a gestão de recursos; Estabelecer parcerias com os institutos de pesquisa e instituições acadêmicas para realizar oportunamente estudos que apoiem a tomada de decisões na Gestão Estadual; Formular, acompanhar e avaliar a política de Assistência de Média e Alta Complexidade; Acompanhar e avaliar a política de Assistência Farmacêutica estadual; Acompanhar e avaliar a política de Vigilância em Saúde estadual; Organizar e coordenar o Sistema de Informação em Saúde; Elaborar a proposta orçamentária do SUS estadual; Administrar o Fundo Estadual de Saúde; Acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e das condições ambientais; Desenvolver a capacidade de gestão para a cooperação técnica com os municípios, as instituições formadoras de recursos humanos, de

ciência e tecnologia, o Ministério da Saúde e organismos internacionais. Chama-nos a atenção a relevância conferida à formulação, acompanhamento e avaliação da política de atenção da alta e média complexidade, enquanto só aparece nesse grupo com o mesmo nível de destaque o acompanhamento das políticas de assistência farmacêutica e de vigilância em saúde, não aparece sua formulação. O segundo grupo para os secretários é composto pelas funções: Elaborar e atualizar, periodicamente, o Plano Estadual de Saúde; Formular, acompanhar e avaliar a política de Assistência de Média e Alta Complexidade; Formular, Acompanhar e Avaliar a política de Assistência Farmacêutica estadual; Formular, Acompanhar e Avaliar a política de Vigilância em Saúde estadual; Organizar e coordenar o Sistema de Informação em Saúde; Elaborar a proposta orçamentária do SUS estadual; Acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e das condições ambientais; Definir Políticas Setoriais de Saúde e, em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para saúde. Chama a atenção o fato das funções de formulação, acompanhamento e avaliação da política de atenção básica estarem no grupo de notas entre 8,0 e 8,9, nas duas apreciações, o que pode estar associado ao forte papel indutor e formulador do nível federal em relação a essa política e do forte papel executor do nível municipal, o que termina por relativizar o papel formulador da esfera estadual. Outro destaque refere-se à função da esfera estadual de fomentar o desenvolvimento científico e tecnológico, em consonância com a política Nacional de Ciência e Tecnologia, que obteve média 7,4 na apreciação dos gestores, assim como realizar estudos e pesquisas na área de saúde, demonstrando que para esses atores o papel de fomentar desenvolvimento tecnológico é secundário em relação ao papel formulador das políticas de atenção e vigilância em saúde.

O eixo de Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos apresentou muitas semelhanças entre as duas apreciações. Foram consideradas como funções mais relevantes (médias acima de 9,0): Conhecer a situação dos RH de saúde no estado, Implementar ações de educação, capacitação e avaliação de RH em saúde; Desenvolver a capacidade institucional para a administração de RH; Apoiar e cooperar tecnicamente os municípios para o desenvolvimento da educação permanente. A função de regulação da força de trabalho e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde obteve média

8,0 e a função de educação profissional obteve média 7,8, nas apreciações. Podemos analisar, pelo exposto, que conhecer a força de trabalho do SUS e desenvolver capacidade institucional para administrá-la são funções consideradas muito relevantes para os gestores estaduais, no entanto, o foco da gestão está voltado para educação permanente, que aparece como mais relevante que as funções de regulação e educação profissional. Na planilha não foi dado destaque às funções de gestão de RH e nenhum especialista sugeriu ampliação ou identificou deficiência no instrumento do estudo.

O eixo de Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde obteve a sexta posição, pela pontuação de suas sub-funções por especialistas, enquanto que obteve segunda posição na apreciação dos secretários de saúde. Os especialistas apontaram para uma posição contrária à gestão e gerência de serviços assistenciais de saúde por parte da esfera estadual ressaltando seu papel na gestão e execução de serviços e ações especiais, como laboratórios de saúde pública, hemocentros, serviços de transplantes, assistência farmacêutica. Portanto, as funções que obtiveram maiores médias na primeira etapa de apreciação, foram: Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros; Implementar o componente estadual do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; Coordenar a execução da política estadual de Assistência Farmacêutica; Executar o Programa Estadual de Medicamentos Excepcionais; Coordenar o Sistema Estadual de Transplantes de Órgãos e Tecidos. Por outro lado, os especialistas não consideraram relevantes as funções: Fazer a gestão dos estabelecimentos de saúde sob gerência delegada para Organização Social, Município ou Empresa Privada; Elaborar, celebrar, avaliar e controlar Contrato de Gestão com a Autarquia Estadual ou Superintendência de Administração Hospitalar, Municípios e Organizações Sociais; Elaborar, celebrar, avaliar e controlar Contrato com Empresas responsáveis pela gerência terceirizada de unidades próprias; que obtiverem médias menores que sete (7,0), apesar de desvios padrões maiores que três, ou seja, as apreciações não foram consensuais. Para os secretários estaduais essas funções foram relevantes e obtiveram médias maiores que 8,0 (oito) com desvios padrões menores que 3,0 (três), ou seja, as apreciações foram consensuais.

Os gestores também ressaltaram o papel da esfera estadual na gestão e execução de serviços e ações especiais, como laboratórios de saúde pública, hemocentros, serviços de transplantes, assistência farmacêutica. Portanto, as funções que obtiveram maiores médias foram coincidentes com aquelas elencadas pelos especialistas: Implementar o componente estadual do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados; Coordenar a execução da política estadual de Assistência Farmacêutica e Executar o Programa Estadual de Medicamentos Excepcionais – essas três funções com nota 10 (dez); Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros; Coordenar o Sistema Estadual de Transplantes de Órgãos e Tecidos – com notas acima de 9,0 (nove). Gerir as unidades próprias de saúde foi uma função considerada relevante tanto para os especialistas como para os gestores. A divergência entre eles se apresentou em relação às funções de gestão do sistema composto pela rede prestadora de serviços assistenciais. Para os especialistas essas não seriam funções da esfera estadual da gestão descentralizada do SUS, porém como não houve consenso, pelos critérios estabelecidos, essas funções passaram para etapa de apreciação dos secretários que as consideraram relevantes, consensualmente, determinando suas permanências na planilha final, como elementos componentes da imagem-objetivo das FEGES.

O eixo de Regulação foi o que abrangeu o maior número de funções (43). Pela amplitude da macro função e dificuldade de conceitualização (BRASIL, 2004) se optou por uma maior descrição das funções componentes do eixo. O eixo obteve média 8,7, na apreciação dos gestores estaduais, ocupando a sétima posição em relação aos demais, ocupando duas posições abaixo da alcançada pela apreciação dos especialistas (apesar desses terem conferido média 8,4 ao eixo). De certa maneira pode-se observar certa contradição na avaliação dos secretários, visto que, a avaliação do eixo de Gestão e Gerência de Ações e Serviços apontou para expressiva relevância do papel gestor da esfera estadual em relação ao sistema de assistência à saúde. De acordo com definição publicada pelo CONASS regulação é entendida como “responsabilidade estatal pela adequada assistência à saúde dos cidadãos, através da assistência prestada pelos serviços públicos ou privados” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 1998, p. 14), ou seja, regular o sistema de saúde seria uma função relevante para a gestão do sistema.

A função: Desenvolver e implantar marco regulatório do SUS, no âmbito estadual recebeu nota máxima (10), na apreciação dos secretários estaduais. As funções que obtiveram maiores notas (9 – 9,9), nas duas apreciações, foram: Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos; Coordenar o processo de elaboração e de atualização da Programação Pactuada e Integrada PPI; Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial. Monitorar e avaliar o desempenho das redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas estaduais; Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES), bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade; Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber; Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais; Monitorar e avaliar a implementação e operacionalização das centrais de regulação; Implantar e operar o componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria.

As funções: Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde; Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeiras definidas na PPI da atenção à saúde, Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais; Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS; na apreciação dos especialistas receberam notas acima de nove, mas, ficaram com notas entre sete e oito na avaliação dos gestores estaduais. Outras três funções receberam notas acima de sete, conferidas pelos especialistas, porém, com desvio padrão maior que três, demonstrando baixo consenso nas avaliações: Operar os complexos reguladores no que se refere a referência intermunicipal, conforme pactuação; Elaborar contratos com os

prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção, Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais. Essa função de Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais recebeu, dos secretários de saúde, média abaixo de sete, com desvio padrão maior que três, demonstrando baixo consenso nas avaliações e, pelos critérios adotados de seleção, não compôs a planilha final das FEGES. O baixo consenso observado na avaliação dessas duas funções parece estar relacionado com a discussão nacional sobre regulação intermunicipal, com os atores representantes da esfera municipal de gestão (CONASEMS) defendendo que os municípios devem assumir tal atribuição, enquanto outros atores defendem que os estados o façam (atualmente é uma decisão local das bipartites). O baixo consenso entre os especialistas em relação a avaliação da outra função de elaborar contratos com prestadores também reflete a falta de consenso no cenário nacional sobre a questão do comando único municipal.

No eixo de Negociação e Coordenação todas as funções foram avaliadas como relevantes (médias acima de sete). A função de educação popular apresentou menor média (7,4) conferida tanto pelos especialistas quanto pelos gestores estaduais só que com desvio padrão maior que três, na apreciação dos especialistas, demonstrando não ter sido uma avaliação consensual. As funções de maior relevância, com pontuação acima de nove, foram aquelas voltadas para o papel de negociação dos gestores com o movimento social: Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde; Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde e Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais. As funções de negociação com os trabalhadores de saúde e de articulação extra-setorial foram consideradas relevantes, mas compuseram outro grupo com notas entre 7,0 e 8,5.

O eixo de Coordenação e Execução de Ações de Vigilância em Saúde, como um todo, recebeu notas maiores dos secretários do que dos especialistas coerente com a apreciação do eixo de Formulação e Avaliação de Políticas de Saúde onde,

também, foi considerada muito relevante, pelos secretários, a função de formulação da política de vigilância em saúde para o SUS estadual, demonstrando uma visão diferente dos especialistas que ressaltaram o papel de avaliação da política, mas não conferiram a mesma importância à sua formulação. Nesse eixo recebeu média máxima (10) dos secretários a função de Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento, supervisão e avaliação das unidades partícipes. Foram destacadas, com médias acima de nove, as funções: Coordenar os sistemas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e Saúde do Trabalhador; Executar em caráter suplementar as ações de vigilância e investigação de surtos epidêmicos de doenças emergentes e situação de risco, e em caráter complementar, investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória; Coordenar no âmbito do Estado o desenvolvimento de ações para o controle de doenças transmitidas por vetores e riscos à exposição de substâncias tóxicas e condições ambientais nocivas à saúde; Coordenar a implantação da vigilância à saúde do trabalhador e das doenças e agravos não transmissíveis no âmbito do Estado. Apenas uma função - Definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária, não foi considerada relevante pelos especialistas, porém, não houve consenso nessa avaliação visto que apresentou desvio padrão maior que três, seguindo para próxima etapa, tendo recebido, consensualmente, média 9,2, na apreciação dos gestores estaduais.

O produto dessas duas etapas do estudo, de construção de consenso entre especialistas de saúde coletiva e entre secretários de estado da saúde, foi uma planilha final com conjunto de 136 funções agregadas nos oito eixos de macro funções considerada imagem-objetivo das FEGES, na gestão descentralizada do SUS (Apêndice C).

## 5 O CASO PERNAMBUCO

### 5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O Estado de Pernambuco, localizado no Centro-Leste da Região Nordeste do Brasil, tem uma extensão territorial de 98.938 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 82,8 hab/km<sup>2</sup>, distribuídos em 184 municípios e o Território de Fernando de Noronha. Encontra-se politicamente organizado em 12 Regiões de Desenvolvimento e, em relação à saúde, em 11 Gerências Regionais (GERES). Apresenta heterogeneidades quanto ao relevo, vegetação, clima e potenciais de desenvolvimento sócio-econômico (PERNAMBUCO, 2006b).

Em 2006, Pernambuco contava com uma população de 8.502.604 habitantes (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2007). Dessa população, 46,1% concentra-se em 10 municípios (5,4%) acima de 100.000 habitantes, sendo 17,8% na Capital; enquanto 14% está distribuída em 91 municípios (49,2%) com até 20.000 habitantes. As cidades mais populosas são Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Caruaru e Petrolina (IBGE, 2008).

O Estado apresenta indicadores de saúde que o coloca entre os piores da região Nordeste (NE) e do Brasil. A Esperança de Vida aos 60 anos, em 2006, de 19,60 anos, só não foi menor que a dos estados de Alagoas, Maranhão e Piauí. A taxa de mortalidade infantil em 2005 foi de 32,15 por mil nascidos vivos, uma das maiores da região, ficando atrás apenas de Alagoas e Maranhão, quando comparado com os demais estados da região NE. (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2007).

A Mortalidade Materna persiste muito elevada, segundo a Organização Mundial de Saúde, que estabelece o limite de 20 mortes por 100.000 nascidos vivos (n.v.). De acordo com o relatório de Vigilância do Óbito Materno da Secretaria Estadual de Saúde, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) para o estado em 2003 foi de 80 por 100.000 nascidos vivos (PERNAMBUCO, 2006c). A mortalidade materna cresce à medida que se observa o seu comportamento no interior do estado, chegando a

atingir 125 por 100.000 n.v. nas regiões do sertão, de acordo com mesmo relatório. Tais diferenciais resultam da desigualdade no acesso e no cuidado durante a gravidez, o parto e abortamento (PERNAMBUCO, 2006b).

No ano de 2005, as **doenças do aparelho cardiocirculatório** foram à primeira causa de morte (32,91 %), seguida **das causas externas** (16,19%), e **neoplasias** (12,95 %). A violência no estado de Pernambuco determina a maior taxa de mortalidade específica por homicídio do Brasil, com 51,46 por 100.000 habitantes, em 2005, aproximadamente o dobro da média nacional (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2007).

Pernambuco apresentava em 2005, a maior taxa de incidência de tuberculose e em 2006, a maior taxa de incidência de aids, entre os estados da Região Nordeste (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2007), o que é preocupante visto que a infecção concomitante pelo HIV pode resultar em aumento da morbidade por tuberculose. Apresenta, também, a 2ª maior taxa de prevalência da hanseníase, em 2005, entre os estados do NE, ficando abaixo apenas do Maranhão, e registrando o dobro da média nacional (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2007).

O sistema de assistência hospitalar de Pernambuco apresentou, em 2006, uma cobertura de 2,30 leitos hospitalares (SUS) por mil habitantes e uma produção de 5,96 internações por cem habitantes (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2007), uma das menores produções da região nordeste, denotando uma baixa cobertura da assistência hospitalar comparando-se com parâmetro do Ministério da Saúde de 7 a 8 internações/100 habitantes/ano (BRASIL, 2002b). A rede hospitalar do SUS/PE é composta por 329 estabelecimentos, sendo que 90 unidades são hospitais de pequeno porte com menos de 50 leitos. A rede hospitalar de Pernambuco caracteriza-se pela má distribuição geográfica (maior concentração na capital), pela insuficiência de algumas especialidades (cirurgias, reabilitação, UTI, etc.), baixa complexidade e resolutividade dos hospitais do interior e por possuir número excedente de leitos psiquiátricos (PERNAMBUCO, 2006b).

A Secretaria gerencia uma rede hospitalar composta por 19 serviços, sendo onze na RMR e oito no interior, desses, seis hospitais são considerados de grande porte perfazendo um total de 2.171 leitos (PERNAMBUCO, 2007).

No geral, segundo os parâmetros do SUS, existe um déficit de consultas médicas, cuja cobertura, em 2006, foi de 2,28 consultas/habitantes/ano, abaixo da média nacional de 2,55 (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2007). Outra área que tem se mostrado deficitária é o acesso a leitos de UTI. Em Pernambuco, de acordo com o Relatório de Gestão, da Gerência Geral de Assistência à Saúde (PERNAMBUCO, 2007) havia 823 leitos desse tipo de serviço, dos quais, 50,46% são leitos SUS e 49,54 são privados não SUS. Esse quantitativo representa 4,22% do total de leitos correspondendo ao parâmetro mínimo estabelecido na portaria SAS/MS nº 1.101 (BRASIL, 2002b).

O Estado possui em torno de 1.600 equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) com 63,1% de cobertura e cerca de 14.494 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com 96,2% de cobertura e 946 equipes de saúde bucal (60,7 % de cobertura) atuando no programa de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2008b). A maioria dos municípios (114) alcançou uma cobertura considerada satisfatória (70%) para atuar sobre os problemas de saúde a partir do PSF. Entretanto, em termos populacionais esses municípios representam apenas 34,4% da população do Estado. A maioria da população (48,9%), no entanto, reside em municípios com uma cobertura intermediária de PSF (40-69%) e, ainda existem 22 municípios com uma cobertura inferior a 40% (insuficiente para impactar nos problemas de saúde). Esses municípios concentram-se no Sertão e Agreste, com destaque para Jaboatão dos Guararapes, na Região Metropolitana do Recife.

De acordo com o decreto nº 30.382/24/04/07/PE a SES apresenta uma estrutura organizacional com duas secretarias executivas subordinadas diretamente ao secretário de saúde - Secretaria Executiva de Assistência à Saúde (SEAS) e Secretaria Executiva de Gestão e Vigilância em Saúde (SEGVs), quatro superintendências hierarquicamente abaixo dessas secretarias mas, também sob a linha de comando direta do secretário - Superintendência Administrativa e Financeira; Superintendência de Gestão de Pessoas; Superintendência de Planejamento; Superintendência de Comunicação. Subordinadas à SEAS estão as

gerências gerais de Desenvolvimento Regional (GERES), de Assistência à Saúde e de Modernização e Monitoramento da Assistência a Saúde; subordinadas à SEGSV estão as gerências gerais de Regulação, Controle e Avaliação do Sistema de Saúde; de Acompanhamento e Desenvolvimento das Políticas de Saúde e de Vigilância em Saúde. Como apoios ao gabinete do secretário estão as gerências gerais de Assuntos Jurídicos e de Auditoria do SUS. Sob o comando da SEAS estão as diretorias dos hospitais próprios situados na capital e no interior. Vinculam-se à Secretaria de Saúde a Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA), o Centro de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE) e o Laboratório Farmacêutico de Pernambuco (LAFEPE) (PERNAMBUCO, 2007a).

O organograma vigente da Secretaria de Estado da Saúde, a partir de uma primeira aproximação, apresenta alguns pontos importantes para discussão posterior sobre como o estado desenvolve seu papel na gestão descentralizada do SUS:

- a) falta de uma estrutura que articule e que subordine as funções de planejamento, administração e finanças, gestão de pessoas e as GERES;
- b) dicotomização da condução das políticas de assistência à saúde, exercida por estruturas distintas:
  - a) atenção básica na SEGSV e média e alta complexidades na SEAS;
  - b) coordenações responsáveis pela organização das políticas específicas fora da SEAS e;
  - c) regulação separada da coordenação da assistência, inclusive com o atendimento pré-hospitalar sob gestão da SEGSV.
- c) observa-se a junção, em uma mesma unidade, das funções de Vigilância em Saúde - com objetos tão específicos e complexos de trabalho - e a Gestão da Regulação e Formulação de Políticas de Saúde;
- d) expressão organizacional da política de RH por meio da Superintendência de Gestão de Pessoas demonstra concepção restrita à gestão dessa política;
- e) inexistência de área responsável pela avaliação e incorporação de tecnologias em saúde;
- f) coordenação de Humanização da rede hospitalar subordinada à gestão de pessoas, reforçando uma concepção muito restrita dessa política.

No transcorrer deste estudo estava tramitando na assembléia, projeto de lei propondo nova estrutura organizativa, que não foi objeto de análise deste estudo.

Segundo nota técnica do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o estado de Pernambuco apresenta informações divergentes em relação ao percentual de execução orçamentária praticado em 2005.

- a) execução orçamentária de acordo com relatório do Balanço Geral Estadual - 12,11%;
- b) análise das diretrizes da resolução CNS 322/03 e EC 29/00 - 10,57%;
- c) dados do SIOPS transmitidos pelo estado - 12,23%. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c).

Ainda, de acordo com o SIOPS (BRASIL, 2008c) aparece, em relação à receita, uma diferença de R\$ 36.821.732, pela exclusão da base de receita do ICMS do Fundo de Erradicação e Combate a Pobreza e, em relação às despesas aparece uma diferença de R\$ 90.152.043, pela inclusão de despesas com a Polícia Militar e, Secretaria de Administração do Estado.

O estado de Pernambuco foi habilitado na modalidade de gestão plena de sistema estadual, em agosto de 2004, mediante portaria GM/SAS nº 1.582 (BRASIL, 2004), tendo como teto financeiro um valor per capita anual de R\$ 69,40, destinado à média e alta complexidade. De acordo com a portaria GM/SAS nº 49 em 2007 passa a ter um per capita de R\$ 76,32, destinado ao mesmo bloco de procedimentos, o que significou um incremento na ordem de 11% (BRASIL, 2007).

Em relação ao per capita da atenção básica em Pernambuco, observa-se uma tendência de aumento progressivo: R\$ 36,46 (2004), R\$ 39,91 (2005), R\$ 43,83 (2006), segundo dados do DATASUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007). Isto significa que os gastos com a atenção básica vêm se aproximando dos gastos com a média e alta complexidade, acompanhando a tendência nacional (SOLLA et al., 2007).

A gestão financeira é realizada pelo Fundo Estadual de Saúde com autonomia para gerir recursos próprios e os transferidos pelo Ministério da Saúde, de acordo com orçamento previsto no Plano Plurianual (PPA) (PERNAMBUCO, 2007a).

Atualmente não existe na SES nenhuma estrutura de gestão, à semelhança das fundações estatais de direito privado, discutidas em nível nacional, que possibilite maior agilidade na execução de processos administrativos. No transcorrer deste estudo foi promulgada a lei estadual nº 13.537, de 12/09/08 autorizando a criação da Fundação Estadual de Assistência Hospitalar Josué de Castro (PERNAMBUCO, 2008a).

A descentralização da saúde, em Pernambuco apresenta uma trajetória histórica importante de ser observada. Foi o primeiro estado a habilitar 100% dos municípios pela NOB – 01/96, em 1998, adotando o modelo, já referido, de gestão descentralizada por nível de hierarquia (BRASIL, 1998a, b). Este modelo de gestão adotado inviabilizou a habilitação do estado na Gestão Plena de Sistema, pela NOB -01/96, visto que a transferência fundo a fundo dos recursos financeiros para os municípios não atingiram os 60% preconizado pela norma, apesar de ter sido realizada a PPI com todos os municípios. Atualmente, 67% do teto financeiro de Pernambuco está sob gestão estadual, com apenas 33% repassados fundo a fundo para os municípios (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007).

O processo de descentralização da saúde em Pernambuco, a partir de 1998 sofreu uma desaceleração. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), publicado em 2006, passou de sete para dezenove o número de municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), até o ano de 2001, com uma distribuição bastante heterogênea nas 10 regiões de saúde do Estado, com 84% dos municípios habilitados na GPSM localizados nas I e IV regiões, permanecendo cinco regiões sem nenhum município habilitado nessa condição de gestão. Por outro lado, habilitou apenas três municípios sede de região - Recife, Caruaru e Petrolina na condição de GPSM. Os demais municípios sedes de região, Limoeiro, Palmares, Garanhuns, Arcoverde, Salgueiro, Ouricuri e Afogados da Ingazeira, apesar da capacidade instalada privilegiada, com hospitais de referência para as demais regiões, continuaram em Gestão Plena da Atenção Básica (PERNAMBUCO, 2006a).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), na forma em que foi concebida originalmente, em 2001, encontrou em Pernambuco, obstáculos para sua

implantação tendo em vista a peculiaridade do Estado, em ter uma das maiores redes públicas do país e o estágio de descentralização acima descrito (PERNAMBUCO, 2006a).

A flexibilização proposta na versão 2002 da NOAS na medida em que permitiu que os municípios sedes de módulos assistenciais pudessem se manter em Gestão Plena de Atenção Básica Avançada, possibilitou a construção gradativa da regionalização da assistência (PERNAMBUCO, 2006a). O Estado parece ter resistido, até 2003, para iniciar o processo de regionalização da saúde, o qual foi concluído, apenas, em 2004. Ocasão em que ele próprio foi habilitado em Gestão Plena de Sistema (BRASIL, 2004), mediante apresentação de um cronograma de municipalização de serviços de saúde que, no entanto, não foi cumprido até então.

Em síntese, a SES/PE defendia o comando único municipal para os municípios que não dispunham em sua rede de unidades públicas de abrangência regional ou estadual, e o comando duplo, estadual e municipal, para os municípios com rede assistencial complexa de referencial regional ou estadual (PERNAMBUCO, 2006a).

A nota técnica (PERNAMBUCO, 2007a) que apresenta a revisão do PDR estadual (PERNAMBUCO, 2006a) cria mais uma macrorregião (Arcoverde) além das três já existentes (Recife, Caruaru, Petrolina), amplia de 10 para 24 o número de micro-regionais e extingue os módulos assistenciais.

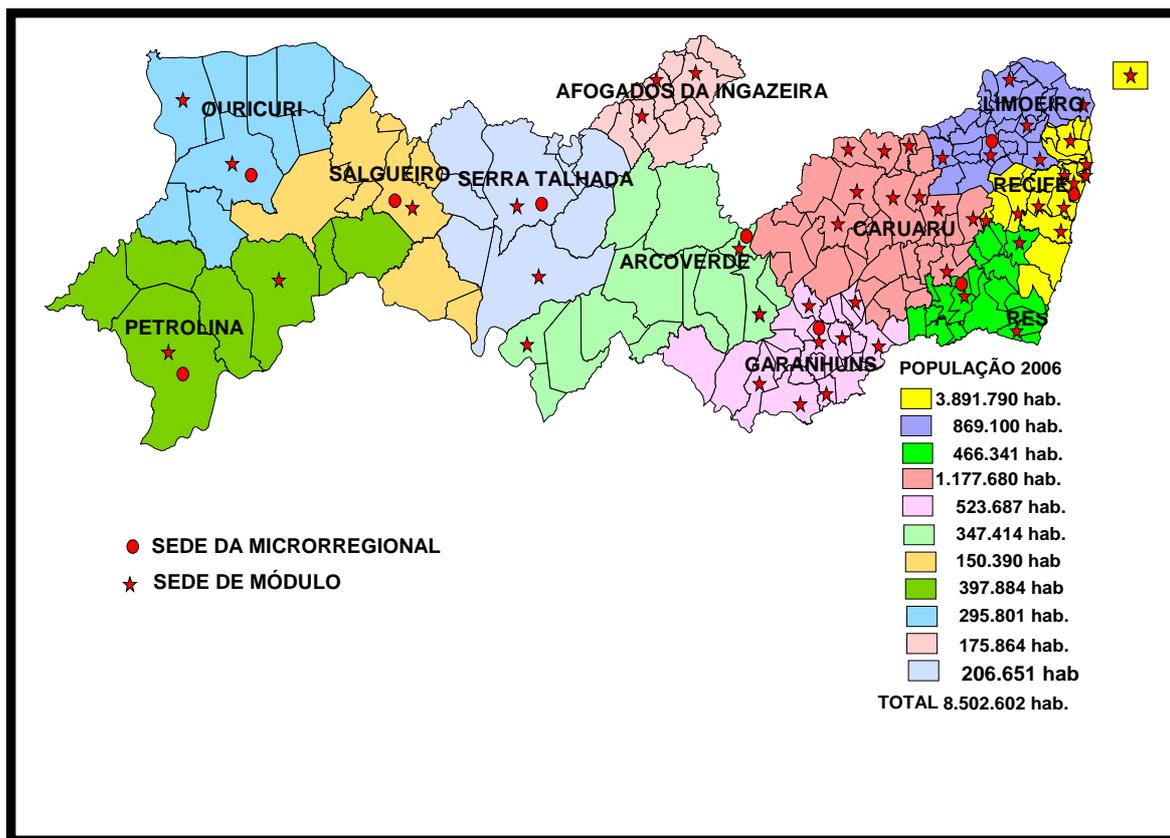


Figura 1: Cartograma: microrregiões com áreas de abrangência.  
Fonte: Pernambuco (2006a).

A SES, a partir de 2007, iniciou a construção do Pacto de Gestão, cujo Termo de Compromisso com as metas pactuadas com os municípios foi publicado por meio da portaria GM/MS nº 2.921, em dezembro de 2008 (BRASIL, 2008), conforme orientação do Pacto de Gestão em Saúde (BRASIL, 2006a). Dos 184 municípios e distrito de Fernando de Noronha, apenas nove aderiram ao pacto, sem que tenha sido observado qualquer critério regional ou de complexidade municipal (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008c).

Vale ressaltar, neste esforço de contextualização a mudança ocorrida, em 2007, na condução política do governo do estado, assume o governo Eduardo Campos (PSB) representando uma frente ampla de partidos com tradição de esquerda (PT, PC do B, PDT) além de outros partidos menores. O novo governo substituiu Jarbas Vasconcelos (PMDB, PSDB e DEM) que esteve no poder por oito anos consecutivos.

Outro aspecto importante diz respeito a mudança, em junho de 2008 do Secretário de Estado, sai Jorge Gomes (médico, ex-deputado federal pelo PSB) e, entra João Lyra (advogado, vice-governador do estado). Essa mudança de secretário demarca um período de transição da gestão, com propostas em curso de nova estrutura organizacional para SES, apresentação à sociedade de um Plano de Ações Estratégicas 2008-2010 (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2008b) e mudanças na equipe dirigente. Optamos, por razões metodológicas, em avaliarmos o desenvolvimento das funções de gestão efetivamente em curso, estrutura vigente, planos e políticas vigentes. Consideramos a lei estadual de autorização de criação da Fundação Estadual de Assistência Hospitalar Josué de Castro (PERNAMBUCO, 2007b) na verificação dos indicadores por se tratar de uma iniciativa gestada desde início do governo.

## 5.2 PAPEL DE PERNAMBUCO NA GESTÃO DESCENTRALIZADA DO SUS

Partindo de nosso referencial teórico e dos consensos estabelecidos entre especialistas em saúde coletiva e secretários estaduais de saúde foi construída Matriz de Avaliação das FEGES e aplicada ao estudo de caso da gestão de saúde do estado de Pernambuco.

<b>EIXOS / INDICADORES</b>	<b>RESPOSTAS</b>
<b>FORTALECIMENTO DA MUNICIPALIZAÇÃO</b>	
Modelo de descentralização dos serviços, claramente, definido e aprovado na CIB;	<b>NÃO</b>
Serviços municipalizados de acordo com modelo de descentralização adotado pela SES ou com municipalização em curso, de acordo com cronograma pactuado;	<b>NÃO</b>
Incentivos financeiros para municipalização;	<b>NÃO</b>
Percentual maior do que 60% dos recursos do Teto financeiro estadual de recursos financeiros transferidos fundo a fundo para os municípios;	<b>NÃO</b>
Percentual maior do que 40% (média ND) de relatórios de gestão dos municípios aprovados nos CMS e encaminhados para CIT (fonte MS);	<b>NÃO</b>
Percentual maior que 50% (média nacional) dos municípios que aderiram ao pacto de gestão;	<b>NÃO</b>
Realização de cursos de capacitação para gestores municipais.	<b>SIM</b>

Quadro 3 - Matriz de Avaliação das FEGES de Pernambuco

(*Continua*)

<b>Percentual de respostas afirmativas</b>	<b>14%</b>
<b>PROMOÇÃO DE EQUIDADE</b>	
População de risco conhecida e monitorada;	<b>NÃO</b>
Prioridades definidas por critérios epidemiológicos;	<b>SIM</b>
Incentivos financeiros diferenciados para os municípios/população mais vulneráveis;	<b>NÃO</b>
PDI elaborado com objetivo de reduzir desigualdades;	<b>NÃO</b>
Regulação de acesso orientada por necessidade e demanda, além da oferta de serviços;	<b>NÃO</b>
PPI orientada por necessidade e demanda, além da oferta de serviços.	<b>NÃO</b>
<b>Percentual de respostas afirmativas</b>	<b>17%</b>
<b>FORMULAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE</b>	
Plano Estadual de Saúde elaborado, com prioridades e metas definidas;	<b>SIM</b>
Metas acompanhadas e avaliadas pelo núcleo dirigente;	<b>NÃO</b>
Modelo de formulação e de gestão das prioridades descentralizado e participativo (colegiados internos de gestão);	<b>NÃO</b>
Política Estadual de Atenção Básica formulada;	<b>SIM</b>
Política Estadual de Média e Alta Complexidade formulada (urgência/emergência, atenção especializada e atenção hospitalar);	<b>NÃO</b>
Política Estadual de Assistência Farmacêutica formulada;	<b>SIM</b>
Participação na formulação da Política de Ciência e Tecnologia do Estado;	<b>SIM</b>
Soluções inovadoras formuladas e implementadas.	<b>SIM</b>
<b>Percentual de respostas afirmativas</b>	<b>63%</b>
<b>GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE RH</b>	
Estrutura para gestão de RH adequada;	<b>NÃO</b>
Situação de RH em saúde conhecida pelo dirigente estadual;	<b>NÃO</b>
Política de Educação Permanente;	<b>NÃO</b>
Política de Educação Profissional;	<b>NÃO</b>
Participação nas políticas regulatórias da força de trabalho em saúde e de mudanças curriculares de graduação e pós-graduação;	<b>NÃO</b>
Plano de Cargos e Carreira implantado;	<b>SIM</b>
Valorização profissional por resultados implantada;	<b>NÃO</b>
Mesas de negociação em funcionamento.	<b>SIM</b>
<b>Percentual de respostas afirmativas</b>	<b>25%</b>
<b>GESTÃO E GERÊNCIA DE SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE</b>	
Gerência dos serviços assistências próprios estaduais, de acordo com modelo de descentralização adotado (hospitais de referência regional/estadual);	<b>NÃO</b>
Gestão e Gerência do Sistema Estadual de Transplante de Órgãos e Tecidos;	<b>SIM</b>
Gestão da rede estadual de laboratórios de saúde pública e gerência de serviços próprios;	<b>SIM</b>
Gestão da hemorrede estadual e gerência de serviços próprios;	<b>SIM</b>
Gestão da Política de Assistência farmacêutica e gerência do componente Medicamentos de Alto Custo;	<b>SIM</b>
Gestão e gerência do Fundo Estadual de Saúde;	<b>SIM</b>
Gestão administrativa para garantia de infra-estrutura própria;	<b>SIM</b>
Alternativas para gerenciamento de serviços próprios de saúde formalizadas.	<b>SIM</b>

Quadro 3 - Matriz de Avaliação das FEGES de Pernambuco

(Continuação)

<b>Percentual de respostas afirmativas</b>	<b>88%</b>
<p style="text-align: center;"><b>REGULAÇÃO</b></p> <p>PDR elaborado e servindo de orientação para a PPI e Regulação;  PPI implantada como base para os mecanismos de regulação;  Regulação do setor privado contratado implantada;  Função regulatória instituída nos hospitais públicos;  Utilização de contratos de metas na gestão dos serviços próprios e contratados;  Sistema de monitoramento de Contratos de Gestão implantado;  Número adequado de centrais de regulação implantadas (01/macrorregião);  Sistema de Monitoramento e Avaliação das Gestões Municipais Implantado;  Sistema Estadual de Auditoria implantado e em funcionamento;  Capacitação de técnicos, da SES e dos municípios, em regulação de sistemas e serviços de saúde realizada.</p>	<p><b>SIM</b>  <b>NÃO</b>  <b>NÃO</b>  <b>NÃO</b>  <b>NÃO</b>  <b>NÃO</b>  <b>NÃO</b>  <b>NÃO</b>  <b>NÃO</b>  <b>NÃO</b></p>
<b>Percentual de respostas afirmativas</b>	<b>10%</b>
<p style="text-align: center;"><b>NEGOCIAÇÃO E COORDENAÇÃO</b></p> <p>Democratização interna da gestão por meio de colegiados gestores;  Conselho Estadual de Saúde em funcionamento regular;  Conferências de Saúde realizadas regularmente;  Comissão Interinstitucional Bipartite – CIB em funcionamento regular;  Comissões Bipartites Regionais – CIBR em funcionamento regular;  Conselhos Gestores de Unidades de Saúde implantados e em funcionamento regular;  Ouvidoria do SUS implantada e em funcionamento;  Divulgação dos direitos dos usuários ocorrendo sistematicamente (cartilhas, boletins, cartazes);  Discussão e aprovação do Plano Estadual de Saúde no CES;  Elaboração e monitoramento do PDR feitos de forma bipartite;  Elaboração e monitoramento da PPI feitos de forma bipartite.</p>	<p><b>NÃO</b>  <b>SIM</b>  <b>SIM</b>  <b>SIM</b>  <b>SIM</b>  <b>NÃO</b>  <b>NÃO</b>  <b>NÃO</b>  <b>SIM</b>  <b>SIM</b>  <b>SIM</b></p>
<b>Percentual de respostas afirmativas</b>	<b>64%</b>
<p style="text-align: center;"><b>COORDENAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b></p> <p>Coordenação dos sistemas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador;  Coordenação da formulação e execução da política de promoção à saúde;  Coordenação da elaboração da PPI/VS;  Monitoramento da PPI/VS;  Avaliação e divulgação das condições de saúde da população;  Fortalecimento das ações de vigilância nos municípios;  Coordenação da rede estadual de laboratórios de saúde pública.</p>	<p><b>SIM</b>  <b>NÃO</b>  <b>SIM</b>  <b>SIM</b>  <b>NÃO</b>  <b>SIM</b>  <b>SIM</b></p>
<b>Percentual de respostas afirmativas</b>	<b>71%</b>
<p><b>CRITÉRIO</b>  100% – Excelente  80% &lt; 100% - Muito Bom  60% &lt; 80% - Bom  40% &lt; 60% - Regular  &lt; 40% - Fraco</p>	

Quadro 3 - Matriz de Avaliação das FEGES de Pernambuco  
Fonte: Elaborado pela autora, 2009.

(Conclusão)

A partir da aplicação da Matriz de Avaliação das FEGES, em Pernambuco pode-se observar que a macro função Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde foi avaliada como sendo muito bem desenvolvida pela SES/PE. Outras três macro funções foram avaliadas como sendo bem desenvolvidas pela esfera estadual de gestão do SUS: Formulação e Avaliação de Políticas de Saúde, Negociação e Coordenação e, Coordenação e Execução das Ações de. Vigilância em Saúde. Quatro das macro funções foram consideradas com fraco desenvolvimento: Fortalecimento da Municipalização, Promoção de Equidade, Gestão e Gerência de Recursos Humanos e, Regulação. Não faz parte dos objetivos deste estudo avaliar o desempenho global do estado (não está sendo avaliado o resultado/impacto da ação), mas, traçar seu perfil em relação ao desenvolvimento das FEGES.

#### 5.2.1 Fortalecimento da Municipalização

O desenvolvimento desta macro função pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco foi considerado fraco, tendo em vista que dos sete indicadores selecionados para sua avaliação, apenas um foi evidenciado. De acordo com as entrevistas realizadas não se tem um modelo de descentralização claramente instituído e aprovado na CIB estadual.

“Não dá para dizer qual o modelo de descentralização proposto para o SUS, em Pernambuco, pois, não se discutiu nem se discute essa questão” (Entrevistado 5).

“Modelo de descentralização não tem” (Entrevistado 7).

O PDR elaborado pela gestão anterior da SES/PE (2003-2006) explicitava que:

O Estado de Pernambuco concorda perfeitamente com o comando único municipal naqueles municípios com menor complexidade de rede assistencial, porém se pronuncia contrário nos municípios de maior porte, cuja rede assistencial seja de referência regional ou estadual, por considerar superdimensionado o papel do município na definição do atendimento à população de outros municípios (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2006a, p. 21).

As reformulações propostas pela atual gestão, apresentadas por meio de nota técnica, não aborda tal questão (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2007a).

“A revisão do PDR foi finalizada em outubro de 2007, mas, apenas acrescentava a macro-região de Arcoverde, não houve revisão do modelo de descentralização” (entrevistado 9)

Quanto à municipalização dos serviços, a meta de municipalizar quatro unidades estaduais de saúde (Hospital Geral de Areias, Hospital Ulisses Pernambucano, Hospital Barão de Lucena e Hospital Agamenon Magalhães), proposta no Plano Estadual de Saúde PES 2005 -2007, não foi cumprida (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2006b). De acordo com as entrevistas, desde 2004, nenhum serviço foi municipalizado. Permanece sob gestão e gerenciado estado os seis hospitais de grande porte e, ainda a maioria dos hospitais regionais.

“Nenhuma unidade foi municipalizada, desde 2004, Limoeiro e Palmares, habilitados em gestão plena de sistema de saúde, assumiram a gestão dos hospitais regionais, mas, o estado continua com a gerência, tendo instituído o termo de compromisso entre entes públicos (TCEP)” (entrevistado 9).

Não existe nenhuma portaria ou resolução instituindo incentivos financeiros para municipalização, o que foi ratificado pelas entrevistas.

De acordo com a portaria GM/SAS nº 49 (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2007) o estado era o gestor de 67% dos recursos do TFE, no ano de 2007. Estes achados demonstram o caráter centralizador da gestão e gerência de serviços sob comando estadual

“Atualmente, menos de 40% dos recursos financeiros do Teto Financeiro Estadual são repassados para os municípios” (entrevistado 6).

Segundo nota técnica elaborada pelo Ministério da Saúde apenas oito municípios pernambucanos (4%) aprovaram seus Relatórios de Gestão - 2007 nos respectivos conselhos municipais, sendo este o segundo menor percentual de aprovação do

Nordeste (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2008). De acordo com fluxo proposto por portaria ministerial nº 1.229/07 (BRASIL, 2007), cabe aos estados a consolidação dos relatórios municipais aprovados e seu envio para Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O Relatório de Gestão se constitui na principal ferramenta de acompanhamento das gestões municipais pelos gestores do SUS, este baixo percentual evidenciado demonstra uma certa “cegueira gerencial” do estado em relação ao desempenho das gestões de seus municípios na saúde, o que sem dúvidas impossibilita que o estado cumpra com seu papel de assessoria técnica e de regulação do sistema de saúde.

Em relação ao Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), houve uma baixa adesão dos municípios. Apenas nove aderiram (4%) e tiveram seus termos de compromissos publicados (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008c). De acordo com as entrevistas a adesão dos municípios foi um processo espontâneo, que partiu de iniciativas próprias de cada um. Não foi desenhada nenhuma estratégia nem identificada nenhuma ação de mobilização partindo da esfera estadual visando induzir postura de adesão dos municípios a esse processo. Não se observa nenhum padrão em relação aos municípios que aderiram de forma a possibilitar identificação de critérios regionais ou de complexidade e porte que possam ter orientado as adesões. Chama atenção o fato de apenas dois dos municípios habilitados em gestão plena, pelas NOB -01/96 e NOAS – 01/2001, terem aderido ao pacto de saúde. Alguns entrevistados associam o baixo resultado à falta de coordenação e de utilização de mecanismos indutores por parte da esfera estadual além, de questões inerentes aos próprios municípios.

“Não houve nenhuma condução regional desse processo, por parte do estado [...]. Qual o impacto de um município, isoladamente, assinar seu termo de compromisso de gestão sem que isso reflita uma pactuação regional entre vários municípios e o estado” (entrevistado 7).

“Os municípios aderiram ao pacto espontaneamente, não houve uma estratégia do estado em relação a esse processo... estamos discutindo com COSEMS para revermos essa postura [...]” (entrevistado 1).

“Os municípios têm medo de aderir ao pacto, pois, não é uma política muito clara [...] quem aderiu não apresentou melhoras [...] o estado não incentivou para os municípios entrarem [...]” (entrevistado 4).

“[...] alguns municípios entendem que o processo de adesão ao pacto não pode ser cartorial [...] é necessário fazer mais discussão [...] o COSEMS provocou alguma discussão mas não houve uma estratégia de mobilização” (entrevistado 5).

“O Pacto de Gestão, em Pernambuco está muito atrasado [...] dos 25 municípios habilitados em plena, apenas Limoeiro e Garanhuns aderiram” (entrevistado 9).

Quanto à capacitação de gestores municipais a Secretaria de Saúde, por intermédio da SEGVs, em parceria com o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz, vem sendo desenvolvendo Mestrado Profissional na área de saúde coletiva, voltado para formação de gestores.

### 5.2.2 Promoção de Equidade

O desenvolvimento dessa macro função também foi considerado fraco. Apenas um, dos seis indicadores foi evidenciado no estudo, referente à utilização de critérios epidemiológicos para definição de prioridades. Indicadores de saúde como mortalidade infantil, mortalidade materna, indicadores de morbidades e mortalidade proporcional por causas com suas distribuições geográficas orientaram a definição das metas do Plano Estadual de Saúde 2005 -2007 (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2006b) e os eixos prioritários para elaboração do Plano Estadual de Saúde 2008-2011 (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2008c) que está em discussão no Conselho Estadual de Saúde.

As populações de risco em relação aos agravos de notificação compulsória são conhecidas, porém, não são monitoradas e, não se observou nenhuma abordagem nos documentos oficiais da SES/PE que aponte para uma estratificação de risco global da população em relação ao adoecimento e morte. Também não se

evidenciou mecanismos de indução financeira para correção de iniquidades nas condições de adoecer e morrer nem em relação ao acesso aos serviços de saúde.

Algumas ações foram desenvolvidas na perspectiva de equacionar o problema da grande concentração de leitos e de serviços de urgências na capital, como a definição de implantação de três hospitais na Região Metropolitana do Recife (RMR) com o objetivo de reduzir ás demandas para os serviços no Recife. A remuneração, por parte do estado, de profissionais médicos de Serviços de Pronto Atendimento (SPA) na RMR, com a mesma finalidade.

“Por exemplo, o Programa Mãe Coruja focou o começo das ações do sertão para capital, a partir da distribuição do indicador de mortalidade materna, mas, isso não é suficiente para corrigir iniquidades [...]” (entrevistado 5).

“No Programa Mãe Coruja melhora o pré-natal, se articula melhor o atendimento da gestante e da criança na rede básica, mas, quando chega na maternidade não se tem uma política para resolver os gargalos de acesso [...]” (entrevistado 7).

Não existe um Plano Diretor de Investimento (PDR) para o SUS/PE, o que existe é um conjunto de ações em desenvolvimento voltadas para a melhoria de serviços próprios, não se apresenta proposta de maior investimento em municípios ou regiões mais vulneráveis ou com maiores vazios assistenciais.

“O Plano Diretor de Investimento do estado é só voltado para melhoria dos serviços próprios já existentes, não é um PDI para o SUS e, não corrige iniquidades [...]” (entrevistado 6).

De acordo com os entrevistados a PPI e a regulação de acesso, hoje praticadas não respondem às necessidades e demandas da população, funcionando muito mais como mecanismo de reorganização da oferta.

### 5.2.3 Formulação e Avaliação das Políticas de Saúde

A gestão estadual de saúde de Pernambuco, a partir da análise dos indicadores referentes à Formulação e Avaliação de Políticas de Saúde demonstrou um bom desenvolvimento dessa macro função, tendo se observado respostas afirmativas a cinco dos oito indicadores propostos.

A SES/PE elaborou Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), de acordo com a resolução nº 364, de 8 de novembro de 2006, referente ao período de 2005 - 2007, com prioridades e metas definidas (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2006b).

A atual gestão da SES apresentou ao CES e, encontra-se em discussão, a proposta dos seguintes eixos prioritários: atenção à saúde (fortalecimento da atenção primária; organização da rede de média e alta complexidade; políticas específicas; política de assistência farmacêutica; política de sangue e hemoderivados), gestão em saúde, investimento em saúde, gestão do trabalho, vigilância em saúde e controle social, conforme Nota Técnica da Secretaria (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2008c). Dessa forma o PES 2008-2011 encontra-se em fase de elaboração.

Quanto ao modelo de formulação, acompanhamento e avaliação das prioridades apresentadas no PES não houve consenso nas respostas dos entrevistados. De acordo com a nota técnica referida no parágrafo anterior foi instituída comissão para elaboração do referido documento, composta por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho Estadual de Saúde (CES) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), o que foi referido por todos os entrevistados. No entanto, para quatro dos cinco entrevistados, componentes da equipe gestora da Secretaria, a elaboração do PES não se constituiu em um processo de formulação coletiva nem de articulação institucional em torno de objetivos construídos coletivamente. As metas e prioridades do PES não são acompanhadas, nem avaliadas pelo núcleo dirigente. Em alguns momentos o PES é confundido com o Plano Estratégico de Ações – 2008/2010 apresentado recentemente e que não será objeto de análise deste estudo por ter sido construído

em momento de transição da gestão da SES/PE, já mencionado na contextualização (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2008b). Outra questão relevante abordada diz respeito ao papel do PES como instrumento de explicitação da política estadual de saúde, nesse caso, houve uma concordância entre os representantes da secretaria e entre esses e os demais entrevistados, de que apesar do PES elaborado não se identifica a formulação de uma política estadual de saúde.

“A elaboração do PES não deu conta de articular os vários setores da SES para construção coletiva de prioridades e formulação de uma política estadual de saúde [...] acabou que cada Secretaria Executiva definiu suas próprias prioridades e trabalhou para implantá-las [...]. A Superintendência de Planejamento, apesar de ter essa atribuição ficou muito ocupada com questões da PPI e não conseguiu envolver o núcleo dirigente e coordenar a formulação da política de saúde [...]” (entrevistado 2).

“A SEAS deveria formular políticas de saúde, em conjunto com os demais setores da SES, mas, tem que apagar os incêndios em relação à prestação de serviços e com isso gasta cem por cento de sua energia [...]” (entrevistado 7).

“O PES foi pouco trabalhado no núcleo de gestão da SES [...] cada secretaria definiu suas prioridades, havia uma grande desarticulação entre os setores [...]” (entrevistado 6).

“O PES vem sendo elaborado de forma participativa, com o apoio do Ministério da Saúde, por meio do Planejasus, foram feitas várias oficinas com representantes do conselho e do COSEMS e, também com os diversos setores da SES [...]” (entrevistado 1).

“Não é clara a política estadual de saúde, não tem uma prioridade síntese, tudo é prioridade e isso não dá visibilidade nem deixa claro quais as prioridades de gestão [...]” (entrevistado 1).

“Apesar do PES não existe uma política estadual de saúde, são seguidas diretrizes nacionais do SUS e o PES expressa políticas pontuais e sem integração [...] não direciona as ações da SES e, portanto, não se avalia [...]” (entrevistado 3)

“Não percebo uma política estadual global, que reflita e pense o sistema de saúde como um todo [...]” (entrevistado 5).

Existe confirmação documental da formulação da política de Atenção Básica (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2007b). A Política de Urgências e Emergências foi aprovada no Conselho Estadual de Saúde, conforme relato dos entrevistados e registro em ata da 323ª Reunião Ordinária do CES, em 21 de novembro de 2007. Foram referenciadas nas entrevistas as políticas de Oncologia, de Atenção ao Renal Crônico e de Assistência Farmacêutica, que não geraram documento, mas, que foram discutidas na CIB e no CES. Não se evidenciou elementos que apontem para a formulação de política para área hospitalar.

Quanto à participação da SES na formulação da política estadual de ciência e tecnologia foi ressaltada a participação do secretário estadual de saúde no conselho administrativo da Hemobrás (Empresa Brasileira de Hemoderivados), identificado como espaço importante para formulação de biotecnologia. Além disso, foi destacado o LAFEPE (Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco) como órgão vinculado à SES e responsável por vários projetos (plantas) de desenvolvimento de fármacos.

Foram identificadas como inovações ou programas genuinamente estaduais o Programa Mãe Coruja e a política de atenção básica, com investimentos de recursos financeiros do tesouro estadual, para pagamento de incentivos para remuneração das equipes de saúde da família. Em relação a essa política oitenta e quatro municípios estão recebendo recursos (entrevistados 1 e 2).

#### 5.2.4 Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos

O desenvolvimento dessa macro função foi avaliado como fraco a partir da identificação do cumprimento de dois dos oito indicadores propostos.

As entrevistas trouxeram informações consensuadas que apontaram para a inadequação da estrutura organizacional e técnica para gestão da política de recursos humanos para o SUS/PE, assim como para a inexistência de uma política estadual de educação permanente e de educação profissional. Também foi unânime a negação quanto a participação da SES nas políticas regulatórias da força de trabalho em saúde e de mudanças curriculares adequadas à necessidade estadual. A situação de recursos humanos vinculados aos serviços estaduais de saúde não é conhecida pelos dirigentes e, atualmente, não são identificados mecanismos de valorização profissional relacionados a resultados. Existe um Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) para os servidores estaduais de saúde em implantação desde 2007 e, mesa de negociação instalada pelo governo estadual, em funcionamento. Existe uma lei estadual (PERNAMBUCO, 1991) que institui incentivos por produtividade, que está sendo revisada pela gestão.

“Às vezes o estado remunera trabalhadores para os municípios, em situação de emergência, como na dengue [...] mas não tem uma política de RH para o SUS [...] pensando, inclusive cenários futuros” (entrevistado 5).

“Não há incentivos de valorização por resultados, tem uma lei de 1991 que institui produtividade que causa mais distorções que resolve problemas” (entrevistado 6).

“Têm tópicos de educação permanente, mas, não política [...] se discutiu no início da gestão um novo papel para escola técnica mas não se avançou” (entrevistado 7).

“A estrutura de gestão é inadequada, superintendência com três gerências [...] muito acanhada para uma demanda enorme [...] são umas duzentas pessoas no setor, com baixa qualificação para gestão de recursos humanos, serve mais de apoio

técnico [...] também não se tem equipamentos de informática nem tecnologia de informação adequados [...]" (entrevistado 3).

"Existe um Plano de Cargos, Carreira e Salários que está sendo implantado desde 2007, mas, é uma ferramenta frágil, precisamos desenvolver as outras fases de classificação por tempo, por formação [...] o plano não valoriza por resultados" (entrevistado 3).

"Existe uma grande disparidade salarial entre as categorias e dentro de uma mesma categoria, dependendo de onde o profissional atue, o PCCS trabalha com quatro categorias: apoio, auxiliar, assistencial e médica [...] os profissionais de nível superior não médicos estão na categoria assistencial" (entrevistado 8).

#### 5.2.5 Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde

A SES/PE desenvolve muito bem esta macro função, tendo sido evidenciado na avaliação, sete dos oito indicadores apresentados. De acordo com o modelo preconizado pelos instrumentos normativos a SES é responsável pela gestão e gerência do Sistema Estadual de Transplante, da Rede de Laboratórios de Saúde Pública e da Hemorrede, pela gestão da Política de Assistência Farmacêutica do SUS e gerência do componente de Medicamentos de Alto Custo. O cumprimento desse elenco de responsabilidades se confirmou a partir do relatório de gestão (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Secretaria Executiva de Assistência à Saúde, 2007) e do conjunto de todas as entrevistas realizadas.

O modelo de gestão da rede assistencial configura um desenho em que a SES concentra a gestão de quase toda alta complexidade ofertada pelo SUS estadual e a gestão da média complexidade é compartilhada entre estado e municípios, inclusive na capital. (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Secretaria Executiva de Assistência à Saúde, 2007).

“O estado faz gestão da alta complexidade [...] apenas os municípios de Caruaru e Petrolina são gestores de alguns poucos leitos de Unidade de Terapia Intensiva” (entrevistado 7).

A gestão e gerência da Atenção Básica é responsabilidade dos municípios cabendo ao estado a gestão da política, definido critérios de qualificação, acompanhando e monitorando a qualidade dos serviços prestados e, participando do co-financiamento das ações (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2007b).

Quanto à gerência o estado assume a responsabilidade pelos serviços de maior complexidade (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2006a), inclusive na capital, excetuando-se o município de Petrolina, no sertão do estado que, recentemente inaugurou hospital de grande porte e o gerência por meio de fundação municipal de direito privado<sup>7</sup>. Em relação aos hospitais de médio porte observa-se uma gerência partilhada, com alguns municípios gerenciando unidades próprias e municipalizadas como maternidades e hospitais com as clínicas básicas, serviços de pronto-atendimento e cirurgias eletivas, porém, vários serviços próprios estaduais com esse perfil continuam sob gerência do estado.

Resgatando-se estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 1999, pode-se dizer que o modelo pernambucano de gestão e gerência da rede assistencial se encaixa na tipologia denominada de gestão descentralizada por nível de hierarquia (BRASIL. Ministério da Saúde, 1999). Esse modelo também é referido no PDR elaborado pela gestão anterior da SES, como sendo o modelo de descentralização de serviços proposto (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2006a). Porém, de acordo com as entrevistas deste estudo, o que se observa é que não houve pactuação em torno deste modelo e, que as unidades de saúde não estão sendo municipalizadas de acordo com essa orientação (muitas unidades hospitalares de menor porte continuam gerenciados pelo estado sem nenhuma perspectiva de municipalização<sup>8</sup>).

“Não se segue um modelo [...] a assistência hospitalar psiquiátrica, apesar de ser média complexidade é dividida a gerência e a gestão entre o estado e o município,

---

<sup>7</sup> Petrolina - Lei municipal nº 2.079, de 16 de maio de 2008.

<sup>8</sup> Municipalização do Hospital de Areias, do Hospital Ulisses Pernambucano, do Hospital Agamenon Magalhães e do Hospital Barão de Lucena como metas do PES 2005-2007 que não foram cumpridas.

na capital, no interior não tem serviço próprio estadual, mas, é ele quem faz a gestão [...]” (entrevistado 5).

“Houve um impasse em 2006 quanto ao repasse dos hospitais de Areias e Ulisses Pernambucano para o Recife, que apresentou proposta financeira baseada no custo e visando reposição de RH e, o estado só queria repassar os recursos de produção [...] Não avançou [...]” (entrevistado 7).

“O estado deu o sinal de que não vai passar os hospitais para os municípios, vai passar para as fundações [...]. também teve muita resistência dos municípios que não querem ser responsáveis pela assistência além de sua população [...]” (entrevistado 4).

A SES/PE é gerente e gestora do Fundo Estadual de Saúde, segundo os entrevistados com confirmação documental (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2007a). A gestão administrativa para manutenção da estrutura própria é centralizada, as gerências regionais e os hospitais não são unidades orçamentárias e operam por meio de Notas de Provisão de Orçamento com adiantamento de financiamento e prestação de contas trimestrais. Os seis grandes hospitais (Restauração, Barão de Lucena, Getúlio Vargas, Otávio de Freitas, Agamenon Magalhães e Regional do Agreste) têm comissões de licitação e realizam compras de forma descentralizada.

“Nem os hospitais, nem as GERES são unidades orçamentárias. Operam com de notas de provisão de orçamento, adiantamento dos recursos financeiros e a cada três meses o gestor tem que prestar contas. O nível central paga alimentação, energia, combustível, órtese e prótese, que desconta da provisão. Os seis grandes hospitais têm comissão de licitação” (entrevistado 6).

Foi promulgada em setembro de 2008, lei estadual nº 13.537, autorizando o poder executivo a instituir a Fundação Estadual de Assistência Hospitalar Josué de Castro – fundação estatal de direito privado, como alternativa gerencial para rede hospitalar (PERNAMBUCO, 2007b). O estatuto da mesma, ainda, será aprovado por decreto do governador, definindo suas atribuições.

### 5.2.6 Regulação

A macro função Regulação obteve um escore de 10% na matriz de avaliação das FEGES, com apenas uns dos dez indicadores evidenciado. Foi a macro função que apresentou desenvolvimento mais fraco.

“O estado é um péssimo regulador [...] se tem problema na cirurgia eletiva nos municípios o estado deveria resolver, mas, não faz [...]” (entrevistado 4).

“A regulação no SUS/PE é bastante frágil. Recife regula SAMU e tem central de parto, mas, não dialoga com as centrais do estado [...]” (entrevistado 5).

“A central de internações é desarticulada do controle e avaliação [...] a central distribui senha, mas, o serviço é processado independente dessa senha [...] a senha só funciona para processamento de utilização dos leitos contratados de UTI [...]” (entrevistado 7).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi publicado em 2006 e alterado em 2007, de acordo com nota técnica da SES (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2007a), propondo a criação de uma nova Macro-Regional (Arcoverde), redefinição das micro-regionais de 10 para 24, e extinção dos módulos assistenciais.

A Programação Pactuada Integrada foi implantada e os tetos financeiros do estado e dos municípios foram publicados por meio da portaria SAS/MS nº49, de 30 de janeiro de 2007 (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2007). Durante o ano de 2008 iniciou-se um processo de revisão da PPI, em função da revisão realizada do PDR, porém não houve conclusão do processo.

“A PPI foi revisada, várias questões foram colocadas pelos municípios, mas, não se criou, ainda, condições para implantação. Foi feita pactuação nas onze regiões mas não houve o fechamento com a pactuação entre estado/regiões e capital [...] a capital ficou com a sobra e faz negociação direta com os municípios do interior [...] mandar para o Recife e se não é comando único não se sabe quem é o responsável pelo atendimento [...]” (entrevistado 5).

Outro aspecto relevante refere-se à informação de que os tetos municipais definidos pela PPI não têm correlação com o que é processado pela regulação.

“A PPI é coordenada pela SUPLAN e a regulação está na SEGVs, a programação definida pela PPI não tem correlação com o que é processado pela regulação, que trabalha com a produção baseada na série histórica [...]” (entrevistado 7.)

De acordo com os entrevistados (1,2, 4,5,6 e 7) não existem mecanismos de regulação do setor privado contratado nem dos serviços próprios. A contratação de parte dos serviços privados foi, recentemente, regularizada, por meio de processo licitatório, porém, ainda, existem serviços contratados sem licitação.

“É muito pior do que eu imaginava [...] as unidades contratadas não têm teto da média nem da alta complexidade, que são mecanismos tradicionais de controle e avaliação [...] uma unidade apresenta num mês produção de trinta mil e no outro trezentos [...] eu pago as duas, pois não tem teto pré-definido [...]” (entrevistado 7).

“Por pressão do jurídico, foi regularizada a contratação por licitação de UTI, Tomo e ressonância [...] têm serviços contratados, sem licitação [...]” (entrevistado 7).

A gestão dos serviços contratados ao SUS não utiliza os contratos de metas como instrumentos de gestão (Entrevistados 2, 6, 7).

“Não existem contratos de metas com os hospitais próprios, nem com os contratados. Existem contratos de metas com os seis hospitais considerados de ensino: HR, HUOC, IMIP, HC e CISAM e Getúlio Vargas, mas, foram feitos em 2004, por intermédio do Ministério da Saúde, não são monitorados nem foram institucionalizados pela SES [...]” (entrevistado 7).

O PES 2005 – 2007 previa a descentralização das centrais de regulação com implantação em Recife, Caruaru e Petrolina, adotando o critério de uma central por macrorregião de saúde. Com a definição de mais uma macrorregião de saúde – Arcoverde, deveriam ser quatro centrais, no entanto essa meta não foi cumprida (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2006b).

Não se evidenciou funcionamento de qualquer Sistema de Monitoramento e Avaliação das Gestões Municipais.

“Existe avaliação de gestão municipal apenas para áreas pontuais quando se vai implantar incentivos, como no caso da política de atenção básica, o estado visitou unidades para qualificar aquelas unidades que receberiam o incentivo, na política de Urgência, o estado visitou serviços para identificar necessidades de reformas e contratação de pessoal” (entrevistado 5).

“O Planejamento não monitora a gestão dos municípios, cuidamos da PPI [...] parece que o pessoal da regulação está construindo uma proposta para isso” (entrevistado 1).

“Existe uma gerência de acompanhamento da gestão municipal na SUPLAN que, no entanto, não faz isso, acompanha a PPI e o processo de adesão ao Pacto de Gestão” (entrevistado 7).

Existe uma proposta de reformulação do componente estadual de auditoria que vem sendo discutida desde 2007 que, no entanto, não foi implantada. A estrutura responsável pela gestão da área é vinculada diretamente ao Secretário de Estado e não se articula, nem, funcionalmente, com as áreas de controle e avaliação.

“A auditoria só trabalha a partir de demandas do Ministério da saúde, não existe uma rotina própria. Funciona de forma desarticulada do controle e avaliação” (entrevistado 7).

“A auditoria não funciona, fizeram uma proposta de reformulação, foi discutida, mas não operacionalizada” (entrevistado 6).

Quanto ao fortalecimento das funções regulatórias dos municípios estas se restringiram a capacitações pontuais, financiadas pelo Ministério da Saúde.

“Foram realizadas algumas capacitações na área de regulação, que envolveram técnicos do estado e dos municípios, mas, foram pontuais e não abordavam regulação de sistemas municipais” (entrevistado 7).

### 5.2.7 Negociação e Coordenação

De acordo com a avaliação feita neste estudo, a SES/PE desenvolve bem a macro função de Negociação e Coordenação, visto que sete dos onze indicadores apresentados foram evidenciados.

O modelo de gestão das prioridades adotado pela SES, no sentido da democratização do processo decisório interno parece não estar institucionalizado, visto que reuniões colegiadas do núcleo dirigente acontecem de forma irregular, estando muito relacionada com o perfil do secretário de saúde.

“No início o núcleo gestor composto pelo secretário, pelos secretários executivos, pelos gerentes gerais e superintendentes se reuniam semanalmente, para avaliar os indicadores de saúde, as necessidades regionais e definir ações emergenciais. Atualmente, as reuniões não são mais regulares” (entrevistado 6).

“Com o novo secretário não tem havido reuniões do colegiado de gestão” (entrevistado 1).

O CES funciona regularmente, com reuniões ordinárias mensais. Foram entrevistados conselheiros representantes dos segmentos usuários e trabalhadores.

“O CES é bastante atuante, cobrou o tempo todo discussão sobre as fundações. O CES pauta mais discussões que o estado” (entrevistado 5).

“Houve muito diálogo com o controle social, por meio do CES, nesse momento de transição o CES está meio abandonado” (entrevistado 7).

“O Secretário é o presidente, mas, não vem às reuniões, apresentou um plano estratégico de ações sem discutir com o CES [...] A discussão do PES está atrasada. O PPA foi discutido, o PES tem que está dentro das prioridades definidas no PPA. O momento atual é de conflito entre a gestão e os trabalhadores e usuários

porque um conselheiro pediu vistas ao Projeto das Fundações, eles aprovaram a lei sem discutir com o Conselho e isso gerou o conflito” (entrevistado 4).

Regularmente, de acordo com as falas dos entrevistados são realizadas as Conferências Estaduais de Saúde, com apoio da SES.

“A última Conferência aconteceu em 2007, de forma tranqüila, como etapa preparatória para a Conferência Nacional” (entrevistado 7).

“A VI Conferência Estadual de Saúde aprovou propostas que embasaram a construção dos eixos prioritários para elaboração do Plano de Saúde 2008-20011” (entrevistado 1).

“A Secretaria apoiou e a Conferência foi boa” (entrevistado 4).

A Comissão Interinstitucional Bipartite Estadual (CIB) foi criada, em caráter permanente, como uma instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS, por meio da Portaria nº 143, de 11 de junho de 1993 (PERNAMBUCO, Portaria nº 143, 1993). Funciona regularmente, com reuniões ordinárias mensais. Foram instituídas onze Comissões Bipartites Regionais, uma por GERES, com representação de secretarias municipais de saúde e da SES, que também apresentam regularidades de funcionamento.

Observou-se uma série de problemas no funcionamento da CIB e das regionais, o que não é objeto deste estudo, porém, as diversas falas ao problematizarem demonstram o seu funcionamento como fórum de negociação.

“Se negociou muita coisa na CIB e não se conseguiu cumprir, isso tem gerado conflito” (entrevistado 7).

“A pauta das reuniões da CIB têm sido mais definida pela SES, é preciso rever isso com O COSEMS [...] a relação tem sido maior com a SEAS do que com a SES como um todo” (entrevistado 6).

“A CIBE tem que ser um fechamento do processo de negociação que deveria acontecer nas regionais como estas estão frágeis, tudo deságua na estadual. Estamos reavaliando o funcionamento das regionais, COSEMS e estado estão concordando com a necessidade de reformular esse funcionamento” (entrevistado 5).

Algumas unidades estaduais têm Conselhos Gestores, que funcionam de maneira irregular e sem acompanhamento por parte no nível central da SES. Não se observou uma ação estratégica estadual voltada para implantação e implementação de conselhos gestores, os que existem e funcionam são por determinação e iniciativa próprias.

“Funciona um ou outro conselho gestor, como do hospital Agamenon, por exemplo, mas por iniciativa própria e de forma irregular” (entrevistado 6).

“Existem conselhos gestores nos grandes hospitais, no Ulisses Pernambucano e no hospital de Areias. Não tem nos hospitais regionais do interior” (entrevistado 8).

A Ouvidoria do SUS existe, enquanto, estrutura organizacional (PERNAMBUCO, 2007a), porém, de acordo com as entrevistas não funciona.

“Existe a estrutura da Ouvidoria do SUS central e em alguns hospitais como o Agamenon e o Barão de Lucena, mas não funcionam” (entrevistado 6).

“Existe a Ouvidoria, no nível central, mas, não funciona, está sendo reestruturada” (entrevistado 1).

Não se evidenciou produção de cartilhas, cartazes de divulgação dos direitos dos Usuários do SUS, os entrevistados negaram a existência desses instrumentos.

“A Comissão de Informação e Imprensa do CES não funciona por falta de assessoria e estrutura, não desenvolvemos material de divulgação das ações da SES e dos direitos dos usuários, nem a SES faz também” (entrevistado 4).

O PES 2005-2007 foi aprovado no CES, de acordo com a resolução nº. 364, de 12 de julho de 2006 (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2006b). A discussão do PES 2008-2011, de acordo com nota técnica da SES, teve início no CES, em 2007, porém, ainda, não foi concluída.

Em Dezembro/2007 foi realizada a primeira reunião da Comissão de Elaboração, no auditório da SES, onde foram apresentadas e discutidas as diretrizes do Plano e a proposta de roteiro acima mencionada. Ainda no mês de dezembro, a mesma proposta foi apresentada ao Pleno do CES em Sessão Ordinária sendo discutida e aprovada com as contribuições do referido Conselho (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2008a, p.1).

“Temos até 25 novembro para em cima dos eixos propostos pela SES, o CES definir as prioridades para o Plano 2008” (entrevistado 4).

O Plano Diretor de Regionalização foi elaborado de forma bipartite e revisado de acordo com nota técnica (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2007a), utilizando a mesma metodologia de estruturação de comissão com representação do COSEMS e SES (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2006a). A PPI também foi revisada de forma bipartite, sem ainda ter sido concluída, conforme fala já referida, anteriormente.

#### 5.2.8 Coordenação e Execução de Ações de Vigilância em Saúde

A macro função Coordenação e Execução de Ações de Vigilância em Saúde tem um bom desenvolvimento por parte da SES/PE, tendo sido evidenciado cinco dos sete indicadores apresentados.

A SES coordena os sistemas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, de acordo com as atribuições regimentais que lhes são conferidas (PERNAMBUCO, 2007a).

“São realizadas reuniões de articulação com os gestores municipais e especialistas para formulação de planos de intervenção e seu acompanhamento, para

enfrentamento de prioridades sanitárias como dengue, esquistossomose, acidentes de moto” (entrevistado 2).

“A vigilância sanitária é operacionalizada pela APEVISA, agência vinculada à SES” (entrevistado 6).

“A hanseníase e tuberculose estão mais nas mãos dos municípios, mas, o estado capacita, apóia os municípios” (entrevistado 4).

“Houve momentos melhores com comitês e câmaras técnicas, hoje o estado chama para discutir eventos, pontualmente, como a questão da dengue, da raiva animal” (entrevistado 5).

Não se evidencia uma política estadual de promoção à saúde, não existe publicação documental e as entrevistas demonstram que algumas políticas específicas desenvolvem ações de promoção.

“A saúde do idoso, a aids desenvolvem ações de promoção” (entrevistado 4).

“Não existe uma política de promoção à saúde, várias políticas desenvolvem ações, por exemplo, estamos trabalhando a questão da violência e dos acidentes de moto” (entrevistado 2).

A SES coordenou a elaboração da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde e faz seu monitoramento. Esse processo está em fase de transição, visto que, será incorporado pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), o que ainda não ocorreu, em Pernambuco.

“A SEGVS coordenou a elaboração da PPI/VS e faz seu monitoramento” (entrevistado 2).

“Quem monitora a PPI/VS é a SEGVS” (entrevistado 7).

A SES avalia, mas, não divulga as condições de saúde da população, não foram identificados boletins, cadernos, elaborados pela gestão estadual.

“A definição de prioridades e metas do PES se baseiam nos indicadores de saúde” (entrevistado 1).

“São prioridades da gestão reverter os indicadores de dengue, esquistossomose, hanseníase, tuberculose, aids, raiva animal, acidentes de moto, hipertensão, diabetes, câncer de colo e mama. Não temos boletins de divulgação dos indicadores” (entrevistado 2).

Pode-se observar que a SES/PE, por meio da SEGVS, desenvolveu ações visando o fortalecimento da gestão da vigilância em saúde, nos municípios.

“Fazemos várias reuniões com os municípios, no sentido de instrumentalizá-los para as ações de vigilância em saúde. Realizamos várias capacitações de técnicos municipais para desenvolvimento de ações de vigilância em saúde” (entrevistado 2).

“No caso da dengue, o estado contratou pessoal para desenvolver ações de controle nos municípios” (entrevistado 5).

A secretaria coordena a rede de laboratórios de saúde pública do estado. Tem uma rede própria descentralizada.

“A SES é gestora da rede de Laboratórios de Saúde Pública, mas a gerência do Laboratório Central está na SEAS e não na SEGVS” (entrevistado 2).

“A SEAS gerencia rede própria descentralizada de laboratórios. Temos o Laboratório Central e um por GERES” (entrevistado 6).

Pode-se evidenciar neste estudo a confirmação do que Arretche (1998) observou em seu estudo, de que a ação dos governos estaduais tem grande importância no processo de adesão municipal ao SUS e que a estratégia de indução adotada pela esfera estadual de gestão do SUS torna-se relevante para o desenvolvimento

exitoso do processo de descentralização. Em Pernambuco, pode-se observar uma baixa adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008c) e, uma estagnação do processo de municipalização de serviços de saúde que podem estar associadas a falta de uma estratégia de mobilização e indução por parte da SES/PE.

O fraco desenvolvimento da macro função Fortalecimento da Municipalização favorece um modelo de gerenciamento da rede de serviços concentrado nas “mãos” da esfera estadual de gestão do SUS. Esse modelo sobrecarrega o mesmo com funções administrativas em detrimento das demais funções de formulação e avaliação de políticas e de regulação, de promoção de equidade e de gestão de política de recursos humanos com desenvolvimento, explicitamente, avaliado como fraco.

Nesse sentido, a SES/PE tem um perfil fortemente marcado por características que apontam para um estado provedor, contrariando tendência observada nos últimos vinte anos, de uma mudança de perfil, com estados cada vez mais fomentadores e reguladores (BAHIA; VIANA, 2002, VIANA et al., 2002).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os instrumentos legais e normativos de construção do SUS definiram atribuições e responsabilidades dos três níveis de gestão do sistema descentralizado de saúde. Apesar desses avanços conquistados na esfera jurídico-legal, o relatório da XII Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004), apontava como desafio o descompasso entre as definições legais e o que é, efetivamente, realizado pelo executivo.

Essas atribuições e responsabilidades não foram traduzidas em funções gerenciais capazes de orientar a organização de cada nível gestor para cumprir, efetivamente, seu papel na gestão do SUS. Pesquisa, recente, publicada pelo Ministério da Saúde em Gestores do SUS: Olhares e Vivências ressalta a importância de realização de estudos para conhecer a realidade dos estados, estudos sobre o modo de gestão e não apenas estudos que abordem aspectos legais e estruturais de organizações públicas estaduais (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

A construção de consenso entre os especialistas foi fundamental para ratificar a revisão documental e de literatura que subsidiou a elaboração de planilha com as macro funções e funções avaliadas. O fato de todos os eixos de macro funções terem sido considerados relevantes, com médias de notas acima de oito e, apenas uma das 159 funções ter sido, consensualmente, considerada não relevante, fortaleceu a base de construção deste estudo. A agregação por eixos poderia ter diferentes formatos, porém, o formato apresentado na pesquisa não sofreu qualquer questionamento ou sugestões de alterações, pelos especialistas que fizeram as apreciações.

O consenso entre os secretários foi maior do que entre os especialistas, com 96% e 78% das funções apreciadas, respectivamente, coerente com o fato de os especialistas terem diferentes perfis e inserções profissionais, enquanto os secretários apresentam um perfil mais homogêneo no que se refere à representação de interesses políticos e de gestão.

Observaram-se problemas de ordem metodológica na construção de consenso, com os secretários de saúde. Ao se adotar a estratégia de apreciação das planilhas por correio eletrônico, não se levou em consideração a dificuldade que seria, para esses atores, digitar, eles próprios, suas notas para as 158 funções apresentadas, pela escassez de tempo e pela relevância e urgência dos temas priorizados nas suas agendas. Apenas cinco secretários, dos 27 encaminharam as planilhas. Para desdobramentos deste estudo, sugere-se encontro presencial entre pesquisador e secretário para apreciação das funções. Além disso, recomenda-se o retorno da planilha com imagem-objetivo das FEGES, para discussão coletiva com os gestores, principalmente, para melhor compreensão dos dissensos, em assembléia do CONASS. Este estudo foi apresentado em assembléia do CONASS, no formato inicial de projeto, o que foi de extrema relevância para o desenvolvimento do mesmo. Pelo caráter deliberativo dessas reuniões em relação a questões referentes à transferência federal de recursos financeiros para os estados, a dificuldade para agendar uma segunda apresentação com os resultados em tempo compatível com cronograma do mestrado, tornou inviável esse retorno.

Alguns achados merecem destaque, para aprofundamento em estudos posteriores:

- a) pode-se observar em ambas as apreciações, uma maior relevância conferida às funções voltadas para garantia de acesso, no eixo de promoção de equidade. Isso pode estar relacionado ao fato dos problemas de filas e de dificuldades de acesso aos serviços especializados e mais complexos exercerem maior pressão, atualmente, sobre os sistemas de saúde. Além disso, as soluções para tais problemas são, a priori, competências exclusivas do setor saúde, o que confere maior governabilidade aos gestores para o enfrentamento dessas questões do que para o enfrentamento de situações de risco determinadas por fatores extra-setoriais;
- b) as funções de formulação, acompanhamento e avaliação da política de atenção básica aparecem no grupo de notas entre 8,0 e 8,9, nas duas apreciações, abaixo das notas conferidas a formulação, acompanhamento e avaliação da política de média e alta complexidade, o que pode estar associado ao forte papel indutor e formulador do nível federal em relação a essa política e do forte papel executor do nível municipal, o que termina por

relativizar o papel formulador da esfera estadual. No entanto, a diversidade dos municípios brasileiros em termos de tamanho da população, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional do Estado implica em diferentes possibilidades de implementação dessa política, o que torna muito relevante o papel do estado federativo na formulação da política, adequando as normas e prerrogativas nacionais às especificidades locais;

- c) os especialistas não consideraram relevantes as funções: Fazer a gestão dos estabelecimentos de saúde sob gerência delegada para Organização Social, Município ou Empresa Privada; Elaborar, celebrar, avaliar e controlar Contrato de Gestão com a Autarquia Estadual ou Superintendência de Administração Hospitalar, Municípios e Organizações Sociais; Elaborar, celebrar, avaliar e controlar contrato com empresas responsáveis pela gerência terceirizada de unidades próprias; que obtiverem médias menores que sete (7,0), apesar de desvios padrões maiores que três, ou seja, as apreciações não foram consensuais. Para os secretários estaduais essas funções foram relevantes e obtiverem médias maiores que 8,0 (oito) com desvios padrões menores que 3,0 (três), ou seja, as apreciações foram consensuais. Nesse caso, gerir as unidades próprias de saúde foi uma função considerada relevante tanto para os especialistas como para os gestores. A divergência entre eles se apresentou em relação às funções de gestão do sistema composto pela rede contratada de serviços assistenciais, o que parece refletir a falta de consenso sobre a questão do comando único da gestão do sistema, que aparece em todas as normas básicas que orientaram a descentralização no SUS. Tanto a NOAS 01/2002 (BRASIL, 2002a) como o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) remetem para as Comissões Intergestores Bipartites Estaduais essa decisão.

Em relação ao estudo de caso, a partir da aplicação da Matriz de Avaliação das FEGES, em Pernambuco, pode-se observar que o estado desenvolve muito bem a macro função Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde e desenvolve bem as macro funções Formulação e Avaliação de Políticas de Saúde, Negociação e Coordenação e, Coordenação e Execução das Ações de. Vigilância. Quatro macro funções foram consideradas com fraco desenvolvimento: Fortalecimento da

Municipalização, Promoção de Equidade, Gestão e Gerência de Recursos Humanos e, Regulação.

Destaca-se que não fez parte dos objetivos deste estudo avaliar o desempenho global do estado, mas, traçar seu perfil em relação ao desenvolvimento das FEGES. Nesse sentido, de acordo com os resultados apresentados, a SES/PE tem um perfil de estado provedor, ao contrário da tendência dos últimos vinte anos, que aponta para perfis de estados cada vez mais fomentadores e reguladores (BAHIA; VIANA, 2002, VIANA et al., 2002).

Também, não foi objetivo deste estudo avaliar, dentro de cada eixo, a relação entre o desenvolvimento das funções e os resultados produzidos, considerando-se, apenas, o desenvolvimento ou não das funções. Estudos posteriores podem aprofundar esses aspectos, o que seria de grande importância para a implementação do SUS, em Pernambuco. .

É importante observar o fraco desenvolvimento da macro função Fortalecimento da Municipalização pela SES/PE, ressaltando que esta macro-função foi considerada a mais relevante pelas apreciações dos especialistas e dos secretários. Segundo Arretche (1998), a ação dos governos estaduais têm grande importância no processo de adesão municipal ao SUS e, a estratégia de indução adotada pela esfera estadual torna-se relevante para o desenvolvimento exitoso do processo de descentralização.

Em Pernambuco, pode-se observar uma baixa adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008c) e, uma estagnação do processo de municipalização de serviços de saúde, relacionados à falta de mecanismos e estratégias indutoras por parte do estado, o que favorece um modelo de gerenciamento da rede de serviços concentrado na esfera estadual de gestão do SUS. Esse modelo sobrecarrega o mesmo com funções administrativas voltadas para garantia do funcionamento da rede própria, em detrimento das demais funções.

Outro aspecto importante diz respeito ao foco dado, nesta avaliação, ao período anterior às propostas de mudança, em curso, decorrentes da troca de Secretário de

Estado da Saúde, ocorrida em junho de 2008. A mudança de secretário demarca um período de transição da gestão, com propostas de nova estrutura organizacional para SES, elaboração de um Plano de Ações Estratégicas 2008-2010, alterações na equipe dirigente, entre outras. Este foco facilita a construção de um sistema de avaliação, que pode vir a ser institucionalizado pela SES, visto que as informações e achados deste estudo constituiriam a linha de base para uma avaliação mais a longo prazo e, a aplicação da Matriz de Avaliação em períodos posteriores poderia aferir o impacto das novas propostas. Esta seria, então, a principal recomendação deste estudo para Secretaria Estadual de Saúde, a institucionalização da Matriz como ferramenta de auto-avaliação da gestão, que, obviamente, pode e deve ser revisada e ajustada pela equipe dirigentes da SES/PE.

Por fim, ressaltamos que estudar como os gestores estaduais desempenham seu papel na gestão do SUS e quais as suas dificuldades torna-se imperativo no cenário atual de implantação do SUS, cujos principais desafios como a garantia de acesso, com qualidade, aos serviços e ações de saúde; impacto nas desigualdades sanitárias; pessoas suficientes e qualificadas na gestão e prestação de serviços e aumento de recursos financeiros para à saúde, são questões que só podem ser equacionadas com o fortalecimento do papel dos estados, enquanto gestores do sistema.

Nesse sentido, apresenta-se, com forte perspectiva de consolidação, uma linha de pesquisa voltada para este tema, no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), que vem propiciando várias iniciativas voltadas nessa direção. Além disso, destaca-se o enorme potencial de integração com outras instituições de ensino e pesquisa como o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, que abrigou este estudo como dissertação de seu mestrado acadêmico.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO JÚNIOR, J. L. A. C. **Decentralization in the health sector: the brazilian process, issues and problems, 1988 – 1994.** 1994. Dissertação (Master of Arts in Health Management, Planning and Policy) – University of Leeds, Nuffield Institute for Health, Leeds, 1994.

ARRECTHE, M. T. S. **O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes.** 1998. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

BAHIA, L.; VIANA, A. L. Introdução. In: \_\_\_\_\_. **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar.** Rio de Janeiro: MS: ANS, 2002. p. 9-15. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios, 76).

BARROS E SILVA, P. L. B. Descentralização de políticas sociais: marco teórico e experiências internacional e brasileira. In: VELLOSO, J. P. R. et al. (Org.). **Políticas sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade.** Rio de Janeiro: INAE: ILDES, 1995. p. 15-30.

BASBAUM, L. **História sincera da república: de 1889 a 1930.** 4. ed. São Paulo: Alfa-Omega, 1976. 316 p. v. 2.

BRASIL. (Constituição 1988). Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out. 1988. p. 1-32. Edição Especial.

BRASIL. (Constituição 1967). Emenda constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 1969. Seção 1, p. 8865-8869.

BRASIL. (Constituição 1988). Emenda Constitucional nº 29, de 13 setembro de 2000. Altera os artigos. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 set. 2000. Seção 1, p. 1-2.

BRASIL. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 ago. 1994. Seção 1, p. 13093.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055–18059.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jul. 1993a. Seção 1, p. 10573-10574.

BRASIL. Portaria nº 49, de 30 de janeiro de 2007. R emaneja o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar sob gestão estadual, conforme descrito no Anexo I desta Portaria, e sob gestão dos municípios habilitados à Gestão Plena do Sistema Municipal, nos termos da Norma Operacional do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96 e Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 02 e Pacto pela Saúde 2006, conforme detalhado nos Anexos II, III e IV. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jan. 2007. Seção 1, p. 54.

BRASIL. Portaria nº 97, 11 de fevereiro de 1998. Habilita os municípios, relacionados anexo, na condição de gestão plena do Sistema Municipal e publica os respectivos valores financeiros relacionados à parte fixa do Piso de Atenção Básica – PAB. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 fev. 1998a. Seção1, p. 45.

BRASIL. Portaria nº 107, de 11 de fevereiro 1998. Habilita os municípios do Estado de Pernambuco, conforme o anexo desta portaria, na condição de gestão plena da atenção básica e publicar os respectivos valores financeiros relativos à parte fixa do Piso de Atenção Básica – PAB. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 fev. 1998b. Seção 1, p. 51.

BRASIL. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002) que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2002a. Seção 1, p. 52.

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Aprova as diretrizes do pacto pela saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Portaria nº 545/GM, 20 de maio de 1993. Aprova a Norma Operacional Básica - SUS n. 1/93, constante do Anexo único desta Portaria, que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamentos das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio 1993b. Seção 1, p. 6960.

BRASIL. Portaria nº 1.101/GM, de 13 de junho de 2002. Estabelece na forma do anexo desta portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2002b. Seção 1, p. 36.

BRASIL. Portaria nº 1.188/GM, de 26 junho de 2002. Altera na forma do anexo I desta portaria, os valores de remuneração das consultas médicas, constantes do grupo 7 da tabela de procedimentos do sistema de informações ambulatoriais – SAI/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2002c. Seção 1, p. 90.

BRASIL. Portaria nº 1.229, de 25 maio de 2007. Aprova as orientações gerais para o fluxo do relatório anual de gestão dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 maio 2007. Seção 1, p. 45.

BRASIL. Portaria n. 1.582, de 2 de agosto de 2004. Dispõe sobre habilitação do Estado de Pernambuco em Gestão Plena de Sistema Estadual e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 ago. 2004. Seção 1, p. 66.

BRASIL. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do SUS (NOB 01/96). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção 1, p. 22932

BRASIL. Portaria nº 2.921, de 2 de dezembro de 2008. Homologa os Termos de Compromisso de Gestão – TCG e publica os termos de limites financeiros globais – TLFG do Estado de Pernambuco e dos municípios Abreu Lima, Bom Jardim e São bento do Uma, no Estado de Pernambuco, homologados pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 dez. 2008. Seção 1, p. 65.

BRASIL. Resolução nº 322/CNS, de 8 de maio de 1993. [Aprova diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29/2000]. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 de jun. 2003. Seção 1, p. 26.  
BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise de alguns aspectos do processo de descentralização no SUS**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestores do SUS: olhares e vivências**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação da atenção básica**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dad>>. Acesso em: 19 dez. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação sobre orçamento público (SIOPS)**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siops>>. Acesso em: 13 de jul. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Termos de compromisso de gestão publicados**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/descentralizacao>>. Acesso em: 10 dez. 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde: transferências e pagamentos, unidade da federação: Pernambuco**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/se/datasus>>. Acesso em: 28 nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Nota técnica: situação de aprovação pelos respectivos conselhos de saúde, do relatório anual de gestão de estados e municípios**. [S.l.]: DEMAGS: SGEP, 2008. Mimeografado.

BRASIL. Secretaria de Assistência a Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar**. Brasília, DF, 2001. Mimeografado.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **A estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde**: princípios e diretrizes para sua implantação no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Regulação no setor saúde**: em direção aos seus fundamentos públicos. [S. l.]: DERAC, 2004. Mimeografado.

BUSS, P. M. A IX Conferência Nacional de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, jul./set. 1991. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 18 dez. 2008.

BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Org.). **Sistemas de saúde**: continuidades e mudanças. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995. p. 61-102.

COGLIANESE, C.; NICOLAIDIS, K. **Securing subsidiarity**: legitimacy and the allocation of governing authority. Cambridge: John F. Kennedy, 1997.

COLLINS, C.; ARAÚJO, J.; BARBOSA, J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. **Health Policy**, Amsterdam, v. 52, n. 2, p. 113-127, june. 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série D: Reuniões e Conferências).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A gestão da saúde nos estados**: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília, DF, 2007. 262 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Regulação**. Brasília, DF, 1998. (Cadernos CONASS, 2).

CONTANDRIOPOULOS, D. **Criar organizações para reformar os sistemas, 2005**. [S.l.: s.n., 2005]. Disponível em: <<http://www.colufra.umontreal.ca/pt/html/documents/criarorganizaçõesparareformar.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2009.

FAUSTO, B. **História concisa do Brasil**. São Paulo: EDUSP, 2006.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

GRUPPI, L. **Tudo começou com Maquiavel**. Porto Alegre: L&PM, 1980.

IBGE. **Contagem populacional, 2007**. Rio de Janeiro, 2008.

KEYNES, J. M. **A Teoria geral do emprego, do juro e da moeda**. São Paulo: Abril Cultural, 1982. (Coleção Os Economistas).

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LEMIEUX, V. **La décentralisation**. Québec: Les presses de l'Université Laval, 1997.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política da saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciências e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Saúde, 2001. (Coleção Saúde Coletiva).

MILLS, A. et al. **Health system decentralization**: concepts, issues and country experience. Geneva: World Health Organization, 1990.

MINAYO, C. S. (Org.). **Pesquisa social**: método e criatividade. 9. ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1998. 80 p.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(IM) Previdência social**: 60 anos de historia da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1989. (Saúde e Realidade Brasileira, 4).

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la participación social: estudios de casos.** Washington, 1990.

PEREIRA, L. C. B. **Reforma do estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional.** São Paulo: Ed. 34, 1998.

PEREIRA, S.; QUITO, M. V. NOAS: houve impacto para o SUS? **Revista de direito sanitário**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 40-51, mar. 2004.

PERNAMBUCO. Decreto nº 30.382, de 24 de abril de 2007. Aprova o Regulamento da Secretaria de Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Poder Executivo, Recife, 25 abr. 2007a. Seção 1, p. 19-22.

PERNAMBUCO. Lei nº 2.079, de 16 de maio de 2008. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais no âmbito do Município de Petrolina, e dá outras providências. Recife: [s. n.], 2008. **Sindsaúde**, [Recife], n. 5, p. 4, nov. 2008. <[http://www.sindsaudepe.com.br/pdf/Jornal\\_n5\\_nov\\_2008.pdf](http://www.sindsaudepe.com.br/pdf/Jornal_n5_nov_2008.pdf)>. Acesso em: 27 dez. 2008.

PERNAMBUCO. Lei nº 10.635, de 29 de outubro de 1991. Institui a Gratificação de Produtividade em Serviços de Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Poder Executivo, Recife, 30 out. 1991. Seção 1, p. 2. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/legislaçãoinferior>>. Acesso em: 29 jan. 2009.

PERNAMBUCO. Lei nº 13.537, de 12 de setembro de 2008. Autoriza o poder executivo a instituir a Fundação Estadual de Assistência Hospitalar Josué de Castro. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Poder Executivo, Recife, 13 set. 2007b. Seção 1, p. 5-7.

PERNAMBUCO. Portaria nº. 143, de 11 de junho de 1993, do Secretário Estadual de Saúde/Gestor do SUS. Cria a Comissão Intergestores Bipartite, em caráter permanente. **Diário Oficial de Pernambuco**, Poder Legislativo, Recife, 12 jun. 1993, p. 24. Disponível em: <<http://www.saude.pe.gov.br/cibe>>. Acesso em: 19 jul. 2007.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Nota técnica.** [Recife: s.n., 2007a].

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Plano diretor de regionalização – SUS PE.** Recife, 2006a.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Plano estadual de saúde – 2005/2007: desenvolvimento com Inclusão social.** Recife, 2006b.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Plano estadual de saúde 2008-2011: nota técnica.** Disponível em: <<http://www.saude.pe.gov.br>>. Acesso em: 10 dez. 2008a.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Plano estratégico de ações – 2008/2010.** [Recife], 2008b. Slides.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Política de fortalecimento da atenção primária à saúde no estado de Pernambuco.** Recife, 2007b.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Relatório de mortalidade materna – Pernambuco 2003.** Recife, 2006c. Mimeografado.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Secretaria Executiva de Assistência à Saúde. Gerência Geral de Assistência à Saúde. **Relatório de gestão.** Recife, 2007.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE (Brasil). **Indicadores e dados básicos de saúde – Brasil – 2007.** Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm>>.

ROCHER, G. **Le Laboratoire des reformes dans la révolution tranquiele, conference desjardins.** Quebec: Mc Giel University's, 2001.

SANTOS, F. P. O novo papel do município na gestão da saúde: o desenvolvimento do controle e avaliação. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã, 1998. p. 31-49.

SANTOS, L. **Da reforma do estado da reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações.** Campinas: [s.n.], 2006.

SOLLA, J. J. S. P. et al. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na gestão plena do Sistema Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências: gestão dos serviços de saúde.** Brasília, DF, 2002. p. 361-397.

SOLLA, J. J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista brasileira de saúde materno-infantil**, Recife, v. 7, p. 495-502, 2007.

SOUZA, L. E. P. F.; VIEIRA DA SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2005. cap. 3, p. 65-102.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

VIANA, A. L. et al. Estado e a regulação da saúde. In: \_\_\_\_\_. **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 201-221. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios, 76).

WEICHERT, M. A. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2004.

YIN, R. K. **Case study research: design and methods**. 2. ed. London: Sage Publications, 1994. v. 5. (Applied Social Research Methods Series).

**APÊNDICE A – Planilha com macro funções e funções para apreciação dos especialistas**

<b>EIXOS</b>	<b>NOTAS</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
<b>1. FORMULAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLITICAS</b>		
1.1. Definir a política estadual de saúde estabelecendo prioridades e metas;		
1.2. Acompanhar e a avaliar a execução da política estadual de saúde		
1.3. Elaborar e atualizar periodicamente o Plano Estadual de Saúde;		
1.4. Desenvolver competências para a tomada de decisões, baseadas em evidências, incorporando o planejamento e a avaliação, a capacidade de liderança, a comunicação efetiva, o desenvolvimento organizacional e a gestão de recursos.		
1.5. Formular e implementar políticas voltadas a promover a mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS estadual;		
1.6. Formular a política de Atenção Básica estadual		
1.7. Acompanhar e a avaliar a política de atenção básica estadual;		
1.8. Formular a política de Assistência de Média e Alta Complexidade		
1.9. Acompanhar e a avaliar a política da assistência de média e alta complexidade estadual;		
1.10. Definir políticas “setoriais” de saúde (saúde mental, saúde trabalhador, oncologia, urgência e emergência, assistência ao parto e ao recém nascido, etc.)		
1.11. Formular a política de Assistência Farmacêutica		
1.12. Acompanhar e a avaliar a política de Assistência Farmacêutica estadual;		
1.13. Formular a política de Vigilância em Saúde		
1.14. Acompanhar e a avaliar a política de Vigilância em Saúde estadual;		
1.15. Organizar e coordenar o sistema de informação em saúde no estado;		
1.16. Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação de base nacional, conforme normas do Ministério da Saúde;		
1.17. Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.		
1.18. Organizar e coordenar o sistema estadual de ciência e tecnologia em saúde		
1.19. Realizar pesquisas e estudos na área de saúde;		

1.20. Incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico, consoante com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTI/S), integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do SUS.		
1.21. Estabelecer parcerias com os institutos de pesquisa e instituições acadêmicas para realizar oportunamente estudos que apóiem a tomada de decisões na Gestão Estadual.		
1.22. Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;		
1.23. Elaborar a proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde – SUS no estado, de conformidade com Plano Estadual de Saúde;		
1.24. Administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano à saúde;		
1.25. Administrar o Fundo Estadual de Saúde e realizar os pagamentos pertinentes;		
1.26. Celebrar convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde;		
1.27. Celebrar convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saneamento e meio ambiente;		
1.28. Celebrar, acompanhar e avaliar convênios relativos à saúde com municípios e instituições filantrópicas		
1.29. Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaborar na proteção e recuperação do meio ambiente;		
1.30. Acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e das condições ambientais;		
1.31. Promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde;		
1.32. Desenvolver a capacidade de gestão para a cooperação técnica com os municípios, as instituições formadoras de recursos humanos, de ciência e tecnologia, o Ministério da Saúde e organismos internacionais .		
1.33. Implementar soluções inovadoras, em saúde, cujo impacto possa ser medido e avaliado.		
<b>2. PROMOÇÃO DE EQUIDADE</b>		
2.1. Definir prioridades a partir do enfoque de risco de adoecer e morrer,		
2.2. Reorganizar o sistema estadual de saúde, por meio da PPI, visando corrigir situações de iniquidades de distribuição de equipamentos e serviços de saúde;		
2.3. Monitorar e avaliar o acesso aos serviços de saúde ofertados por prestadores públicos e/ou privados, adotando enfoque que permita reduzir as desigualdades na oferta dos serviços entre as regiões do Estado e os Municípios;.		

2.4. Elaborar e executar o plano estadual de investimentos – PDI, de acordo com as necessidades de correção de iniquidades sanitárias;		
2.5. Executar e/ou coordenar ações para superar barreiras de acesso às intervenções de saúde, adotando, inclusive, medidas de discriminação positiva, de modo a reduzir as iniquidades;		
2.6. Executar o manejo de estatística vital e da situação específica de grupos de especial interesse ou maior risco.		
<b>3. REGULAÇÃO</b>		
3.1. Desenvolver e implantar marco regulatório do SUS, no âmbito estadual;		
3.2. Elaborar novas leis e normas visando assegurar a qualidade dos serviços de saúde e a promoção de ambientes saudáveis.		
3.3. Adotar medidas de proteção aos cidadãos em suas relações com o sistema de saúde;		
3.4. Implementar sistemas de avaliação da satisfação dos usuários e usar essa avaliação para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.		
3.5. Definir, divulgar, explicar e garantir os direitos dos usuários.		
3.6. Executar a fiscalização, controle e auditoria de produtos, ações, serviços e estabelecimentos para garantir o cumprimento da regulamentação de forma oportuna, correta, consistente e completa.		
3.7. Implantar mudanças organizacionais no processo de trabalho realizado nas unidades de saúde com vistas à melhoria da qualidade e humanização das ações e serviços, bem como da satisfação dos trabalhadores e usuários do SUS;		
3.8. Definir as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;		
3.9. Implantar e operar o componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria		
3.10. Elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;		
3.11. Elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;		
3.12. Estabelecer normas, em caráter suplementar para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;		
3.13. Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;		
3.14. Elaborar normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;		
3.15. Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;		

3.16. Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;		
3.17. Implementar um sistema de avaliação de tecnologias de saúde que colabore no processo de tomada de decisão de todo o sistema de saúde e contribua para melhorar sua qualidade.		
3.18. Utilizar a metodologia científica para a avaliação da qualidade de intervenções de saúde nos diversos graus de complexidade		
3.19. Controlar, avaliar e monitorar os resultados obtidos pelos sistemas municipais de saúde;		
3.20. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;		
3.21. Coordenar o processo de elaboração e de atualização da Programação Pactuada e Integrada PPI;		
3.22. Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde		
3.23. Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;		
3.24. Cadastrar, contratar, controlar, avaliar, pagar e auditar os serviços prestados por terceiros (públicos ou privados) nos municípios não habilitados em Gestão Plena;		
3.25. Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.		
3.26. Monitorar e avaliar o desempenho das redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas estaduais;		
3.27. Coordenar o sistema estadual de Tratamento Fora de Domicílio Intermunicipal, sob execução municipal;		
3.28. Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;		
3.29. Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;		
3.30. Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;		
3.31. Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;		
3.32. Coordenar e implementar ou apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas		

3.33. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;		
3.34. Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;		
3.35. Operar os complexos reguladores no que se refere à referência intermunicipal, conforme pactuação;		
3.36. Monitorar e avaliar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;		
3.37. Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;		
3.38. Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;		
3.39. Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;		
3.40. Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;		
3.41. Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;		
3.42. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo estado;		
3.43. Requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização, para o atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo eminente, de calamidade pública ou irrupção de epidemias.		
<b>4. NEGOCIAÇÃO E COORDENAÇÃO</b>		
4.1. Desenvolver mecanismos de democratização da participação da comunidade e do cidadão como sujeito ativo nas decisões que afetam sua saúde e seu acesso a serviços adequados de saúde.		
4.2. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.		
4.3. Coordenar a construção de um consenso interno à Gestão Estadual do SUS com respeito à necessidade de se desencadear um processo de mudança/adaptação do modelo de atenção à saúde;		
4.4. Identificar e articular atores setoriais e extra setoriais que forneçam subsídios para o monitoramento.		
4.5. Apoiar o fortalecimento das instâncias colegiadas de controle social do Sistema Único de Saúde (Conselhos e Conferências Estadual e Municipais de Saúde) e outras formas de controle social na proposição, deliberação e fiscalização da política estadual de saúde.		
4.6. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;		

4.7. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;		
4.8. Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;		
4.9. Desenvolver tecnologia, experiência e métodos para o manejo, interpretação e comunicação da informação aos responsáveis da saúde no Estado (incluindo atores setoriais e extra-setoriais, prestados de serviços e cidadãos).		
4.10. Executar ações de comunicação na relação com o cidadão.		
4.11. Executar ações de comunicação na relação com os trabalhadores da saúde da SES e outros		
4.12. Executar ações de comunicação na relação com a sociedade (conselhos de saúde, Ministério Público, imprensa etc.)		
4.13. Executar ações de comunicação na relação com instituições (MS, prefeituras, outras SES, Cosems, Conasems, Conass etc.).		
4.13. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;		
4.14. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;		
4.15. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;		
<b>5. FORTALECIMENTO DA MUNICIPALIZAÇÃO</b>		
5.1.Promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;		
5.2.Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde		
5.3.Apoiar a qualificação dos sistemas municipais de saúde no sentido de assumir as seguintes responsabilidades:		
(a) Realizar a gestão de todo o sistema municipal exercendo o comando único, ressaltando as unidades públicas e privadas de hemonúcleos e hemocentros e os laboratórios de saúde pública.		
(b) Elaborar o Plano Municipal de Saúde bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde.		
(c) Firmar e cumprir o Pacto da Atenção Básica com o estado.		
(d) Executar as ações básicas, de média e de alta complexidade em Vigilância Sanitária, pactuadas na CIB.		
(f) Executar as ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, pactuadas na CIB.		
(g) Integrar e articular o município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo o detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.		

(h) Garantir o atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como a organização do encaminhamento para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território.		
(i) Gerenciar as unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares.		
(j) Gerenciar as unidades assistenciais transferidas pelo Estado e pela União.		
(l) Integrar os serviços existentes no município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares.		
(m) Manter o cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS.		
(n) Executar, no município, o cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde.		
(o) Desenvolver as atividades de realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS.		
(p) Operar o SIH e o S I A/SUS, conforme normas do MS, e alimentar, junto a SES, os bancos de dados de interesse nacional e estadual.		
(q) Avaliar permanentemente o impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.		
<b>6. GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE RH</b>		
6.1. Dispor de diagnóstico da situação dos RH em saúde no estado.		
6.2. Implementar ações de educação, capacitação e avaliação de RH em saúde para qualificação da gestão, gerência e prestação de serviços no SUS.		
6.3. Formar parcerias com instituições de ensino para a implementação e reorientação de programas de graduação, pós-graduação e aperfeiçoamento que garantam desempenhar com eficiência a gestão, gerência e prestação de serviços no SUS.		
6.4. Desenvolver a capacidade institucional para a administração de RH.		
6.5. Adotar medidas para a formação ética do recursos humanos em saúde , com ênfase em princípios e valores como solidariedade, equidade, respeito à dignidade das pessoas e conhecimento do marco legal que rege o SUS .		
6.6. Apoiar e cooperar tecnicamente com os municípios para o desenvolvimento da educação permanente.		
6.7. Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;		
6.8. Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;		

6.9. Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;		
6.10. Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;		
<b>7. COORDENAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES DE VIGILANCIA EM SAÚDE</b>		
7.1. Estimular mudanças nos estilos de vida e nas condições do trabalho e do ambiente para facilitar o desenvolvimento de “cultura e práticas saudáveis de saúde”.		
7.2. Fortalecer alianças intersetoriais e a identificação de recursos para tornar as ações de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida mais efetivas.		
7.3. Avaliar o impacto de outras políticas públicas sobre a saúde.		
7.4. Desenvolver ações de educação, informação e comunicação social para promover condições, estilos de vida, condutas e ambientes saudáveis.		
7.5. Reorientar o sistema e os serviços de saúde para o desenvolvimento de modelos de atenção com ênfase na promoção da saúde.		
7.6. Coordenar os sistemas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador.		
7.7. Executar em caráter suplementar as ações de vigilância e investigação de surtos epidêmicos de doenças emergentes e situação de risco, e em caráter complementar, investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória.		
7.8. Coordenar no âmbito do Estado o desenvolvimento de ações para o controle de doenças transmitidas por vetores e riscos à exposição de substâncias tóxicas e condições ambientais nocivas à saúde.		
7.9. Coordenar a implantação da vigilância à saúde do trabalhador e das doenças e agravos não transmissíveis no âmbito do Estado.		
7.10. Coordenar ações de vigilância sanitária relacionadas a estabelecimento de padrões e controle sobre produtos e serviços.		
7.11. Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública nos aspectos relativos a vigilância epidemiológica sanitária e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento, supervisão e avaliação das unidades partícipes.		
7.12. Fortalecer a capacidade de vigilância no nível municipal para suscitar respostas rápidas voltadas ao controle de problemas de saúde ou riscos específicos.		
7.13. Assegurar a realização de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, sanitária e ambiental.		

7.14. Desenvolver programas e ações de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador capazes de identificar precocemente doenças e agravos de risco à saúde.		
7.15. Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador;		
7.16. Definir normas e executar ações de vigilância sanitária;		
7.17. Definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;		
7.18. Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;		
7.19. Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;		
7.20. Definir normas, implantar de normas próprias e federais e executar ações pertinentes de vigilância epidemiológica;		
<b>8. GESTÃO E GERENCIA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE</b>		
8.1. Fazer a gestão dos estabelecimentos de saúde sob gerencia “delegada” para Organização Social, Município ,ou Empresa Privada;		
8.2. Elaborar, celebrar, avaliar e controlar Contrato de Gestão com a Autarquia Estadual ou Superintendência de Administração Hospitalar, Municípios e Organizações Sociais;		
8.3. Elaborar, celebrar, avaliar e controlar Contrato com Empresas responsáveis pela gerencia terceirizada de unidades próprias;		
8.4. Executar o Tratamento Fora de Domicilio Interestadual;		
8.5. Coordenar a execução da política estadual de Assistência Farmacêutica.		
8.6. Executar o Programa Estadual de Medicamentos Excepcionais.		
8.7. Implementar o componente estadual do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;		
8.8. Coordenar o Sistema Estadual de Transplantes de Órgãos e Tecidos		
8.9. Gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;		
8.10. Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros		
8.11. Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;		
8.12. Fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.		
8.13. Executar ações administrativas para garantir a infra-estrutura própria		

## APÊNDICE B – Lista de especialistas

**Lista de Especialistas**

<b>1. Adib Jatene</b>	<b>030</b>	<b>Pedro Luís Barros</b>
<b>2. Ana Luíza D’Avila</b>	<b>031</b>	<b>Ricardo Scotti</b>
<b>3. Ana Luiza Villasboas</b>	<b>032</b>	<b>Silvio Fernandez</b>
<b>4. André Bonifácio</b>	<b>033</b>	<b>Sílvio Mendes</b>
<b>5. Armando Raggio</b>		
<b>6. Artur Chioro</b>		
<b>7. Barjas Negri</b>		
<b>8. Carmem Teixeira</b>		
<b>9. Cristiani Vieira Machado</b>		
<b>10. Eduardo Levcovitz</b>		
<b>11. Eugênio Villaça</b>		
<b>12. Fernando Cupertino</b>		
<b>13. Gastão Wagner</b>		
<b>14. Gilson Carvalho</b>		
<b>15. Gilson Catarino</b>		
<b>16. Humberto Costa</b>		
<b>17. Jairnilson Paim</b>		
<b>18. Jarbas Barbosa</b>		
<b>19. Jorge Solla</b>		
<b>20. José Guedes</b>		
<b>21. Júlio Muller</b>		
<b>22. Lourdes Almeida</b>		
<b>23. Luis Cecílio</b>		
<b>24. Luís Odorico</b>		
<b>25. Maria Helena Brandão</b>		
<b>26. Marta Arretche</b>		
<b>27. Patrícia Luchesi</b>		
<b>28. Paulo Buss</b>		
<b>29. Paulo Elias</b>		

**APÊNDICE C – Imagem-objetivo das Funções Estratégicas de Gestão da Esfera Estadual (FEGES), na gestão descentralizada do SUS.**

<b>MACRO-FUNÇÕES E FUNÇÕES ESTRATÉGICAS DA ESFERA ESTADUAL DE GESTÃO</b>
<b>FORTALECIMENTO DA MUNICIPALIZAÇÃO</b>
1. Promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;
2. Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
3. Apoiar a qualificação dos sistemas municipais de saúde no sentido de assumir suas responsabilidades;
<b>PROMOÇÃO DE EQUIDADE</b>
4. Definir prioridades a partir do enfoque de risco de adoecer e morrer,
5. Reorganizar o sistema estadual de saúde, por meio da PPI, visando corrigir situações de iniquidades de distribuição de equipamentos e serviços de saúde;
6. Monitorar e avaliar o acesso aos serviços de saúde ofertados por prestadores públicos e/ou privados, adotando enfoque que permita reduzir as desigualdades na oferta dos serviços entre as regiões do Estado e os Municípios;.
7. Elaborar e executar o plano estadual de investimentos – PDI, de acordo com as necessidades de correção de iniquidades sanitárias;
8. Executar e/ou coordenar ações para superar barreiras de acesso às intervenções de saúde, adotando, inclusive, medidas de discriminação positiva, de modo a reduzir as iniquidades;.
9. Executar o manejo de estatística vital e da situação específica de grupos de especial interesse ou maior risco.
<b>FORMULAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLITICAS</b>
10. Definir a política estadual de saúde estabelecendo prioridades e metas;
11. Acompanhar e a avaliar a execução da política estadual de saúde
12. Elaborar e atualizar periodicamente o Plano Estadual de Saúde;
13. Formular e implementar políticas voltadas a promover a mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS estadual;
14. Formular a política de Atenção Básica estadual
15. Acompanhar e a avaliar a política de atenção básica estadual;
16. Formular a política de Assistência de Média e Alta Complexidade
17. Acompanhar e a avaliar a política da assistência de média e alta complexidade estadual;
18. Definir políticas “setoriais” de saúde (saúde mental, saúde trabalhador, oncologia, urgência e emergência, assistência ao parto e ao recém nascido,etc.)
19. Formular a política de Assistência Farmacêutica
20. Acompanhar e a avaliar a política de Assistência Farmacêutica estadual;

21. Formular a política de Vigilância em Saúde
22. Acompanhar e a avaliar a política de Vigilância em Saúde estadual;
23. Organizar e coordenar o sistema de informação em saúde no estado;
24. Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação de base nacional, conforme normas do Ministério da Saúde;
25. Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.
26. Organizar e coordenar o sistema estadual de ciência e tecnologia em saúde
27. Realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
28. Incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico, consoante com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTI/S), integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do SUS.
29. Estabelecer parcerias com os institutos de pesquisa e instituições acadêmicas para realizar oportunamente estudos que apóiem a tomada de decisões na Gestão Estadual.
30. Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
31. Elaborar a proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde – SUS no estado, de conformidade com Plano Estadual de Saúde;
32. Administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano à saúde;
33. Administrar o Fundo Estadual de Saúde e realizar os pagamentos pertinentes;
34. Celebrar, acompanhar e avaliar convênios relativos à saúde com municípios e instituições filantrópicas
35. Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaborar na proteção e recuperação do meio ambiente;
36. Acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e das condições ambientais;
37. Promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde;
38. Desenvolver a capacidade de gestão para a cooperação técnica com os municípios, as instituições formadoras de recursos humanos, de ciência e tecnologia, o Ministério da Saúde e organismos internacionais .
39. Implementar soluções inovadoras, em saúde, cujo impacto possa ser medido e avaliado.
<b>GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE RH</b>
40. Dispor de diagnóstico da situação dos RH em saúde no estado;
41. Implementar ações de educação, capacitação e avaliação de RH em saúde para qualificação da gestão, gerência e prestação de serviços no SUS;
42. Formar parcerias com instituições de ensino para a implementação e reorientação de programas de graduação, pós-graduação e aperfeiçoamento que garantam eficiência na gestão, na gerência e na prestação de serviços no SUS.

43. Desenvolver a capacidade institucional para a administração de RH;
44. Adotar medidas para a formação ética dos recursos humanos em saúde, com ênfase em valores como solidariedade e respeito à dignidade das pessoas;
45. Apoiar e cooperar tecnicamente com os municípios para o desenvolvimento da educação permanente;
46. Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde no âmbito estadual;
47. Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
48. Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;
49. Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;
<b>GESTÃO E GERENCIA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE</b>
50. Fazer a gestão dos estabelecimentos de saúde sob gerencia “delegada” para os municípios e ou instituições privadas;
51. Elaborar, celebrar, avaliar e controlar Contrato de Gestão com a Autarquia Estadual ou Superintendência de Administração Hospitalar, Fundações Estatais; municípios e ou Organizações Sociais;
52. Elaborar, celebrar, avaliar e controlar Contrato com Empresas responsáveis pela gerencia terceirizada de unidades próprias;
53. Executar o Tratamento Fora de Domicilio Interestadual;
54. Coordenar a execução da política estadual de Assistência Farmacêutica;
55. Executar o Programa Estadual de Medicamentos Excepcionais;
56. Implementar o componente estadual do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
57. Coordenar o Sistema Estadual de Transplantes de Órgãos e Tecidos;
58. Gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
59. Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros;
60. Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
61. Fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial;
62. Executar ações administrativas para garantir a infra-estrutura própria;
<b>REGULAÇÃO</b>
63. Desenvolver e implantar marco regulatório do SUS, no âmbito estadual;
64. Elaborar novas leis e normas visando assegurar a qualidade dos serviços de saúde e a promoção de ambientes saudáveis.

65. Adotar medidas de proteção aos cidadãos em suas relações com o sistema de saúde;
66. Implementar sistemas de avaliação da satisfação dos usuários e usar para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.
67. Definir, divulgar, explicar e garantir os direitos dos usuários.
68. Executar a fiscalização, controle e auditoria de produtos, ações, serviços e estabelecimentos para garantir o cumprimento da regulamentação de forma oportuna, correta, consistente e completa.
69. Implantar mudanças organizacionais no processo de trabalho realizado nas unidades de saúde com vistas à melhoria da qualidade e humanização das ações e serviços, bem como da satisfação dos trabalhadores e usuários do SUS;
70. Definir as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
71. Implantar e operar o componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria
72. Elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
73. Elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
74. Estabelecer normas, em caráter suplementar para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
75. Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
76. Elaborar normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
77. Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
78. Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;
79. Implementar um sistema de avaliação de tecnologias de saúde que colabore no processo de tomada de decisão de todo o sistema de saúde e contribua para melhorar sua qualidade.
80. Utilizar a metodologia científica para a avaliação da qualidade de intervenções de saúde nos diversos graus de complexidade
81. Controlar, avaliar e monitorar os resultados obtidos pelos sistemas municipais de saúde;
82. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;
83. Coordenar o processo de elaboração e de atualização da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
84. Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade, de acordo com a PPI;
85. Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na PPI;
86. Cadastrar, contratar, controlar, avaliar, pagar e auditar os serviços prestados por terceiros (públicos ou privados) nos municípios não habilitados em Gestão Plena;
87. Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.

88. Monitorar e avaliar o desempenho das redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas estaduais;
89. Coordenar o sistema estadual de Tratamento Fora de Domicílio Intermunicipal, sob execução municipal;
90. Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela;;
91. Manter atualizado o CNES, bem como coordenar e cooperar com os municípios nessa atividade;
92. Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a PPI;
93. Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;
94. Operar os complexos reguladores para a referência intermunicipal, conforme pactuação;
95. Monitorar e avaliar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;
96. Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;
97. Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
98. Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;
99. Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;
100. Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;
101. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo estado;
102. Requisitar bens e serviços para o atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo eminente, de calamidade pública ou irrupção de epidemias.
<b>NEGOCIAÇÃO E COORDENAÇÃO</b>
103. Desenvolver mecanismos de democratização do processo decisório, garantindo a participação do cidadão;
104. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.
105. Coordenar a construção de consenso interno à Gestão Estadual do SUS visando desencadear um processo de mudança do modelo de atenção à saúde;
106. Identificar e articular atores setoriais e extra setoriais que forneçam subsídios para o monitoramento;
107. Apoiar o fortalecimento das instâncias colegiadas de controle social do Sistema Único de Saúde (Conselhos e Conferências Estadual e Municipais de Saúde) da política estadual de saúde;
108. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;
109. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde;
110. Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;
111. Desenvolver tecnologia, experiência e métodos para o manejo, interpretação e comunicação da informação aos responsáveis da saúde no Estado (incluindo atores setoriais e extra-setoriais, prestados de serviços e cidadãos).

112.	Executar ações de comunicação na relação com o cidadão;
113.	Executar ações de comunicação na relação com os trabalhadores da saúde da SES e outros;
114.	Executar ações de comunicação na relação com a sociedade (conselhos de saúde, Ministério Público, imprensa etc.);
115.	Executar ações de comunicação na relação com instituições (MS, prefeituras, outras SES, Cosems, Conasems, Conass etc.).
116.	Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
117.	Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
118.	Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
<b>COORDENAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES DE VIGILANCIA EM SAÚDE</b>	
119.	Estimular mudanças nos estilos de vida e nas condições do trabalho e do ambiente para facilitar o desenvolvimento de “cultura e práticas saudáveis de saúde”;
120.	Fortalecer alianças intersetoriais para tornar as ações de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida mais efetivas;
121.	Avaliar o impacto de outras políticas públicas sobre a saúde;
122.	Desenvolver ações de educação, informação e comunicação social para promover condições, estilos de vida, condutas e ambientes saudáveis;
123.	Reorientar o sistema e os serviços de saúde para o desenvolvimento de modelos de atenção com ênfase na promoção da saúde;
124.	Coordenar os sistemas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador;
125.	Executar em caráter suplementar as ações de vigilância e investigação de surtos epidêmicos de doenças emergentes e situação de risco, e em caráter complementar, investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória;
126.	Coordenar no âmbito do Estado o desenvolvimento de ações para o controle de doenças transmitidas por vetores e riscos à exposição de substâncias tóxicas e condições ambientais nocivas à saúde;
127.	Coordenar a implantação da vigilância à saúde do trabalhador e das doenças e agravos não transmissíveis no âmbito do Estado;
128.	Coordenar ações de vigilância sanitária relacionadas a estabelecimento de padrões e controle sobre produtos e serviços;
129.	Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública nos aspectos relativos a vigilância epidemiológica; sanitária e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento, supervisão e avaliação das unidades partícipes;
130.	Fortalecer a capacidade de vigilância no nível municipal para suscitar respostas rápidas voltadas ao controle de problemas de saúde ou riscos específicos;

131.	Assegurar a realização de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, sanitária e ambiental;
132.	Desenvolver programas e ações de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador capazes de identificar, precocemente, doenças e agravos de risco à saúde;
133.	Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador;
134.	Definir normas e executar ações de vigilância sanitária;
135.	Definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
136.	Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
137.	Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
138.	Definir normas, implantar de normas próprias e federais e executar ações pertinentes de vigilância epidemiológica;

## APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista

**PESQUISA: Como a Esfera Estadual de Gestão do Sistema Único de Saúde, de Pernambuco, desempenha seu papel na Gestão Descentralizada do Sistema de Saúde Brasileiro.**

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação
<b>Nome:</b> <b>Cargo/função Atual:</b> <b>Tempo no Cargo:</b> <b>Tempo no Órgão:</b> <b>Formação:</b> <b>E-mail:</b>

#### **I. Eixo de Formulação e Avaliação de Políticas**

- a. Prioridades da Política Estadual de Saúde
  - Critérios
  - Correção de iniquidades
  - divulgação
- b. Políticas formuladas pela SES
  - Atenção Básica
  - Média complexidade
  - Alta complexidade
  - Assistência Farmacêutica
  - Assistência Hospitalar
  - Urgência /emergência.
  - Saúde Mental
  - Promoção à Saúde
  - Ciência e Tecnologia
  - Outras
- c. Atores chaves na formulação e na implantação dessas políticas.
  - Principais apoiadores e opositores
- d. Programa/Plano de caráter genuinamente estadual
  - Soluções inovadoras
  - Experiências exemplares
- e. Programação/Orçamentação
  - PPA
  - Plano de Saúde
  - Plano Diretor de Investimentos
  - Orçamento

- f. Execução Financeira
  - Gestão do Fundo Estadual de Saúde
- g. Sistemas de Informação
  - Papel da SES
- h. Avaliação das Políticas
  - Definição de Metas Prioritárias
  - Sistemas de Monitoramento e Avaliação
  - Pesquisas Avaliativas

## **II. Eixo de Promoção de Equidade**

- a. Identificação de grupos prioritários
- b. Incentivos financeiros.
- c. PPI/PDR
- d. Regulação de acesso aos serviços de Saúde.

## **III. Eixo de Regulação**

- a. Marcos Regulatórios do SUS Estadual
  - Leis/decretos
  - Normas
- b. Complexo Regulatório Estadual
  - Serviços próprios
  - Serviços Privados Contratados
  - Centrais de Regulação
  - Regulação de Sistemas de Saúde
  - Referências Interestaduais
  - Regulação de Produção de Bens e Tecnologia
- c. Funcionamento de Auditoria, Controle e Avaliação
  - Normas e instrumentos estaduais/nacionais
- d. Garantia do Direito à Saúde
  - Leis/normas
  - Ouvidorias
  - Parceria com Ministério Público
  - Divulgação dos direitos

## **IV. Eixo de Coordenação e Negociação**

- a. Mecanismos de Democratização da Gestão
  - Internos
  - Externos: gestores, legislativo, trabalhadores e usuários
- b. Conselhos de Saúde e Conferências
- c. Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite
- d. Mobilização Social
  - Informativos
  - Educação Popular

**V. Eixo de Fortalecimento da Municipalização**

- a. Apoio técnico e financeiro aos municípios
  - Incentivos financeiros
  - Recursos Humanos
  - Cooperação Técnica

**VI. Eixo de Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos**

- a. Situação de RH no estado
  - Adequada/inadequada
  - Problemas
  - Soluções Inovadoras
  - Mecanismos de Interiorização e fixação de profissionais
- b. Resolução dos Conflitos
  - Mesas de Negociação
  - Formação e Educação Profissional

**VII. Eixo de Coordenação e Execução da Vigilância em Saúde**

- a. Componentes da Vigilância em Saúde
  - Integração/desintegração
- b. Papel do estado e municípios
- c. Órgão Estadual Responsável
- d. Políticas de Promoção à Saúde
  - Mudanças de Estilo de Vida
  - Intersetorialidade

**VIII. Eixo de Gestão e Gerência de Ações e Serviços de Saúde**

- a. Compreensão de gestão e gerência
- b. Modelo de Descentralização adotado pelo Estado
- c. Serviços Próprios gerenciados pelo Estado
  - Atualmente
  - Perspectiva Futura
- d. Gestão dos Serviços Privados/filantrópicos
  - Contratos de Metas
  - Orçamentação
- e. Gestão do Sistema de Saúde
  - Tabela de pagamento nacional/estadual