DESCENTRALIZAÇÃO E RELAÇÕES INTRAGORVERNAMENTAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE

Mª Lecticia de Pelegrini

Referencias

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. **Diretrizes para investimentos em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva e Eugênio Vilaça Mendes. Belo Horizonte, 2004.
- SILVA, P.L.B. SERVIÇOS DE SAÚDE o dilema do SUS na nova década. **São Paulo em Perspectiva,** 2003. v.7,n.1,p. 69-85.
- LUCHESSI, P.R.Eqüidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. Ciencia e Saúde Coletiva. 2003, v.8, n.2, p 398:448.

Descentralização: dimensões

- **Política:** autonomia de formular e proceder escolhas;
- **Financeira:** liberdade para alocação de recursos e critérios de aplicação;
- **Administrativa:** liberdade para a adoção de princípios e diretrizes para a organização da máquina administrativa.

(Elias, 2001)

De onde partimos:

- ANTES DA CONSTITUIÇÃO DE 1988
  - Como de constituiu a estrutura de Serviços de Saúde no Brasil?
    - Filantropia
    - Período Desenvolvimentista e tamanho do Estado: Industrialização e Urbanização
  - Sistema de Saúde:
    - Do Modelo de Seguro Social para Modelo Universalista

Ainda no contexto

- FEDERALISMO
- LOS
- Momento de implantação do SUS:
  - CONSENSO DE WASHINGTON
  - A herança “INAMPIARIA”

CONSENSO DE WASHINGTON

1. Disciplina fiscal, através da qual o Estado deve limitar seus gastos à arrecadação, eliminando o déficit público;
2. Focalização dos gastos públicos em educação, saúde e infra-estrutura
3. Reforma tributária que amplie a base sobre a qual incide a carga tributário, com maior peso nos impostos indiretos e menor progressividade nos impostos diretos
4. Liberalização financeira, com o fim de restrições que impeçam instituições financeiras internacionais de atuar em igualdade com as nacionais e o afastamento do Estado do setor;
5. Taxa de câmbio competitiva;
6. Liberalização do comércio exterior, com redução de alíquotas de importação e estímulos á exportação, visando a impulsionar a globalização da economia;
7. Eliminação de restrições ao capital externo, permitindo investimento direto estrangeiro;

LEI ORGANICA DA SAÚDE

- CAPÍTULO III: Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde-SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes orgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

Vamos analisar o que houve

- O período dos anos 90 as NOB
- A primeira década do século XXI
  - A retomada da articulação – o processo de regionalização e os novos instrumentos de gestão
- O que esperar do PACTO

LEI ORGANICA DA SAÚDE

- CAPÍTULO IV Da Competência e das Atribuições
  - das Atribuições Comuns:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III- acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

das Atribuições Comuns:

IV - organização e coordenação do sistema de informação em saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde-SUS, de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e o meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional, e outras entidades representativas da sociedade civil, para a definição e controle dos padões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder da política sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial

Art. 16 A DIREÇÃO NACIONAL DO SUS COMPETE

I - **formular, avaliar e apoiar políticas** de alimentação e nutrição;

II - **participar na formulação e na implementação das políticas**:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - **definir e coordenar os sistemas**:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) de vigilância sanitária.

Art. 16 A DIREÇÃO NACIONAL DO SUS COMPETE

IV - **participar da definição de normas e mecanismos de controle**, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente, ou deles decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - **participar da definição de normas, critérios e padrões para controle das** condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - **coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica**;

VII- **estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e Fronteiras**, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - **estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano**;

IX - **promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde**;

X - **formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;**

Art. 16 A DIREÇÃO NACIONAL DO SUS COMPETE

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional.

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde-SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização, para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências Estaduais e Municipais;

XVIII - elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Art. 17. - À direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

I - promover a descentralização, para os Municípios, dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde- SUS.

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

Art. 17. - À direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI- estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada

Art. 18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II- participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde-SUS, em articulação com sua direção estadual;

III- participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV- executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

Art. 18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde-SUS, compete:

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI- colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente, que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e com os Estados na execução da vigilância sanitária de

portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no artigo 26 desta lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde:

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

ainda na LOS 8080/90

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano qüinqüenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

1º Metade dos recurso destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio

Descentralização cronologia

- 1980 - Sistema de saúde centralizador.
- 1987 - Inicia-se a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) - primeiro movimento na direção da descentralização e hierarquização.
- 1988 - A Constituição estabelece os princípios de universalização do direito à saúde e ao atendimento médico gratuito como deveres do Estado. Rede regionalizada e hierarquizada. Criação do Fundo de Seguridade Social.

Descentralização cronologia

- 1990 - Criação do Conselho Nacional de Saúde - 7 de agosto de 1990
- 1990 - Lei Orgânica da Saúde /LOS - Lei 8.080/90, que dispõe sobre a criação do Serviço Único de Saúde (SUS) e estabelece o conjunto de ações que devem ser seguidas por instituições públicas, federais, estaduais e municipais.
- 1990 - A Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, regulamentam a participação da comunidade na gestão do SUS - Lei 8142/90.

Descentralização: conceitos(1)

- "Processo de transformação que envolve *redistribuição* de poder e de recursos, *redefinição* de papéis das três esferas de governo, *reorganização* institucional, *reformulação* de práticas, estabelecimento de *novas relações* entre os níveis de governo e controle social" (NOB/93)

Descentralização: conceitos(1)

- A descentralização, é PROCESSO, e não se não constitui em um conceito unívoco, articulado como oposto à centralização.
- Ao contrário, apresenta-se, na realidade política, como unidade dialética que se exprime, empiricamente, pela convivência de tendências de centralização e descentralização, ainda que o vetor de maior peso deva ser o descentralizatório.

Descentralização: conceitos(2)

Na literatura, aparecem tipologias distintas de graus ou formas de descentralização, sendo uma das mais abrangentes a que identifica quatro formas de descentralização (RONDINELLI et al., 1983):

- Desconcentração,
- Devolução,
- Delegação e
- Privatização.

DESCONCENTRAÇÃO

Consiste no deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, dentro de uma mesma organização, sem a correspondente redistribuição do poder decisório.

DEVOLUÇÃO

Consiste na transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de nível subnacional que adquire, assim, autonomia política e administrativa.

DELEGAÇÃO

- A delegação dá-se pelo desenvolvimento das relações entre Estado e sociedade civil, onde o Estado transfere responsabilidades gerenciais para organizações não governamentais que continuam com financiamento e regulação estatais.
- Aqui, dá-se a desconstrução do espaço estatal e o surgimento de entes públicos nãoestatais.

PRIVATIZAÇÃO

É a transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob o domínio das regras de mercado.

Refere-se à substituição de entes estatais por organizações privadas, normalmente sob a forma de venda de ativos estatais.

- Nos sistemas de serviços de saúde, a privatização se dá quando se retiram do Estado, ainda que parcialmente, as macrofunções de regulação e financiamento dos sistemas de serviços de saúde, passando-as ao setor privado.

Descentralização: vieses atuais

- "Formalismo legal": verdadeira compulsão normalizadora; (Vencida??!!!)
- Crença avassaladora numa "utopia isonomista": tratar a realidade, por mais diversa que ela seja, dentro dos limites das normas, de uma única norma .

(Goulart, 2001)

Descentralização no SUS

Combinação das três primeiras formas:

- há uma desconcentração das Secretarias Estaduais em regionais de saúde e de certas Secretarias Municipais;
- a devolução foi realizada através, especialmente, da municipalização de serviços nacionais ou estaduais; e
- a delegação é uma prática rotineira, já que a maior parte dos serviços hospitalares e quase um terço dos serviços ambulatoriais do SUS são prestados por entes privados lucrativos e não-lucrativos, sob contrato com os órgãos gestores.

	1970[2]	1980	1990	2000	2010[3]
Serviços					
Postos e centros de saúde	2149	8767 (1981)	19 839	--	41 667
Públicos (%)	--	98,9	98,3	--	98,7
Ambulatórios especializados	--	6261	8296	--	29 374
Públicos (%)	--	53,9	20,6	--	10,7
Policlínicas	32	--	--	--	4501
Públicas (%)	--	--	--	--	26,0
Unidade de serviço de apoio diagnóstico e terapêutico	--	--	4050 (1992)	7318 (1999)	16 226
Públicos (%)	--	--	5,4	4,9	6,4
Serviços de emergência gerais e especializados	100	292 (1981)	286	--	789
Públicos (%)	--	43,5	65,7	--	77,9
Hospitais	3397 (1968)	5660 (1981)	6532	7423 (2002)[5]	6384
Públicos (%)	14,9	16,4	21,1	34,8	31,90
Equipamentos					
Mamógrafo (n)	--	--	--	1311 (2006)	1753
Públicos (%)	--	--	--	25,9%	28,4%
Aparelhos de raios X (n)	--	--	--	13 676	15 861
Públicos (%)	--	--	--	54,3%	58,9%
Aparelhos de tomografia computadorizada(n)	--	--	--	952	1268
Públicos (%)	--	--	--	22,4%	24,1%
Aparelhos de Ressonância magnética (n)	--	--	--	212	409
Públicos (%)	--	--	--	14,6%	13,4%
Aparelhos de ultrassonografia (n)	--	--	--	6789	8966
Públicos (%)	--	--	--	48,9	51,0
Equipes de saúde da família[12]					
Agentes comunitários de saúde (n)	--	--	78 705 (1998)	134 273	244 000[82]
Equipes de saúde da família (n)	--	--	3062	8503	33 000
Profissionais especializados nas equipes de saúde bucal (n)	--	--	0	0	17 807 (2008)

Dados extraídos da referência 1, salvo indicação em contrário. O ano de obtenção dos dados e apresentado entre parênteses; caso contrário, o ano e aquele no cabeçalho da coluna.
--=dados não disponíveis.

Tabela 5: **Oferta de serviços, equipamentos e recursos humanos, 1970–2010**

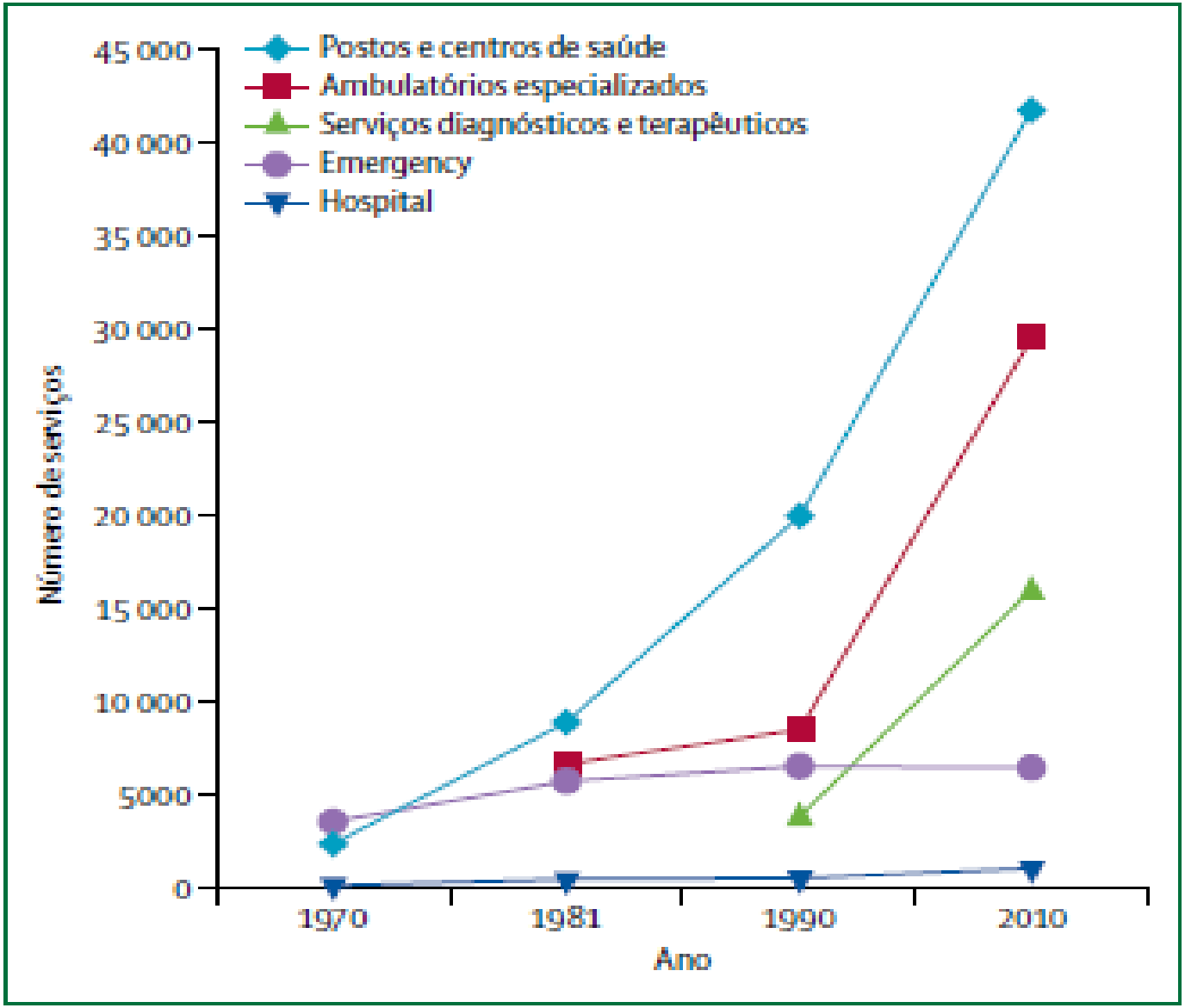


Figura 7: Tipos de serviços de saúde no Brasil, 1970–2010

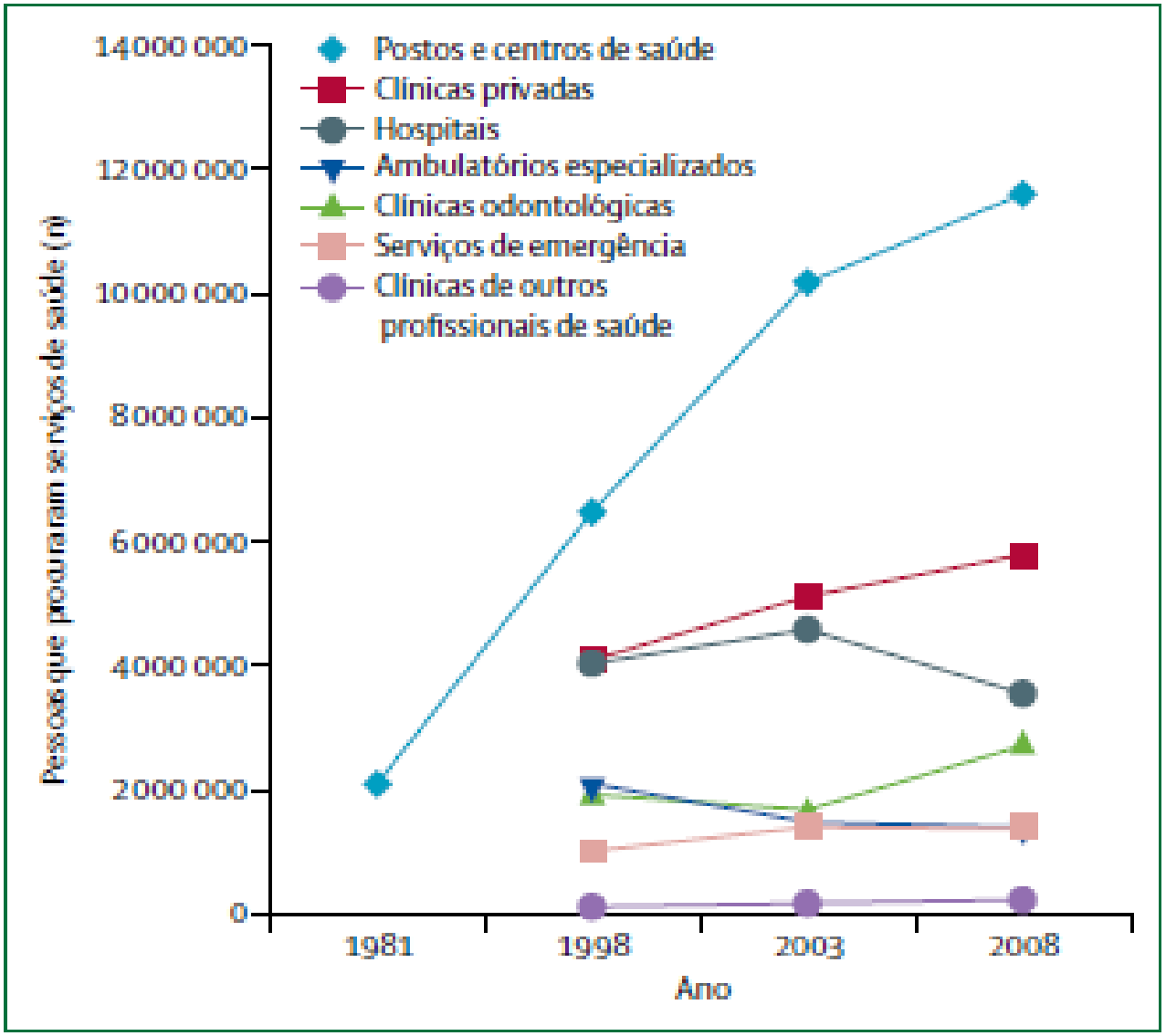


Figura 8: Demanda por serviços de saúde segundo o tipo de serviço

Tabela 1. Consultas Médicas, *per capita*, por Região. Brasil, 2002.

Região	Total de Consultas Médicas	População Total	Consulta Médica per capita
Norte	15.902.066	13.504.599	1,18
Nordeste	75.149.955	48.845.112	1,54
Sudeste	155.682.137	74.447.456	2,09
Sul	46.902.105	25.734.253	1,82
C.Oeste	22.168.972	12.101.540	1,83
Brasil	**315.805.235**	**174.632.960**	**1,81**

Fonte: TABNET_DATASUS_SIA/SUS. Acesso em 25/06/03.

Tabela 2. Valor do SADT por Região e Complexidade do Procedimento. Brasil, 2002.

Região	Alta Complexidade	Alta Complexidade per capita
Norte	771.074	0,06
Nordeste	5.144.804	0,11
Sudeste	18.318.524	0,71
Sul	9.532.935	0,79
C.Oeste	2.635.686	0,04
Brasil	**36.403.023**	**0,36**

Fonte: TABNET_DATASUS_SIA/SUS. Acesso em 25/06/03.

Tabela 3. Produção Ambulatorial do SUS – 2003

Região	População (em milh. hab)	Quantidade Aprovada (em milh.)	Valor aprovado (em R$ milh.)	Composição da População	Composição da Quantidade Aprovada	Participação Regional do Valor Aprovado
Norte	13,8	134	337,5	8%	7%	5%
Nordeste	49,4	545	1.612,7	28%	27%	23%
Sudeste	75,4	936	3.614,9	43%	46%	51%
Sul	26,0	267	1.001,2	15%	13%	14%
Centro-Oeste	12,3	148	456,6	7%	7%	7%
Brasil	**176,9**	**2.030**	**7.022,9**	**100%**	**100%**	**100%**

Fonte: TABNET_DATASUS_SIA/SUS. Acesso em 07/06/04.

Tabela 4. Produção Ambulatorial do SUS – Acumulado de julho/1994 a março/2004

Região	População (em milh. hab)	Quantidade Aprovada (em milh.)	Valor aprovado (em R$ milh.)	Composição da População	Composição da Quantidade Aprovada	Participação Regional do Val Aprovado
Norte	13,8	893	2.116,8	8%	6%	5%
Nordeste	49,4	3.908	10.673,5	28%	26%	23%
Sudeste	75,4	6.810	23.613,7	43%	46%	51%
Sul	26,0	2.110	6.741,5	15%	14%	15%
Centro-Oeste	12,3	1.055	2.950,4	7%	7%	6%
Brasil	**176,9**	**14.776**	**46.096,0**	**100%**	**100%**	**100%**

Fonte: TABNET_DATASUS_SIA/SUS. Acesso em 07/06/04.

Tabela 5. Internações Hospitalares do SUS – 2003

Região	População (em milh. hab)	Valor Total (em milh.)	Valor médio (em R$)	Valor Total per capita	Composição da População	Composição do Valor Total	Índice do Valor Médio (Brasil = 100)	Índice do Valor per capita (Brasil = 100)
Norte	13,8	312	340,4	22,6	8%	5%	70	68
Nordeste	49,4	1.402	397,0	28,4	28%	24%	82	86
Sudeste	75,4	2.619	552,6	34,7	43%	45%	114	105
Sul	26,0	1.102	571,3	42,3	15%	19%	118	128
Centro-Oeste	12,3	427	436,7	34,7	7%	7%	90	105
Brasil	**176,9**	**5.862**	**484,7**	**33,1**	**100%**	**100%**	**100**	**100**

Fonte: TABNET_DATASUS_SIA/SUS. Acesso em 07/06/04.

Tabela 6. Estabelecimentos Ambulatoriais, segundo a Região, 1992 e 1999

Região	AMS 1992			AMS 1999			Taxa Anual de Crescimento		
	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total
Norte	2.491	164	2.655	3.359	313	3.672	5,0	13,0	5,5
Nordeste	7.698	1.496	9.194	9.792	2.455	12.247	3,9	9,2	4,7
Sudeste	7.880	3.702	11.582	9.091	4.820	13.911	2,2	4,3	2,9
Sul	4.843	1.397	6.240	5.412	1.321	6.733	1,7	-0,8	1,1
Centro-Oeste	1.363	327	1.690	1.778	570	2.348	4,3	10,6	5,6
Total	**24.275**	**7.086**	**31.361**	**29.432**	**9.479**	**38.911**	**3,0**	**4,8**	**3,4**

Fonte: AMS 1992 e 1999, IBGE.

Tabela 7. Evolução do Número de Estabelecimentos com Internação nos Setores Público e Privado por Região, AMS 1992 e AMS 1999

Região	AMS 1992		AMS 1999		Taxa Anual de Crescimento	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Norte	2.491	164	345	345	3,6	1,7
Nordeste	978	1.172	1.190	1.153	3,1	-0,2
Sudeste	429	1.902	497	1.880	2,3	-0,2
Sul	196	1.033	230	941	2,5	-1,3
Centro-Oeste	170	613	254	616	7,1	0,1
Total	**2.049**	**5.008**	**2.516**	**4.918**	**4.918**	**-0,3**

Fonte: AMS 1992 e 1999, IBGE.

Tabela 8. Evolução da Descentralização do SUS

Região	dez/97	dez/98	dez/99	dez/00	dez/01	dez/02	dez/03
Total de Municípios recebendo recursos fundo a fundo	144,0	5.049	5.350	5.450	5.516	5.539	5.542
Total de Estados recebendo recursos fundo a fundo	-	2	7	8	12	13	20
% População residente nos municípios que recebem recursos fundo a fundo	17,30%	89,90%	99,20%	99,72%	99,90%	99,91%	99,93%
% do Total de recursos assistenciais transferidos fundo a fundo	24,1%	52,5%	58,1%	63,2%	66,9%	69,2%	80,3%

Fonte: MS 2002 (1), pag. 23, atualizadas para os anos de 2002 e 2003 pelo SAI e SIH /SUS /FNS e SPO/MS.

Gráfico 1. Taxa de Mortalidade Infantil por mil Nascidos Vivos, 2000

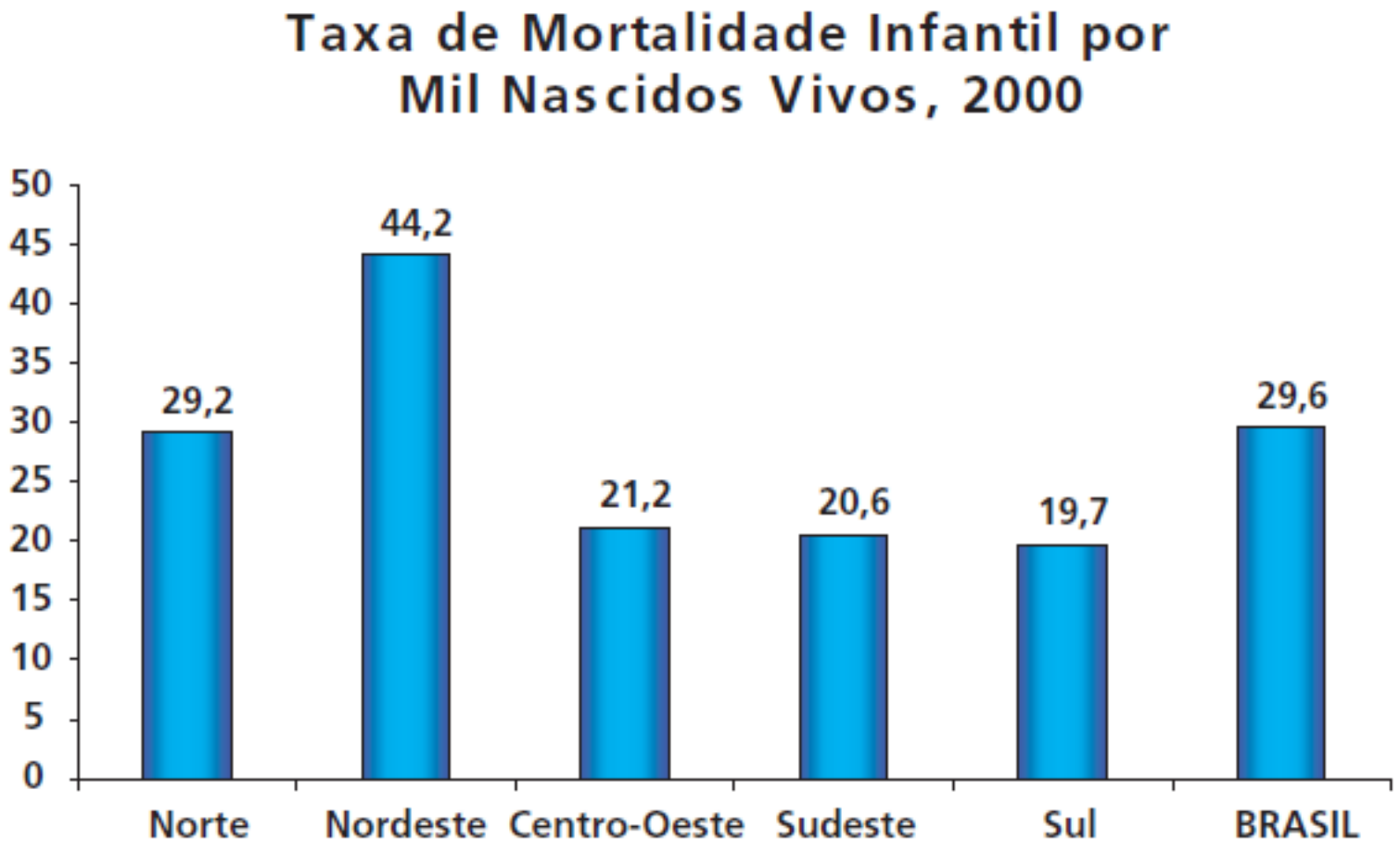
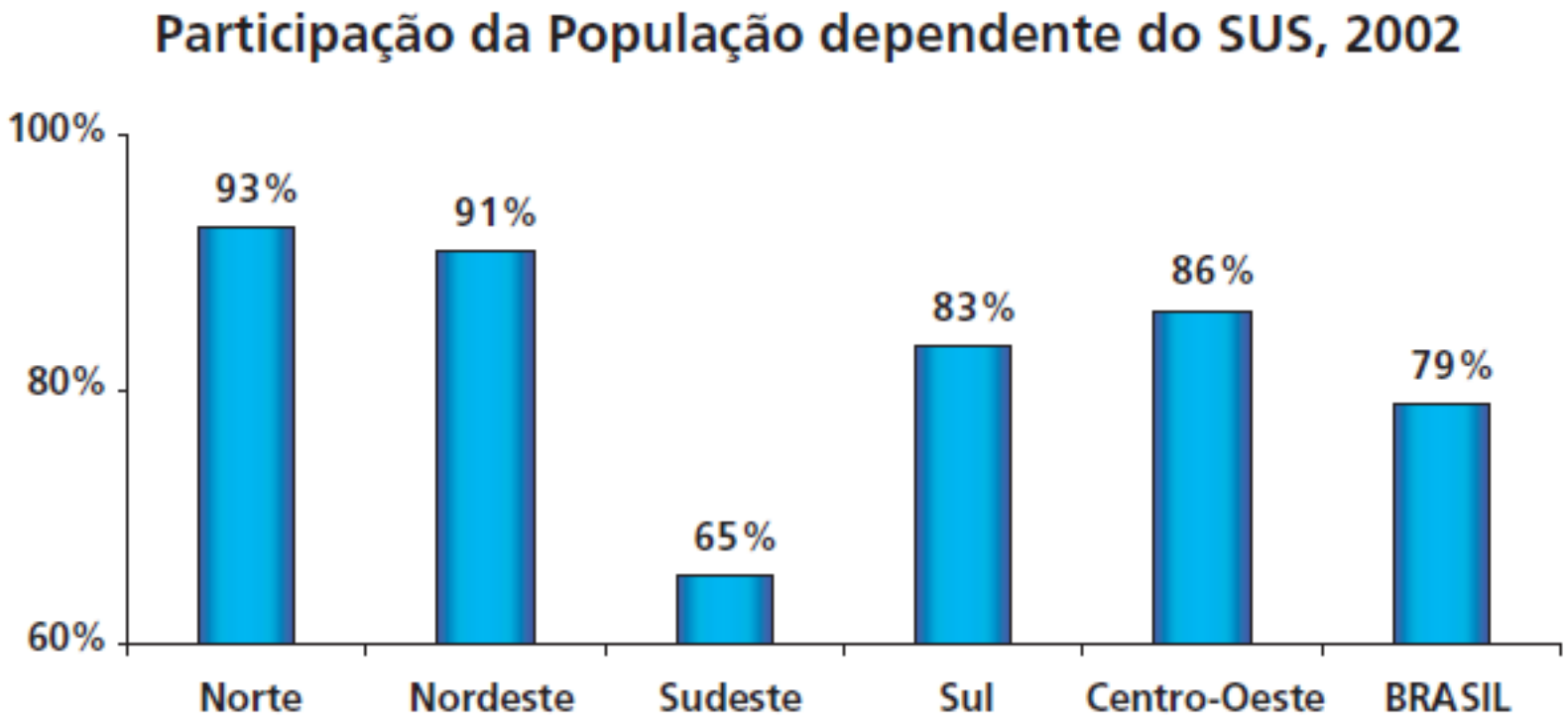
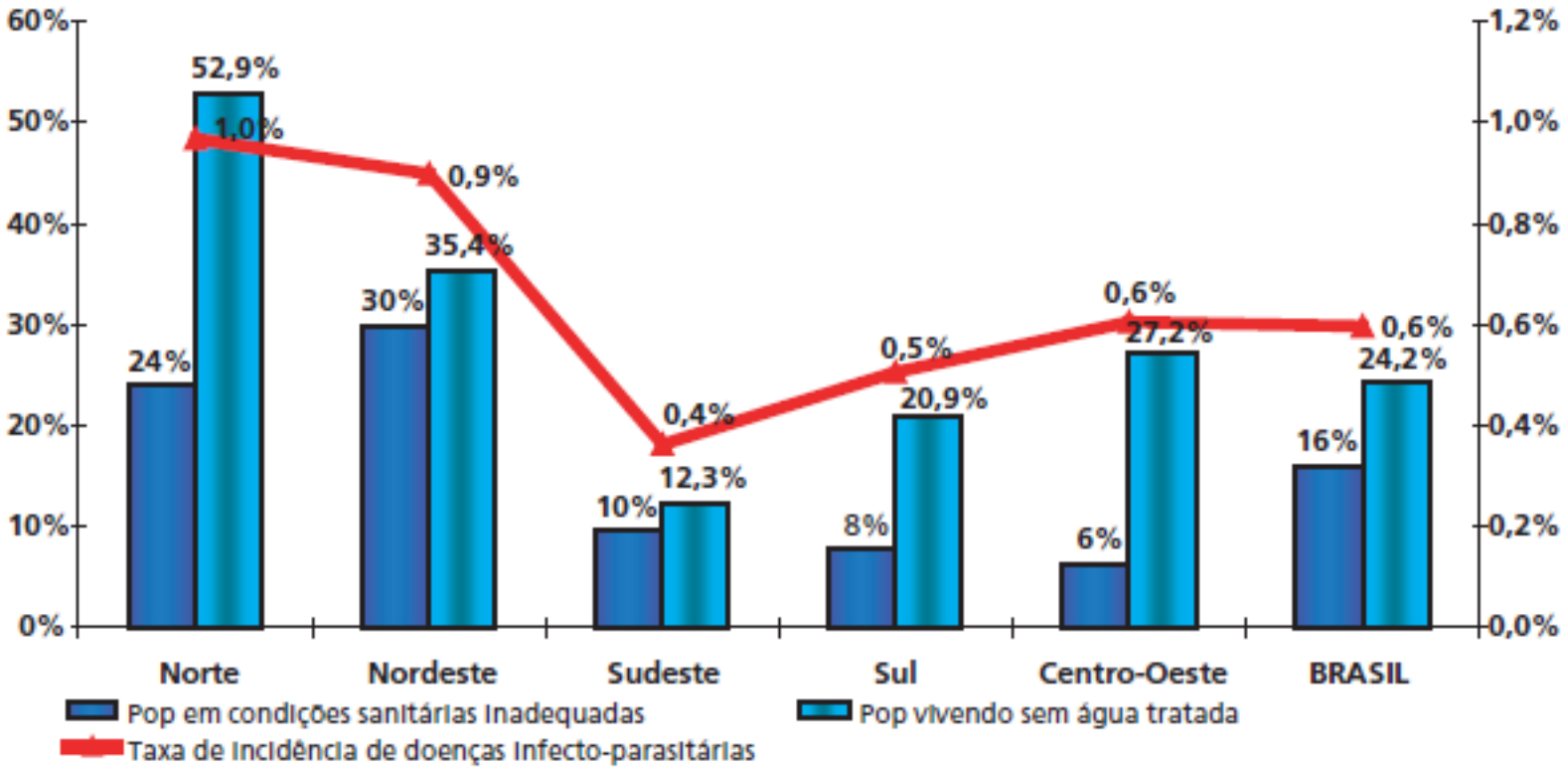


Gráfico 2. Participação da População Dependente do SUS, 2002



Fonte: ANS/MS Competência 07/2003 - Pop. IBGE 2002

Gráfico 3. Doenças Infectoparasitárias e Condições de Saneamento e Abastecimento de Água, 2002



Fonte IBGE/AMS - 2002

Gráfico 4. Outros Equipamentos de MC Disponibilizados para o SUS por milhão de Dependentes do SUS, 2002

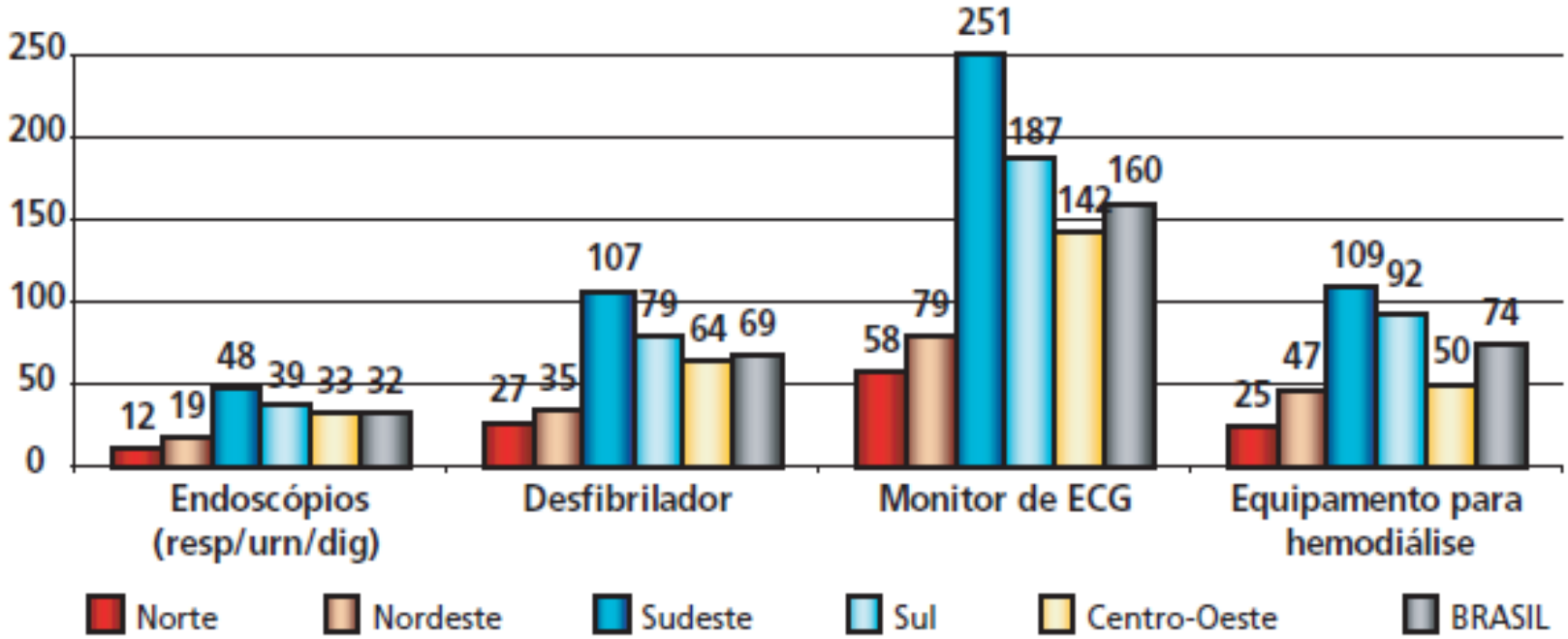
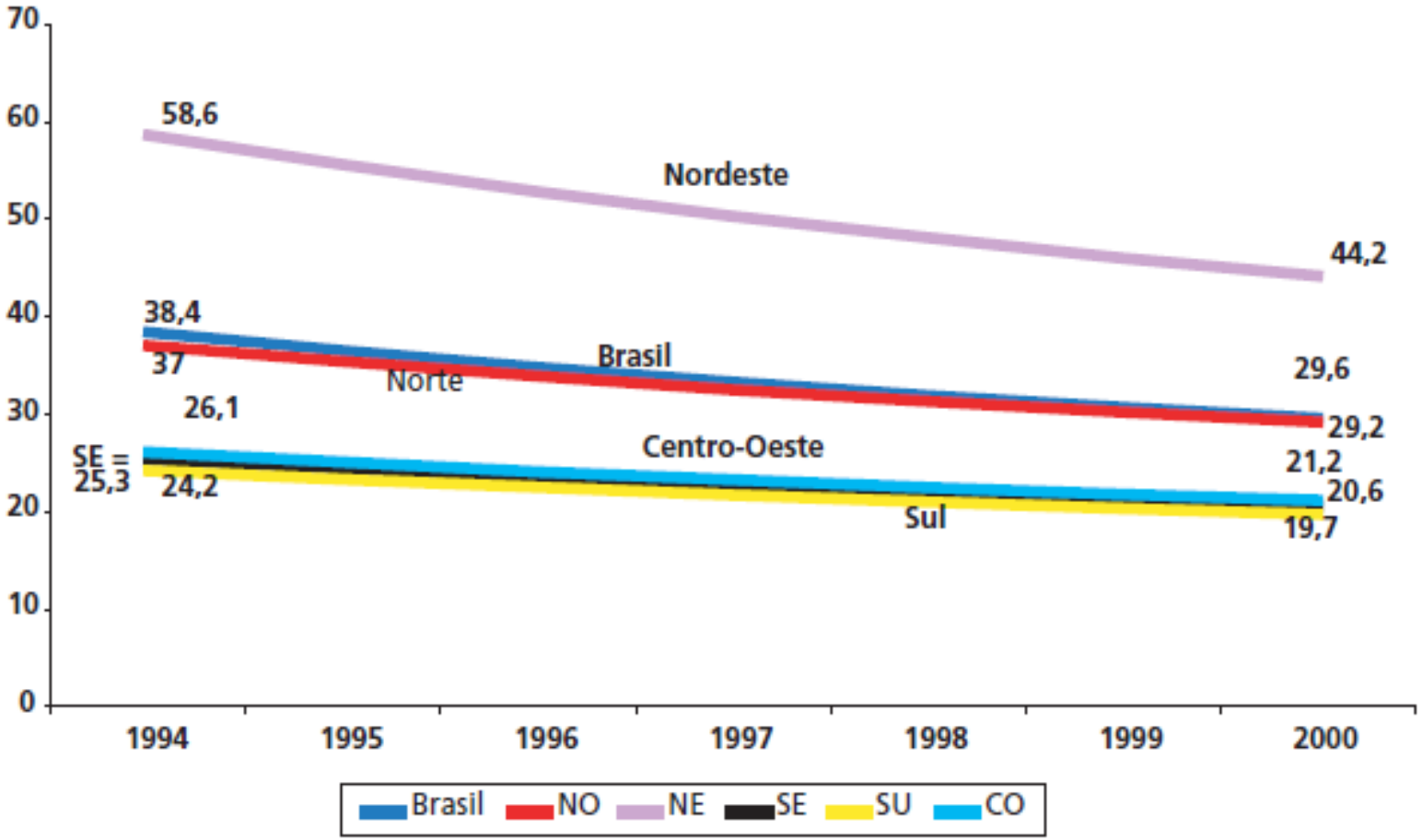
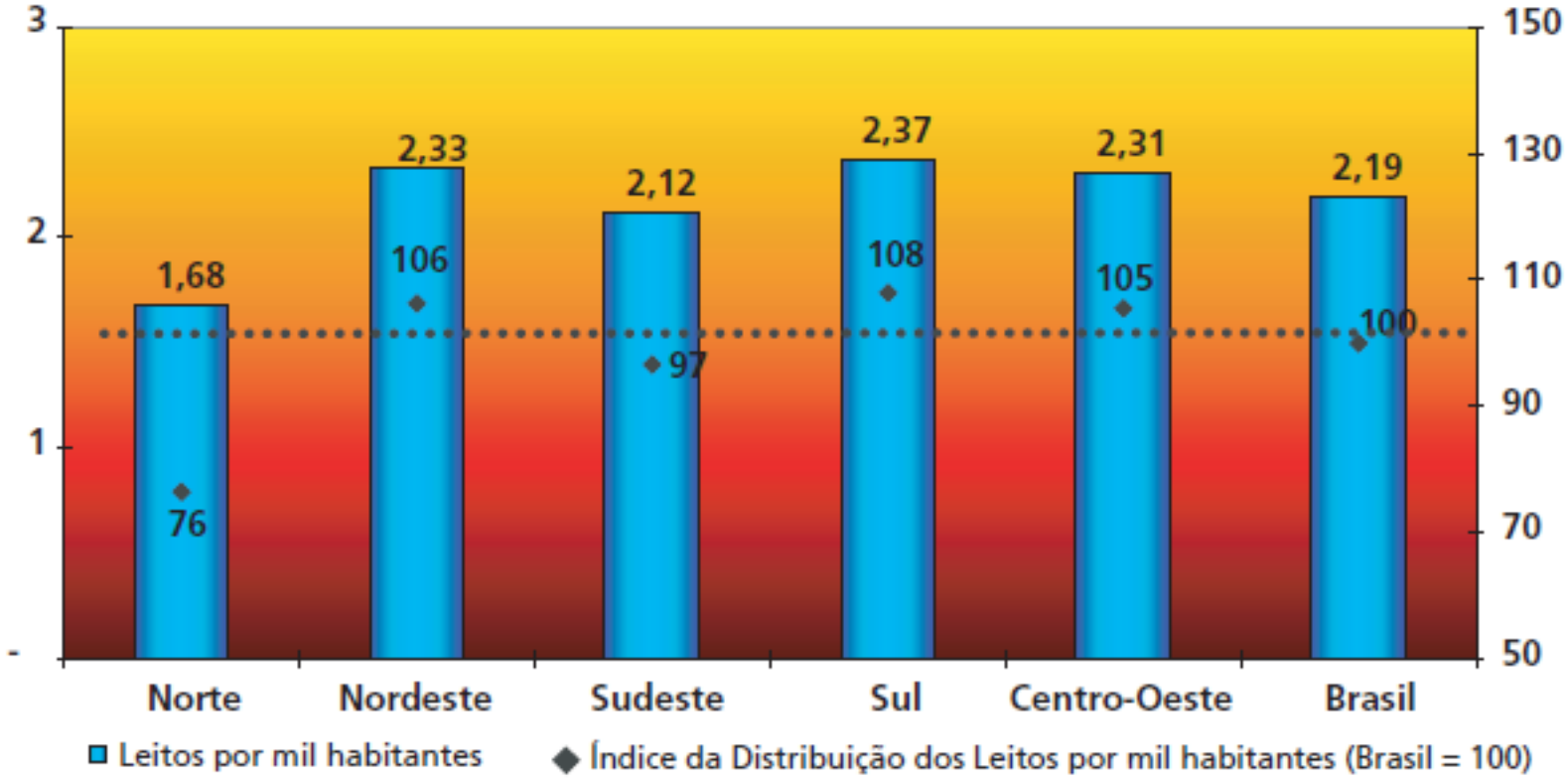


Gráfico 7. Mortalidade Infantil – Brasil e Grandes Regiões



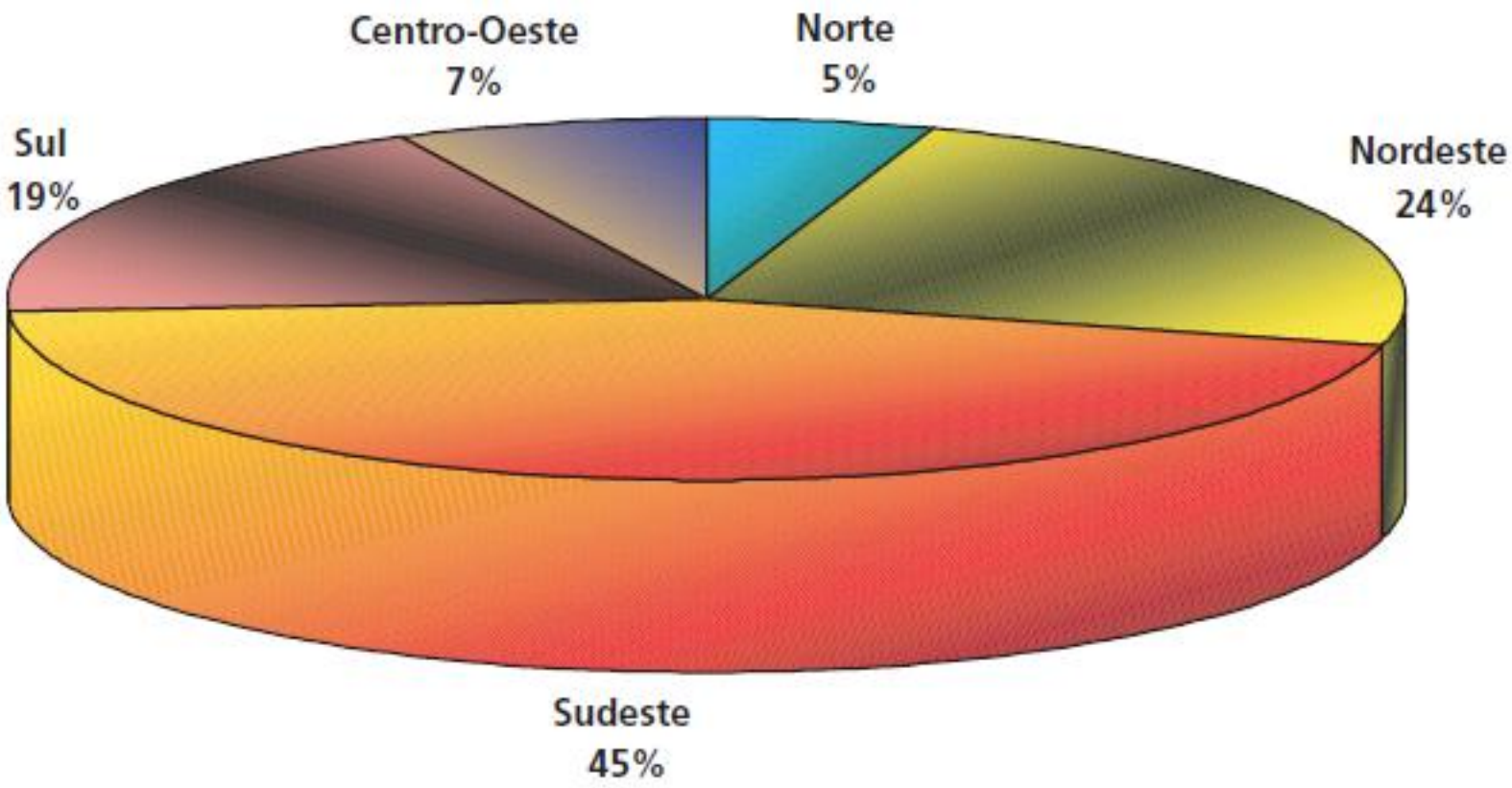
Fonte: DATASUS, 2003.

Gráfico 9. Leitos Hospitalares do SUS – Valores por mil Habitantes e Criação de Índice Brasil = 100 (2004)



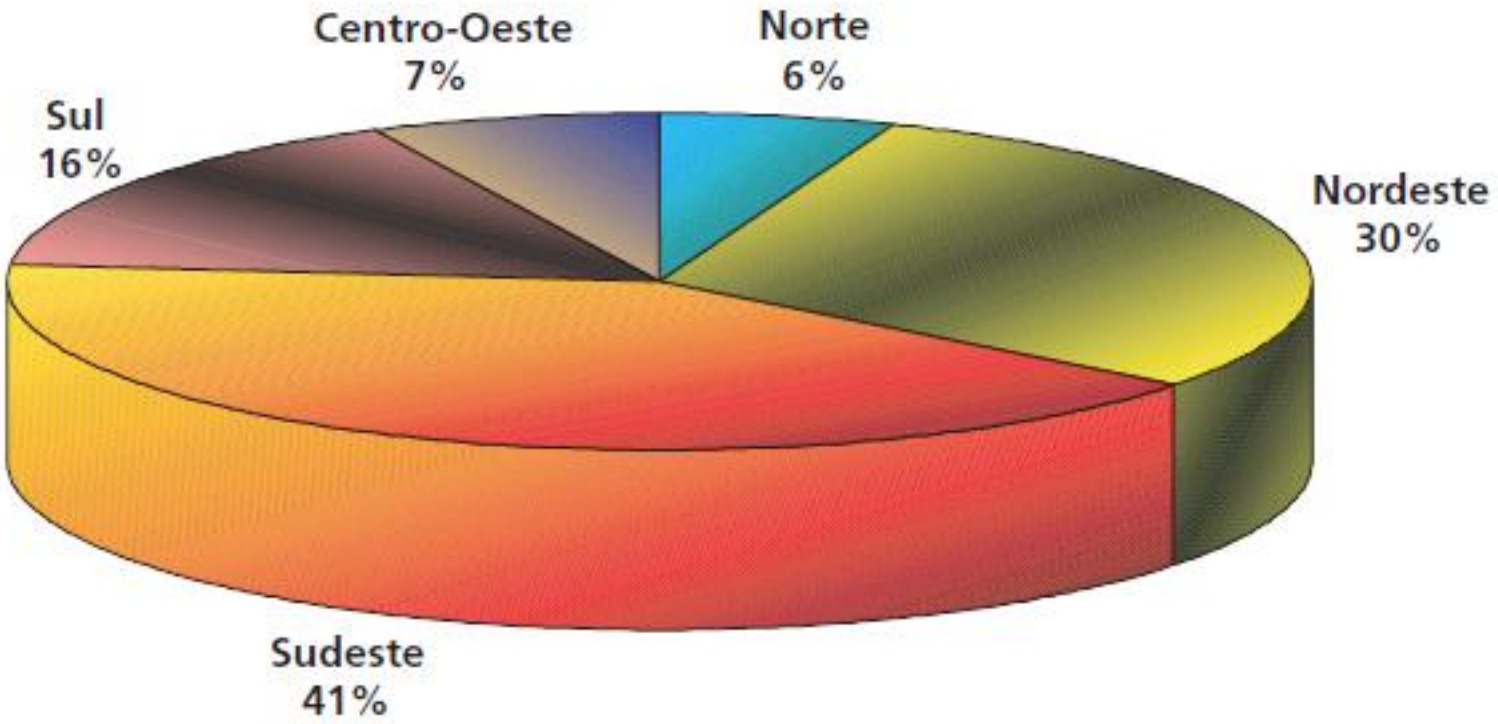
Fonte: CNES, acesso em 07/06/04.

Gráfico 12. Composição Regional do Valor Total das Internações Hospitalares do SUS em 2003



Fonte: TABNET_DATASUS_SIA/SUS. Acesso em 07/06/04.

Gráfico 10. Distribuição Regional dos Leitos SUS em 2004



Fonte: CNES, acesso em 07/06/04.

O PRIMEIRO PERÍODO A GESTÃO ATRAVES DE NOB'

AVANÇOS DE RETORCESSO DE MAIS DE DECADA

Avanços de dificuldades na implementação do SUS anos 90

Ambito	Aspecto-chave	Avanços	Dificuldades
Gestão de pessoas	☐Formação e capacitação adequada de RH p/SUS, para gestão e atenção ☐Constituição de quadros técnicos gestores em municípios ☐Distribuição equitativa de profissionais de saúde em todo o pais	☐Aumento da capacidade técnica de gestão do sistema de saúde em várias unidades da federação e municípios	☐Distorção da formação ☐Heterogeneidade entre as esferas na constituição de equipes ☐Pressão para redução gastos com pessoal ☐Distribuição desigual e inequitativa de profissionais

Avanços de dificuldades na implementação do SUS anos 90

Ambito	Aspecto-chave	Avanços	Dificuldades
Controle Social	☐Participação da sociedade nas decisões sobre a política de saúde ☐Implementação nas três esferas de governo de conselhos de saúde deliberativos ☐Controle da sociedade sobre gestores e prestadores do SUS	☐Constituição de Conselhos	☐Funcionamento efetivo dos conselhos bastante variável entre as diversas esferas e municípios ☐Predomínio do caráter consultivo sobre o caráter deliberativo das políticas de saúde

Forma de Financiamento

Recursos transferidos de fundo a fundo		Recursos pagos diretamente a prestadores	
Estados	Municípios	Estados	Municípios
PAB (dos municípios não habilitados) e valores da media complexidade	PAB	Remuneração SAI/PAB em estados não habilitados	Remuneração SAI/PAB em municípios não habilitados
TFAE (teto financeiro) deduzidos as transferências a municípios em plena da assistência; em estados habilitados	TFAM nos municípios em plena	Remuneração direta a prestadores ambulatoriais (SIA)em estados não habilitados	Remuneração direta a prestadores ambulatoriais (SIA)em municípios não habilitados
	IVISA em municípios habilitados como parte variável do PAB	Remuneração de internações em estados não habilitados	Remuneração de internações em municípios e estados não habilitados
TFEpidemio	TFEpidemio em municípios habilitados		
	Incentivo de PACS e PSF		

CATEGORIA	NOB 01/91	NOB 01/93	NOB 01/96
	JAN/91 E JAN/92	MAIO/93	NOEMBRO 96
VIGENCIA EFETIVA	Jan/91 a nov/94 (47 meses)	Nov/94 a dez/98 (49meses)	Fev/98 até hoje
REMUNERAÇÃO SERVIÇOS	☐Remuneração por produção SIA e SIH	☐Remuneração por produção SIA e SIH	☐Remuneração por produção SIA e SIH
TRANSFERENCIAS INTERGOVERNAMENTAS		☐TFG (teto financeiro global) para municipios habilitados	☐PAB para municipios habilitados ☐TFAE e TFAM para os habilitados
RESCURSOS PARA INVESTIMENTOS		Ausentes na NOB, porem viabilizados por convenios com o REFORSUS	Ausentes na NOB, porem viabilizados por convenios com o REFORSUS

CATEGORIA	NOB 01/91	NOB 01/93	NOB 01/96
INCENTIVOS FINANCEIROS VINCULADOS A PRODUÇÃO	✓FIDEPS para hospitais universitários	✓FIDEPS	✓IVH – E (nunca implantado no RS)
INCENTIVOS FINANCEIROS A PROGRAMAS ESPECÍFICOS	✓ausentes	✓ausentes	✓PAB variável: PACS, PSF, carências nutricionais, farmácia básica.....
HIERARQUIZAÇÃO DA GESTÃO POR HABILITAÇÃO	✓Município habilitado por convenio	✓**MUNICIPIOS: gestão incipiente, parcial plena** ✓**ESTADOS: gestão parcial e semiplena**	✓Municípios: gestão plena da atenção básica e plana do sistema municipal ✓Estados: gestão avançada plena do sistema estadual
REQUISITOS	✓**Poucos (lei 8142 e 8080)** ✓**Vinculados ao convenio de municipalização**	✓**Hierarquização segundo condições de gestão** ✓**Ênfase na disposição p/municipalização** ✓**Enfase nos requisitos de programação controle e avaliação**	✓Hierarquizados segundo condições de gestão ✓Ênfase na disposição para municipalização

CATEGORIA	NOB 01/91	NOB 01/93	NOB 01/96
Nº MUNICIPIOS HAB FUNDO A FUNDO	0	144	Dez/98: 5174
Nº ESTADOS HAB FUNDO A FUNDO	0	0	Dez/98: 2
COLEGIADO DE GESTÃO	CIT	CIB E CIT	CIB E CIT
AUTONOMIA DAS INSTANCIAS	Ausente	Ausencia autonomia p/ excução recursos federais em condições parciais Forte autonomia para gestão plena	Ausencia de autonomia para recursos repassadfos aos prestadores Autonomia excecução PAB
DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO	Ausente: municipios e estados prrestadores de serviços	Estado e maioria dos municipios prstadores de serviços Municpios semiplenos: gestores	Municipios em plena da atenção básica Estados coordenadores da PPI

Municipalização autárquica

- A instância de gestão de um sistema regional de serviços de saúde é exercitada por uma microregião sanitária que funciona como financiadora e reguladora do sistema e onde se exercita, inequivocamente, a função de compra de serviços públicos de saúde.
- Nesse paradigma, o papel dos municípios ou inexiste, ou é secundário, limitando-se a algumas ações de saúde pública.

A necessidade da mudança

Consenso em torno da necessidade de adotar novas estratégias ao processo de descentralização que promovam:

- a integralidade e
- a eqüidade no acesso.

A regionalização, prevista constitucionalmente, constitui uma dessas estratégias, ao induzir a formação de sistemas de saúde mais funcionais e relações intergovernamentais mais cooperativas. (Ministério da Saúde, 2004)

A PRIMEIRA DECADA DO SECULO XXI – governo Lula (I e II)

A anunciada regionalização

PARADIGMA DA REGIONALIZAÇÃO

- Propõe o reconhecimento de um espaço privilegiado, a microrregião de saúde, onde os municípios da microrregião sanitária, em associação entre si e com apoio da União e da Secretaria Estadual de Saúde, farão a gestão das ações de atenção primária e secundária à saúde.
- Reconstitui uma escala adequada para a oferta, econômica e de qualidade, dos serviços de saúde.

E o PACTO

É O CAMINHO? (A VERDADE E A VIDA?)

- PRINCIPIOS
- FERRAMENTAS