**TRANSFORMAÇÕES NA ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL DE
SAÚDE
NO ESTADO DE SÃO PAULO:
ASPECTOS DE RECURSOS FINANCEIROS E HUMANOS**

ZILDA PEREIRA DA SILVA

Dissertação de Mestrado

Apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP

Área de Concentração:

Serviços de Saúde Pública

ORIENTADORA:

PROF^a DR^a EVELIN NAKED DE CASTRO SÁ

São Paulo

Novembro de 2001

Aos meus pais
José e Olasia, que sempre me
estimularam a percorrer este
caminho

Ao meu filho Caio,
fonte de esperança, inspiração e
energia
para superar os obstáculos

AGRADECIMENTOS

Sou mais uma a constatar que, não obstante os momentos solitários da fase final, a elaboração de uma dissertação de mestrado é uma construção coletiva, por isso os agradecimentos são muitos e espero lembrar de todos.

Em primeiro lugar, agradeço a Prof^a. Evelin Naked de Castro Sá, não só pela sua atuação como mestre, na orientação deste estudo, compartilhando seu conhecimento e experiência, como também pelo carinho, confiança e estímulo constantes.

Agradeço as sugestões do professor Eurivaldo S. Almeida na etapa de qualificação e também a leitura e contribuições da professora Rosa Marques.

À professora Márcia F. Almeida, agradeço pelas preciosas contribuições na fase de qualificação e na leitura da minuta, bem como por me permitir compartilhar do seu conhecimento na área de informações em saúde.

Ao professor Lupércio Cortez, também agradeço pelas críticas e sugestões na fase de pré-banca.

Aos amigos, o meu agradecimento pelo apoio e torcida constantes.

Agradeço a colaboração fundamental da Vânia e Maria do Carmo, que agregaram qualidade ao texto original, tornando sua leitura mais agradável.

À Lilian e Cris, agradeço pelo imprescindível apoio no processamento dos dados. À Ilma, pela leitura e revisão atenta do texto.

À Maria de Fátima e Luiz Henrique, gerente e diretor da Fundação Seade, agradeço pelo incentivo e apoio na realização da pós-graduação e pela liberação dos dados, em primeira mão, para a realização deste estudo.

Quero registrar também um agradecimento a todos os integrantes da equipe de campo da PMU, pelo valioso trabalho.

Aos amigos da equipe de saúde, Ana, Eliana, Irineu e Maria do Carmo, os agradecimentos são de várias ordens, tanto pelo apoio e companherismo, como pela

troca e construção coletiva de conhecimento. Todos contribuíram, cada um na sua especialidade, na elaboração e aprimoramento da PMU, ao longo desses últimos anos.

Agradeço mais uma vez a Ana, Irineu e Maria do Carmo pelo apoio fundamental nesta fase final, sem o qual não teria concluído este trabalho. Cada um merecia uma palavra em especial, mas como me falta o dom, digo apenas que sou privilegiada pelo convívio diário com pessoas tão especiais: pulsantes, alegres e comprometidas com o trabalho, mas especialmente, solidárias.

Muito obrigado a todos.

Zilda

RESUMO

Silva, Z. P. **Transformações na administração municipal de saúde no Estado de São Paulo: aspectos de recursos financeiros e humanos**. São Paulo, 2001.

[Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo. Investigar as transformações ocorridas com a descentralização da política de saúde, nos municípios do Estado de São Paulo, após a implantação da Norma Operacional Básica – NOB/96, no que diz respeito a aspectos de recursos financeiros e humanos. **Metodologia.** O universo de estudo constituiu-se de 416 municípios, sendo 311 em condição de Gestão Plena de Atenção Básica, 90 em Gestão Plena do Sistema e 15 não habilitados nas condições da NOB/96. Foram observadas as variações ocorridas, entre 1997 e 1999, no volume, composição das fontes de recursos e tipo das despesas realizadas em saúde, e no volume, composição dos recursos humanos e existência de política de recursos humanos. **Resultados.** Observou-se aumento nos recursos gastos em saúde, sendo que a maior taxa correspondeu ao grupo em Gestão Plena do Sistema, que também apresentou o maior valor de despesa em saúde per capita (R\$ 138, em 1999). Houve incremento no valor dos recursos próprios e federais nos municípios habilitados. Para os não habilitados ocorreu redução significativa (55%) nas despesas realizadas com recursos federais e aumento nas efetuadas com recursos próprios (17%). Quanto aos recursos humanos, verificou-se mudanças na quantidade e na composição do quadro de pessoal da saúde. Observou-se expansão de 15,5% nos postos de trabalho em saúde das prefeituras habilitadas, sendo de 10,4% para os profissionais universitários e de 19,7% para os não universitários. As prefeituras em Plena do Sistema realizaram mais ações de política de recursos humanos do que aquelas em Plena da Atenção Básica, com incremento em todos os itens, destacando-se a valorização da dedicação exclusiva e a contratação por concurso público, nos municípios em Plena do Sistema, e a existência de plano de cargos e salários e concursos públicos, para aqueles em Plena da Atenção Básica. Em 1999, 37,2% das Prefeituras informaram ter tido dificuldade em contratar profissionais de saúde, sendo maior nos municípios em Gestão Plena do Sistema. Predomina a dificuldade de contratar pessoal de nível universitário, especialmente médicos, enfermeiros e farmacêuticos. Entre os profissionais não universitários, a dificuldade concentra-se em pessoal de

enfermagem. **Conclusões.** Os dados apresentados evidenciaram os efeitos do processo de descentralização da política de saúde, onde ressalta-se o maior volume de recursos financeiros gerenciados pelas prefeituras e o seu papel na geração de postos de trabalho.

Descritores. recursos humanos, recursos financeiros, descentralização.

SUMMARY

Silva, Z. P. **Transformações na administração municipal de saúde no Estado de São Paulo: aspectos de recursos financeiros e humanos.** [Changes in the municipal management of health in the State of São Paulo: aspects of financial and human resources] São Paulo (BR), 2001. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Purpose. To investigate the changes taken place after the decentralization of the health policy, in the municipalities of the State of São Paulo, in the period following the implement of the Basic Operational Norm. NOB/96, concerning the aspects of financial and human resources. **Methods.** The study universe consisted of 416 municipalities, of those 311 in the condition of "Full Management of Basic Care" (Gestão Plena da Atenção Básica), 90 in "Full Management of the System" (Gestão Plena do Sistema) and 15 not qualified in the conditions of the NOB/96. The variations taken place between 1997 and 1999 were verified, about the amount, composition of the sources of income and type of expenditures carried into effect in health, as well as the amount, composition of the human resources and the existence of a human resources policy. **Results.** A increase in expenses in health was verified, the biggest raise corresponding the group that was under "Full Management of the System". This group also presents the biggest per capita expenditure in health (R\$ 138, in 1999). It occurred an increment in the value of federal and municipal available resources, in the qualified cities. As for the non qualified ones it occurred a significant reduction (55%) in the expenditures carried through with federal resources and an increase in those effected by means of proper resources (17%). As for the human resources, changes were verified in the amount and composition of the health staff. An increase of 15.5% in the work positions in health among the qualified municipalities was verified, increasing 10.4% for university degree professionals and 19.7% for the non university graduated professionals. The municipalities in "Full Management of the System" accomplished the human resources policy better than those in "Full Management of Basic Care ", with an increment in all itens, notably the exclusive job dedication and new hirings by means

of public competition, in the municipalities in "Full Management of the System", and the existence of official wage and job prospects in addition to public competitions, for those in "Full Management of Basic Care". For the year 1999, 37,2% of the municipalities informed to have the difficulties in contracting health professionals, being that problem worse for the municipalities in "Full Management of the System". The prevailing difficulty is to contract staff with university degree level, especially doctors, nurses and pharmacists. Among the non university degree professionals, the difficulty remains in contracting nursing staff. **Conclusions.** The data presented indicated the effect of the decentralization process in the health policy. The largest amount of financial resources managed by the municipalities and their role in generating work positions is emphasized.

Descriptors: financial resources, human resources, decentralization of the health policy.

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	1
DESCENTRALIZAÇÃO E GESTÃO MUNICIPAL	5
O conceito de Descentralização	5
Municipalização é o Caminho	9
Os Mecanismos Estabelecidos para a Gestão Municipal	11
A Norma Operacional Básica 1996 – NOB/96	15
Habilitação dos Municípios Paulistas na NOB/96	21
RECURSOS FINANCEIROS E HUMANOS	23
Recursos Financeiros	23
Financiamento das Ações de Saúde no Brasil	25
Os Gastos em Saúde	28
Recursos Humanos	31
Aspectos Conceituais	33
Evolução do Emprego e Transformações na Força de Trabalho em Saúde	36
Políticas de Recursos Humanos	42
Formação de RH em Saúde	46
Desafios para as Gestões Municipais	48
2 – OBJETIVOS	52
Objetivo Geral	52
Objetivos Específicos	52
3 – MÉTODOS	53
Universo – Municípios Analisados	53
Aspectos Metodológicos da Pesquisa Municipal Unificada – PMU	53
Variáveis de Estudo	58

4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO - ANÁLISE DAS	61
TRANSFORMAÇÕES NA ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL DE	
SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO	
Recursos Financeiros	62
Evolução da Despesa Total em Saúde	62
Despesa em Saúde por Fontes de Recursos	64
Despesa por natureza	66
O Município de São Paulo	69
Recursos Humanos	70
Evolução dos Postos de Trabalho	71
Composição do Quadro de RH	77
Política de RH	79
Dificuldade de Contratação de Profissionais	82
O Município de São Paulo	84
 CONCLUSÕES	 86
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 91
 Anexo A – Anexo Estatístico	
Anexo B – Relação dos 416 Municípios Selecionados para o Estudo	

Relação de Tabelas e Gráficos

Tabela 1

Municípios por Condição de Habilitação na NOB/96, segundo Porte Populacional
Estado de São Paulo
1999

Tabela 2

Municípios, segundo Situação de Habilitação nos Modelos de Gestão
da NOB/93 e NOB/96
Estado de São Paulo
1997-1999

Tabela 3

Distribuição dos Municípios Selecionados, por Condição de Habilitação na NOB/96,
segundo Faixa Populacional
Estado de São Paulo
1999

Tabela 4

Despesas Realizadas em Saúde nas Prefeituras, segundo Condição de Habilitação
Estado de São Paulo
1997-1999

Tabela 5

Despesas Realizadas em Saúde pelas Prefeituras com Recursos Próprios,
segundo Condição de Habilitação
Estado de São Paulo
1997-1999

Tabela 6

Despesas Realizadas em Saúde pelas Prefeituras com Recursos Federais, segundo
Condição de Habilitação
Estado de São Paulo
1997-1999

Tabela 7

Despesas Realizadas em Saúde com Pagamento de Pessoal nas Prefeituras,
segundo Condição de Habilitação
Estado de São Paulo
1997-1999

Tabela 8

Despesas Total e per Capita Realizadas em Saúde pela Prefeitura
Município de São Paulo
1997-1999

Tabela 9

Despesas Realizadas em Saúde na Prefeitura de São Paulo, segundo Natureza
Município de São Paulo
1997-1999

Tabela 10

Taxas de Crescimento do Número de Profissionais de Saúde das Prefeituras,
por Condição de Gestão, segundo Categoria
Estado de São Paulo
1997-99

Tabela 11

Prefeituras que Desenvolvem Política de Recursos Humanos na Área de Saúde,
segundo Condição de Habilitação
Estado de São Paulo
1997-1999

Tabela 12

Prefeituras, por Condição de Dificuldade para Contratar Profissionais de Saúde,
segundo Condição de Habilitação
Estado de São Paulo
1999

Tabela 13

Prefeituras com Dificuldade para Contratar Profissionais de Nível
Universitário, por Condição de Gestão, segundo Categoria Profissional
Estado de São Paulo (1)
1999

Tabela 14

Profissionais de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo,
segundo Categorias Profissionais
Município de São Paulo
1997-1999

Gráfico 1

Distribuição das Despesas Realizadas em Saúde das Prefeituras, por Condição
de Gestão e Natureza do Gasto
Estado de São Paulo
1999

Gráfico 2

Distribuição dos Médicos das Prefeituras, por Especialidade e Condição de Gestão
Estado de São Paulo
1999

Gráfico 3

Taxas de Crescimento do Número de Profissionais de Nível Universitário das Prefeituras, por Modelo de Gestão, segundo Categoria
Estado de São Paulo
1997-99

Gráfico 4

Distribuição dos Profissionais Gerenciados pelas Prefeituras em Gestão Plena da Atenção Básica, segundo Categoria
Estado de São Paulo
1999

Gráfico 5

Distribuição dos Profissionais Gerenciados pelas Prefeituras em Gestão Plena do Sistema, segundo Categoria
Estado de São Paulo
1999

Gráfico 6

Prefeituras que Desenvolvem Política de Recursos Humanos na Área de Saúde, por Condição de Gestão, segundo Itens
Estado de São Paulo
1999

1 - INTRODUÇÃO

A municipalização das ações e serviços de saúde é a marca mais característica do processo de descentralização ocorrido no Brasil. Fruto de intensa movimentação política, por um lado, e decorrência de conjunturas econômicas, por outro, este processo colocou o Município no centro do cenário político.

O papel do Estado em suas várias esferas sempre foi motivo de discussões, porém nas últimas décadas volta com força a idéia de redefinição de sua atuação. A constatação das dificuldades dos governos nacionais implementarem políticas que garantam qualidade de vida aos cidadãos reforçou a idéia de revalorização do poder local, através de inúmeras propostas de descentralização. O Estado brasileiro vive a grande oportunidade para o avanço do processo de descentralização das políticas sociais, especialmente da área de saúde, pioneira neste campo. São momentos de avanço, sem dúvida, mas também de dificuldades a serem enfrentadas.

A produção teórica sobre o conceito de descentralização é vasta e o uso do termo tem assumido diversos significados. No entanto, de forma geral, a descentralização pode ser definida como a transferência de poder do nível nacional para instâncias subnacionais, para planejar, gerir, executar e tomar decisões. No âmbito das políticas públicas, este processo implica reestruturação interna ao aparelho de Estado, que perpassa as várias esferas de governo, envolvendo aspectos políticos, administrativos, técnicos e financeiros.

A busca pela descentralização na área de saúde vem de longa data. Desde 1963, quando foi levantada a bandeira da municipalização dos serviços de saúde, na III Conferência Nacional de Saúde - CNS, o pensamento de uma reforma no sistema de saúde foi crescendo nas décadas seguintes.

O movimento pela descentralização começou a ganhar corpo em meados da década de 70, principalmente quando a oposição ao governo assumiu a administração de algumas Prefeituras de médios e grandes municípios. Segundo Goulart (1996), nesta época, um número maior de demandas sociais começou bater à porta dos prefeitos, exigindo respostas imediatas para diversos problemas, entre os quais aqueles

referentes à área de saúde, que não eram atendidos pelos níveis centrais de governo. No final da década, essas experiências passaram a ter uma articulação política com os primeiros encontros de secretários municipais de saúde.

Os anos 80 foram particularmente significativos, consagrando marcos importantes na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que produziu densos subsídios para a Assembléia Nacional Constituinte, realizada no ano seguinte. Componente do ideário da Reforma Sanitária, a proposta de descentralização vitalizou-se na década de 80, sendo inscrita na Constituição Federal de 1988. O art. 198 define que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado segundo as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade.

Os caminhos que levaram à consolidação do atual Sistema de Saúde, o SUS, foram, assim, traçados de longa data, buscando modificar radicalmente o modelo assistencial anterior. A sobreposição de clientela e de competências, com pulverização de recursos, foi uma das principais características das políticas sociais em geral, e da saúde em especial, naquele período.

Criado em 1975, o Sistema Nacional de Saúde¹ não se configurava exatamente como um sistema, uma vez que se apresentava como um conjunto de partes que não se interrelacionavam, nem se articulavam. Não era nacional, porque as organizações e práticas de saúde não atingiam o país como um todo; o atendimento era diferenciado para a população urbana e rural e existiam órgãos que atendiam clientela específicas. Outra característica era que o sistema estava focalizado no atendimento médico-hospitalar, não trabalhava com enfoque epidemiológico. Do ponto de vista político-administrativo era centralizado, com a decisão e execução concentradas no nível federal e estadual. Segundo SANTOS (1994), “o Sistema Nacional de Saúde, apenas deu uma denominação a todas as ações e serviços de saúde já existentes, (...) não estabeleceu princípios nem definiu diretrizes nem traçou rumos ou metas. Enfim não deu organicidade às ações e serviços de saúde”.

¹ A Lei n. 6.229 de 17/07/75 dispõe sobre sua organização.

O processo de descentralização das políticas públicas, ocorrido em diversos países nas últimas décadas, insere-se nos novos arranjos institucionais que redefiniram o papel do Estado, tendo como uma de suas características a revalorização do poder local.

No Brasil, a clareza na direção do processo de descentralização para a municipalização das ações de saúde indica o reconhecimento de que é preciso conferir mais poder àqueles que estão perto dos cidadãos e de suas necessidades. O novo papel do município brasileiro tem como marco a Constituição Federal de 1988² que estabelece as bases legais da autonomia municipal (art. 18) e, na área de saúde, atribui aos municípios a competência de “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (art. 30, VII).

O extenso período de centralização vivido no país trouxe à tona as dificuldades derivadas da falta de capacitação técnica de muitos municípios brasileiros, uma vez que o seu papel era muito limitado. Os municípios de médio e, especialmente, os de pequeno portes, na sua grande maioria, não puderam, assim, desenvolver habilidades gerenciais, hoje necessárias ao desempenho das novas responsabilidades. Por outro lado, com o avanço do processo de descentralização, despontaram inúmeras experiências levadas por governos locais, que mostram a capacidade de inovação das administrações municipais em suas funções atuais.

O processo de transferência das ações e serviços de saúde, ocorrido nas décadas de 80 e 90, trouxe aos municípios mais responsabilidades e novos desafios, tais como o gerenciamento de recursos humanos e a administração de recursos financeiros, o que tem gerado esforços para que as administrações municipais sejam dotadas de competências técnicas e gerenciais.

As questões de recursos financeiros e humanos – objeto deste estudo – envolvem aspectos de ordem macroinstitucional e macroeconômica, no que diz respeito, por exemplo, às bases de financiamento do gasto público, ao mercado de trabalho, à política nacional de formação de recursos humanos na área de saúde. Esses temas são

²A idéia de descentralização, de uma forma geral, permeia esta Constituição, diferentemente da anterior (1967 e emenda de 1969), caracterizada por uma vocação centralizadora, própria do regime político em que foi imposta.

importantes para a compreensão do cenário que envolve a municipalização dos serviços e ações de saúde no Brasil.

A abordagem teórica, deste estudo, baseou-se em pesquisa bibliográfica e documental sobre o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, as políticas de recursos humanos e de financiamento. Para traçar um panorama onde se inserem esses temas, procurou-se estudar a trajetória do processo rumo à municipalização, os mecanismos referentes à gestão municipal de saúde, o mercado de trabalho para os profissionais de saúde, as políticas de recurso humanos e as bases de financiamento do gasto em saúde. Do conjunto de leis que regulam o processo de descentralização, foi analisada a Norma Operacional Básica - NOB/96, considerada, neste estudo, o marco divisor para a verificação dos impactos da descentralização das ações de saúde.

O SUS é um importante processo social em construção, que ainda não deu todos os seus frutos. A convicção de que este é o caminho certo, que se deve fortalecer a esfera municipal para que saúde seja cada vez mais um direito de todos, é uma das motivações da escolha do tema deste estudo.

A segunda motivação se deve também a outra convicção, a da importância da utilização de dados produzidos rotineiramente e que podem revelar aspectos do processo de descentralização ocorrido no Brasil. Há uma produção considerável de dados sobre saúde no país, e especialmente no Estado de São Paulo, que podem e devem ser explorados no sentido de desvendar novos fenômenos ou quantificar os já conhecidos, fornecendo, assim, subsídios para a gestão do SUS. Com o processo de descentralização da gestão dos serviços de saúde, passa a existir uma demanda crescente por informações municipais, de modo a ampliar o seu uso na definição de prioridades e atividades de acompanhamento e avaliação também no nível local³.

O presente trabalho partiu de três hipóteses sobre o que ocorreu com as administrações municipais na área de saúde, após a adesão às diferentes condições de gestão previstas na NOB/96, que regula a descentralização de ações e serviços de saúde:

³ A esse respeito ver artigo de Almeida (1998) sobre descentralização de sistemas de informação.

- ❑ houve aumento do volume e na composição dos recursos que financiaram as ações de saúde municipais;
- ❑ houve mudanças na quantidade e na composição do quadro de pessoal da saúde nas administrações municipais;
- ❑ houve mudanças na política de recursos humanos desenvolvida na área de saúde pelas prefeituras.

Tinha-se também como hipótese auxiliar o fato de que estas transformações poderiam variar conforme o porte populacional dos municípios.

Para checar as hipóteses, o estudo utilizou dados secundários da Pesquisa Municipal Unificada - PMU 1997 e 1999, da Fundação Seade.

DESCENTRALIZAÇÃO E GESTÃO MUNICIPAL

Aborda-se a seguir a relação entre o processo de descentralização e a municipalização dos serviços de saúde no Brasil. Assim, refere-se à discussão sobre o conceito de descentralização, a opção brasileira pelo fortalecimento da esfera municipal nesse processo, a instituição do SUS com a Constituição Federal de 1988 e as novas atribuições dos municípios. Trata-se também dos mecanismos estabelecidos para normatizar as transferências de atribuições e de recursos financeiros para as administrações municipais. Neste âmbito é apresentada a Norma Operacional Básica 1996 – NOB/96 e sua implantação no Estado de São Paulo.

O Conceito de Descentralização

O termo descentralização é usado com significados bem diversos e, com o avanço no processo de descentralização, vem sendo gerada uma produção significativa de textos que procuram precisar o conceito (DALLARI 1992; ELIAS 1996; MEDICI 1994; MILLS 1990; TEIXEIRA 1991; TOBAR 1991, entre outros). O termo tem sido abordado, com certa divergência, em relação a outros conceitos, como desconcentração, delegação, privatização, estadualização e municipalização, sendo

que alguns desses são utilizados como sinônimos da descentralização por alguns autores. Outros estudiosos empregam esses termos como formas ou etapas do processo de descentralização. Neste trabalho, serão tratadas apenas algumas dessas concepções que interessam para a compreensão do objeto deste estudo.

Há consenso de que o conceito de descentralização é complexo e envolve uma série de aspectos complementares e interdependentes – a direcionalidade do processo, a condição de meio ou fim e a participação social –, devendo ser sempre analisado a partir de sua associação a um determinado objeto. “Se esse objeto é a administração pública, ou ainda, as políticas sociais, e estas são administradas/executadas por níveis ou esferas de Governo (Central, Intermediário e Local), a descentralização pode ser traduzida como a transmissão do comando, execução ou financiamento desta política do nível Central para o Intermediário ou Local” (MEDICI, 1994), com correspondente autonomia política, financeira e institucional.

O termo desconcentração também traz em si a idéia de deslocamento do centro e tem sido utilizado para designar a transferência de competências para autoridades subordinadas, dentro da mesma esfera de governo, ou no sentido de retirar do centro as tarefas de execução, sem que seja transferida a correspondente autonomia para outras esferas de governo. Na área de saúde, esse modelo pode ser traduzido como aquele em que, apesar de a execução dos serviços e ações estar a cargo da esfera regional ou local, os recursos, sejam financeiros ou gerenciais, estão mantidos nas mãos do Governo Central.

O que se deve reter é que a *descentralização* refere-se à redistribuição de poder político, uma transferência do centro das decisões para outras esferas, com personalidades jurídicas distintas e autoridades eleitas localmente, enquanto a *desconcentração* compreende a distribuição territorial de atividades, com a delegação de atribuições sem o deslocamento do poder decisório sobre as mesmas. Pode-se dizer que a primeira tem, intrinsecamente, um caráter mais político e a segunda, mais administrativo. Nesse sentido, do ponto de vista formal, a municipalização se ajusta perfeitamente ao conceito de descentralização.

Outra questão em que há concordância é quanto a descartar a dicotomia entre descentralização e centralização, considerando-se mais útil tratar o processo como movimento entre dois pólos.

Em qualquer sistema de saúde, por exemplo, são necessários elementos centrais e locais; é preciso determinar o equilíbrio que convém conseguir, a direção em que determinado país deve avançar e os meios de que dispõe para alterar o equilíbrio existente (MILLS 1990). O importante, mas que nem sempre se constitui em tarefa fácil, é demarcar as atribuições dos diferentes níveis de governo. Não há muita dúvida sobre a atribuição, às esferas locais, dos serviços de prevenção, promoção e atenção à saúde. No entanto, no Brasil, no início do processo de descentralização ainda permaneciam alguns embates sobre como organizar os serviços que envolvem consultas, exames e internações em especialidades médicas de alta complexidade e quem devia fazê-lo. A tendência era a de que estes deviam ser de responsabilidade das esferas regionais, no geral sob o comando dos governos estaduais, apesar de alguns municípios terem capacidade para geri-los. Hoje, avança-se na estratégia de regionalização e integração dos sistemas municipais com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS.⁴

A questão da autonomia financeira é outro fator importante na análise dos processos de descentralização, uma vez que a forma como se dá as transferências determina o grau de liberdade que os níveis locais têm para a operacionalização das políticas envolvidas.

MEDICI (1994) acrescenta alguns conceitos para a classificação dos processos de financiamento da política de saúde, como a *desconcentração financeira*, em que a responsabilidade pelo gasto mantém-se sob o poder da esfera central, embora a execução seja realizada por uma agência sua no nível local. A descentralização, que ocorre quando há a passagem de responsabilidade do governo federal para o governo estadual ou municipal, pode ser classificada em dois tipos quanto ao financiamento: a *dependente* e a *autônoma*. Na primeira, há transferência de recursos arrecadados pela esfera central para a regional ou local, enquanto na segunda, os recursos para

⁴ A NOAS foi publicada como anexo à Portaria nº 95 do Gabinete do Ministro, em 26/01/2001, e tem como tema central a estratégia de regionalização. Cada estado deverá elaborar um Plano Diretor de Regionalização, indicando o papel de cada município no sistema estadual, de forma a organizar o fluxo da população às ações e serviços de todos os níveis de complexidade de atenção à saúde.

financiar as ações descentralizadas são próprios da esfera que irá executá-las. Nessa situação, obviamente, há maior flexibilidade para a utilização dos recursos. A *descentralização dependente*, ainda pode ocorrer de duas formas: a *tutelada*, ou seja, quando as transferências são negociadas; e a *vinculada*, com transferências automáticas, em que os recursos estão vinculados a critérios legalmente estabelecidos na legislação constitucional, complementar e ordinária. Estas formas são complementares e, no geral, acontecem simultaneamente.

No Brasil, as transferências de recursos federais para Estados e municípios, decorrentes do processo de descentralização na área de saúde, são feitas por meio de transferências fundo a fundo, por remuneração de serviços produzidos e com a celebração de convênios que financiam programas e projetos específicos – como reformas e ampliações de unidades de saúde –, conforme as condições estabelecidas em portarias do Ministério da Saúde, o que será mais bem explicado adiante.

Em síntese, pode-se reafirmar que o processo de descentralização é complexo e implica uma reestruturação interna do aparelho de Estado, que permeia as várias esferas de governo, envolvendo aspecto políticos, administrativos, técnicos e financeiros. ELIAS (1996b) destaca que “no caso das políticas sociais e das de saúde, em particular, o processo de descentralização desdobra-se em três dimensões independentes, ainda que sempre articuladas entre si: a política, envolvendo aspectos referentes à autonomia para formular e proceder as escolhas desta natureza; a financeira, versando sobre a liberdade para alocação de recursos e os critérios de aplicação; e a administrativa, envolvendo a liberdade para adoção dos princípios e diretrizes voltados para organização da máquina administrativa”.

A descentralização foi colocada como uma questão-chave para os países que desejavam atingir a meta de saúde para todos no ano 2000. A transferência e o controle dos serviços de saúde para os níveis locais são recomendados como uma das principais estratégias para o aumento da cobertura assistencial. A Organização Panamericana de Saúde – OPS (1994) tem incentivado os governos-membros para que “continuem e reforcem suas definições de política, estratégias, programas e atividades que tendem para a transformação dos sistemas nacionais de saúde com

base no desenvolvimento de sistemas locais de saúde”, visando a equidade, a qualidade e a eficiência nos sistemas de saúde.

Avaliação da OPS conclui que quase todos os países das Américas organizaram Sistemas Locais de Saúde – Silos, com significativos progressos, adequando o nível de ação às divisões político-administrativas mínimas da organização do Estado (OPS 1994). Em alguns países, como o Brasil, os processos recentes de descentralização privilegiaram o fortalecimento e o desenvolvimento das esferas municipais.

Municipalização é o Caminho

Na década de 80, a criação do Programa de Ações Integradas de Saúde – AIS, em 1983, e o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde – SUDS, em 1987, foram dois marcos importantes do processo de descentralização, antecessores do SUS. As duas estratégias tinham como componentes a transferência de ações de saúde para os municípios (ALMEIDA 1995, ELIAS 1996a, TAVARES 1999).

A Constituição Federal de 1988 veio estabelecer as bases legais quanto ao novo papel do município no cenário institucional brasileiro. No art. 18, o texto constitucional deixa bem clara a autonomia municipal, quando define que “a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição”. O mesmo texto define a saúde como direito de todos e dever do Estado (art. 196) e atribui aos municípios a competência de “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (art. 30, VII). Na legislação vigente anteriormente⁵, que definia o Sistema Nacional de Saúde, a competência do município na execução de ações e serviços de saúde, restringia-se a manutenção de serviços de pronto-socorro e de vigilância epidemiológica.

O princípio da descentralização encontra-se no art. 198, inciso I, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada que tem, como uma de suas diretrizes, “a descentralização, com direção única em cada esfera

⁵ Lei 6.229 de 17/07/75.

de governo”. CARVALHO (1994) considera a descentralização um dos princípios constitucionais em que se pretende uma reforma do Estado, pois ela está intimamente ligada à questão da autonomia do poder local, tendo como substrato a idéia de que é necessário conferir mais poder aos que estão perto dos cidadãos e de suas necessidades.

A Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), no capítulo VI, define as atribuições comuns e exclusivas de cada esfera de governo na área de saúde, regulamentando dessa forma o artigo 23, inciso II da Constituição Federal, que estabelece que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”. Com a LOS, as atribuições exclusivas dos municípios passam a ser:

- ❑ planejar, organizar, controlar, avaliar e gerir serviços públicos de saúde;
- ❑ participar, em articulação com o Estado, do planejamento, programação e organização da rede hierarquizada de saúde;
- ❑ participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- ❑ executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador;
- ❑ executar, no âmbito municipal, a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- ❑ colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- ❑ gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- ❑ colaborar com a União e com os Estados na vigilância sanitária, dos portos, aeroportos e fronteiras;
- ❑ celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde e controlar e avaliar sua execução;
- ❑ controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde, e
- ❑ normatizar complementarmente as ações e serviços privados de saúde.

Segundo MEDICI (1994), a Lei Orgânica da Saúde deixou lacunas e pontos obscuros na definição das competências, dentre os quais destaca-se o excesso de duplicação quanto à formulação de políticas de saúde, meio-ambiente e saneamento, sem especificação do conteúdo e a forma de participação de cada esfera; falta de definição de como cada esfera irá participar do financiamento dos serviços de saúde; e falta de definição sobre o modelo de atenção à saúde.

Apesar das conquistas obtidas com a promulgação da Constituição, no início da década de 90, sentia-se falta de instrumentos e estratégias mais adequados para a implementação do que já estava amplamente definido em lei. Em 1992, depois de muito postergada, foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Municipalização é o Caminho”, quando reafirmaram-se as linhas macroestruturais para a política de saúde nacional e procurou-se centrar a discussão na busca dos caminhos para fazer avançar a municipalização da saúde, exigindo-se o estrito cumprimento da lei na implementação do SUS. O tema central escolhido para a conferência “explicita a dimensão e o poder de articulação acumulados pelos defensores do SUS e de seu processo de descentralização na gestão dos serviços e ações de saúde, particularmente a ‘corrente municipalista’ que assumiu a coordenação da Conferência” (ALMEIDA 1995).

Os novos papéis atribuídos a cada esfera de governo exigiam ajustes institucionais e reformulação de práticas, o que demandava a criação de mecanismos para a transição de atribuições. A busca de estratégias para avançar na implantação do SUS envolveu diversos processos de discussão e negociação entre os representantes de saúde das três esferas de governo, culminando na elaboração de Normas Operacionais Básicas (NOBs), que foram se sucedendo ao longo da década de 90.

Os Mecanismos Estabelecidos para a Gestão Municipal

As diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS estabelecidas pela Constituição Federal vêm sendo regulamentadas por uma série de leis e portarias. A definição das atribuições e competências do âmbito local foi dada pela legislação

infraconstitucional – as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e 8.142/90. A aplicação dos preceitos estabelecidos foi e está sendo normatizada pelo Ministério da Saúde, por meio de diversas portarias, que vão dando a conformação do relacionamento entre as três esferas de governo na área de saúde e, em particular, da gestão municipal. As diversas normatizações do processo de descentralização foram dadas pelas quatro edições das Normas Operacionais Básicas (NOBs), que são instrumentos editados pelo Ministério da Saúde, após debate com os demais gestores, com negociação e pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT e posterior aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

Segundo ALMEIDA (1995), a primeira NOB de 1991, editada ainda pelo Inamps, “recebe acentuadas críticas por estabelecer mecanismo conveniente de articulação e repasse de recursos e por ser centralizadora, embora se apresentasse como apoio à descentralização e reforço ao poder municipal”. Em julho do mesmo ano, uma nova portaria modificou a norma, acatando as propostas dos setores organizados da área de saúde, entre os quais o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems e o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde – Conass.

A segunda NOB, editada em 1992, que resultou de consenso entre o Ministério da Saúde, o Inamps, o Conass e o Conasems, tem entre seus fundamentos a necessidade de continuar avançando no processo de construção e maturação do SUS e de normatizar a organização e a operacionalização da assistência à saúde no SUS para 1992 (ALMEIDA, 1995).

Porém, o grande avanço no processo de descentralização ocorreu com a NOB 01/93,⁶ que estabeleceu três modelos de gestão – incipiente, parcial e semipleno – direcionados para três estágios de descentralização de ações e serviços de saúde, com perspectiva de transição entre diferentes níveis de responsabilidades para municípios e Estados.

A NOB/93 determinou responsabilidades e prerrogativas para cada estágio. De forma resumida, ela previa que, na condição de gestão *incipiente*, os municípios ampliariam

⁶ Esta norma estava embasada pelo documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde. A Ousadia de Fazer Cumprir a Lei”, do Ministério da Saúde, que propunha o que parecia ser simples, mas não acontecia de fato: pôr em prática as diretrizes da Constituição e da legislação ordinária referente ao SUS.

seu nível de gerenciamento: assumiriam, imediata ou progressivamente – de acordo com suas condições técnico-operacionais – a responsabilidade sobre a rede de serviços no que diz respeito a planejamento, programação, contratação, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares; deveriam ter disposição e condições de assumir as unidades ambulatoriais públicas; e incorporariam à rede as ações básicas e de vigilância à saúde. Na gestão *parcial*, os municípios assumiriam de imediato as responsabilidades citadas no modelo anterior e receberiam mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas. Na *sempierna*, a Secretaria Municipal de Saúde teria a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços – desde o planejamento até a contratação e o pagamento dos prestadores da rede ambulatorial e hospitalar –, assumiria o gerenciamento de toda a rede pública, exceto hospitais de referência sob gestão estadual, e receberia mensalmente o total de recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

A NOB/93 representa um marco fundamental no processo de descentralização enquanto estratégia decisiva para a implantação do SUS. Para ELIAS (1996a), “a proposta de descentralização contida na NOB é audaciosa, no sentido de buscar dar conta de variados e complexos aspectos, tais como o modelo assistencial, a redefinição de competências das esferas de governo e a questão dos recursos humanos, dentre outros. No entanto, em seu detalhamento operativo podem-se identificar dois pilares fundamentais: o financiamento das ações de saúde e o controle social”.

Estudo de ALMEIDA (1995) conclui que essa norma é um instrumento que impulsionou a implantação do SUS, pois avançou na reforma do aparelho estatal, dando início a um efetivo processo de descentralização, que, por sua vez, trouxe demandas de mudança no âmbito do poder público municipal.

Para que ocorresse o avanço proposto nas condições estabelecidas pela norma, era necessário também um acolhimento por parte dos municípios, e isso não dependia só da capacidade financeira e organizacional das Prefeituras, havia que se ter também

uma predisposição política. Pode-se dizer que a prontidão com que determinadas gestões aderiram ao processo, bem como a sua habilitação nas condições de gestão mais avançadas, são indicadores dessa vontade política de gestores comprometidos com o avanço do SUS. Pesquisa de BARRETO JUNIOR (1999), que investigou a relação do partido político dos prefeitos com a adesão à NOB/93, concluiu que o Partido dos Trabalhadores foi o que, percentualmente, mais apostou na habilitação dos municípios paulistas que governava, como também o PMDB, partido que investiu na bandeira da descentralização da saúde.

Outro estudo sobre a habilitação nos termos da NOB/93 foi realizado por HEIMANN et alii (2000) em 12 municípios sob gestão semiplena, localizados nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste. Os resultados ilustram as transformações ocorridas nas administrações municipais, com a verificação de impactos positivos do processo de descentralização na oferta de serviços, na capacidade gerencial e na utilização dos recursos financeiros:

“Na gestão descentralizada, as secretarias municipais de saúde, as grandes executoras das ações de saúde do sistema, passaram a ter maior projeção no interior dos governos municipais e no cenário político do SUS. Desenvolvem sua capacidade gerencial em razão de suas novas responsabilidades e, num processo dinâmico e criativo, vão tentando aproximar ações e os serviços às necessidades de saúde da população. Isto significou, nos municípios avaliados, um aumento da oferta de serviços de saúde, um novo relacionamento entre o setor público e o setor privado e um incremento de recursos financeiros originados do tesouro municipal e do federal” (p.111).

Embora tenha significado um grande avanço para o processo de descentralização, as regras estabelecidas pela NOB/93 necessitavam de aprimoramento. As discussões nos fóruns de saúde geraram entendimentos que se consubstanciaram numa nova norma, a NOB/96.

A Norma Operacional Básica 1996 – NOB/96

A NOB 01/96,⁷ publicada com o dístico *Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão*, é mais um marco no processo de descentralização das ações de saúde. Essa norma tem o foco direcionado para a gestão municipal, que compreende a responsabilidade não só por algum tipo de prestação de serviço de saúde, mas também pela gestão de um sistema que atenda, de forma integral, as demandas de assistência à saúde da população. Assim, no texto introdutório da NOB, está expressa a sua finalidade primordial:

“promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (...), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS” (p. 6).

Apesar do destaque para o município, é reafirmada a co-responsabilidade dos Estados e da União, na respectiva competência ou na ausência da função municipal, bem como no que diz respeito ao financiamento do SUS.

Em relação ao Sistema Municipal de Saúde, a NOB possui um capítulo específico para este tema, com a seguinte definição:

“A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional” (p.8).

Da mesma forma como a NOB/93, esta edição leva em conta a realidade diferenciada do poder público nos diversos municípios brasileiros, caracterizada por “diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de

⁷ Editada pela Portaria MS nº 2.023, publicada no *Diário Oficial da União*, em 06/11/96.

recursos e de capacitação gerencial, o que necessariamente configura modelos distintos de gestão”. Assim, na definição dos novos mecanismos, a norma considerou os vários estágios alcançados pelos Estados e municípios, na construção de uma gestão plena.

A NOB/96 estabeleceu duas novas condições de gestão para municípios em substituição às anteriores: a *Gestão Plena da Atenção Básica* e a *Gestão Plena do Sistema*⁸. É a primeira vez que se prevê a gestão plena, pois, na NOB/93, o nível mais avançado de gestão era a semiplena. Outra novidade importante dessa norma está na introdução do Piso de Atenção Básica - PAB, que corresponde a um valor per capita igual para todos os municípios com a responsabilidade de executar ou gerenciar as ações de atenção básica.

Para cada uma das condições de gestão municipal previstas, a NOB/96 estabelece as responsabilidades transcritas no quadro a seguir:

⁸ Para a esfera estadual são criadas também duas modalidades: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

Gestão Plena da Atenção Básica	Gestão Plena do Sistema
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual. • Gerência de unidades ambulatoriais próprias. • Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades. • Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços. • Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS. • Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB. • Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional. • Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços. • Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS. • Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente. • Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS. • Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD. • Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual. • Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência. • Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades. • Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços. • Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS. • Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal. • Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM. • Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais. • Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional. • Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS. • Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente. • Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS. • Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.

Como pode-se observar pela relação de atribuições apresentadas, a NOB/96 aprofunda a responsabilização dos municípios pela gestão da política de saúde. A condição de gestão Plena do Sistema apresenta-se como mais complexa e exige maior capacidade gerencial do município do que a Plena de Atenção Básica. Porém, nos dois casos, há uma maior atribuição de responsabilidades do que na norma anterior⁹.

Em termos de responsabilidade pela rede de serviços, no estágio inicial – Gestão Plena de Atenção Básica–, no mínimo, os municípios devem assumir a gerência de toda a rede ambulatorial pública, ou seja, as unidades próprias, do estado e/ou da União. No caso da Gestão Plena do Sistema, a gerência da rede inclui as unidades ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência, de toda a rede pública.

Entre os requisitos comuns para assumir os dois tipos de gestão estão: a comprovação do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e de operação do Fundo Municipal de Saúde; apresentação de Plano Municipal de Saúde; comprovação de capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas; comprovação de dotação orçamentária do ano e dispêndio realizado no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal; dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, além de comprovação de disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados. A definição dos mecanismos e forma de comprovação desses requisitos foi feita posteriormente pelo Ministério da Saúde, através da Instrução Normativa 01/97¹⁰.

⁹ Ver comparação entre a NOB/93 e a NOB/96 feita por BARRETO JR. (1999).

¹⁰ Essa instrução foi publicada em 15/05/97.

Ao cumprirem esses requisitos e assumirem as novas condições de gestão, os municípios passam a ter as seguintes prerrogativas:

Prerrogativas Gestão Plena da Atenção Básica	Prerrogativas Gestão Plena do Sistema
<ul style="list-style-type: none"> • Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB). • Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS). • Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças. • Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA). • Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB. • Transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS). • Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município. • Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal. • Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

Na gestão plena de atenção básica, o município passa a ser gestor do Piso de Atenção Básica - PAB, que substitui o pagamento por produção pelo piso per capita/mês, que é repassado regular e automaticamente fundo a fundo.

O PAB corresponde a um valor per capita que, somado às transferências estaduais e aos recursos próprios dos municípios, deve financiar a atenção básica à saúde, incluindo as consultas médicas em clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia, atendimentos odontológicos, vacinas e assistência ao pré-natal (PAB fixo).

A NOB/96 prevê também um acréscimo (PAB variável) ao valor básico para os municípios que desenvolverem ações dos programas de saúde da família e agentes comunitários de saúde. O município deve receber também os recursos

correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) e para as ações de epidemiologia e de controle de doenças.

O PAB variável, implantado também em 1998, compõe-se por incentivos ao desenvolvimento de ações consideradas estratégicas da própria atenção básica. O *Manual para a Organização da Atenção Básica*, do Ministério da Saúde (1998), define esses incentivos:

- ❑ *Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária* – consiste no montante de recursos financeiros destinado ao incremento de ações básicas de fiscalização e controle sanitário em produtos, serviços e ambientes sujeitos à vigilância sanitária, bem como às atividades de educação em vigilância sanitária;
- ❑ *Incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família* – compreende o montante de recursos financeiros destinado a estimular a implantação de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, no âmbito municipal, com o propósito de contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde;
- ❑ *Incentivo ao Programa de Combate às Carências Nutricionais* – corresponde ao montante de recursos financeiros destinado ao desenvolvimento de ações de nutrição e alimentação voltadas para grupos populacionais determinados, com prioridade para o grupo materno infantil, visando combater a desnutrição e proteger o estado nutricional mediante orientação alimentar e nutricional, aquisição de alimentos e complementos vitamínicos e minerais e monitoramento das condições nutricionais.

Na *gestão plena do sistema*, o gestor municipal recebe o Teto Financeiro de Assistência do Município - TFAM, cujos recursos devem contribuir para financiar o conjunto de ações assistenciais assumidas pela Secretaria Municipal de Saúde, referentes aos serviços localizados em seu território. Deve receber também os recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) e para as ações de epidemiologia e de controle de doenças.

A norma estabelece que os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-

habilitação. Na prática, isso significa que os recursos financeiros a que fariam jus esses municípios, serão transferidos para o gestor estadual.

Existe na NOB/96 um aperfeiçoamento da gestão do SUS, ao redefinir “os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1996).

Esta norma apresenta uma definição mais clara das competências das três esferas de governo. Para COHN & ELIAS (1999), ela tem também como pontos positivos, a recomposição do papel da esfera estadual, a ampliação de medidas racionalizadoras do sistema com ênfase no processo de *capitation* para o repasse financeiro, além de possibilitar estimativas mais precisas do gasto/receita anual, a partir da criação dos tetos financeiros para cada esfera de governo.

Habilitação dos Municípios Paulistas na NOB/96

A norma editada em 1996 só começou a ser implantada em janeiro de 1998, devido a uma série de dificuldades, especialmente financeiras. Os dados da Secretaria de Estado da Saúde indicam que, até outubro de 1999, a quase totalidade (95%) dos municípios de São Paulo aderiu aos novos modelos de gestão municipal de saúde preconizados pela NOB/96, sendo que 71% optaram pela Gestão Plena da Atenção Básica e 24% pela Gestão Plena do Sistema.

A adesão às novas condições de gestão, apesar de não ter como pré-requisito o porte populacional do município, mostra que, entre aqueles que aderiram à Gestão Plena da Atenção Básica, 427 municípios (93,4%) têm menos de 50 mil habitantes, sendo que 354 (77,5%) têm até 20 mil habitantes, enquanto 79 prefeituras (51%) das que se habilitaram na Gestão Plena do Sistema são de municípios com mais de 50 mil habitantes (Tabela 1)

Tabela 1
Municípios por Condição de Habilitação na NOB/96, por
Tipo de Gestão, segundo Porte Populacional
Estado de São Paulo
1999

População (habitantes)	Plena da Atenção Básica		Plena do Sistema		Sem Habilitação		Total	
	N ^{os} Abs.	%	N ^{os} Abs.	%	N ^{os} Abs.	%	N ^{os} Abs.	%
Até 50.000	427	93,44	77	49,36	30	93,75	534	82,79
Até 5.000	163	35,67	2	1,28	15	46,88	180	27,91
De 5.001 até 10.000	97	21,23	11	7,05	9	28,13	117	18,14
De 10.001 até 20.000	94	20,57	20	12,82	3	9,38	117	18,14
De 20.001 até 50.000	73	15,97	44	28,21	3	9,38	120	18,60
De 50.001 até 200.000	25	5,47	61	39,10	0	0,00	86	13,33
Mais de 200.000	5	1,09	18	11,54	2	6,25	25	3,88
Total	457	100,00	156	100,00	32	100,00	645	100,00

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde – SES (tabulação própria).

Cruzando-se as informações da situação de habilitação e respectivas condições de gestão dos municípios em 1997 e 1999, observa-se que, dos 457 que assumiram a Gestão Plena da Atenção Básica, em 1999, quase a metade (218) não estava habilitado em nenhum modelo em 1997 e a outra metade encontrava-se em Gestão Incipiente. Para os que assumiram a Gestão Plena do Sistema, 15,4% estavam em Gestão Parcial e outros 31,4% em Gestão Semiplena, em 1997 (Tabela 2). Para os que assumiram a gestão mais avançada, é provável que a experiência anterior da gestão semiplena esteja contribuindo para um melhor desempenho diante das demandas gerenciais.

Tabela 2

Municípios, segundo Situação de Habilitação nos Modelos de Gestão da NOB/93 e NOB/96
Estado de São Paulo
1997 e 1999

Gestão em 1997	Gestão em 1999						Total	
	Plena Atenção Básica		Plena do Sistema		Não Habilitado			
	N ^{os} Abs.	%	N ^{os} Abs.	%	N ^{os} Abs.	%	N ^{os} Abs.	%
Incipiente	219	47,92	31	19,87	7	21,88	257	39,84
Parcial	19	4,16	24	15,38	-	-	43	6,67
Semiplena	1	0,22	49	31,41	-	-	50	7,75
Não Habilitado	218	47,70	52	33,33	25	78,13	295	45,74
Total	457	100,00	156	100,00	32	100,00	645	100,00

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde - SES (tabulação própria).

RECURSOS FINANCEIROS E HUMANOS

Neste item apresenta-se um panorama geral dos recursos financeiros e humanos na área de saúde, bem como as questões específicas para a gestão municipal.

No item de recursos financeiros são abordados as formas e os mecanismos de financiamento da saúde estabelecidos a partir da Constituição Federal de 1988, e o padrão do gasto público das três esferas de governo. Na parte sobre recursos humanos são mostrados os aspectos conceituais, a evolução do emprego e as transformações na força de trabalho em saúde, na política de recursos humanos e na formação de RH, além dos desafios colocados para as gestões municipais.

Recursos Financeiros

Um dos fatores apontados para as dificuldades de implantação do SUS tem sido a insuficiência de recursos financeiros. O debate sobre o assunto tem incorporado a

segundo, que o gasto com saúde era sempre residual frente aos compromissos com o pagamento de benefícios da Previdência Social.

As propostas encaminhadas no sentido de solucionar esses problemas defendiam a necessidade de diversificar as fontes de financiamento, incorporando bases mais estáveis; a necessidade de separar ou especializar as fontes de custeio da previdência social, saúde e assistência social e a necessidade de definir recursos próprios e transferências federais para o financiamento da saúde ao nível local. A proposta vencedora, incorporada ao texto constitucional, garantiu a diversificação de fontes de custeio, mas não a separação das mesmas para as três áreas da seguridade social (MEDICI 1994).

A Constituição de 1988 estabeleceu no parágrafo único do art. 198 que o SUS será financiado com recursos do Orçamento da Seguridade Social - OSS, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. No entanto, deixou lacunas nesta matéria ao não definir, por um lado, regras claras para a contrapartida de cada nível de governo e, por outro lado, ao não estabelecer a vinculação de fontes de custeio para a saúde e critérios para a partilha dos recursos do Orçamento da Seguridade Social – OSS entre saúde, previdência e assistência social.

O OSS é integrado por recursos de diversas fontes, que passam a ser a base de financiamento da saúde:

- ❑ Contribuição social sobre folha de salários dos empregados, empregadores e trabalhadores autônomos – que representam as antigas bases do FPAS;
- ❑ Contribuição social sobre o faturamento das empresas, que representava os recursos do FINSOCIAL, posteriormente chamada de COFINS;
- ❑ Contribuição sobre o lucro líquido das empresas;
- ❑ Contribuição sobre o PIS e PASEP, estes vinculados somente a programas do Ministério da Saúde.

Em 1990, as Leis Orgânicas de Saúde (8.080 e 8.142) vêm regulamentar os dispositivos constitucionais, definindo as atribuições comuns e exclusivas de cada

esfera de governo, sem, no entanto, avançar na definição de critérios para a divisão dos recursos da Seguridade Social.

Nos primeiros anos após a promulgação da Constituição Federal, a principal parcela de recursos para a saúde era repassada através do FPAS, que desde 1988 foi sendo progressivamente destinado quase que exclusivamente ao financiamento dos benefícios previdenciários, até 1993, quando – no bojo de uma grave crise financeira – o Fundo deixa de repassar recursos para a área de saúde, em função das políticas orçamentárias implementadas pelo Sistema Previdenciário. A partir daí o Tesouro da União passa a ser a maior fonte de financiamento dos gastos com saúde (MEDICI 1994; COHN & ELIAS 1998).

A falta de definição de fontes de recursos estáveis para o financiamento das ações de saúde gerou diversos entraves, ao longo dos anos 90, levando os responsáveis pela política setorial a propor fontes alternativas e provisórias, consubstanciadas na criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF, que estabelece a cobrança de uma taxa sobre movimentações bancárias. A proposta de iniciativa do Ministério da Saúde¹¹, ao estabelecer a vinculação de recursos de natureza fiscal para o financiamento da saúde gerou conflitos com os setores econômicos do próprio governo, contrários a qualquer vinculação de recursos.

Atualmente, as principais fontes de financiamento são derivadas das contribuições arrecadadas pela União. Segundo MARQUES & MENDES (2001), o financiamento do gasto em saúde realizado com recursos federais, em 1999, era fundamentalmente baseado em contribuições (63%), sendo que o maior aporte de recursos foi da Cofins, que tomou o lugar assumido pela CPMF, em 1997 e 1998, uma vez que estes recursos foram menores, em 1999.

O financiamento tripartite definido pela Constituição ficou por muito tempo aguardando o estabelecimento de legislação ordinária, o que foi objeto de intensas mobilizações no sentido de garantir fontes estáveis e definitivas de recursos. As entidades representativas das administrações municipais têm argumentado que, devido a esta indefinição, além de os Estados aportarem menos recursos do que o

¹¹ Encabeçada pelo Ministro da Saúde Adib Jatene.

verificado antes do SUS, os municípios têm sido obrigados a disponibilizar mais recursos para manter o atendimento à população.

Desde 1993 tramitavam no Congresso Nacional propostas de emendas constitucionais (PECs) que estabeleciam diversas fórmulas de financiamento para saúde, variando quanto ao percentual de vinculação de recursos para União, Estados e Municípios e as fontes dos recursos. Em 1995, estas propostas foram transformadas numa única PEC¹², que só em 1999 foi aprovada na Câmara dos Deputados, no entanto sua aprovação no Senado só ocorreu em setembro de 2000, depois de diversas mobilizações de segmentos ligados à área de saúde, inclusive o próprio Ministério da Saúde.

A PEC foi aprovada como Emenda Constitucional - EC nº 29 e estabelece que Estados e Municípios deverão aportar um mínimo de 7% dos recursos próprios, e deverão atingir 12% e 15%, respectivamente, até 2004. Quanto à União ficou definido, para o primeiro ano, o aporte de pelo menos 5% a mais em relação ao orçamento empenhado no período anterior, e nos anos seguintes, o valor apurado no ano anterior será corrigido pela variação do PIB nominal.

Como os municípios já vinham aumentando os seus gastos em saúde, essas metas parecem estar mais próximas da realidade das administrações municipais do que dos governos estaduais, que apresentaram uma estagnação e diminuição, em alguns momentos, nas despesas em saúde, como apontam vários autores¹³.

Caso a EC nº 29 venha a ser estritamente aplicada, cálculo realizado por MARQUES & MENDES (2001) estima que, em 2001, “o gasto público em saúde atinja R\$40,4 bilhões. Desses, R\$ 22,2 bilhões corresponderiam à esfera federal, R\$ 7,7 bilhões aos governos estaduais e R\$10,5 bilhões aos municípios”.

Os Gastos em Saúde

Uma das medidas utilizadas para dimensionar e comparar o gasto em saúde entre países é a relação desse gasto como proporção do PIB. Observa-se que os valores são

¹² Recebeu o nº 82/95 na Câmara dos Deputados e tramitou no Senado como PEC nº 86/99.

¹³ Ver a esse respeito dados apresentados por MEDICI (1994), MENDES (1996); SOARES (1999), MARQUES & MENDES (2001).

muito diversos, em função de distintas variáveis como o dinamismo da economia, o modelo de assistência implementado, o grau de tecnologia incorporado aos serviços e o tipo de financiamento adotado. Segundo dados do Banco Mundial para 1990, países desenvolvidos como o EUA e a Dinamarca apresentam uma taxa do PIB de 12,7% e 6,3%, respectivamente, enquanto na América Latina, observa-se variações que vão de 8,6% (Nicarágua) a 2,8% (Paraguai). Já o Brasil gastou, também em 1990, US\$19,8 bilhões, correspondentes a um *per capita* de US\$132, representando 4,2% do PIB. Desse percentual, 2,8% representam gastos públicos enquanto o restante 1,4% representam gastos privados (COHN & ELIAS 1998).

De forma geral, a União é responsável pelo maior aporte de recursos financeiros aplicados na área de saúde. Em 1990, a União participou com cerca de 75% do total do gasto público com saúde realizado no país, valor que vem declinando com o tempo, na medida em que aumentam em importância os gastos das esferas locais (MEDICI 1994).

As transferências de recursos da União, através do Ministério da Saúde, ocorrem mediante as seguintes modalidades: a) transferência de recursos, pelo Fundo Nacional de Saúde aos municípios, estados e Distrito Federal, de forma regular e automática, o chamado repasse fundo a fundo; b) remuneração de serviços produzidos, que consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados, contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços prestados junto à população; e c) celebração de convênios e instrumentos similares com órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, prefeituras municipais e organizações não governamentais interessados em financiamento de projetos específicos na área de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

De acordo com MARQUES & MENDES (2001), o gasto do Ministério da Saúde registrou queda entre 1997 e 1999, passando de R\$18,958 bilhões para R\$17,960. Segundo os mesmos autores “os pagamentos realizados pelo MS – relativos a internações hospitalares e atendimento ambulatorial – que representavam 71,3% dos recursos federais em saúde em 1997, caíram para 45,9% em 1999. As transferências para Média e Alta Complexidade aumentaram de 28,7% para 32,8% e as

transferências para a Atenção Básica passaram a absorver 21,35% dos recursos em 1999, refletindo a implantação da NOB 96 a partir do ano de 1998”.

Por outro lado, os dados sobre os repasses do Ministério da Saúde para São Paulo e seus municípios, mostram que ocorreu significativo aporte, ente 1997 e 1999, elevando-se do patamar de R\$1,944 bilhão, no primeiro período, para R\$2,813, no último, representando elevação de 45% (FUNDAÇÃO SEADE 2001)¹⁴.

A análise da composição deste montante revela os efeitos da NOB/96, há uma elevação de 184%, entre 1997 e 1999, nos repasses realizados sob a rubrica Semiplena/Gestão Plena, e verifica-se a redução da participação dos pagamentos federais referentes à prestação de serviços. No entanto, esses valores ainda são significativos, devido em grande parte à não habilitação do Município de São Paulo.

Em relação às transferências para a assistência da atenção básica, observa-se que o montante repassado para o Estado de São Paulo, quase duplicou, entre 1998 e 1999. No ano de implantação do PAB, os valores transferidos foram da ordem de R\$204 milhões e, em 1999, chegaram a R\$396 milhões, destes 86% correspondiam a parcela do PAB Fixo e o restante ao PAB Variável.

Com o processo de descentralização, diversos municípios têm aumentado a sua parcela de contribuição. Dados apresentados por Médici (1994), mostram que, entre 1980 e 1990, “a participação dos gastos municipais com saúde, como percentagens das receitas próprias destas esferas (incluindo o FPM), passou de 6,3% para 8,2%. Essa participação aumentou num contexto onde as receitas próprias municipais e estaduais se expandiam como resultado dos dispositivos tributários contidos na Constituição de 1988”. Com dados mais recentes, MARQUES & MENDES (2001) informam que entre 1994/1996, o gasto público em saúde aumentou 14,5% e que essa expansão foi devida basicamente ao esforço dos municípios, cuja participação no financiamento aumentou em 84,7%.

Essa maior contribuição da esfera municipal é tanto mais viável quanto maior for a capacidade arrecadatória/financeira de cada Prefeitura. Municípios com melhor estrutura para arrecadar recursos próprios possuem condições de destinar maior quantia para a área de saúde, em especial a partir da reforma tributária estabelecida

¹⁴ Ver tabela constante do Anexo A.

pela Constituição Federal de 1988. No entanto, os municípios menores¹⁵ encontram dificuldades, uma vez que têm um alto grau de dependência de recursos transferidos da União e do Estado. Para São Paulo, dados da Fundação Seade (2000) mostram que “apenas 3% dos municípios têm um poder de arrecadação significativo, nos quais a receita própria responde por mais de 50% da receita total. A maioria dos municípios apresenta uma parcela pequena de receita própria: em 28% dos municípios a receita própria corresponde até 10% do total da receita municipal e em 32% dos municípios esse percentual varia de 10% a 20% da receita total”. Isso coloca uma série de interrogações sobre o real efeito da EC nº 29, quando de sua implementação.

Por fim, vale ressaltar que o conhecimento do gasto público efetuado em saúde, requer a análise das despesas realizadas pelas três esferas de governo, o que não é tarefa fácil, devido à forma como os dados são disponibilizados por essas instâncias. Diferentes metodologias são utilizadas no lançamento das informações nos balanços contábeis dos governos estaduais e municipais. Assim, dependendo das rubricas utilizadas, pode-se chegar a valores diferentes no cômputo dos gastos. Além do que, a disponibilização desses dados nem sempre apresenta uma desagregação suficiente para um cálculo mais preciso dos gastos. Existem também algumas discussões sobre a necessidade de se definir precisamente o que é gasto em saúde, preocupação que volta à tona com a edição da EC nº 29. No entanto, apesar das dificuldades especialmente de ordem metodológica, é alentador o fato de que o estudo do gasto em saúde e do gasto social, em geral, venha ocupando novos espaços nas discussões de gestores e na produção técnico-científica.

Recursos Humanos

Os recursos humanos em saúde podem ser considerados o conjunto de agentes capazes de desenvolver ações de saúde, seja de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação, envolvendo os profissionais de nível superior, os técnicos e o pessoal de nível auxiliar e elementar. Com o conceito de saúde ampliado na legislação sanitária

¹⁵ No Estado de São Paulo, 296 municípios (46%) têm menos de 10.000 habitantes, sendo que 180 (28%) com população menor de 5.000 habitantes, segundo os dados do Censo Demográfico 2000.

atual, a noção de Recursos Humanos em Saúde tende a se expandir para outros agentes que, mesmo não cuidando diretamente da saúde, produzem as condições necessárias para a preservação da saúde da coletividade (PAIM 1994).

O SUS defronta-se, na atual fase, com uma agenda de questões gerenciais estratégicas para a consolidação do sistema, sendo que, entre estas, a questão dos recursos humanos tem sido colocada como prioritária. A especificidade do objeto e a natureza do trabalho em saúde, sintetizada na relação médico-paciente, demandam dos gestores políticas consistentes de recursos humanos, que dêem conta da questão não só da inserção dos profissionais no SUS, mas também da formação dos mesmos.

O trabalho em saúde é uma atividade coletiva desenvolvida por diferentes tipos de profissionais. O conhecimento e a destreza de cada trabalhador são muito importantes e se aplicam numa quantidade imensa e variada de procedimentos, simples e complexos, que vão desde a aplicação de uma vacina até uma cirurgia de transplante de órgãos.

A atividade em saúde está inserida numa área em que é crescente a absorção de novas tecnologias, abrangendo equipamentos e procedimentos. O fato peculiar é que essa incorporação, apesar de contribuir para uma maior produtividade, não implica uma menor utilização de força de trabalho. Frequentemente, os novos equipamentos e procedimentos não substituem os antigos, porque não se trata de uma mudança na forma de prestar o serviço, mas sim da criação de um novo tipo de serviço, particularmente no campo do diagnóstico, como aponta NOGUEIRA (1983):

“Assim, as novas tecnologias vão engendrando uma série que é, ao mesmo tempo, a representação histórica da evolução do conhecimento aplicado ao diagnóstico das doenças e o leque efetivo das alternativas de que se dispõe para chegar ao diagnóstico final, indo dos meios mais simples (estetoscópio, tensiômetro) aos mais complexos (aparelho de ultra-sonografia, tomógrafo computadorizado). Esses modernos instrumentos, que correspondem à prestação de novas unidades de serviço, identificam com mais precisão a natureza do agravo à saúde, mas nem sempre importam na melhoria do tratamento aplicável ou na

diminuição do tempo de permanência do paciente sob cuidados médicos”.

Na abordagem da questão dos recursos humanos, é importante destacar duas de suas interfaces: uma com a área de educação, no que diz respeito ao aparelho formador; e outra com a economia, no que se refere ao mercado de trabalho e à indústria de equipamentos, por exemplo. Isto implica lidar com aspectos muito diversos, tais como o dinamismo do setor saúde no conjunto da economia quanto à capacidade de geração de empregos, o tipo de formação atual dos novos profissionais, a necessidade de formação e capacitação em serviço dos que já atuam, os novos perfis profissionais demandados – seja para operar novos equipamentos, seja para novas especialidades, como medicina comunitária ou da família, ou ainda para o desenvolvimento de competências gerenciais.

Aspectos conceituais

A abordagem sobre o contingente de pessoas que atuam na área de saúde pode ser feita por vários ângulos, dependendo do objetivo do estudo, o que merece uma discussão conceitual dos vários recortes possíveis para esse segmento do mercado de trabalho.

A atividade na área de saúde tem uma característica dual: o caráter quase manufatureiro na prestação direta de serviços de saúde, na relação usuário-profissional, por um lado, e a natureza industrial, como a produção de medicamentos e equipamentos médicos, por outro. Essa característica tem relação com a divisão técnica do trabalho existente e, portanto, com a delimitação das profissões, que ao longo dos últimos séculos tem-se modificado, como ocorreu com a separação dos ofícios de médico e farmacêutico. Mais recentemente, em função do desenvolvimento tecnológico, novas ocupações têm sido criadas, como é o caso de operadores de equipamentos médicos dos mais variados tipos.

Faz parte do histórico do trabalho no setor saúde a passagem de um trabalho predominantemente autônomo para formas combinadas de ocupação, como a assalariada. “(...) O processo de formação do mercado de trabalho em saúde iniciou-

se, de forma regulada pelas corporações, com a desagregação do feudalismo e a constituição da ordem econômica capitalista e tem sua configuração definitiva no século XX, quando o Estado e o capital no setor passam a determinar o preço e as relações de compra e venda dessa força de trabalho” (MACHADO et alii 1992).

Nas análises sobre o trabalho em saúde e os profissionais nele inseridos, são comumente usados os conceitos de força de trabalho, emprego, recursos humanos, trabalhadores e pessoal em saúde. MACHADO et alii (1992) trabalha muito claramente estes conceitos¹⁶:

- *recurso humano* é uma expressão da ciência da administração e está ligada a ações gerenciais e de planejamento no âmbito microinstitucional (um órgão público, por exemplo) ou no macroinstitucional (uma política ou plano nacional). Usa-se o conceito de recurso humano com o propósito de intervir numa dada situação para produzir, aprimorar ou administrar esse recurso específico, que é a capacidade de trabalho dos indivíduos. Ele é tratado igualmente como os outros recursos, tais como os materiais e os financeiros. Lidar com recursos humanos significa estar às voltas com planejamento, capacitação, seleção, plano de cargos e salários, etc. (NOGUEIRA apud MACHADO et alii 1992);
- *força de trabalho* é um termo consagrado pela economia política, da escola clássica de Smith, Ricardo e Marx, e está ligado a questões como produção, emprego/desemprego, renda, divisão do trabalho, setor de emprego, assalariamento, etc.– todos termos mais ligados à economia. Esse conceito é mais utilizado nos estudos de fenômenos demográficos e macroeconômicos;
- *emprego* é um termo que surgiu a partir dos anos 30, associado ao keynesianismo, vinculado à questão da demanda global por força de trabalho e refere-se a ocupações e postos de trabalho e não a pessoas ou indivíduos. O conceito é utilizado, por exemplo, em análises sobre inserção institucional no mercado de trabalho, evolução dos postos de trabalho e tipo de instituições em que se encontram tais postos de trabalho.

¹⁶ O trecho a seguir baseia-se no capítulo 1 da publicação *O Mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*, que apresenta uma didática discussão desses conceitos, bem como uma relação de fontes de dados estatísticos sobre mercado de trabalho em saúde no Brasil.

Os autores consideram que estes conceitos compreendem três enfoques distintos de interpretar a realidade, mas não são antagônicos e sim complementares.

“O primeiro – o de recurso humano –, apesar de abstrair as relações sociais e estar lastreado na teoria de sistemas, busca interpretar as formas de gerenciamento desse ‘fator de produção’ específico que é a capacidade de trabalho dos indivíduos. O segundo – o de força de trabalho – busca descrever e interpretar as relações sociais que lastreiam os trabalhadores que se inserem nesse ramo de atividade específico (o de serviços de saúde) e encontra-se mais calcado na análise marxista, que parte dos indivíduos e de sua inserção social no processo de trabalho. O terceiro – o de emprego – parte da demanda agregada por determinado conjunto de postos de trabalho, a partir de uma dada inserção institucional no mercado de trabalho” (MACHADO et alii 1992).

Ainda baseado em MACHADO et alii (1992), apresentam-se outros conceitos muito utilizados na abordagem do tema em questão:

- *trabalhadores da saúde* são “todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho das funções atinentes ao setor” (MACHADO et alii 1992);
- *profissionais de saúde* são “todos aqueles que, estando ou não ocupados no setor saúde (podendo estar até desempregados procurando trabalho), detêm formação profissional específica ou capacitação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente aos cuidados ou às ações de saúde” (MACHADO et alii 1992);
- *peçoal de saúde* “pode ser definido como o conjunto de trabalhadores que, tendo formação ou capacitação específica – prática ou acadêmica – trabalha exclusivamente nos serviços ou atividades de saúde. Pode-se dizer que a categoria pessoal de saúde representa a interseção das duas categorias anteriormente definidas, sendo formada pelos trabalhadores de saúde com

capacitação ou formação para exercer funções ou atividades de saúde” (MACHADO et alii 1992).

Evolução do emprego e transformações na força de trabalho em saúde

O setor de saúde é uma área de uso intensivo de mão-de-obra, demandando, portanto, reposição contínua e ampliação dos quadros. O emprego em serviços de saúde, apesar dos reveses econômicos, tem mostrado crescimento importante, ao contrário de outros ramos da economia. No Brasil, esta tendência consolidou-se após a reforma previdenciária de 1967¹⁷ – que demandou uma maior quantidade de profissionais de saúde –, teve um boom nos anos 70, não foi muito afetada pela crise do início da década de 80 e tomou novo fôlego com as reformas do sistema de saúde implementadas a partir do SUS. Essas transformações, além do crescimento da oferta e da demanda, engendraram novas características na composição da força de trabalho em saúde.

A expansão do emprego em saúde insere-se no contexto do crescimento das atividades terciárias verificado no Brasil mais intensamente nos anos 70. “No período de 1950 a 1980, a participação do setor terciário evoluiu de 25,0% para 46,6% em relação ao conjunto das pessoas ocupadas no país. Destaca-se, nesse período, a expansão da oferta de bens e serviços e do emprego na área de saúde. Durante a década de 70, o ritmo de crescimento de empregos em saúde foi maior que o da PEA. Entre 1976 e 1980, por exemplo, enquanto a PEA expandia a 4,1% ao ano, a oferta de empregos de saúde crescia na ordem de 8,61%” (MACHADO et alii 1992).

A tendência de crescimento acelerado da força de trabalho em saúde, na década de 70, é apontada por MEDICI (1987) como uma resposta à lógica do Estado e dos grupos médicos em tornar o setor saúde rentável para o capital privado.

¹⁷ Em 1966-67 ocorre a unificação dos diversos institutos de aposentadoria e pensões – os famosos IAPs – com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Com a extensão da atenção médica a todos os trabalhadores formalmente protegidos pela legislação trabalhista e às suas famílias, o sistema passou a necessitar de mais recursos humanos, especialmente médicos, tanto nos estabelecimentos privados quanto nos públicos. Aliás, Medici (1987) aponta que, “com a unificação da Previdência Social, o sistema privado de saúde também teve fortes estímulos à expansão, dado que a rede pública era insuficiente para atender ao novo número de beneficiários do sistema”.

Na década de 80, o emprego em saúde continuou crescendo. Dados da pesquisa Assistência Médica Sanitária – AMS, do IBGE, revelam que, entre 1980 e 1987, houve crescimento de 5,65% do emprego em saúde no Brasil, chegando a 1.175,5 mil postos de trabalho. A análise da composição deste contingente aponta excesso de pessoal administrativo e de pessoal de nível elementar e escassez de pessoal de nível técnico de ensino médio, predominância dos empregos no setor privado (52%), além de crescimento do setor público a níveis superiores ao privado (MEDICI 1997).

Trazendo o foco para o Estado de São Paulo, observa-se também o crescimento da ocupação na área de saúde na Região Metropolitana de São Paulo, nas décadas de 80 e 90, em detrimento da queda em outros setores de atividade econômica. Enquanto decrescia, por exemplo, o percentual de ocupados na indústria, a ocupação na área de saúde passava de 3,0%, em 1985, para 4,1% dos ocupados, em 1998 (Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED, da Fundação Seade).

Dados da pesquisa AMS, do IBGE, corroboram o referido crescimento para o Estado de São Paulo. Entre 1977 e 1992, o total de postos de trabalho na área de saúde dobrou, chegando a 395 mil. O principal responsável por este aumento foi o setor público, que apresentou um aporte de 160% no número de empregos, abalando com isso o histórico predomínio do setor privado. Em 1992, o setor público chegou a responder por 43,8% dos empregos em serviços de saúde, contra pouco mais de um terço, em 1977 (Fundação Seade, 2000). Este desempenho pode ser atribuído aos desdobramentos das reformas iniciadas na década de 80, com o fortalecimento do sistema nacional de saúde e da descentralização das ações de saúde, particularmente do processo de municipalização, que levou para as mãos das prefeituras a gerência dos serviços de saúde.

Os dados da AMS de 1992 já mostravam o fortalecimento da esfera municipal no âmbito do setor público, quando as prefeituras passaram a responder por cerca de 52% dos empregos públicos de saúde, tornando-se assim um importante empregador de recursos humanos nesta área.

No Estado de São Paulo, dados referentes à segunda metade da década de 90, da Pesquisa Municipal Unificada (Fundação Seade, 2000), confirmam a nova característica das prefeituras de geradoras de postos de trabalho na área de saúde. No

período 1995-97, houve um crescimento generalizado do número de profissionais gerenciados pelas administrações municipais, destacando-se os médicos (11%), os demais profissionais universitários (12%) e, principalmente, os não-universitários (27%).

Essa situação favorável do mercado de trabalho é confirmada por pesquisa do Coren com a categoria de enfermagem (MOURA 1996), cuja quase totalidade dos pesquisados declarou não ter dificuldade para obter emprego.

O crescimento observado nas décadas de 70 e 80 não teve impacto em questões estruturais, como a predominância de médicos e atendentes no conjunto da força de trabalho em saúde. Essas duas categorias representavam cerca de 60% dos empregos em saúde.

As transformações verificadas na década de 70 provocaram novas configurações na força de trabalho em saúde: feminização e rejuvenescimento, bem como um crescimento do contingente de profissionais de nível universitário.

Até 1970, a participação feminina no conjunto da força de trabalho em saúde era relativamente pequena, apesar de algumas categorias profissionais nesta área serem tradicionalmente ocupadas por mulheres, como o grupo de enfermagem. Dados citados por SANTANA e GIRARDI (1993) indicam que a participação feminina era de 94,0% entre os enfermeiros e de 83,9% entre técnicos e auxiliares.

O estudo que MACHADO et alii (1992) realizaram, com base nos dados dos Censos Demográficos de 1970 e 1980, mostra que a participação feminina aumentou mais no emprego em saúde do que o verificado para a totalidade da população economicamente ativa. Nesse período, a participação das mulheres nas atividades de saúde passou de 41,51% para 62,87%, consolidando, portanto, ao final da década, uma hegemonia feminina entre os profissionais de saúde. O maior aumento foi verificado entre os profissionais com formação universitária (de 17,96% para 35,24%), tendência esta também observada para os profissionais de níveis médio e elementar, porém com menos intensidade. Aliás, os autores destacam que, em 1970, a composição dos profissionais de nível médio e elementar já era hegemonicamente feminina, com participação de 59,2%, fenômeno que se aprofundou em 1980, com este percentual passando para 68,8%.

De forma geral, a maior participação feminina no contingente da força de trabalho em saúde está relacionada ao movimento de inserção das mulheres no mercado de trabalho, que é fruto por um lado, das mudanças socioculturais e, por outro, do seu papel na composição dos orçamentos familiares. No caso específico das profissionais de nível superior, a reforma universitária¹⁸ possibilitou maior ingresso das mulheres nas universidades. Cursos com participação tradicionalmente masculina passaram a ter a presença de mulheres, “de forma que, entre 1970 e 1980, o contingente feminino entre médicos aumentou de 11,6% para 20,6% e, entre os dentistas, evoluiu de 11,5% para 28,2%” (MACHADO et alii 1992).

A tendência de feminização observada no período 1970-80 mostrou-se crescente nos anos seguintes, de forma que dados dos conselhos profissionais indicam que, em 1996, as mulheres representavam 49% dos dentistas e 32% dos médicos, no Brasil.

No Estado de São Paulo, dados de pesquisas realizadas pelos conselhos profissionais, na segunda metade da década de 90, confirmam as tendências verificadas para Brasil. Em 1995, no Estado, a participação feminina entre os médicos era de 31,2%. Participação extremamente majoritária aparece entre os psicólogos e fonoaudiólogos, com as mulheres representando 89,2% (1995) e 99,8% (1997) do total desses profissionais (CFM/FIOCRUZ 1995; CRP-SP 1996; CRFa. 1998)¹⁹.

Essas mesmas pesquisas também mostram a tendência de rejuvenescimento dessas categorias profissionais. A expansão dos cursos universitários, especialmente os de medicina, colocou no mercado de trabalho um contingente significativo de profissionais, o que resultou num rejuvenescimento da força de trabalho em saúde. No decênio 1970-80, os profissionais de nível superior com menos de 30 anos de idade passaram de 14,4% para 26,1%. Este fenômeno está fortemente ligado à inserção feminina, uma vez que, nessa faixa etária, 56,1% eram mulheres em 1980, contra 29,4% em 1970 (MACHADO et alii 1992).

No crescimento do número de profissionais de nível superior observado na década de 70, é importante destacar a evolução verificada entre os médicos, cujo volume aumentou acima da média do conjunto dos profissionais do setor saúde. Este

¹⁸ Processo iniciado no final dos anos 60, com expansão das vagas no ensino superior, atendendo a fortes pressões de uma classe média afliente.

¹⁹ Vide tabela no Anexo A.

fenômeno tem suas raízes assentadas na década anterior. MEDICI (1987) aponta que, desde meados dos anos de 60, a expansão do número de profissionais em saúde, particularmente dos médicos, vinha sendo estimulada e pensada como uma solução parcial para a melhoria dos serviços e do atendimento do sistema de saúde. Data dessa época uma significativa ampliação das escolas de medicina no país, o que contribuiu para duplicar a capacidade de formação nesta área²⁰.

A distribuição dos médicos nas diversas regiões brasileiras apresentava, nos anos 70, grande concentração em áreas mais desenvolvidas, como a Região Sudeste e as áreas metropolitanas. Com o aumento da formação de médicos, essas altas concentrações amenizaram-se, mas ainda mantém-se desigualdade na relação médico/habitante em diversas regiões brasileiras. Nas décadas seguintes, o emprego médico continuou em expansão:

“Entre 1980 e 1987, o conjunto dos empregos médicos cresceu à taxa de 5,0% ao ano. No período 1987-1992, o crescimento foi de 8,3% ao ano. Portanto, em que pese o diagnóstico de que existe uma sobreoferta de médicos no Brasil, a quantidade de empregos para essa categoria profissional continua a crescer em ritmos cada vez mais elevados, mesmo em períodos de crise econômica, como o início dos anos 90” (MEDICI 1997).

Os dados mais recentes (IBGE, 2000) sobre os postos de trabalho médico indicam que, no Brasil, houve um crescimento de 39,7% em relação a 1992. O aumento foi verificado em todas as Unidades da Federação, tanto no setor público (30,2%) como no privado (48,5%).

Em linhas gerais, pode-se dizer que o mercado de trabalho na área de saúde contempla o assalariamento para empregos públicos e privados, o exercício autônomo para algumas profissões, especialmente vinculado a prestação de serviços para as cooperativas e convênios e o exercício liberal em consultórios particulares.

²⁰ Segundo Medici (1987), “nos últimos cinco anos da década de 60 foram criadas nada menos do que 33 novas escolas de medicina no país”.

Nos últimos anos, surgiram, no mundo do trabalho, a informalização e a flexibilização das relações de trabalho, que também causaram impactos na área de saúde.

“Ao contrário do observado nos anos 70, quando o *boom* da força de trabalho se deu num movimento de ‘institucionalização’ da saúde e de crescimento do emprego, nos anos mais recentes, o crescimento do emprego em saúde pode estar se dando junto com a intensificação do uso de formas menos institucionalizadas de contratação de trabalho em saúde. As estatísticas usualmente disponíveis não permitiram captar este tipo de fenômeno em toda a sua magnitude, deixando escondida parte do crescimento do emprego em saúde, especialmente nos níveis mais descentralizados do sistema” (SANTANA e GIRARDI 1993).

Esse fenômeno aparece na figura do agente comunitário de saúde – ACS de forma mais intensiva na segunda metade dos anos 90. Em 1991, foi criado o Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS, que previa a incorporação nos serviços de saúde de agentes da comunidade, especialmente para fazer visita às famílias da área de abrangência. Em 1994, foi criado o Programa Saúde Familiar – PSF, que também conta com a figura do ACS na composição básica das equipes de saúde da família. Em muitos municípios não se estabeleceu uma relação formal de contratação, proliferando o uso de formas menos institucionalizadas. A peculiaridade desse grupo tem trazido inúmeras discussões sobre a pertinência de sua incorporação ao quadro fixo de funcionários das prefeituras. Para alguns há que se considerar o perfil específico deste grupo, que tem na sua identidade e inserção na comunidade um dos requisitos para sua seleção, a qual ficaria desvirtuada caso fossem aplicados os mecanismos tradicionais com o concurso público. Embora concordem com este argumento, NOGUEIRA et alii (2000) levantam a questão dos direitos sociais desses trabalhadores:

“(...) os ACSs surgiram como vítimas de uma conjuntura geral de desregulamentação das condições sociais de trabalho, que marca a década de 90. Ao contrário de outros grupos de trabalhadores, não

aconteceu de perderem benefícios e direitos, já que a categoria não existia previamente. Mas, ao surgirem como fruto de uma política social, viram-se defrontados com muitos entraves no acesso à tradição brasileira desses direitos e benefícios, na medida em que eles deixaram de ser alvo essencial das políticas públicas. Portanto, os ACSs nascem desprotegidos em relação a essas garantias legais do trabalho, e os gestores do SUS, mesmo quando consideram relevante e justo que tais garantias lhes sejam concedidas, têm sérias dificuldades em institucionalizá-las.”

A implantação do PACS e do PSF tem se dado com o estabelecimento de vínculos empregatícios precários para os integrantes das equipes. Pesquisa do Ministério da Saúde (1999) detectou que, dos municípios pesquisados, 49% utilizam contratos temporários, 26,7% prestação de serviços e 0,8% bolsas. As formas de contratação apresentam uma distribuição semelhante à dos médicos, predominando os contratos temporários (44%).

Políticas de recursos humanos

Em geral, quando o assunto é recursos humanos, tem-se observado um discurso coeso sobre a importância destes como elemento essencial na implantação do SUS, na transformação do modelo assistencial e na garantia da qualidade dos serviços de saúde. A incorporação da discussão sobre recursos humanos na agenda da saúde data pelo menos de quatro décadas atrás e, em cada momento da nossa história sanitária, assumiu maior ou menor primazia.

Nos anos 60, a política de recursos humanos estava voltada para o incentivo à expansão do número de profissionais de saúde, em particular os de nível superior. Como visto anteriormente, houve um grande aumento no número de vagas nas universidades, especialmente na área de medicina. Para MACHADO et alii (1992), “tanto o discurso sanitaria-desenvolvimentista como o discurso assistencial-privatizante pós-64 pregavam a necessidade de incrementar os recursos humanos em saúde no Brasil. Nesse sentido, não houve ruptura, mas sim continuidade na política de expansão do número desses profissionais”. Isto acabou por produzir, nas décadas

seguintes, uma proporção muito maior de médicos em relação aos outros profissionais.

Na segunda metade da década de 70, relatório do MEC²¹ reconheceu que a formação de recursos humanos deveria orientar-se para uma atenção mais voltada às reais necessidades da população. Era apontada, como um dos principais problemas, a predominância de pessoal de nível superior nas equipes de saúde, em detrimento do pessoal de nível técnico e auxiliar qualificado. Havia distorções na proporção entre profissionais, sobressaindo a inversão da relação médico-enfermeiro. Já se verificava uma tendência de excessiva especialização na graduação, que não atendia às necessidades do quadro de saúde do país, demandando uma maior presença de generalistas. Dessa forma, indicava-se, como relevante, a adequação do planejamento do sistema formador às necessidades de prestação de serviços, adequando também, em paralelo, os currículos das escolas à realidade existente. Segundo MACHADO et alii (1992):

“Embora as medidas efetivas destinadas a implementar essa nova visão dos recursos humanos em saúde tenham sido tímidas, tal orientação ganhou hegemonia na retórica dos Ministérios da Educação e da Saúde com relação ao tema. Por outro lado, ela representou o despertar de uma nova consciência de que o sistema de privatização da saúde e suas repercussões nas políticas de recursos humanos eram, simultaneamente, fruto de uma visão elitista e, portanto, excludente, dado que a grande parte da população brasileira não se beneficiava da chamada medicina previdenciária; em particular as camadas de mais baixa renda”.

Assim, na segunda metade da década de 70, as políticas de emprego e recursos humanos em saúde direcionaram-se para “a formação e capacitação de pessoal de nível técnico e auxiliar sem qualificação superior, voltado para atender às necessidades da rede ambulatorial, e não mais dos aparelhos hospitalares públicos e

²¹ Relatório produzido pelo Departamento de Assuntos Universitários (DAU) do MEC, que contou com a participação de técnicos do MEC, do Ministério da Saúde, do Ministério de Previdência e Assistência Social e da Secretaria de Planejamento – Seplan, citado por Machado et alii (1992).

privados que haviam absorvido o maior quinhão dos recursos humanos em saúde nos anos anteriores” (MEDICI 1987).

A partir de 1988, com a criação do SUS, a competência de ordenar a formação de recursos humanos para a saúde foi delegada ao SUS, através do art. 200, inciso III da Constituição Federal, que, no entanto, não foi devidamente regulamentado. Esta questão tem sido debatida em diversas instâncias de representação nacional, como as conferências.

As Conferências Nacionais de Saúde são fóruns que colaboram no diagnóstico da situação, identificação de problemas e proposição de soluções e diretrizes para as diversas áreas que são afetas à política de saúde. No caso dos recursos humanos, foram realizadas duas conferências nacionais específicas: a primeira em 1986 – como desdobramento direto da 8ª. Conferência Nacional de Saúde –; e a segunda em 1993.

Essa segunda conferência ocorreu num momento em que se procurava avançar no processo de implementação do SUS e que muito pouco ou quase nada fora feito em relação à questão de recursos humanos. O relatório final aponta a falta de prioridade e a inexistência de uma política de recursos humanos para a saúde, além de levantar, como problemas, a insuficiente qualificação dos trabalhadores, a falta de preparo adequado para responder a determinados agravos que surgem ou se agravam e manejar novas tecnologias, a capacitação escassa, os salários aviltantes, a inexistência de planos de cargos e salários, as jornadas variáveis e o convívio, no mesmo local, de trabalho com funções iguais e salários diferentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1994).

Outro tópico apontado diz respeito às dificuldades de interlocução com o campo de formação de recursos humanos, evidenciadas através da expansão desordenada e má distribuição geográfica do aparelho formador, do número reduzido de cursos voltados para a esfera municipal, dos currículos que desconsideram os princípios da Reforma Sanitária, da carência de escolas profissionalizantes, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1994).

Em relação especificamente à formação de pessoal de nível médio e elementar, os pontos importantes do relatório referem-se à questão de o setor formal de educação não atender às necessidades de formação de nível médio e não oferecer mecanismos

de profissionalização para os trabalhadores inseridos no SUS e ao reconhecimento da permanência de enorme contingente de trabalhadores não qualificados no setor de enfermagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1994).

Apesar dos esforços dos agentes envolvidos mais diretamente com a questão de recursos humanos, ao longo da década de 90, os temas relativos ao financiamento e à implantação dos novos modelos de gestão tiveram primazia na agenda de discussão da área de saúde, das três esferas de governo. Poucas propostas em relação aos recursos humanos surgidas nas conferências nacionais puderam ser colocadas em prática.

No plano federal, data de 1997 a agenda para a formação de recursos humanos no SUS. Destaque especial é dado às novas responsabilidades que o gestor público tem pela frente: “com a descentralização administrativa e a autonomia de gestão, cabe ao gestor público assumir localmente a regulação dos processos de trabalho, das formas de entrosamento com o mercado de trabalho e da educação contínua dos trabalhadores” (Ministério da Saúde, 1997). No documento são definidos os seguintes objetivos específicos a serem alcançados: proporcionar habilitação profissional ao pessoal sem qualificação específica; aumentar o nível de escolaridade da força de trabalho ocupada; oferecer educação continuada ao pessoal de nível superior; contribuir para que a formação de graduação dos profissionais de nível superior melhore de qualidade e esteja em maior consonância com o mercado de trabalho; proporcionar capacitação gerencial; e incentivar a adoção de novas formas de gestão do trabalho.

No âmbito dos municípios, a questão de recursos humanos tem sido frequentemente colocada em pauta pelo órgão representante dos secretários municipais de saúde, o Conasems. Em seminário realizado em 1999, foram defendidas a definição e a implementação de uma política de desenvolvimento de Recursos Humanos voltada aos trabalhadores de saúde dos municípios. Entre os pontos referendados destaca-se a:

“definição de um plano estratégico voltado à resolução de questões referentes à administração de Recursos Humanos: regulamentação da situação dos funcionários estadualizados e municipalizados;

flexibilização das relações de trabalho; alternativas de contratação; reposição de funcionários estaduais, federais, aposentados, etc” (CONASEMS 1999).

Recentemente, em dezembro de 2000, os delegados reunidos na 11ª Conferência Nacional de Saúde aprovaram, entre outros pontos, a defesa de:

“uma política de Recursos Humanos para o SUS, com contratação através de concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário. Nesta perspectiva é imprescindível a efetiva implantação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos e das mesas nacional, estaduais e municipais de negociação do SUS”.

Formação de RH em saúde

A necessidade de formação de recursos humanos em saúde tem sido identificada como um dos grandes desafios para a implementação do SUS, particularmente no que diz respeito à área de enfermagem. Essa categoria tem uma estrutura ocupacional dividida em grupos com qualificações diversas: atendente de enfermagem – com nível elementar; auxiliares e técnicos – com formação de ensino fundamental e médio respectivamente; além do enfermeiro – com curso superior. A existência de um grande contingente de pessoal sem qualificação específica tem demandado, por um lado, ações de regulamentação do exercício da enfermagem e, por outro, políticas (ou planos) voltadas para a formação desses profissionais. São exemplos dessas políticas o Projeto Larga Escala, criado em 1981, e o Profae – Projeto de Profissionalização dos Profissionais da Área de Enfermagem, de 1997.

O Projeto Larga Escala – PLE basicamente objetivou, por um lado, criar mecanismos de promoção profissional do pessoal auxiliar, através da formação por via supletiva e, por outro, contribuir na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, por meio do processo de integração ensino-serviço. Em 1982, o projeto foi implantado em alguns Estados da Região Nordeste, ocorrendo uma maior difusão, em 1984, e chegando, no

ano seguinte, ao Estado de São Paulo (OLIVEIRA 1996). Essa ação foi responsável pela formação de um contingente significativo de auxiliares de enfermagem da rede pública, no Brasil.

O Profae é um projeto do Ministério da Saúde, com abrangência nacional, proposto para ser desenvolvido no período de 2000 a 2003, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção hospitalar e ambulatorial, por meio da oferta de qualificação profissional, procurando reduzir o déficit de auxiliares de enfermagem qualificados e apoiar a dinamização do mercado de trabalho no setor saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1999). Segundo o Ministério da Saúde, o público-alvo dessa ação é significativo:

“Estima-se que exista um contingente de 225 mil trabalhadores no país que, contratados sob diversas denominações, desenvolvem atividades de enfermagem sem possuir a qualificação profissional necessária para atendimento com segurança e qualidade aos usuários dos serviços, destes 95 mil não concluíram o 1o. grau, condição indispensável para certificação profissional como auxiliar de enfermagem.”

Estão em foco, no Profae, tanto os trabalhadores como o aparelho formador. Este projeto está organizado com base em dois componentes: o primeiro visa a qualificação técnica profissional e a complementação da escolarização dos trabalhadores de enfermagem; e o segundo objetiva a modernização das escolas técnicas de saúde do SUS, com o desenvolvimento e a implantação de sistema de informação do mercado formador e de trabalho de enfermagem, desenvolvimento e implantação de sistema de certificação de competências de auxiliares de enfermagem e curso de especialização para a formação pedagógica para docentes de educação profissional de enfermagem.

Com o incremento do número de municípios habilitados, outra questão que se coloca é a da capacitação para gestores municipais de saúde. Ao assumirem novas responsabilidades, os municípios se defrontam com os desafios da gestão do sistema e da gerência da rede de serviços de saúde.

A gestão é apontada como uma área de atuação estratégica para enfrentar a ineficiência e a baixa qualidade dos serviços de saúde. Para VECINA NETO e TERRA (1997), “é preciso construir um espaço onde a gestão esteja preocupada com a construção de um novo modelo assistencial voltado para a preservação da saúde e para a melhoria da qualidade de vida”.

No contexto atual, os gestores do SUS têm que implementar a mudança do modelo assistencial, ao mesmo tempo em que são obrigados a lidar com problemas referentes, por um lado, às mudanças no padrão epidemiológico e demográfico da população e, por outro, ao financiamento e à gestão de recursos humanos, o que requer desenvolvimento de políticas, planos e programas específicos para enfrentar essas questões. Assim, as demandas colocadas para os gestores e gerentes da área de saúde exigem desses profissionais um conjunto de conhecimentos e habilidades não só da área de saúde, mas também de administração.

Os profissionais que atuam na gerência dos serviços de saúde, em grande parte, são oriundos do próprio setor saúde e não possuem formação específica na área gerencial. Um dos maiores desafios a serem enfrentados é a formação de gerentes capazes de transformar a ação organizacional e, ao fazê-lo, mudar seu meio, tornando-o mais equitativo (VECINA NETO & TERRA 1997).

Desafios para as gestões municipais

O maior volume de funcionários a ser administrado pelas prefeituras, a ampliação das ações e as novas funções assumidas na área de saúde impõem aos municípios novos desafios de gestão na área de recursos humanos.

Tendo em vista o papel estratégico a ser desenvolvido pelos profissionais de saúde no SUS, não haverá sistema de saúde bem construído se esses trabalhadores não estiverem corretamente inseridos, com formação adequada e relações dignas de trabalho. Problemas de distorções salariais e de carga horária, situação conflitiva dos funcionários municipalizados,²² ausência de planos de carreira e de salário, falta de

²² Termo utilizado para designar os funcionários estaduais e federais que foram transferidos para as prefeituras municipais.

investimento na formação, evasão de recursos humanos e dificuldades de reposição de pessoal são alguns dos problemas que muitos municípios têm de enfrentar.

Aliam-se a esses as questões derivadas de experiências mal-sucedidas, como aquela ocorrida no município de São Paulo com a implantação do Plano de Atendimento à Saúde – PAS, que levou a um êxodo forçado de mais de 24 mil servidores da Secretaria Municipal, deslocando-os das funções típicas da área, o que tem colocado sérios desafios para a atual gestão desta prefeitura no que se refere à implantação do SUS na capital. Como relata SÁ et alli (1997), “o êxodo significou um retardo na organização política do setor saúde no Município de São Paulo, mantendo por ainda mais tempo a desarticulação entre os governos municipal e estadual, com anulação do conceito sistêmico inerente à saúde no seu aspecto amplo”.

A transformação na área de recursos humanos em saúde compreende, necessariamente, a superação de uma gestão restrita à administração de pessoal, passando para uma gestão de desenvolvimento de recursos humanos, que deve estar amparada em uma política de RH, envolvendo um conjunto de ações que visem a adequação da remuneração, o aprimoramento profissional, o plano de carreira e o compromisso ético e social do profissional com os usuários e o serviço público municipal.

Como aponta SÁ (1993), em estudo sobre a implantação do SUS em município paulista, os recursos humanos, dado seu caráter de recurso/insumo estratégico, não podem ficar à mercê de informalidades e casuísmos. “Os recursos humanos (...) na medida em que não têm um planejamento orientado para a execução das políticas e programas, com qualificação e quantificação adequados, salários, incentivos, planos de carreira, vão constituir antipolíticas”.

Outro desafio surge com a proposta do Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado – PDRAE, proposto pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado – Mare, em 1995, que encontra o setor saúde às voltas com a implantação da sua própria reforma, impulsionada com a criação do SUS, em 1988.

O PDRAE propõe a aglutinação das atividades desenvolvidas pelo Estado brasileiro em quatro grupos:

- ❑ *núcleo estratégico* – refere-se ao governo, em sentido lato, definindo leis, políticas públicas, etc. Seu cumprimento corresponde aos Poderes Legislativo, Judiciário e Executivo e, ao Ministério Público;
- ❑ *atividades exclusivas* – setor em que os serviços são realizados somente pelo Estado, tais como poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar;
- ❑ *serviços não exclusivos* – compreendem o setor em que o Estado atua simultaneamente com organizações públicas não-estatais e privadas, como universidades, hospitais, centros de pesquisas, museus, etc;
- ❑ *produção de bens e serviços para o mercado* – corresponde à área de atuação das empresas que se caracterizam por atividades econômicas voltadas para o lucro.

Diversas discussões surgiram sobre o impacto provocado pelo Plano, no geral, e na área de saúde, especificamente. MONTONE (1998) chama atenção para o fato de o setor saúde ter que se preparar para os impactos da Reforma do Aparelho de Estado num cenário em que existem questões não resolvidas no âmbito da implantação do SUS. O autor destaca o processo que envolveu a descentralização dos servidores federais, transferidos para Estados e municípios:

“a extinção do INAMPS colocou na estrutura do Ministério da Saúde (...) mais de 120 mil servidores voltados para a assistência à saúde, que em seguida foram estadualizados e municipalizados, sem qualquer política de gerenciamento da transição e sem qualquer amparo efetivo no campo jurídico-institucional” (MONTONE 1998, p. 160).

O PDRAE é proposto num momento em que surgem novos agentes na esfera do trabalho em saúde, como é o caso dos agentes comunitários da saúde, trazendo à tona uma série de discussões sobre o vínculo destes profissionais com o aparelho de Estado, como já foi referido antes. Segundo NOGUEIRA et alii (2000), a incorporação dos ACSs esbarra nas diretrizes da proposta de reforma:

“O que vem dificultando a conversão dos ACSs em servidores públicos é, em parte, uma política pública explícita, ou seja, a

obediência por parte dos três níveis de governo às diretrizes da reforma administrativa do Estado aplicadas desde 1995: a) maior seletividade das categorias admitidas, com destaque para o pessoal que desempenha ‘funções essenciais de Estado’ nas áreas financeira, jurídica e de segurança pública; b) limites legais (...) impostos às despesas de pessoal da administração direta, fundações e autarquias; e c) preferência por formas indiretas (‘mais flexíveis’) de relação institucional na admissão de pessoal operacional, o que pode ser posto em prática por organizações sociais ou entidades de interesse público”

Como se vê pelo exposto, as administrações municipais ao assumirem novas responsabilidades na gerência e gestão de serviços de saúde, com um esperado incremento no seu quadro de pessoal, terão que lidar com questões que envolvem a oferta de recursos humanos, sua formação e capacitação, a incorporação dos profissionais vinculados ao PACS e PSF, bem como a disponibilidade financeira para pagar salários adequados ao tipo de profissional que se quer para o SUS.

2 - OBJETIVOS

Objetivo Geral

- ❑ Investigar as características e impactos da implantação da política de descentralização de saúde nos municípios do Estado de São Paulo, após a vigência da NOB/96, em relação aos recursos financeiros e humanos.

Objetivos Específicos

- ❑ Investigar a composição das fontes de recursos dos gastos em saúde realizados pelas prefeituras e a participação dos recursos próprios municipais.
- ❑ Investigar o montante e a composição dos gastos em saúde realizados pelas prefeituras.
- ❑ Caracterizar a composição e o contingente de recursos humanos sob gerência das prefeituras paulistas.
- ❑ Caracterizar os aspectos da política de recursos humanos dos municípios paulistas.
- ❑ Verificar a existência de dificuldade das prefeituras em contratar profissionais de saúde.

3 – MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho é um estudo descritivo, que trata do processo de descentralização e seus impactos nos municípios paulistas, tendo como foco os recursos financeiros e humanos. Como material, utilizou dados secundários da Pesquisa Municipal Unificada - PMU, da Fundação Seade, referentes aos anos de 1997 e 1999.

Universo - Municípios Analisados

Para verificar as transformações ocorridas, foram selecionados os municípios que haviam respondido as questões sobre recursos humanos e financeiros nas edições da PMU em 1997 e 1999. Com isso, montou-se um painel fixo de 416 municípios (Anexo B) – que representam 64,5% do total de 645 municípios do Estado–, classificados segundo sua situação de habilitação junto ao SUS em outubro de 1999, conforme os modelos definidos pela NOB/96. Assim, nesse conjunto, 311 municípios encontravam-se em Gestão Plena de Atenção Básica, 90 em Gestão Plena do Sistema e 15 sem habilitação, que representam em relação ao total de cada categoria, 68%, 58% e 47%, respectivamente.

A seguir apresenta-se uma descrição dos principais aspectos metodológicos das bases de dados que foram utilizadas.

Aspectos Metodológicos da Pesquisa Municipal Unificada – PMU²³

A Pesquisa Municipal Unificada – PMU é um levantamento bianual realizado pela Fundação Seade, cujo universo compreende o total dos municípios do Estado de São Paulo – que correspondem a 645, em 1999 – sendo que a unidade de investigação básica é a prefeitura municipal englobando todos os seus órgãos de administração direta e indireta.

²³ Baseado no *Relatório Metodológico da Pesquisa Municipal Unificada - PMU*, da Fundação Seade.

A PMU procura coletar informações básicas relativas às estruturas administrativas e de recursos humanos e financeiros das administrações municipais, além de captar elementos referentes à gestão municipal das políticas e dos serviços públicos, abrangendo, em 1999, os seguintes temas e conteúdos: Estrutura Administrativa; Comunicações e Informatização; Estrutura Urbana; Habitação; Saneamento Básico; Limpeza Pública; Transporte Municipal; Saúde; Assistência e Desenvolvimento Social; Educação; Cultura, Esportes e Turismo; Abastecimento; e Finanças Municipais.

A PMU tem como objetivos gerais:

- ❑ conhecer a capacidade organizacional, administrativa e financeira das prefeituras principalmente no que se refere a definição, implementação e gestão de políticas públicas globais e/ou setoriais;
- ❑ conhecer a realidade socioeconômica e urbana municipal, como um retrato da situação local e regional.

No caso do questionário de saúde, o objetivo específico é investigar a dinâmica do processo de municipalização da saúde, através do levantamento de dados sobre política e administração, da existência de mecanismos de controle público, consórcios, convênios e parcerias, recursos humanos, programas e ações de saúde, comunicações e informática, além do montante, das fontes e da composição dos gastos em saúde realizados pelas prefeituras.

O instrumento utilizado é um conjunto de questionários organizados por temas, para auto-preenchimento do respondente. As questões são auto-explicativas e levantam dados de natureza quantitativa e qualitativa. Os questionários obedecem o mesmo padrão para todos os municípios e foram definidos de maneira a captar a estrutura organizacional das prefeituras.

Os questionários da PMU são enviados a todas prefeituras, que indicam um coordenador municipal incumbido da distribuição dos cadernos ao responsável de cada área pesquisada. Na área de saúde, solicita-se que as informações prestadas sejam de responsabilidade do diretor ou secretário municipal de saúde.

Depois de preenchidos, os questionários são recolhidos por pesquisadores em cada município, que realizam uma primeira verificação das respostas. Esse material passa por um processo de crítica que leva em consideração os fluxos do questionário, os valores válidos e as regras de consistência dos dados, englobando a checagem de somatórias e as checagens interna ao questionário (cruzamento de questões) e entre questionários diferentes. Para a validação dos dados também é feita a confrontação com parâmetros construídos a partir dos dados obtidos na PMU anterior e em outras fontes de dados – secretarias estaduais, ministérios. Os parâmetros estabelecidos prevêm a evolução temporal dos fenômenos pesquisados quanto à existência e à quantidade – quando for o caso –, sendo que para os valores numéricos são estabelecidos intervalos de aceitação da informação.

Os dados inconsistentes ou discrepantes dos parâmetros e os eventuais erros de preenchimento encontrados são checados com o informante na prefeitura e corrigidos, quando necessário.

A PMU tem um alto grau de cobertura, apresentando um retorno dos questionários de saúde da ordem de 95% e 98%, respectivamente em 1997 e 1999, e os de finanças públicas municipais –anexo saúde de 94% nos dois anos, período que é objeto deste estudo.

Em relação aos recursos humanos, a pesquisa levanta o número de profissionais gerenciados pela prefeitura em dezembro do ano pesquisado. Entram nesse cômputo todos os funcionários que estão a serviço da administração municipal, incluindo os estaduais e federais, cuja gerência foi transferida para o município, mas o vínculo empregatício permanece, respectivamente, com o Estado e a União²⁴.

No questionário, os funcionários são desagregados segundo nível universitário e não-universitário, especificando nesses dois grupos as profissões diretamente ligadas à saúde:

- *nível universitário* – assistente social, bioquímico/biólogo/químico/biomédico, cirurgião-dentista, enfermeiro, educador em saúde pública, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e médico veterinário;

²⁴ Esses funcionários são comumente chamados de municipalizados.

- *nível não universitário* – atendente de enfermagem, auxiliar de enfermagem, auxiliar de odontologia, auxiliar de laboratório, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, técnico de higiene dental, técnico de laboratório, técnico em radiologia e técnico de saneamento.

Com exceção de atendente de enfermagem, auxiliar de laboratório, agente comunitário de saúde e técnico de saneamento – que foram incluídos na pesquisa de 1999 –, todas as outras categorias constam das duas pesquisas.

Para a categoria médica, são coletadas as informações referentes a 17 especialidades: cardiologia, cirurgia geral, clínica geral, dermatologia, endocrinologia, geriatria, ginecologia/obstetrícia, homeopatia, imunologia, médico de família, médico sanitário, medicina do trabalho, neurologia, oftalmologia, ortopedia/traumatologia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia e psiquiatria.

As especialidades médico de família e médico sanitário não estavam especificadas no questionário de 1997, o que impede a comparação entre os dois anos estudados.

É pesquisado se a Prefeitura desenvolve política de recursos humanos e ações de capacitação e treinamento para o pessoal de saúde. São levantados quais os componentes da política de RH e quais os tipos de treinamento realizados. Nesse grupo de questões trabalha-se só com variáveis categóricas (Sim e Não), não sendo levantados dados quantitativos.

Ainda neste tema, para 1999, foi investigado se a prefeitura teve dificuldade em contratar profissionais de saúde no mercado de trabalho.

No caso dos recursos financeiros, através de questionário específico, são coletadas informações referentes às despesas realizadas em saúde pela prefeitura, incluindo todas as fontes de recursos, ou seja, os recursos provenientes de transferências federais e estaduais, outras transferências e recursos próprios.

A pesquisa levanta dados contabilizados pelas prefeituras nos Balanços Municipais, cujo registro é regido pelas normas da Contabilidade Pública Nacional, em particular a Lei 4.320/64,²⁵ que determina a forma com que a União, Estados e Municípios

²⁵ Essa lei, editada em 17/03/64, estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

devem apresentar seus orçamentos e balanços, levando em consideração a estrutura que organiza receitas e despesas, segundo funções, programas e subprogramas.

Assim, na PMU, foram consideradas gasto em saúde as despesas classificadas no Programa Saúde (código 75), da Função Saúde e Saneamento (código 13), e respectivos subprogramas típicos:

- 1375427 - Alimentação e Nutrição
- 1375428 - Assistência Médica e Sanitária
- 1375429 - Controle das Doenças Transmissíveis
- 1375430 - Vigilância Sanitária
- 1375431 - Produtos Profiláticos e Terapêuticos
- 1375432 - Saúde Materno-Infantil

Além desses itens, chamados de gastos típicos, consideraram-se, também, as despesas realizadas em saúde e classificadas em programas e subprogramas atípicos, uma vez que existe uma grande flexibilidade na utilização da normatização definida pela Lei 4.320. Assim, em determinada prefeitura, o gasto de pessoal em saúde pode ser contabilizado como um gasto da Função Saúde e Saneamento (13), do Programa Administração (07) e Subprograma Administração Geral (021). Essa classificação é a que aparece com maior frequência entre os atípicos.

Para se conhecer a composição do gasto em saúde, a PMU levantou as parcelas da despesa total em saúde cujos recursos tiveram como origem transferências federais (pagamento para gestão semiplena/plena, piso de atenção básica – PAB fixo e variável, etc.), estaduais (convênios, como para o combate à dengue), outras transferências (incluídas aquelas provenientes de recursos do exterior e de entidades privadas nacionais) e os recursos próprios, ou seja, do tesouro municipal.

Outro aspecto investigado diz respeito à natureza desse gasto, que está identificada como despesa com pessoal, material de consumo, remuneração de serviços pessoais, outros serviços e encargos, subvenções sociais, obras e instalações e equipamentos e material permanente.

Variáveis de Estudo

Para verificar as transformações ocorridas nos municípios selecionados, foram analisadas as seguintes variáveis:

Recursos financeiros:

- ❑ total da despesa realizada em saúde pela prefeitura;
- ❑ despesa realizada em saúde pela prefeitura, segundo as fontes dos recursos;
- ❑ despesa realizada em saúde pela prefeitura, segundo a natureza dos gastos.

Recursos humanos:

- ❑ número de médicos, por especialidade;
- ❑ número de profissionais universitários e não-universitários, por categoria;
- ❑ tipo de profissional que a prefeitura teve dificuldade em contratar;
- ❑ desenvolvimento de política de recursos humanos municipal para a área da saúde, segundo características selecionadas;
- ❑ desenvolvimento de ações de capacitação e/ou treinamento de recursos humanos, segundo o tipo de ação.

O conjunto de variáveis selecionadas foi analisado de modo a verificar as transformações ocorridas no período 1997-99, nos grupos de municípios habilitados e não habilitados segundo modelos estabelecidos pela NOB/96. Os habilitados foram divididos em Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema. Dos não habilitados, separou-se o município de São Paulo, devido, primeiro, à magnitude dos dados referentes à sua estrutura administrativa e, segundo, à complexidade e à especificidade da organização do sistema de saúde que, com a implantação do PAS, tornou-o um caso singular, que não se encaixa perfeitamente no desenho deste estudo. Mas, mesmo assim, pela sua importância, a administração da capital paulista será tratada à parte, recorrendo-se inclusive à utilização de outras fontes de dados.

Cada conjunto de municípios foi subdividido segundo o porte populacional: municípios pequenos (até 50 mil habitantes), médios (de 50 a 200 mil habitantes) e grandes (mais de 200 mil habitantes), analisando-se para algumas variáveis as diferenças encontradas nesses grupos.

No Anexo A estão disponibilizadas as tabelas com os dados estatísticos que subsidiaram a elaboração deste trabalho. No anexo B constam a relação de municípios selecionados para o estudo, com os dados dos respectivos modelos de gestão e a população estimada para julho de 1999, que foi utilizada para classificar os municípios por estratos populacionais.

Por fim, é importante registrar que, como em toda pesquisa, algumas dificuldades foram encontradas. A primeira diz respeito à montagem do painel fixo com os municípios que responderam as questões referentes às variáveis escolhidas para o estudo, nos dois anos selecionados.

Partiu-se inicialmente de um conjunto próximo a 94% de municípios que responderam os questionários de saúde e do anexo de saúde do questionário de finanças públicas municipais, em 1997 e 1999. A partir daí, foi-se descartando os municípios que não apresentaram respostas para os quesitos investigados neste estudo. A falta dessas respostas deve-se a dois motivos básicos: falta de preenchimento por parte do informante e dado descartado no processo de consistência e crítica. Em ambos os casos, chegou-se a essa situação após tentativa de recuperar o dado com o informante na Prefeitura, procedimento que faz parte do processo de apuração do dado na PMU, conforme relatado anteriormente.

Em alguns casos, a Prefeitura não dispõe da informação, especialmente em relação aos dados de despesa por fonte de recursos. O não preenchimento desse item foi um dos principais motivos de descarte de municípios no processo de montagem do painel fixo, uma vez que o painel pressupõe o mesmo conjunto de informações para todos os municípios.

Outra dificuldade deu-se com a inclusão do fator porte populacional na análise das transformações ocorridas nos três grupos de municípios – gestão plena da atenção básica, gestão plena do sistema e não habilitados. Inicialmente estava previsto um número maior de estratos populacionais, com maior detalhamento dos grupos de

municípios com menos de 50 mil habitantes, utilizando-se intervalos de menor de 5 mil habitantes, de 5 a 10 mil, de 10 a 20 mil e de 20 a 50 mil habitantes. No entanto, como o número de municípios que combinam população pequena e Gestão Plena do Sistema já é reduzido no conjunto do Estado, no painel fixo ficou menor ainda, dificultando assim, principalmente, a análise das variações entre os dois anos. Optou-se, então, por criar um estrato populacional mais concentrado.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

ANÁLISE DAS TRANSFORMAÇÕES NA ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Neste capítulo apresentam-se os resultados da análise sobre as transformações ocorridas no gasto em saúde e na área de recursos humanos, dos 416 municípios estudados, que foram agregados em dois grupos:

- municípios habilitados pela NOB/96, subdivididos em Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal;
- municípios não habilitados, separando-se o Município de São Paulo dos demais.

No conjunto de municípios selecionados, o modelo de Gestão Plena da Atenção Básica é predominante entre municípios pequenos: 94,8% dos que se encontram nessa modalidade de gestão possuem menos de 50 mil habitantes. No entanto, os médios e grandes também estão presentes nesse grupo: em 1999, havia 14 municípios na faixa populacional de 50 a 200 mil habitantes e dois com mais de 200.000 habitantes entre aqueles que assumiram este modelo de gestão (Tabela 3²⁶).

Tabela 3

Distribuição dos Municípios Selecionados, por Condição de Habilitação na NOB/96, segundo Faixa Populacional
Estado de São Paulo
1999

População (habitantes)	Gestão Plena da Atenção Básica		Gestão Plena do Sistema		Não Habilitados		Total	
	N ^{os} Abs.	%	N ^{os} Abs.	%	N ^{os} Abs.	%	N ^{os} Abs.	%
Até 50.000	295	94,85	45	50,00	14	93,33	354	85,10
De 50.001 até 200.000	14	4,50	36	40,00	-	-	50	12,02
Mais de 200.000	2	0,64	9	10,00	1	6,67	12	2,88
Total	311	100,00	90	100,00	15	100,00	416	100,00

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde; Fundação Seade.

²⁶ As tabelas 1 e 2 fazem parte da Introdução.

Dos municípios em Gestão Plena do Sistema, 50% dos casos estão em cidades com até 50 mil habitantes e 40% em municípios de 50 a 200 mil habitantes e os restantes 10% naqueles acima de 200.000 habitantes.

Os municípios não habilitados, que totalizam 15 casos, encontram-se todos, à exceção do município de São Paulo, na faixa populacional de menos de 50 mil habitantes. Como estes correspondem a um número relativamente pequeno, a maioria das variáveis analisadas foi tratada de forma agrupada, não sendo possível, por exemplo, separar os profissionais por categoria e tamanho dos municípios. Além disso, como são, em geral, cidades de pequeno porte, com número de profissionais também pequeno, muitas vezes a entrada ou a saída de um profissional de uma determinada categoria indica taxas de crescimento ou de diminuição muito altas.

Recursos Financeiros

Evolução da Despesa Total em Saúde

Entre 1997 e 1999, a despesa realizada em saúde pelas prefeituras mostrou crescimento em todos os grupos de municípios, inclusive naqueles que não estavam habilitados na NOB/96 – exceto o Município de São Paulo, que apresentou queda de 21%. Para o total dos habilitados, o aumento foi de 15,2%, sendo que correspondeu a 18,5% para as prefeituras na Gestão Plena do Sistema e a 7,5% para as que estavam na Gestão Plena da Atenção Básica. Já os não habilitados tiveram crescimento mais tímido, de 6,1% (Tabela 4).

O crescimento verificado, no entanto, não é homogêneo. Entre os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica, a maior taxa foi a daqueles com população acima de 200 mil habitantes (10,3%). Para os que estavam em Gestão Plena do Sistema, a maior expansão da despesa foi no extrato de 50 a 200 mil habitantes (45,8%)²⁷.

²⁷ Ver tabela no Anexo A.

Tabela 4

Despesas Realizadas em Saúde nas Prefeituras, segundo Condição de Habilitação
Estado de São Paulo (1)
1997-1999

Condição de Habilitação	Despesa Total (em mil R\$)			Despesa per Capita (em R\$)		
	1997(2)	1999	Taxa de Crescimento (%)	1997 (2)	1999	Taxa de Crescimento (%)
Total de Habilitados	1.352.218,13	1.557.109,32	15,15	101,36	111,76	10,26
Gestão Plena da At. Básica	405.341,39	435.565,61	7,46	73,04	75,02	2,71
* Gestão Plena do Sistema	946.876,73	1.121.543,71	18,45	121,53	138,01	13,56
Não Habilitados (exceto MSP)	6.681,72	7.090,39	6,12	72,01	74,93	4,05
Município de São Paulo	988.086,74	780.041,46	-21,06	97,7	75,7	-22,52

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada - PMU 1997 e 1999.

(1) Refere-se a 416 municípios. Ver Anexo.

(2) A preços de 1999. Dados atualizados pelo IGP-DI (médias anuais).

Com esse incremento, a despesa em saúde per capita dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica passou de R\$ 73 para R\$ 75, enquanto que para aqueles em Gestão Plena do Sistema passou de R\$ 122 para R\$ 138 e a dos não habilitados de R\$ 72 para R\$ 75, entre 1997 e 1999.

A análise por porte populacional dos municípios mostra que, entre os que estavam em Gestão Plena da Atenção Básica, o maior gasto em saúde per capita é dos menores de 50 mil habitantes (R\$ 83) e entre os em Gestão Plena do Sistema é dos acima de 200 mil habitantes (R\$160). Esses valores maiores devem estar relacionados com o fato de que serviços de maior complexidade tendem a se localizar em cidades com mais de 200 mil habitantes. Em geral, esses serviços têm abrangência regional, atendendo os pacientes de municípios menores.

Cabe ressaltar, no entanto que, apesar de ter aumentado, o gasto per capita em saúde apresentou taxas de crescimento menores que a variação da despesa total, em todas as categorias, indicando que o aporte de recursos não acompanhou a dinâmica populacional.

Despesa em Saúde por Fontes de Recursos

Quanto às fontes de recursos, estudou-se o comportamento das despesas realizadas com recursos próprios e federais. Para os dois grupos de municípios habilitados, observa-se aumento das despesas em saúde realizadas com recursos próprios e federais, entre 1997 e 1999.

Os gastos efetuados com recursos próprios cresceram em média 5% nos municípios habilitados, sendo bem maior o incremento no grupo que está na Gestão Plena da Atenção Básica (9,8%) do que no de Plena do Sistema (2%). A expansão menor neste último pode estar vinculada ao fato destes municípios já estarem aportando mais recursos próprios ao longo dos últimos anos.

Em termos de participação, os recursos próprios respondiam, em 1999, por 79% da despesa total em saúde realizada pelas prefeituras em Gestão Plena da Atenção Básica e 57,7% das Prefeituras em Gestão Plena do Sistema.

Tabela 5

Despesas Realizadas em Saúde pelas Prefeituras com Recursos Próprios,
segundo Condição de Habilitação
Estado de São Paulo (1)
1997-1999

Condição de Habilitação	Despesa com Recursos Próprios (em mil R\$)		Taxa de Crescimento (%)
	1997 (2)	1999	
Total de Habilitados	947.972,85	991.375,33	4,58
Gestão Plena da Atenção Básica	313.428,59	344.245,45	9,83
Gestão Plena do Sistema	634.544,25	647.129,88	1,98
Não Habilitados (exceto Município de São Paulo)	5.387,36	6.303,88	17,01

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada - PMU 1997 e 1999.

(1) Refere-se a 415 municípios. Ver Anexo.

(2) A preços de 1999. Dados atualizados pelo IGP-DI (médias anuais).

Quanto aos recursos federais, verificou-se aumento no grupo de municípios habilitados, sendo de 50,6% nos que estão em Gestão Plena do Sistema e de 26% nos

em Plena da Atenção Básica; o que está de acordo com o estabelecido na NOB/96, que prevê um aporte maior de recursos para os municípios em Plena do Sistema (Tabela 6).

Os municípios não habilitados apresentaram redução de 55% nas despesas realizadas em saúde com recursos federais e aumento de 17% naquelas efetuadas com recursos próprios. Esse último valor, bem acima da média dos municípios habilitados, deve estar relacionado à necessidade de compensar em parte o não recebimento de recursos da União. A diminuição destas transferências pode ser vista como consequência da NOB/96, que prevê, transitoriamente, o repasse dos recursos de custeio das ações de saúde dos municípios que não se habilitaram para o governo estadual. O Estado de São Paulo passou a receber esses recursos a partir de sua habilitação, em março de 1999. Os recursos, depositados no Fundo Estadual de Saúde, eram repassados às Prefeituras através de termos aditivos e de acordo com a produção de ações básicas realizadas.

Tabela 6

Despesas Realizadas em Saúde pelas Prefeituras com Recursos Federais, segundo Condição de Habilitação
Estado de São Paulo (1)
1997-1999

Condição de Habilitação	Despesas com Recursos Federais (em mil R\$)		Taxa de Crescimento (%)
	1997(2)	1999	
Total de Habilitados	374.299,06	546.773,09	46,08
Gestão Plena da Atenção Básica	68.360,64	86.137,65	26,00
Gestão Plena do Sistema	305.938,41	460.635,44	50,56
Não Habilitados (exceto MSP)	1.118,57	506,48	-54,72

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada - PMU 1997 e 1999.

(1) Refere-se a 415 municípios. Ver Anexo.

(2) A preços de 1999. Dados atualizados pelo IGP-DI (médias anuais).

Despesa por natureza

Na despesa realizada em saúde, segundo a natureza, analisa-se primeiramente o gasto das Prefeituras com pessoal e depois com outros itens (material de consumo, outros serviços e encargos, equipamentos e material permanente, dentre outros).

O gasto das prefeituras com pessoal, nos municípios habilitados, consome 51% dos recursos, revelando, no período 1997-99, um incremento da ordem de 4,5%. Esse aumento foi mais significativo no grupo de municípios em Gestão Plena da Atenção Básica (11%) do que no de Plena do Sistema (1,4%). Já os não habilitados apresentaram uma pequena variação de 0,7%, no mesmo período (Tabela 7).

No primeiro grupo, as taxas são positivas em todos os estratos populacionais, sendo maior nos municípios grandes (36,1%). No segundo grupo, o da Gestão Plena do Sistema, o baixo crescimento da média, deve-se ao fato de ter diminuído o gasto com pessoal nos municípios pequenos e no grandes, com taxas de -8,6% e 1,1%, respectivamente.

Tabela 7

Despesas Realizadas em Saúde com Pagamento de Pessoal nas Prefeituras,
segundo Condição de Habilitação
Estado de São Paulo (1)
1997-1999

Condição de Habilitação	Despesa com Pessoal (em mil R\$)		Taxa de Crescimento (%)
	1997 (2)	1999	
Total de Habilitados	760.178,41	794.651,26	4,53
Gestão Plena da Atenção Básica	249.676,12	277.159,37	11,01
Gestão Plena do Sistema	510.502,29	517.491,89	1,37
Não Habilitados (exceto MSP)	4.077,37	4.107,10	0,73

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada - PMU 1997 e 1999.

(1) Refere-se a 416 municípios. Ver Anexo.

(2) A preços de 1999. Dados atualizados pelo IGP-DI (médias anuais).

O maior aumento verificado para o grupo de municípios em Plena de Atenção Básica mostra-se coerente com o incremento no quadro de pessoal, demonstrado no item

sobre recursos humanos mais adiante. Para aqueles que estavam em Plena do Sistema, o gasto com pessoal não acompanhou o crescimento do número de profissionais verificado nesses municípios.

A análise da natureza das despesas em saúde evidencia uma distribuição diferente nos dois conjuntos de municípios. Em 1999, nas prefeituras em Gestão Plena da Atenção Básica, os itens que respondiam pelas maiores proporções do gasto eram pessoal (63,6%) e material de consumo (14,3%). Nas em Gestão Plena do Sistema, pesavam mais pessoal (46,1%) e outros serviços e encargos (35,7%), conforme Gráfico 1. Este último valor se justifica por ser esta a rubrica onde são lançados os valores pagos aos prestadores privados. Conforme a NOB/96, os municípios na condição Plena do Sistema são responsáveis pela contratação e pagamento dos serviços de assistência ambulatorial e hospitalar.

Gráfico 1

Distribuição das Despesas Realizadas em Saúde das Prefeituras, por Condição de Gestão e Natureza do Gasto
Estado de São Paulo (1)
1999

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1999.
(1) Refere-se a 401 municípios habilitados. Ver Anexo.

Município de São Paulo

O município de São Paulo apresenta situação singular devido ao Plano de Atendimento à Saúde - PAS, criado em 1996. Para a sua implantação foi aportado um volume significativo de recursos no seu primeiro ano. Nos anos seguintes, houve redução do volume total gasto em saúde, inclusive nas transferências para o PAS.

No período entre 1997 e 1999, as despesas em saúde tiveram uma queda de 21%, diminuindo o volume total de R\$ 988 milhões para R\$ 780 milhões. O gasto per capita também decresceu quase na mesma proporção, passando de R\$ 98 para R\$ 76 (Tabela 8).

Tabela 8

**Despesas Total e per Capita Realizadas em Saúde pela Prefeitura
Município de São Paulo
1997-1999**

Especificação	1997 (1)	1999	Variação (%)
Despesa Total (em mil R\$)	988.086,74	780.041,46	-21,06
Despesa Total per Capita (em R\$)	97,70	75,70	-22,52

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada - PMU 1997 e 1999.

(1) A preços de 1999. Dados atualizados pelo IGP-DI (médias anuais).

Ao se analisarem as despesas com pessoal, observa-se um aumento de 9,2%, passando de R\$158 para R\$173 milhões o valor despendido neste item. Esses valores representavam, respectivamente 16,1% e 22,3% do total gasto em saúde, em 1997 e 1999 (Tabela 9).

A análise da despesa por natureza indica que a maior participação dá-se com os gastos realizados na rubrica outros serviços e encargos, atingindo 77,9% e 70,7%, respectivamente em 1997 e 1999. Essa alta proporção é justificada pelo fato de os recursos transferidos para o PAS serem lançados nesta categoria. A diminuição verificada na despesa total também se refletiu neste item, que apresentou queda de 28,2%.

O item equipamentos e material permanente sofreu um acréscimo expressivo (195%), porém refere-se a valores pequenos, que representavam menos de 0,5% do total da despesa, em 1999.

Tabela 9

Despesas Realizadas em Saúde na Prefeitura de São Paulo, segundo Natureza
Município de São Paulo
1997-1999

Natureza	Despesas (em mil R\$)			Percentual sobre a Despesa Total	
	1997 (1)	1999	Taxa de Crescimento (%)	1997	1999
Pessoal	158.877,88	173.548,85	9,23	16,08	22,25
Material de Consumo	7.151,42	9.382,94	31,2	0,72	1,20
Remuneração de Serv. Pessoais	2.956,48	3.435,39	16,20	0,30	0,44
Outros Serviços e Encargos	768.538,50	551.599,34	-28,23	77,78	70,71
Subvenções Sociais	0,00	18.245,09	-	0,00	2,34
Obras e Instalações	580,27	681,24	17,40	0,06	0,09
Equipamento e Mat. Permanente	1.123,31	3.311,29	194,78	0,11	0,42
Demais Despesas	48.858,88	19.837,33	-59,4	4,94	2,54
Total	988.086,74	780.041,46	-21,06	100,00	100,00

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada - PMU 1997 e 1999.

(1) A preços de 1999. Dados atualizados pelo IGP-DI (médias anuais).

O perfil das finanças da área de saúde da Prefeitura paulistana foi altamente modificado em função da implantação do PAS, seja pelo repasse de recursos para as cooperativas, seja pela dificuldade na manutenção do padrão de gasto que o modelo exigiu. Com a mudança da administração municipal, em 2000, e a reorganização do sistema municipal de saúde, infere-se que o comportamento do gasto poderá sofrer alterações nos próximos anos.

Recursos Humanos

Os dados referentes aos recursos humanos gerenciados pelas prefeituras, foram analisados no sentido de verificar as transformações ocorridas no volume e na

composição do quadro de pessoal que atuava na área de saúde, e na política de RH praticada, entre 1997 e 1999. Analisou-se também a existência de dificuldade para contratar pessoal, em 1999.

Evolução dos Postos de Trabalho

A comparação dos dados de 1997 e 1999 mostra um aumento de 15,5% no total da força de trabalho sob a gerência das prefeituras habilitadas na NOB/96, sendo que a expansão maior deu-se na categoria de profissionais não universitários (19,7%). Para os profissionais de nível universitário, verificou-se uma taxa de crescimento de 10,4% no total, sendo de 9,1% entre os médicos e 11,9% entre os outros profissionais de nível universitário (Tabela 10).

Entre os municípios não habilitados houve crescimento de 17,7%, sendo expressivo para profissionais de nível não universitário (25,7%): O número de profissionais universitários cresceu 11,2%, com aumento maior entre os médicos (14,6%).

A evolução dos postos de trabalhos em saúde apresenta alguns diferenciais quando se analisam os municípios por modelo de gestão. O número de pessoal cresceu 24,2% nos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica e 10,6% nos de Plena do Sistema.

Quando se observa a relação per capita, nos municípios em Gestão Plena de Atenção Básica, há 3,78 profissionais para cada mil habitantes, enquanto nos em Plena do Sistema o número é 4,05 por mil habitantes, em 1999, e a relação de médicos é de 0,86 e 0,95 por mil habitantes, respectivamente.

Profissionais de nível universitário

Ao se desagregar o grupo de profissionais de nível universitário em médicos e não-médicos, observa-se que, nos municípios de Gestão Plena de Atenção Básica, houve um aumento mais substantivo de não-médicos (17,1%), enquanto naqueles em Plena do Sistema não houve diferença significativa, sendo a expansão das duas categorias em torno de 8% (Tabela 10).

Tabela 10

Taxas de Crescimento do Número de Profissionais de Saúde das Prefeituras,
por Condição de Gestão, segundo Categoria
Estado de São Paulo (1)
1997-99

Categorias Profissionais	Em porcentagem			
	Gestão Plena da Atenção Básica	Gestão Plena do Sistema	Total de Habilitados	Não Habilitados (2)
Universitários	13,2	8,46	10,36	11,24
Médicos	9,63	8,69	9,06	14,56
Outros (não médicos)	17,17	8,16	11,88	6,67
Não Universitários	34,42	11,79	19,68	25,69
Total	24,17	10,37	15,50	17,70

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada - PMU 1997 e 1999.

(1) Refere-se a 415 municípios. Ver Anexo.

(2) Exceto o Município de São Paulo.

Médicos

O número de médicos aumentou 9,1% nos municípios habilitados, com taxa de 9,4% nos municípios pequenos (menos de 50 mil habitantes), 7% nos médios (de 50 a 200 mil habitantes) e 11,5% nos grandes (mais de 200 mil habitantes). Essas taxas significaram, no total, um incremento de 1.053 postos de trabalho, três em média para cada município. Nos municípios não habilitados, a taxa de 14,6% significou, em média, incremento de um posto de trabalho em cada município, entre 1997 e 1999.

A análise da distribuição de especialidades médicas mostra um perfil semelhante entre os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema, em 1999. As especialidades com maior participação no total, para ambos os grupos, são: clínica geral, pediatria, ginecologia/obstetrícia, cirurgia geral, ortopedia/traumatologia e cardiologia.

Observa-se que as Prefeituras em Gestão Plena do Sistema apresentam proporcionalmente mais ortopedistas, pediatras e médicos de outras especialidades que as em Gestão Plena da Atenção Básica. Estas por sua vez, têm maiores

concentrações de médicos em cirurgia geral, clínica geral e ginecologia-obstetria, conforme o Gráfico 2.

Analisando-se o número de médicos nas especialidades básicas (clínica geral, cirurgia geral, ginecologia-obstetria e pediatria), verifica-se que estes representam 74% do total nos municípios de Plena da Atenção Básica e 67% nos de Plena do Sistema. A diferença está associada ao fato de que a maior complexidade dos serviços médicos – mais comum nos municípios em Plena do Sistema – requer maior diversidade de especialidades.

Gráfico 2

Distribuição dos Médicos das Prefeituras, por Especialidade e Condição de Gestão
Estado de São Paulo (1)
1999

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada - PMU 1999.

(1) Refere-se a 401 municípios habilitados. Ver Anexo.

A variação no número de médicos das Prefeituras em Gestão Plena da Atenção Básica, entre 1997 e 1999, foi bem diferente da média apurada (9,6%) para a maioria das especialidades. Entre as que tiveram os maiores aumentos, observam-se: cirurgia geral (20,4%), dermatologia (23,3%), medicina do trabalho (25,9%), otorrinolaringologia (38,7%), psiquiatria (30,4%) e outras especialidades (69,1%). As taxas de crescimento das especialidades de medicina do trabalho, otorrino e dermatologia estão influenciadas pelos pequenos números, em 1997: 27, 31 e 43 médicos, respectivamente.

Nas Prefeituras em Gestão Plena do Sistema, as especialidades que apresentaram crescimento acima da média (8,7%) foram: psiquiatria (10,1%), pediatria (10,3%), oftalmologia (10,8%), outras especialidades (12,8%), ortopedia/traumatologia (20,4%), neurologia (21,5%), endocrinologia (27,3%). Entre as taxas negativas, destaca-se a queda de 50% no número de homeopatas, contingente que já era reduzido em 1997 (32 médicos).

A especialidade de geriatria apresentou significativo incremento no número de médicos nas duas condições de gestão: 46,1% na Plena da Atenção Básica e 50% na Plena do Sistema. Essas altas taxas indicam uma preocupação das administrações municipais com o envelhecimento da população. No entanto, esses resultados devem ser vistos com cautela, uma vez que estão influenciados pelo número pequeno de médicos em 1997: cerca de 14 em cada grupo de municípios.

Outros profissionais de nível universitário

Na análise das variações por categoria profissional, observa-se que para o total dos municípios habilitados, houve aumento no número de trabalhadores para todas as categorias de nível universitário, exceto terapeutas ocupacionais, cujo quadro de pessoal manteve-se estável. As categorias com maior geração de postos de trabalho, em termos proporcionais, foram: educadores em saúde pública (54,9%); farmacêuticos (33,6%); enfermeiros (28,4%); médicos veterinários (25,5%); nutricionistas (21,7%); e fisioterapeutas (16,9%). Todas, com exceção de nutricionista, apresentaram maior expansão nos municípios sob Gestão Plena da Atenção Básica (Gráfico 3).

Gráfico 3

Taxas de Crescimento do Número de Profissionais de Nível Universitário das Prefeituras, por Modelo de Gestão, segundo Categoria Estado de São Paulo (1)
1997-99

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1997 e 1999.

(1) Refere-se a 401 municípios estudados. Ver Anexo.

A análise por porte populacional mostra que, para o total de municípios habilitados, as maiores taxas de crescimento do número de profissionais de nível universitário (exceto médicos) aparecem sempre nos municípios mais populosos. Quando acrescentadas as condições de gestão, no entanto, verificam-se algumas diferenças.

Na Gestão Plena da Atenção Básica, os municípios pequenos apresentaram maior expansão de postos de trabalho para farmacêuticos e nutricionistas do que os de médio e grande portes. Deve-se verificar, neste caso, a influência dos Programas de Farmácia Básica e Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais, componentes do PAB variável. Já os municípios médios incorporaram em maior grau os educadores em saúde pública, os enfermeiros e os fisioterapeutas, enquanto os de grande porte registraram maiores taxas de crescimento para o contingente de médicos veterinários.

Na Gestão Plena do Sistema, os municípios pequenos contrataram com maior intensidade enfermeiros, farmacêuticos e fisioterapeutas. Os municípios médios criaram, em maior grau, postos de trabalho para médicos veterinários, embora essas taxas sejam similares para os três portes de municípios. Os maiores apresentaram crescimento superior nas categorias de educadores em saúde pública e nutricionistas.

O aumento do número de farmacêuticos e médicos veterinários deve estar relacionado com a ampliação das ações de vigilância sanitária.

Profissionais de nível não universitário

O grupo de profissionais não universitários cresceu 19,7% na média dos municípios, entre 1997 e 1999. O aumento mais significativo (34,2%) ocorreu entre os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica, enquanto para os que estão na Plena do Sistema o crescimento foi equivalente a 11,8%.

A maior incorporação correspondeu aos profissionais da área de enfermagem: 20,2% de técnicos de enfermagem e 7,1% de auxiliares de enfermagem. Técnicos de radiologia também tiveram seu contingente aumentado (10,3%). Para as categorias citadas, os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica apresentaram taxas maiores de crescimento, sendo que, para os auxiliares de enfermagem, verificou-se o maior diferencial: 19% contra 0,9% para as prefeituras em Gestão Plena do Sistema²⁸.

Entre as categorias ligadas à saúde bucal, chamam atenção o aumento do contingente de auxiliares de odontologia (6%) e a diminuição do número de técnicos de higiene dental (-13,4%), especialmente nas prefeituras em Gestão Plena do Sistema.

Composição do quadro de RH em saúde

Os dados de 1999 confirmam uma tendência histórica de composição da força de trabalho em saúde no Brasil: a predominância de médicos e de pessoal de enfermagem de nível técnico e elementar (auxiliares e atendentes). Esses profissionais representam mais de 40% do total do quadro de pessoal dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica (23% de médicos, 16% de auxiliares de enfermagem e 3% de atendentes de enfermagem), quase o mesmo percentual verificado para os em Gestão Plena do Sistema (23%, 18% e 3%, respectivamente naquelas categorias), conforme ilustram os Gráficos 4 e 5.

²⁸ Ver tabela no Anexo A.

Gráfico 4

Distribuição dos Profissionais Gerenciados pelas Prefeituras em Gestão Plena da Atenção Básica, segundo Categoria Estado de São Paulo (1)
1999

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1999.

(1) Refere-se a 311 municípios estudados. Ver Anexo.

Dentre os profissionais de nível universitário, depois do médico, o cirurgião-dentista e o enfermeiro são as categorias mais representativas, independentemente do tipo de gestão assumida pelos municípios.

Nota-se que os agentes comunitários de saúde, que representam uma nova categoria, criada a partir da implantação dos Programas de Agentes Comunitários – PACS e de Saúde da Família – PSF, representam 3% dos profissionais da área de saúde nas prefeituras em Gestão Plena do Sistema e 5% naqueles em Gestão Plena da Atenção Básica. Esses resultados eram esperados, uma vez que tais programas são prioritários na política nacional de saúde e contam com incentivos financeiros previstos na NOB/96 (PAB variável).

Gráfico 5

Distribuição dos Profissionais Gerenciados pelas Prefeituras em
Gestão Plena do Sistema, segundo Categoria
Estado de São Paulo (1)
1999

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1999.

(1) Refere-se a 90 municípios estudados. Ver Anexo.

Política de Recursos Humanos

Neste item analisa-se o desenvolvimento da política de recursos humanos na área de saúde, considerada como o conjunto de ações que visam a adequada remuneração, o aprimoramento profissional, o plano de carreira e o compromisso ético e social do profissional com os usuários e o serviço público municipal.

Observa-se que a participação das prefeituras que desenvolvem essa política apresentou um pequeno incremento (de 39,9% para 41,4%) no grupo de municípios na Gestão Plena da Atenção Básica e um aumento mais significativo no grupo da Gestão Plena do Sistema (de 58,9% para 72,2%).

Tabela 11

**Prefeituras que Desenvolvem Política de Recursos Humanos na Área de Saúde,
segundo Condição de Habilitação
Estado de São Paulo (1)
1997-1999**

Condição de Habilitação	1997		1999		Total de municípios
	N ^{os} Abs.	%	N ^{os} Abs.	%	
Gestão Plena da Atenção Básica	124	39,87	129	41,48	311
Gestão Plena do Sistema	53	58,89	65	72,22	90
Não Habilitados (exceto MSP)	5	35,71	4	28,57	14

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1997 e 1999.

(1) Refere-se a 415 municípios selecionados para este estudo. Ver Anexo.

Entre as características das políticas municipais, observa-se incremento em todos os itens analisados, destacando-se a valorização da dedicação exclusiva e a contratação por concurso público, nos municípios em Gestão Plena do Sistema, e a existência de plano de cargos e salários e também os concursos públicos, para aqueles em Gestão Plena da Atenção Básica.

Os itens da política de recursos humanos presentes em maior número de municípios são a contratação por concurso público e a definição de piso salarial. No Gráfico 6, verifica-se que, o diferencial mais significativo, entre as duas condições de gestão, ocorre no item referente ao pagamento de complementação salarial para os profissionais municipalizados, que atinge 63% nos municípios em Gestão Plena do Sistema e apenas 29,5% naqueles em Gestão Plena da Atenção Básica. Essa diferença pode ser pelo fato dos municípios em Plena do Sistema serem, em sua maioria, de médio e grande portes e com maiores disponibilidades financeiras para executar esta ação. Outra hipótese, a ser explorada, é a de que essas prefeituras possuem um número maior de funcionários do Estado e da União que foram municipalizados, uma vez que nos municípios maiores concentrava-se a maior parte da rede de unidades de saúde estaduais e federais, especialmente os PAMs do antigo Inamps, que contavam com um significativo quadro de pessoal.

Gráfico 6

Prefeituras que Desenvolvem Política de Recursos Humanos na Área de Saúde, por Condição de Gestão, segundo Itens Estado de São Paulo (1) 1999

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1999.

(1) Refere-se aos 194 municípios que desenvolviam política de recursos humanos em saúde.

As ações de capacitação e treinamento de recursos humanos em saúde tiveram um pequeno incremento nos dois grupos de municípios analisados, porém, as prefeituras em Gestão Plena do Sistema realizaram essas ações de forma mais intensiva do que aquelas em Gestão Plena da Atenção Básica (76% e 40%, respectivamente, em 1999). Verifica-se que o porte populacional é um fator que contribui para a realização de capacitação e treinamento, pois nos dois conjuntos de municípios, essa participação cresce conforme aumenta a população. Por um lado, os municípios maiores possuem maior complexidade seja da atenção médica, como do nível de gestão, por outro, aqueles que aderiram a Gestão Plena do Sistema, passaram a assumir maiores responsabilidades em áreas como planejamento, avaliação e controle, o que, em ambos os casos, gera demanda por treinamento e capacitação.

É bom frisar que os dados pesquisados levantam informações sobre algumas características das políticas de RH desenvolvidas, permitindo traçar apenas um perfil, mas não dão conta da qualidade dessas políticas, por exemplo, o que contemplam os

planos de cargos e salários ou os temas abordados nas ações de capacitação e treinamento, assuntos estes que suscitam uma outra investigação.

Dificuldade de Contratação de Profissionais²⁹

Das prefeituras estudadas, 37,2% informaram ter tido dificuldade em contratar profissionais de saúde no mercado de trabalho, em 1999, sendo que o problema é maior para os municípios em Gestão Plena do Sistema, uma vez que mais da metade mencionou esta dificuldade, contra 32,5% daqueles em Plena da Atenção Básica. Comportamento semelhante foi verificado para os municípios não habilitados, com um terço deles apresentando dificuldade em contratar algum profissional de saúde (Tabela 12). A análise por estrato populacional não mostrou diferenças entre municípios de pequeno e médio portes, mantendo-se os mesmos percentuais nas duas condições de gestão.

Tabela 12

Prefeituras, por Situação de Dificuldade para Contratar Profissionais de Saúde, segundo Condição de Habilitação
Estado de São Paulo (1)
1999

Condição de Habilitação	Tiveram Dificuldade		Não Tiveram Dificuldade		Total	
	N ^{os} Abs.	%	N ^{os} Abs.	%	N ^{os} Abs.	%
Total de Habilitados	150	37,40	251	62,59	401	100,00
Gestão Plena de Atenção Básica	101	32,48	210	67,52	311	100,00
Gestão Plena do Sistema	49	54,44	41	45,56	90	100,00
Não Habilitados	5	33,33	10	66,67	15	100,00
Total	155	37,26	261	62,74	416	100,00

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1999.

(1) Refere-se a 416 municípios selecionados para este estudo. Ver Anexo.

²⁹ Tema pesquisado apenas em 1999.

A totalidade das prefeituras que indicaram dificuldade em contratar pessoal na área de saúde (155) mencionou este tipo de problema com relação a profissionais de nível universitário e apenas 28 destas (18,1%) com aqueles de nível não universitário, sendo a maioria de municípios em Gestão Plena da Atenção Básica.

A análise a seguir refere-se ao grupo dos 150 municípios habilitados que informaram ter encontrado dificuldade para contratar pessoal³⁰. No geral, entre os profissionais de nível superior, o mais demandado foi o médico, seguido pelo enfermeiro e farmacêutico, nesta ordem, nos dois conjuntos de municípios. O médico foi mais citado nos municípios de Gestão Plena do Sistema (85,7%) do que naqueles em Gestão Plena da Atenção Básica (74,3%), enquanto que o enfermeiro e farmacêutico foram referidos em proporção maior pelas prefeituras em Plena de Atenção Básica (49,5% e 14,8%, respectivamente) do que por aquelas em Plena do Sistema (30,6% e 6,1%, respectivamente).

Tabela 13

Prefeituras com Dificuldade para Contratar Profissionais de Nível Universitário, por Condição de Gestão, segundo Categoria
Estado de São Paulo (1)
1999

Profissionais de Nível Universitário	Gestão Plena da Atenção Básica		Gestão Plena do Sistema		Total	
	N ^º Abs.	%	N ^º Abs.	%	N ^º Abs.	%
Médico	75	74,26	42	85,71	117	78,00
Enfermeiro	50	49,50	15	30,61	65	43,33
Farmacêutico	15	14,85	3	6,12	18	12,00
Outros	20	19,80	2	4,08	22	14,19

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada – PMU 1999.

(1) Referem-se aos 150 municípios habilitados que tiveram dificuldade para contratar profissionais de saúde.

Além dessas três categorias profissionais, 14,1% das prefeituras – especialmente aquelas em Gestão Plena da Atenção Básica – citaram outros profissionais: assistente social e psicólogo, em maior número de casos, além de terapeuta ocupacional,

³⁰ Cada município podia indicar até três profissionais.

veterinário, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e profissional de IEC (informação, educação e comunicação).

Dos municípios que indicaram dificuldade para a contratação de médicos, 84 identificaram a especialidade, sendo que a mais citada foi a de médico de família ou generalista, seguida por pediatria, clínica geral, ginecologia-obstetrícia e psiquiatria.

Outras especialidades foram listadas por pequeno número de municípios nas duas condições de gestão: cardiologia; dermatologia; infectologia; neurologia; neurologia-pediátrica; oftalmologia e ortopedia. Municípios em Gestão Plena de Atenção Básica também informaram dificuldade em contratar médicos sanitaristas. Alguns médicos especialistas foram citados apenas por prefeituras em Gestão Plena do Sistema: anestesista; endocrinologista; intensivista; otorrinolaringologista; oncologista; ultrassonografista; plantonista e auditor – provavelmente em função de rede de serviços mais complexa e dos trabalhos de avaliação e controle dos serviços contratados, no caso específico do auditor.

Entre os profissionais de nível não universitário, a dificuldade concentra-se basicamente em pessoal de enfermagem: 24 municípios citaram auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, estes últimos em menor número³¹.

O Município de São Paulo

A área de recursos humanos foi uma das mais afetadas com a implantação do PAS pelo Município de São Paulo, uma vez que o sistema exigia que as cooperativas fossem responsáveis pelos profissionais da rede. A lei, que criou o PAS, previa que os funcionários municipais pudessem pedir licença sem vencimentos para aderirem ao plano. Como demonstrado pela pesquisa de SÁ et alii (1997), a grande recusa de adesão ao PAS provocou um êxodo forçado de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, através de transferência para outros órgãos da administração municipal, muitas vezes não ligados à saúde, especialmente em 1996, mas com continuidade em 1997.

³¹ Além dos profissionais da área de enfermagem, foram citados agentes de saúde, agentes de saneamento, agentes comunitário de saúde, técnicos em informática, técnicos em saneamento, auxiliar geral, administrativos e técnicos sem especificação.

Os dados da PMU, para o período 1997-99, mostram uma estabilidade no número de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, com uma variação de 0,5% no total. No entanto, por categoria profissional, as taxas revelam-se bem distintas, observando-se diminuição no número de médicos (-9,2%) e aumento considerável para cirurgiões-dentistas (28,2%), enfermeiros (10,9%) e auxiliares de enfermagem (15,2%).

Tabela 14

Profissionais de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo,
segundo Categorias Profissionais
Município de São Paulo
1997-1999

Categorias Profissionais	1997	1999	Variação (%)
Médicos	1.888	1.714	-9,22
Cirurgiões-dentistas	213	273	28,17
Enfermeiros	659	731	10,93
Farmacêuticos	150	157	4,67
Auxiliares de Enfermagem	1.804	2.079	15,24
Técnicos de Laboratório	130	124	-4,62
Técnicos de Radiologia	58	60	3,45
Outras	6.050	5.883	-2,76
Total	10.952	11.021	0,63

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada 1997 e 1999.

Quanto aos outros aspectos investigados, a política de recursos humanos não apresentou modificação. Todas as ações executadas em 1997 continuaram sendo realizadas em 1999, inclusive as da área de capacitação e treinamento. Nos dois anos, só não foram realizadas ações de treinamento voltadas para os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários, uma vez que não eram desenvolvidos pela Prefeitura. Também, nenhuma dificuldade para contratar pessoal foi relatada.

CONCLUSÕES

O processo de descentralização trouxe inúmeras transformações na área de saúde em âmbito municipal. Foram abordadas, nesta dissertação, o que mudou em termos de recursos financeiros e humanos, após a implantação da NOB/96.

A primeira hipótese referia-se ao aumento no montante da despesa realizada em saúde pelas prefeituras e à mudança na composição desse gasto no que diz respeito seja à sua natureza, seja às fontes de financiamento. Observou-se aumento significativo no montante de recursos gastos em saúde no total de municípios analisados, sendo que a maior taxa correspondeu ao grupo que estava sob a Gestão Plena do Sistema. É esse conjunto que também apresenta o maior valor de despesa em saúde per capita (R\$ 138, em 1999).

Após a implantação da NOB/96, houve também um incremento no valor dos recursos próprios e federais aportados na área de saúde, no conjunto dos municípios habilitados. Para os não habilitados ocorreram redução significativa (55%) nas despesas realizadas com recursos federais e aumento naquelas efetuadas por meio de recursos próprios (17%). Esse último valor, que está bem acima da média dos municípios habilitados, deve estar relacionado à necessidade de compensar o não recebimento de recursos da União.

Os gastos com pessoal consumiram, em 1999, cerca de 51% do total da despesa realizada nos municípios habilitados, revelando um incremento de 4,5%, no período 1997-99. Essa expansão foi mais significativa nos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica.

Quanto aos demais itens de gasto, observou-se participação significativa das despesas com outros serviços e encargos (35,7%) nos municípios em Gestão Plena do Sistema, o que é explicado por uma das atribuições da NOB/96 a esse tipo de gestão, ou seja, a contratação e o pagamento dos serviços de assistência ambulatorial e hospitalar da rede privada vinculada ao SUS.

O município de São Paulo, do grupo de não municipalizados, foi estudado à parte, tendo em vista a sua situação peculiar derivada da implantação do Plano de Atendimento à Saúde – PAS, bem como a magnitude de sua estrutura administrativa

e financeira. Verificou-se queda significativa (21%) no total da despesa realizada em saúde, refletindo na redução do gasto per capita, que passou de R\$ 98 para R\$ 76, entre 1997 e 1999. No gasto por natureza, a participação das despesas com outros serviços e encargos era da ordem de 70,7%, em 1999, devido às transferências de recursos para as cooperativas do PAS.

A segunda hipótese, também comprovada, referia-se a mudanças na quantidade e na composição do quadro de pessoal da saúde nas administrações municipais. Observou-se expansão de 15,5% no número de postos de trabalho em saúde das prefeituras habilitadas, sendo de 10,4% para os profissionais universitários e de 19,7% para os não universitários.

No grupo de municípios em Gestão Plena do Sistema, as taxas de crescimento para médicos e outros profissionais universitários atingiram o mesmo valor (8%), entretanto, os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica tiveram comportamento distinto, com aumento de 13,3% no total de médicos e uma expansão de 17% de profissionais não-médicos.

Para o total dos municípios habilitados, houve aumento no número de trabalhadores para todas as categorias de nível universitário, exceto terapeutas ocupacionais, cujo quadro manteve-se estável. As categorias com maior geração, proporcional, de postos de trabalho foram: educadores em saúde pública (54,9%); farmacêuticos (33,6%); enfermeiros (28,4%); médicos veterinários (25,5%); nutricionistas (21,7%); e fisioterapeutas (16,9%). Todas estas, com exceção de nutricionistas, tiveram maior expansão nos municípios sob Gestão Plena da Atenção Básica.

A análise segundo o porte populacional evidenciou algumas diferenças. Entre os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica, os de pequeno porte apresentaram maior expansão de postos de trabalho para farmacêuticos e nutricionistas. Os municípios médios incorporaram em maior grau os educadores em saúde pública, os enfermeiros e os fisioterapeutas, enquanto os de grande porte registraram maiores taxas para médicos veterinários. Na Gestão Plena do Sistema, os municípios pequenos contrataram com maior intensidade enfermeiros, farmacêuticos e fisioterapeutas; os médios, médicos veterinários e os maiores, educadores em saúde pública e nutricionistas.

O número de profissionais não universitários cresceu 19,7% na média dos municípios. Esse aumento, entretanto, foi mais significativo para aqueles em Gestão Plena da Atenção Básica (34,4%), enquanto nos que estavam em Plena do Sistema atingiu 11,8%. A maior incorporação de profissionais ocorreu na área de enfermagem: 20,2% de técnicos de enfermagem, e 7,1% de auxiliares de enfermagem.

Os dados de 1999 confirmam uma tendência histórica de composição da força de trabalho em saúde no Brasil: a predominância de médicos e de pessoal de enfermagem de nível técnico e elementar (auxiliares e atendentes). Esses profissionais representam mais de 40% do total do quadro de pessoal. Observou-se que os agentes comunitários de saúde apresentam uma participação significativa no quadro de pessoal das prefeituras.

A terceira hipótese previa mudanças no desenvolvimento da política de recursos humanos na área de saúde. Verificou-se que as prefeituras em Gestão Plena do Sistema realizaram-na em maior número do que aquelas em Plena da Atenção Básica, com incremento em todos os itens analisados. A valorização da dedicação exclusiva e a contratação por concurso público tiveram destaque nos municípios em Plena do Sistema, e a existência de plano de cargos e salários e concursos públicos, naqueles em Plena da Atenção Básica.

Os itens da política de recursos humanos, presentes em maior número de municípios, são a contratação por concurso público e a definição de piso salarial. Entre os itens analisados, o referente ao pagamento de complementação salarial para os profissionais municipalizados registrou o diferencial mais significativo entre as duas condições de gestão, atingindo 63% nos municípios em Gestão Plena do Sistema e apenas 29,5% naqueles em Plena da Atenção Básica.

Do total, 37,2% das Prefeituras informaram dificuldade em contratar profissionais de saúde, em 1999, sendo que o problema é maior para os municípios em Gestão Plena do Sistema, uma vez que mais da metade mencionou este problema, contra 32,5% daqueles em Gestão Plena da Atenção Básica. Comportamento semelhante ocorreu em um terço dos municípios não habilitados. A análise por estrato populacional não

mostrou diferenças entre municípios pequenos e médios, mantendo-se os mesmos percentuais nas duas condições de gestão.

Predomina a dificuldade de contratar pessoal de nível universitário, especialmente médicos, enfermeiros e farmacêuticos. Os médicos especialistas mais citados como problema foram médico de saúde da família ou generalista, pediatra, clínico geral, ginecologista-obstetra e psiquiatra. Entre os profissionais não universitários, a dificuldade concentra-se em pessoal de enfermagem.

A área de recursos humanos foi uma das mais prejudicadas com a implantação do PAS no município de São Paulo. Os dados mostram uma estabilidade no número de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, entre 1997 e 1999, com uma variação de 0,5% no total. No entanto, com taxas bem distintas por categoria: diminuição no número de médicos (-9,2%) e aumento considerável para cirurgiões-dentistas (28,2%), enfermeiros (10,9%) e auxiliares de enfermagem (15,2%). Quanto à política de recursos humanos, não houve modificação. Todas as ações executadas em 1997 continuaram sendo realizadas em 1999, inclusive as da área de capacitação e treinamento.

Os dados evidenciam os efeitos do processo de descentralização da política de saúde, onde ressalta-se o maior volume de recursos financeiros gerenciados pelas prefeituras e o seu papel na geração de postos de trabalho. As novas diretrizes da política nacional de saúde, contempladas na NOB/96, entre as quais os programas de Saúde da Família – PSF, de Agentes Comunitários – PACS e Farmácia Básica, também apresentam seus efeitos, evidenciados, no caso dos dois primeiros programas, pelo número de agentes comunitários existentes nos quadros das prefeituras e pela dificuldade em se contratar médico de saúde da família ou generalista e, no terceiro, através do incremento de farmacêuticos.

Ao final deste trabalho, desponta um vasto elenco de questões a serem aprofundadas em outros estudos. Há ainda um potencial nas informações levantadas a ser explorado através da base da PMU ou com novas pesquisas.

Os dados analisados permitiram identificar a trajetória dos municípios habilitados nas condições de gestão da NOB/96, quanto a aspectos de recursos financeiros e humanos. Desta análise surgem novas questões, em primeiro lugar, a identificação da

participação do gasto com recursos próprios sobre as receitas próprias da Prefeitura, nos termos em que determina a EC nº 29, com o objetivo de verificar sua efetividade e os efeitos no desempenho da gestão municipal de saúde. A segunda questão diz respeito ao conhecimento da qualidade das políticas de recursos humanos implementadas pelas administrações municipais e o conhecimento, entre outros aspectos, das características dos planos de cargos e salários. Desponta, por fim, como interesse a utilização de um outro eixo de análise, que seria a avaliação de desempenho dos municípios, através da elaboração de uma espécie de “coorte” dos que aderiram às condições mais avançadas da gestão municipal – poderia ser a Gestão Semiplena (NOB/93), no caso de se acompanhar um período mais longo, ou a própria Gestão Plena do Sistema.

O SUS constitui-se num campo de pesquisa extremamente fecundo, especialmente no âmbito municipal. Com a implantação da política de descentralização da saúde, a produção e utilização de informações municipais vêm assumindo papel cada vez mais estratégico, enquanto instrumento de gerenciamento e de subsídio ao diálogo entre o poder central, os gestores estaduais e municipais e a população. A idéia do uso da informação como parte da cultura organizacional das instituições governamentais e como ferramenta de implementação de políticas públicas, será fortalecida quanto mais se avançar na produção e utilização dos dados existentes. Só o uso da informação pode agregar qualidade aos dados. Foi com esta intenção que realizou-se o presente trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, E. S. *Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a estratégia Norma Operacional Básica 01/93*. Tese de Livre-Docência. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1995.
- ALMEIDA, M. F. Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. *Informe Epidemiológico do SUS VII* (3), jul/set, 1998.
- BARRETO JUNIOR, I. F. *Reforma do Estado: uma análise do Sistema Único de Saúde em São Paulo*. Tese de Mestrado. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica – PUC/SP, 1999.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Senado Federal, 1988.
- CARVALHO, G. “O momento atual do SUS – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 2, n. 1, FSP/APSP, 1993, p. 9-24.
- CONASEMS. *Jornal do Conasems. Publicação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde*. Brasília, ano IV, nº 15, abril de 1999.
- CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA DA 2^A. REGIÃO. *Perfil do Fonoaudiólogo no Estado de São Paulo*. São Paulo, CRFa., 1997.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6^a. REGIÃO/CRP-06. *Psicologia: Formação, Atuação Profissional e Mercado de Trabalho*. Estatísticas 1995. São Paulo, CRP, 1995.
- COHN, A. e ELIAS, P. E. M. *Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços*. 2^a. edição. São Paulo, Cortez/Cedec, 1998.
- DALLARI, S. G. “Descentralização versus municipalização”. *Saúde em Debate*. Londrina. Cebes, n. 35, jul. 1992, p. 39-42.

- ELIAS, P. E. M. *Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político-institucional*. Tese de Doutorado. São Paulo, Faculdade de Medicina da USP, 1996.
- ELIAS, P. E. M. “Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares”. *Saúde e Sociedade*, v. 5, n. 2, 1996; p. 17-34.
- FUNDAÇÃO SEADE. *Cadernos do Fórum São Paulo Século XXI. Caderno 4 – Saúde*. São Paulo, Imprensa Oficial, 06/06/2000 (Suplemento do Diário Oficial).
- FUNDAÇÃO SEADE. *Anuário Estatístico do Estado de São Paulo 1999*. São Paulo, 2001.
- GOULART, F. A. A. *Municipalização: veredas – caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Abrasco/Conasems, 1996.
- HEIMANN, L.S. et alii. *Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal*. São Paulo, Sobravime, 2000.
- IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas de Saúde: Assistência Médico-Sanitária 1999*. Rio de Janeiro, IBGE, 2000.
- MACHADO, M. H. et alii. *O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro, ENSP, 1992.
- MACHADO, M. H. (coord.). *Perfil dos Médicos no Brasil - volume V - São Paulo*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD, 1996.
- MARQUES, R. M. *O financiamento do sistema público de saúde brasileiro*. Santiago do Chile, CEPAL, 1999.
- MARQUES, R. M. e MENDES, A. “O financiamento da atenção à saúde no Brasil”. *Pesquisa & Debate*, v. 12, n. 1, 2001, p.65-91.
- MEDICI, A. C. “A força de trabalho em saúde no Brasil dos anos 70: percalços e tendências”. *Textos de Apoio: Planejamento I - Recursos Humanos em Saúde*. Rio de Janeiro, ENSP/Abrasco, 1987a.
- _____. “Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica no Brasil na década de 70”. *Textos de Apoio: Planejamento I - Recursos Humanos em Saúde*. Rio de Janeiro, ENSP/Abrasco, 1987b.

- _____. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas no processo de descentralização*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.
- _____. *Perfil da saúde no Brasil*. Brasília, Ipea, 1997 (Texto para discussão, nº 472).
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1996.
- MILLS, A. et alli. *Descentralización de los Sistemas de Salud: conceptos, aspectos y experiencias nacionales*. Ginebra, OMS, 1990.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Agenda de prioridades para a política de recursos humanos na gestão do SUS*. Brasília, 1997.
- _____. “A ousadia de fazer cumprir a lei”. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1993.
- _____. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final. *Cadernos RH Saúde*. Brasília, v. 2, n. 1, julho, 1994.
- _____. “Norma Operacional Básica 01/96”. *Diário Oficial da União*. Brasília, 06 de novembro de 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde/Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. *Guia Geral do PROFAE*. Brasília, home-page do MS (www.saude.gov.br/profae).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual para a organização da atenção básica*. Brasília, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS) – descentralização*. Brasília, 2000.
- MONTONE, J. “Modalidades institucionais propostas pelo Plano Diretor da Reforma do Estado”. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Regulação e gestão de recursos humanos em saúde na perspectiva da reforma do Estado*. Brasília, 1998. (Relatório Final).

- MOURA, M. L. P. A. et alii "A força de trabalho em enfermagem no Estado de São Paulo". São Paulo, Coren/Aben, 1996.
- NOGUEIRA, R. P. "A força de trabalho em saúde". *Revista de Administração Pública*, v. 17, n. 3, jul/set.1983, p. 61-70.
- NOGUEIRA, R. P; SILVA, F.B. e RAMOS, A.V. O. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro, Ipea, junho de 2000 (Texto para Discussão, n. 735). Disponível em www.ipea.gov.br/pub/td/tda2000a.html.
- OLIVEIRA, L. S. S. *A profissionalização dos trabalhadores de enfermagem nos serviços de saúde: uma experiência de construção do Projeto Larga Escala na cidade de São Paulo*. Tese de Mestrado. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1996.
- OPS – Organização Pan-americana de Saúde. *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington, v. 1, 1994, p. 342-45 (Publicação Científica n. 549).
- PAIM, J. S. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1994.
- PIMENTA, A. L. "O SUS e a municipalização: à luz da experiência concreta". *Saúde e Sociedade*. São Paulo, FSP/APSP, v.2, n.1, 1993, p. 25-40.
- SÁ, E. N. C et alii. *O êxodo forçado de servidores da secretaria municipal de saúde em decorrência da implantação do PAS – Plano de Atendimento à Saúde*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1997 (Série Monográfica).
- SÁ, E. N. C. "Novas autonomias/novas realidades no processo de implantação do sistema único de saúde" – uma contribuição à análise da saúde pública como questão da política pública social. *Revista Paulista de Hospitais*, v. 15, n. 3, 1993.
- SANTANA, J. P. e GIRARDI, S. N. "Recursos humanos em saúde: reptos atuais". *Educação Médica e Saúde*, v. 27, n. 3, 1993, p.341-56.
- SANTOS, L. *Distribuições de competências no Sistema Único de Saúde: o papel das três esferas de governo no SUS*. Brasília, OPS/OMS, 1994.

- SOARES, L. T. R. *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Rio de Janeiro, UFRJ, 1999.
- TEIXEIRA, C. F. "Municipalização da Saúde: os caminhos do labirinto". *Saúde em Debate*. Londrina, Cebes, n. 33, dez. 1991, p. 27-32.
- TOBAR, F. "O conceito de descentralização: usos e abusos". *Planejamento e políticas públicas*. Brasília, Ipea, n. 5, jun. 1991, p. 31-51.
- VECINA NETO, G. e TERRA, V. "A universidade e a formação de recursos humanos em saúde". In MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Regulação e gestão de recursos humanos em saúde na perspectiva da reforma do Estado*. Brasília, 1998. (Relatório Final).

ANEXO A

Tabela 1

Distribuição dos Ocupados, segundo Ramos de Atividade
Região Metropolitana da Grande São Paulo e Município de São Paulo
1985, 1990, 1995 e 1998

Ramos de Atividade	Área	Em porcentagem			
		Anos			
		1985	1990	1995	1998
Ocupados	RMSP	100,00	100,00	100,00	100,00
	MSP	100,00	100,00	100,00	100,00
Indústria	RMSP	32,8	31,2	24,7	19,8
	MSP	29,8	28,3	22,3	17,8
Construção Civil	RMSP	3,3	3,4	2,6	2,6
	MSP	3,0	3,2	2,5	2,4
Comércio	RMSP	14,1	16,0	17,0	16,7
	MSP	14,7	16,8	17,4	17,0
Serviços	RMSP	40,7	42,5	47,6	51,8
	MSP	44,0	45,1	50,0	54,1
Saúde	RMSP	3,0	3,1	3,7	4,1
	MSP	3,2	3,4	4,0	4,5
Serviços Domésticos	RMSP	8,2	6,0	7,6	8,4
	MSP	8,1	6,0	7,4	8,3
Outros	RMSP	0,9	0,9	0,6	0,5
	MSP	0,4	0,7	0,4	0,4

Fonte: SEP. Convênio SEADE - DIEESE. Pesquisa de Emprego e Desemprego

Tabela 2

Características do Perfil dos Médicos, Psicólogos e Fonoaudiólogos
Estado de São Paulo
1995 e 1997

Características	Em porcentagem		
	Médico (1995)	Psicólogo (1995)	Fonoaudiólogo (1997)
Homens	68,8	10,8	0,2
Mulheres	31,2	89,2	99,8
Não atuavam na profissão	1,9	29,6	11,1
Rejuvenescimento			
Menos de 41 Anos		72,3	87,3
Menos de 45 Anos	68,8		
Três ou mais atividades	51,7	...	15,6
Atividade em consultório	74,6	54,5	54,6
Convênio médico	74,5	20,2	43,5
Atividade no Setor Público	64,6	...	(1) 24,4

Fonte: Conselho Federal de Medicina/ FIOCRUZ; Conselho Regional de Psicologia - CRP-SP; Fundação Seade; Conselho Regional de Fonoaudiologia de São Paulo.

Tabela 3

Transferências do Ministério da Saúde para o Estado e Municípios, segundo tipo de Despesa
Estado de São Paulo
1997-99 (1)

Tipo de Despesa	Em reais correntes		
	1997	1998	1999
TOTAL	1.944.243.330	2.256.129.792	2.813.965.114
Pagamentos Federais (2)	1.558.701.278	1.514.025.171	1.718.600.471
Internações Hospitalares	690.577.522	699.708.697	866.710.668
Atendimento Ambulatorial	868.123.756	814.316.474	851.889.803
Transferências para Assistência de Alta e Média Complexidade (3)	385.542.053	537.255.932	698.960.649
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	308.433.642	499.973.113	677.923.042
Fator de Recomposição	77.108.411	30.777.932	-
Compensação de Alta Complexidade	-	1.087.428	505.029
Urgência e Emergência	-	5.417.459	4.574.654
Gestantes de Alto Risco	-	-	1.334.149
Neurocirurgia	-	-	2.373.391
UTI	-	-	3.016.508
Combate ao Câncer de Colo Uterino	-	-	2.158.262
Transplantes	-	-	698.740
Cirurgia de Catarata	-	-	4.632.060
Cirurgia de Hérnia Inguinal	-	-	290.515
Medicamentos para Transplantes	-	-	743.583
Programa de Tuberculose	-	-	154.682
Cirurgia de Mama	-	-	1.281
Cirurgia da Próstata	-	-	198.231
Cirurgia de Varizes	-	-	331.487
Cirurgia de Deformidade Crânio-Facial	-	-	25.034
Transferências para Assistência de Atenção Básica (4)	-	204.848.689	396.403.993
PAB Fixo (5)	-	192.304.499	340.769.616
PAB Variável (5)	-	12.544.191	54.827.854
Programa de Agente Comunitário de Saúde	-	2.804.491	4.954.033
Programa de Saúde da Família	-	2.760.916	5.806.175
Programa de Vigilância Sanitária	-	4.031.531	6.142.706
Programa de Combate à Carência Nutricional	-	2.947.253	8.343.923
Farmácia Básica	-	-	29.581.018
Medicamentos para Saúde Mental	-	-	806.524

Fonte: Ministério da Saúde/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - Datasus; Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade.

(1) Período de competência

(2) Referem-se aos pagamentos efetuados diretamente pelo Ministério da Saúde aos prestadores, mediante prestação de serviços.

(3) Referem-se ao valor das transferências do Ministério da Saúde para os estados e municípios em gestão Semiplena, até 1997, Plena do Sistema ou Plena da Atenção Básica, após 1998, visando assistência de alta e média complexidade. Ver Notas Metodológicas.

(4) Referem-se ao valor das transferências destinadas à atenção básica para os estados e municípios em qualquer modelo de gestão. Ver Notas Metodológicas.

(5) Refere-se às transferências do Piso da Atenção Básica - PAB, implantado em 1998. Ver Notas Metodológicas.

Nota: Não estão incluídos os valores referentes ao fator de recomposição (25%) pagos de julho de 1995 a maio de 1998

Ref. Bib. Fundação Seade. Anuário Estatístico do Estado de São Paulo 1999. São Paulo, 2001

Tabela 4 - População dos Municípios, segundo Condição de Gestão
Estado de São Paulo (1)
1997-99

Condição de Gestão	População	
	1997	1999
Total de Habilitados	13.340.643	13.932.565
até 50 mil habitantes	4.117.983	4.204.244
de 50 a 200 mil habitantes	4.713.144	4.996.182
mais de 200 mil habitantes	4.509.516	4.732.139
Gestão Plena de Atenção Básica	5.549.345	5.806.129
até 50 mil habitantes	3.068.702	3.159.973
de 50 a 200 mil habitantes	1.312.882	1.392.959
mais de 200 mil habitantes	1.167.761	1.253.197
Gestão Plena do Sistema	7.791.298	8.126.436
até 50 mil habitantes	1.049.281	1.044.271
de 50 a 200 mil habitantes	3.400.262	3.603.223
mais de 200 mil habitantes	3.341.755	3.478.942
Não Habilitados (exceto MSP)	92.785	94.627
Município de São Paulo	10.113.214	10.305.049
Total Geral	23.546.642	24.332.241

Fonte: Fundação Seade.

(1) Refere-se a 416 municípios. Ver Anexo.

Tabela 5

Despesas Realizadas em Saúde nas Prefeituras Municipais
segundo Condição de Gestão
Estado de São Paulo (1)
1997-99

Condição de Gestão	Em reais					
	Despesa Total			Despesa per capita		
	1997 (2)	1999	Variação (%)	1997(2)	1999	Variação (%)
Total de Habilitados	1.352.218.125,76	1.557.109.317,51	15,15	101,36	111,76	10,26
até 50 mil habitantes	385.695.665,30	408.661.068,91	5,95	93,66	97,20	3,78
de 50 a 200 mil habitantes	377.729.156,22	516.957.741,91	36,86	80,14	103,47	29,11
mais de 200 mil habitantes	588.793.304,24	631.490.506,69	7,25	130,57	133,45	2,21
Gestão Plena de Atenção Básica	405.341.391,29	435.565.608,09	7,46	73,04	75,02	2,71
até 50 mil habitantes	247.255.669,16	263.442.141,69	6,55	80,57	83,37	3,48
de 50 a 200 mil habitantes	89.008.934,84	95.926.720,52	7,77	67,80	68,87	1,58
mais de 200 mil habitantes	69.076.787,29	76.196.745,88	10,31	59,15	60,80	2,79
Gestão Plena do Sistema	946.876.734,47	1.121.543.709,42	18,45	121,53	138,01	13,56
até 50 mil habitantes	138.439.996,14	145.218.927,22	4,90	131,94	139,06	5,40
de 50 a 200 mil habitantes	288.720.221,38	421.031.021,39	45,83	84,91	116,85	37,62
mais de 200 mil habitantes	519.716.516,95	555.293.760,81	6,85	155,52	159,62	2,64
Não Habilitados (exceto MSP)	6.681.723,37	7.090.389,89	6,12	72,01	74,93	4,05
Município de São Paulo	988.086.744,54	780.041.457,31	-21,06	97,70	75,70	-22,52

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada - PMU 1997 e 1999.

(1) Refere-se a 416 municípios. Ver Anexo.

(2) A preços de 1999. Dados atualizados pelo IGP-DI (médias anuais).

Tabela 6 - Distribuição das Despesas Realizadas em Saúde nas Prefeituras Municipais, por natureza segundo Condição de Gestão
Estado de São Paulo (1)
1999

Condição de Gestão	Pessoal	Material de Consumo	Outros Serviços e Encargos	Subvenções Sociais	Obras e Instalações	Em porcentagem		Total
						Equipamentos e Material Permanente	Demais Despesas	
Plena de Atenção Básica	63,63	14,30	10,23	4,00	2,98	1,30	3,55	100,00
Plena do Sistema	46,14	7,68	35,68	3,07	1,09	1,08	5,25	100,00
Total de Habilitados	51,03	9,53	28,56	3,33	1,62	1,14	4,77	100,00
Não Habilitados (exceto MSP)	57,92	18,90	11,92	4,41	2,99	2,94	0,92	100,00
Município de São Paulo	22,25	1,20	70,71	2,34	0,09	0,42	2,98	100,00

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada - PMU 1997 e 1999.

Tabela 7 - Número e Taxa de Crescimento de Profissionais de Saúde das Prefeituras Municipais
Estado de São Paulo (1)
1997-99

Categorias Profissionais	Gestão Plena de Atenção Básica			Gestão Plena do Sistema			Total de Habilitados			Não Habilitados (exceto MSP)		
	1997	1999	Taxa (%)	1997	1999	Taxa (%)	1997	1999	Taxa (%)	1997	1999	Taxa (%)
Universitários	8.531	9.657	13,20	12.747	13.825	8,46	21.278	23.482	10,36	178	198	11,24
Médicos	4.548	4.986	9,63	7.076	7691	8,69	11.624	12.677	9,06	103	118	14,56
Assistentes Sociais	326	341	4,60	420	424	0,95	746	765	2,55	12	9	-25,00
Bioquímico/Biólogos/ Químicos/Biomédicos	106	114	7,55	201	223	10,95	307	337	9,77	1	1	0,00
Cirurgiões-dentistas	1.983	2.098	5,80	2.491	2.478	-0,52	4.474	4.576	2,28	37	41	10,81
Educadores em Saúde Pública	25	49	96,00	26	30	15,38	51	79	54,90	0	2	100,00
Enfermeiros	478	741	55,02	1.062	1.237	16,48	1.540	1.978	28,44	6	8	33,33
Farmacêuticos	87	127	45,98	133	167	25,56	220	294	33,64	1	1	0,00
Fisioterapeutas	256	303	18,36	171	196	14,62	427	499	16,86	3	4	33,33
Fonoaudiólogos	165	196	18,79	198	215	8,59	363	411	13,22	2	2	0,00
Nutricionistas	30	33	10,00	39	51	30,77	69	84	21,74	1	0	-100,00
Psicólogos	307	394	28,34	474	500	5,49	781	894	14,47	7	6	-14,29
Terapeutas Ocupacionais	35	45	28,57	100	90	-10,00	135	135	0,00	1	0	-100,00
Médicos Veterinários	114	145	27,19	82	101	23,17	196	246	25,51	2	6	200,00
Outros universitários	71	85	19,72	274	422	54,01	345	507	46,96	2	0	-100,00
Não universitários	9.129	12.271	34,42	17.051	19.062	11,74	26.180	31.333	19,68	144	181	25,69
Auxiliares de Enfermagem	3.034	3.611	19,02	5.789	5.840	0,88	8.823	9.451	7,12	55	64	16,36
Auxiliares de Odontologia	803	816	1,62	871	958	9,99	1.674	1.774	5,97	12	13	8,33
Técnicos de Enfermagem	228	303	32,89	558	642	15,05	786	945	20,23	6	4	-33,33
Técnico de Higiene Dental	19	18	-5,26	167	143	-14,37	186	161	-13,44	0	0	0,00
Técnicos de Laboratório	61	44	-27,87	225	210	-6,67	286	254	-11,19	2	2	0,00
Técnicos de Radiologia	125	142	13,60	226	245	8,41	351	387	10,26	2	2	0,00
Outros não universitários	4.859	7.337	51,00	9.215	11.024	19,63	14.074	18.361	30,46	67	96	43,28
TOTAL GERAL	17.660	21.928	24,17	29.798	32.887	10,37	47.458	54.815	15,50	322	379	17,70

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada - PMU 1997 e 1999.

(1) Refere-se a 415 municípios. Ver Anexo B.

Tabela 8 - Médicos Gerenciados pelas Prefeituras, por especialidade

Estado de São Paulo

1999

Condição de Gestão	Cardiologia		Cirurgia Geral		Clínica Geral		Dermatologia		Endocrinologia		Geriatria		Ginecologia/Obstetrícia		Homeopatia		Imunologia		Medicina do trabalho	
	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%
Total de Habilitados	348	2,75	443	3,49	4.202	33,15	149	1,18	55	0,43	40	0,32	1.681	13,26	24	0,19	13	0,10	103	0,81
até 50 mil habitantes	177	4,04	179	4,08	1.547	35,30	51	1,16	9	0,21	16	0,37	678	15,47	6	0,14	4	0,09	43	0,98
de 50 a 200 mil habitantes	110	2,55	109	2,53	1.352	31,37	64	1,48	20	0,46	16	0,37	532	12,34	12	0,28	8	0,19	34	0,79
mais de 200 mil habitantes	61	1,53	155	3,89	1.303	32,71	34	0,85	26	0,65	8	0,20	471	11,82	6	0,15	1	0,03	26	0,65
Gestão Plena de Atenção Básica	153	3,07	189	3,79	1.869	37,48	53	1,06	13	0,26	19	0,38	745	14,94	8	0,16	3	0,06	34	0,68
até 50 mil habitantes	126	4,20	108	3,60	1.126	37,55	27	0,90	4	0,13	11	0,37	475	15,84	6	0,20	3	0,10	29	0,97
de 50 a 200 mil habitantes	23	2,09	9	0,82	418	38,07	13	1,18	5	0,46	4	0,36	137	12,48	2	0,18	0	0,00	4	0,36
mais de 200 mil habitantes	4	0,45	72	8,10	325	36,56	13	1,46	4	0,45	4	0,45	133	14,96	0	0,00	0	0,00	1	0,11
Gestão Plena do Sistema	195	2,54	254	3,30	2.333	30,33	96	1,25	42	0,55	21	0,27	936	12,17	16	0,21	10	0,13	69	0,90
até 50 mil habitantes	51	3,68	71	5,13	421	30,42	24	1,73	5	0,36	5	0,36	203	14,67	0	0,00	1	0,07	14	1,01
de 50 a 200 mil habitantes	87	2,71	100	3,11	934	29,08	51	1,59	15	0,47	12	0,37	395	12,30	10	0,31	8	0,25	30	0,93
mais de 200 mil habitantes	57	1,84	83	2,68	978	31,60	21	0,68	22	0,71	4	0,13	338	10,92	6	0,19	1	0,03	25	0,81
Não Habilitados (exceto MSP)	6	5,08	4	3,39	50	42,37	1	0,85	0	0,00	1	0,85	18	15,25	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Município de São Paulo	7	0,41	105	6,13	248	14,47	10	0,58	0	0,00	0	0,00	287	16,74	3	0,18	0	0,00	20	1,17

(continua)

Fonte: Fundação Seade.

Pesquisa Municipal Unificada .

- PMU 1997 e 1999.

(1) Refere-se a 416

municípios. Ver Anexo.

Tabela 8 - Médicos Gerenciad
Estado de São Paulo
1999

Condição de Gestão	Neurologia		Oftalmo- logia		Ortopedia/ Traumatologia		Otorrinolari- n-gologia		Pediatria		Pneumologia		Psiquiatria		Outras especialidades médicas		TOTAL	
	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%	NA	%
Total de Habilitados	191	1,51	301	2,37	448	3,53	144	1,14	2.569	20,27	93	0,73	328	2,59	1.545	12,19	12.677	100,00
até 50 mil habitantes	65	1,48	123	2,81	170	3,88	50	1,14	696	15,88	29	0,66	112	2,56	428	9,77	4.383	100,00
de 50 a 200 mil habitantes	85	1,97	126	2,92	149	3,46	55	1,28	884	20,51	38	0,88	114	2,65	602	13,97	4.310	100,00
mais de 200 mil habitantes	41	1,03	52	1,31	129	3,24	39	0,98	989	24,82	26	0,65	102	2,56	515	12,93	3.984	100,00
Gestão Plena de Atenção Básica	61	1,22	116	2,33	159	3,19	43	0,86	869	17,43	33	0,66	120	2,41	499	10,01	4.986	100,00
até 50 mil habitantes	40	1,33	83	2,77	105	3,50	28	0,93	476	15,87	23	0,77	73	2,43	256	8,54	2999	100,00
de 50 a 200 mil habitantes	15	1,37	24	2,19	23	2,09	9	0,82	200	18,21	7	0,64	20	1,82	185	16,85	1.098	100,00
mais de 200 mil habitantes	6	0,67	9	1,01	31	3,49	6	0,67	193	21,71	3	0,34	27	3,04	58	6,52	889	100,00
Gestão Plena do Sistema	130	1,69	185	2,41	289	3,76	101	1,31	1.700	22,10	60	0,78	208	2,70	1.046	13,60	7.691	100,00
até 50 mil habitantes	25	1,81	40	2,89	65	4,70	22	1,59	220	15,90	6	0,43	39	2,82	172	12,43	1.384	100,00
de 50 a 200 mil habitantes	70	2,18	102	3,18	126	3,92	46	1,43	684	21,30	31	0,97	94	2,93	417	12,98	3.212	100,00
mais de 200 mil habitantes	35	1,13	43	1,39	98	3,17	33	1,07	796	25,72	23	0,74	75	2,42	457	14,77	3.095	100,00
Não Habilitados (exceto MSP)	2	1,69	3	2,54	7	5,93	1	0,85	16	13,56	0	0,00	3	2,54	6	5,08	118	100,00
Município de São Paulo	13	0,76	27	1,58	46	2,68	12	0,70	454	26,49	4	0,23	72	4,20	406	23,69	1.714	100,00

(Conclusão)

Fonte: Fundação Seade.
Pesquisa Municipal Unificada
 - PMU 1997 e 1999.

(1) Refere-se a 416
 municípios. Ver Anexo.

Tabela 9 - Municípios que Desenvolvem Política de Recursos Humanos na Área de Saúde, segundo Tipo de Ação Desenvolvida
Estado de São Paulo (1)
1997-1999

Políticas de Recursos Humanos	Gestão Plena da Atenção Básica		Gestão Plena do Sistema		Total	
	1997	1999	1997	1999	1997	1999
Plano de Cargos e Salários	50	61	24	29	74	90
Piso Salarial	94	104	40	47	134	151
Pagamento de Complementação Salarial para Profissionais Municipalizados	37	38	32	41	69	79
Contratação por Concurso Público	101	118	43	60	144	178
Valorização da Dedicação Exclusiva	26	29	11	17	37	46
Outras	8	9	8	10	16	19

Fonte: Fundação Seade. Pesquisa Municipal Unificada - PMU 1997 e 1999.

A N E X O B

Anexo B - Relação dos 416 Municípios Seleccionados para o Estudo

Município	Condição de Gestão na NOB/96	População 1999 (1)
Aguai	Plena da Atenção Básica	27.554
Águas da Prata	Plena da Atenção Básica	7.066
Águas de Lindóia	Plena da Atenção Básica	15.676
Alambari	Plena da Atenção Básica	3.635
Alfredo Marcondes	Plena da Atenção Básica	3.665
Altair	Plena da Atenção Básica	3.504
Altinópolis	Plena do Sistema	15.244
Alto Alegre	Plena da Atenção Básica	4.347
Alumínio	Plena da Atenção Básica	15.036
Álvares Florence	Plena da Atenção Básica	4.410
Álvares Machado	Plena da Atenção Básica	22.218
Alvinlândia	Plena da Atenção Básica	2.796
Americana	Plena do Sistema	178.895
Américo Brasiliense	Plena da Atenção Básica	27.299
Américo de Campos	Plena da Atenção Básica	5.596
Amparo	Plena do Sistema	59.267
Analândia	Plena da Atenção Básica	3.504
Andradina	Plena da Atenção Básica	54.899
Anhembi	Não Habilitado	4.402
Aparecida d'Oeste	Plena da Atenção Básica	4.959
Apiai	Plena da Atenção Básica	27.071
Araçariguama	Plena da Atenção Básica	10.569
Araçoiaba da Serra	Plena da Atenção Básica	19.062
Aramina	Plena da Atenção Básica	4.693
Arandu	Plena do Sistema	6.023
Araraquara	Plena do Sistema	179.329
Araras	Plena do Sistema	102.271
Arco-Íris	Plena da Atenção Básica	2.216
Areias	Plena da Atenção Básica	3.562
Areiópolis	Não Habilitado	10.250
Ariranha	Plena da Atenção Básica	7.269
Arujá	Plena da Atenção Básica	56.170
Aspásia	Plena da Atenção Básica	1.908
Assis	Plena do Sistema	85.798
Atibaia	Plena do Sistema	107.925
Avaré	Plena do Sistema	74.487
Bady Bassitt	Plena da Atenção Básica	10.777
Balbinos	Plena da Atenção Básica	1.305
Bálsamo	Plena da Atenção Básica	7.254
Barbosa	Plena da Atenção Básica	5.776
Barra Bonita	Plena da Atenção Básica	34.821
Barra do Chapéu	Plena da Atenção Básica	4.844
Barretos	Plena do Sistema	102.896
Bastos	Plena da Atenção Básica	20.428
Batatais	Plena do Sistema	50.239
Bernardino de Campos	Plena da Atenção Básica	10.659
Bertioga	Plena do Sistema	28.248
Bilac	Plena da Atenção Básica	6.009
Birigui	Plena da Atenção Básica	92.036
Boa Esperança do Sul	Plena da Atenção Básica	12.324
Bocaina	Plena da Atenção Básica	9.135

Anexo B - Relação dos 416 Municípios Selecionados para o Estudo

Município	Condição de Gestão na NOB/96	População 1999 (1)
Bom Jesus dos Perdões	Plena da Atenção Básica	12.800
Bom Sucesso de Itararé	Plena da Atenção Básica	3.092
Borá	Plena da Atenção Básica	793
Boracéia	Plena da Atenção Básica	3.689
Borborema	Plena da Atenção Básica	13.052
Borebi	Plena da Atenção Básica	1.864
Botucatu	Plena da Atenção Básica	105.949
Bragança Paulista	Plena do Sistema	121.758
Braúna	Plena da Atenção Básica	4.371
Brejo Alegre	Plena da Atenção Básica	2.290
Brodowski	Plena do Sistema	16.740
Brotas	Plena da Atenção Básica	18.314
Buri	Plena do Sistema	17.219
Buritama	Plena da Atenção Básica	13.705
Buritizal	Plena da Atenção Básica	3.686
Caconde	Plena da Atenção Básica	18.249
Cafelândia	Plena da Atenção Básica	15.710
Caiabu	Plena da Atenção Básica	4.068
Caieiras	Plena do Sistema	66.737
Caiuá	Plena da Atenção Básica	4.087
Cajamar	Plena do Sistema	48.165
Cajati	Plena da Atenção Básica	28.354
Cajobi	Plena do Sistema	9.142
Cajuru	Plena do Sistema	20.482
Campina do Monte Alegre	Plena da Atenção Básica	5.030
Campo Limpo Paulista	Plena do Sistema	61.339
Campos do Jordão	Plena da Atenção Básica	43.353
Campos Novos Paulista	Plena da Atenção Básica	4.166
Cândido Mota	Plena do Sistema	28.851
Cândido Rodrigues	Plena da Atenção Básica	2.584
Capão Bonito	Plena da Atenção Básica	46.675
Capela do Alto	Plena da Atenção Básica	13.572
Cardoso	Plena da Atenção Básica	11.677
Cedral	Plena da Atenção Básica	6.552
Cerqueira César	Plena da Atenção Básica	14.849
Cerquilha	Plena do Sistema	28.302
Cesário Lange	Plena da Atenção Básica	12.619
Chavantes	Plena da Atenção Básica	12.164
Clementina	Plena da Atenção Básica	5.331
Colina	Plena do Sistema	16.586
Conchas	Plena do Sistema	14.568
Cordeirópolis	Plena da Atenção Básica	17.010
Coronel Macedo	Plena da Atenção Básica	5.615
Corumbataí	Não Habilitado	3.708
Cristais Paulista	Plena da Atenção Básica	6.474
Cruzália	Plena da Atenção Básica	2.619
Cruzeiro	Plena do Sistema	72.892
Cunha	Plena da Atenção Básica	23.097
Descalvado	Plena da Atenção Básica	28.621
Diadema	Plena do Sistema	350.114
Dirce Reis	Plena da Atenção Básica	1.664

Anexo B - Relação dos 416 Municípios Selecionados para o Estudo

Município	Condição de Gestão na NOB/96	População 1999 (1)
Divinolândia	Plena da Atenção Básica	11.987
Dois Córregos	Plena da Atenção Básica	21.915
Dolcinópolis	Plena da Atenção Básica	2.143
Dourado	Plena da Atenção Básica	8.508
Dracena	Plena do Sistema	40.459
Duartina	Plena da Atenção Básica	12.423
Elias Fausto	Plena da Atenção Básica	13.639
Elisiário	Plena da Atenção Básica	2.577
Embaúba	Plena da Atenção Básica	2.460
Emilianópolis	Plena da Atenção Básica	2.895
Engenheiro Coelho	Plena da Atenção Básica	9.651
Estiva Gerbi	Plena da Atenção Básica	8.549
Estrela do Norte	Plena da Atenção Básica	2.658
Estrela d'Oeste	Plena da Atenção Básica	8.294
Fernando Prestes	Plena da Atenção Básica	5.398
Femandópolis	Plena da Atenção Básica	61.039
Fernão	Plena da Atenção Básica	1.459
Flora Rica	Plena da Atenção Básica	2.220
Floreal	Plena da Atenção Básica	3.279
Flórida Paulista	Plena da Atenção Básica	11.305
Florínia	Plena da Atenção Básica	3.112
Franca	Plena do Sistema	280.574
Franco da Rocha	Plena do Sistema	105.059
Gabriel Monteiro	Plena da Atenção Básica	2.694
Gália	Plena da Atenção Básica	8.004
Garça	Plena do Sistema	42.983
Gastão Vidigal	Plena da Atenção Básica	3.602
Gavião Peixoto	Plena da Atenção Básica	4.076
General Salgado	Não Habilitado	10.732
Glicério	Plena do Sistema	4.407
Guaíçara	Plena da Atenção Básica	8.843
Guapiaçu	Plena da Atenção Básica	13.652
Guapiara	Plena da Atenção Básica	19.553
Guaraçai	Plena da Atenção Básica	8.822
Guaraci	Plena da Atenção Básica	8.719
Guarantã	Plena da Atenção Básica	6.191
Guaratinguetá	Plena do Sistema	102.665
Guarujá	Plena do Sistema	257.836
Guarulhos	Plena da Atenção Básica	1.033.981
Guataporá	Plena do Sistema	6.284
Guzolândia	Plena da Atenção Básica	4.409
Iacri	Plena da Atenção Básica	6.807
Ibirá	Plena da Atenção Básica	9.374
Ibirarema	Plena da Atenção Básica	5.682
Icém	Plena da Atenção Básica	6.688
Igaraçu do Tietê	Plena da Atenção Básica	22.443
Ilha Comprida	Plena da Atenção Básica	6.156
Ilhabela	Plena da Atenção Básica	19.793
Indaiatuba	Plena do Sistema	140.936
Indiaporã	Plena da Atenção Básica	4.160
Inúbia Paulista	Plena da Atenção Básica	3.328

Anexo B - Relação dos 416 Municípios Selecionados para o Estudo

Município	Condição de Gestão na NOB/96	População 1999 (1)
Iperó	Plena da Atenção Básica	18.054
Ipeúna	Não Habilitado	4.116
Ipuã	Plena da Atenção Básica	11.689
Iracemápolis	Plena da Atenção Básica	15.078
Irapuã	Plena da Atenção Básica	6.598
Irapuru	Plena da Atenção Básica	7.582
Itaberá	Plena da Atenção Básica	18.714
Itaí	Plena da Atenção Básica	20.653
Itajobi	Plena da Atenção Básica	14.105
Itaju	Plena da Atenção Básica	2.602
Itanhaém	Plena do Sistema	68.561
Itaoca	Plena da Atenção Básica	3.324
Itapeva	Plena do Sistema	81.377
Itapevi	Plena da Atenção Básica	155.269
Itapirapuã Paulista	Plena da Atenção Básica	3.519
Itápolis	Plena da Atenção Básica	37.230
Itaporanga	Plena do Sistema	14.329
Itapuí	Plena da Atenção Básica	10.162
Itariri	Plena da Atenção Básica	13.354
Itirapina	Plena do Sistema	12.447
Itirapuã	Plena da Atenção Básica	5.395
Itu	Plena do Sistema	131.641
Itupeva	Plena do Sistema	25.131
Jaborandi	Plena do Sistema	6.394
Jaboticabal	Plena do Sistema	66.345
Jacareí	Plena do Sistema	187.919
Jaci	Plena da Atenção Básica	3.899
Jaguariúna	Plena do Sistema	28.643
Jales	Plena da Atenção Básica	45.641
Jambeiro	Plena da Atenção Básica	3.895
Jarinu	Plena do Sistema	16.820
Jaú	Plena da Atenção Básica	109.476
Jeriquara	Plena da Atenção Básica	3.270
Joanópolis	Plena do Sistema	10.112
João Ramalho	Plena da Atenção Básica	3.732
José Bonifácio	Plena da Atenção Básica	28.023
Jumirim	Plena da Atenção Básica	2.136
Jundiaí	Plena do Sistema	318.670
Junqueirópolis	Plena da Atenção Básica	17.159
Juquiá	Plena da Atenção Básica	20.011
Juquitiba	Plena da Atenção Básica	25.577
Lagoinha	Não Habilitado	4.942
Lavínia	Plena da Atenção Básica	5.192
Leme	Plena do Sistema	79.171
Limeira	Plena do Sistema	243.531
Lindóia	Plena da Atenção Básica	5.176
Lins	Plena do Sistema	65.154
Lourdes	Plena da Atenção Básica	1.969
Louveira	Plena da Atenção Básica	22.954
Lucélia	Plena do Sistema	18.269
Luís Antônio	Plena da Atenção Básica	6.993

Anexo B - Relação dos 416 Municípios Selecionados para o Estudo

Município	Condição de Gestão na NOB/96	População 1999 (1)
Luiziânia	Plena da Atenção Básica	4.257
Macedônia	Plena da Atenção Básica	3.790
Magda	Plena da Atenção Básica	3.459
Mairinque	Plena do Sistema	38.402
Mairiporã	Plena do Sistema	57.207
Manduri	Plena da Atenção Básica	8.162
Maracaí	Plena da Atenção Básica	12.945
Marapoama	Plena da Atenção Básica	2.174
Mariápolis	Plena da Atenção Básica	3.915
Marinópolis	Plena da Atenção Básica	2.184
Martinópolis	Plena da Atenção Básica	22.069
Meridiano	Plena da Atenção Básica	3.996
Mesópolis	Plena da Atenção Básica	1.941
Mira Estrela	Plena da Atenção Básica	2.617
Mirandópolis	Não Habilitado	25.791
Mirante do Paranapanema	Plena do Sistema	16.112
Mirassol	Plena da Atenção Básica	47.220
Mirassolândia	Plena da Atenção Básica	3.655
Mogi Guaçu	Plena do Sistema	121.284
Moji Mirim	Plena do Sistema	79.427
Mombuca	Plena da Atenção Básica	3.041
Monções	Plena da Atenção Básica	2.069
Mongaguá	Plena do Sistema	32.948
Monte Alegre do Sul	Plena da Atenção Básica	6.221
Monte Alto	Plena do Sistema	43.147
Monte Azul Paulista	Plena do Sistema	19.356
Monteiro Lobato	Plena da Atenção Básica	3.579
Morro Agudo	Plena da Atenção Básica	24.867
Morungaba	Plena do Sistema	9.717
Motuca	Plena da Atenção Básica	3.816
Nantes	Plena da Atenção Básica	2.312
Narandiba	Plena da Atenção Básica	3.672
Natividade da Serra	Plena da Atenção Básica	6.885
Nipoã	Plena da Atenção Básica	3.205
Nova Aliança	Plena da Atenção Básica	4.695
Nova Campina	Plena da Atenção Básica	6.999
Nova Canaã Paulista	Plena da Atenção Básica	2.508
Nova Castilho	Não Habilitado	977
Nova Guataporanga	Plena da Atenção Básica	2.093
Nova Luzitânia	Plena da Atenção Básica	2.743
Nova Odessa	Plena do Sistema	41.035
Novais	Plena da Atenção Básica	3.199
Novo Horizonte	Plena da Atenção Básica	32.169
Nuporanga	Plena da Atenção Básica	6.263
Ocaçu	Plena da Atenção Básica	4.181
Óleo	Plena da Atenção Básica	2.975
Olímpia	Plena do Sistema	45.637
Onda Verde	Plena da Atenção Básica	3.333
Orindiúva	Plena da Atenção Básica	4.010
Oscar Bressane	Plena da Atenção Básica	2.550
Osvaldo Cruz	Plena do Sistema	29.592

Anexo B - Relação dos 416 Municípios Selecionados para o Estudo

Município	Condição de Gestão na NOB/96	População 1999 (1)
Ourinhos	Plena do Sistema	91.676
Ouro Verde	Plena da Atenção Básica	7.134
Palmares Paulista	Plena da Atenção Básica	8.303
Palmeira d'Oeste	Plena da Atenção Básica	10.421
Paraíso	Plena da Atenção Básica	5.348
Paranapanema	Plena da Atenção Básica	15.158
Paranapuã	Plena da Atenção Básica	3.656
Pardinho	Plena da Atenção Básica	4.576
Pariquera-Açu	Plena da Atenção Básica	17.119
Patrocínio Paulista	Plena da Atenção Básica	11.223
Paulínia	Plena do Sistema	49.361
Paulo de Faria	Plena da Atenção Básica	8.453
Pedemeiras	Plena da Atenção Básica	36.030
Pedra Bela	Plena da Atenção Básica	5.562
Pedranópolis	Plena da Atenção Básica	2.780
Pedrinhas Paulista	Plena da Atenção Básica	2.832
Pedro de Toledo	Plena da Atenção Básica	9.000
Penápolis	Plena do Sistema	53.816
Pereira Barreto	Plena da Atenção Básica	25.096
Piacatu	Plena da Atenção Básica	4.616
Piedade	Plena da Atenção Básica	49.308
Pindamonhangaba	Plena do Sistema	122.552
Piquete	Plena da Atenção Básica	15.149
Piracaia	Plena da Atenção Básica	22.501
Piracicaba	Plena do Sistema	322.014
Piraju	Plena da Atenção Básica	27.652
Pirajuí	Plena da Atenção Básica	19.885
Pirangi	Plena da Atenção Básica	10.016
Pirapora do Bom Jesus	Plena da Atenção Básica	11.753
Pirassununga	Plena da Atenção Básica	63.890
Piratininga	Plena da Atenção Básica	10.469
Planalto	Plena da Atenção Básica	3.648
Platina	Plena da Atenção Básica	2.859
Pongai	Plena da Atenção Básica	3.679
Pontes Gestal	Plena da Atenção Básica	2.595
Populina	Plena da Atenção Básica	4.468
Porangaba	Não Habilitado	6.493
Porto Feliz	Plena da Atenção Básica	44.386
Pracinha	Plena da Atenção Básica	1.447
Praia Grande	Plena da Atenção Básica	182.789
Pratânia	Plena da Atenção Básica	3.844
Presidente Bernardes	Plena do Sistema	14.521
Presidente Prudente	Plena do Sistema	186.359
Presidente Venceslau	Plena do Sistema	37.282
Promissão	Plena da Atenção Básica	30.773
Quadra	Plena da Atenção Básica	2.573
Quatá	Plena da Atenção Básica	11.614
Queiroz	Plena da Atenção Básica	2.132
Queluz	Plena da Atenção Básica	8.947
Quintana	Plena da Atenção Básica	5.414
Rancharia	Plena da Atenção Básica	28.575

Anexo B - Relação dos 416 Municípios Selecionados para o Estudo

Município	Condição de Gestão na NOB/96	População 1999 (1)
Redenção da Serra	Plena da Atenção Básica	4.036
Regente Feijó	Plena da Atenção Básica	16.696
Reginópolis	Plena da Atenção Básica	4.737
Ribeira	Plena da Atenção Básica	3.595
Ribeirão Branco	Plena do Sistema	20.834
Ribeirão Corrente	Plena da Atenção Básica	3.798
Ribeirão dos Índios	Plena da Atenção Básica	2.207
Ribeirão Pires	Plena da Atenção Básica	102.007
Ribeirão Preto	Plena do Sistema	495.794
Rincão	Plena da Atenção Básica	10.326
Rio das Pedras	Plena do Sistema	22.960
Rio Grande da Serra	Plena da Atenção Básica	35.529
Riolândia	Plena da Atenção Básica	8.471
Riversul	Plena da Atenção Básica	7.482
Rosana	Plena da Atenção Básica	23.725
Rubiácea	Plena da Atenção Básica	2.366
Rubinéia	Plena da Atenção Básica	2.563
Sagres	Plena da Atenção Básica	2.473
Sales	Plena da Atenção Básica	4.464
Sales Oliveira	Plena da Atenção Básica	9.124
Salmourão	Plena da Atenção Básica	4.406
Saltinho	Não Habilitado	5.702
Salto	Plena do Sistema	90.618
Salto de Pirapora	Plena da Atenção Básica	33.809
Salto Grande	Plena da Atenção Básica	8.356
Sandovalina	Plena da Atenção Básica	3.006
Santa Adélia	Plena da Atenção Básica	13.354
Santa Branca	Plena da Atenção Básica	12.713
Santa Clara d'Oeste	Plena da Atenção Básica	2.182
Santa Cruz da Conceição	Plena da Atenção Básica	3.449
Santa Cruz das Palmeiras	Plena da Atenção Básica	25.099
Santa Fé do Sul	Plena da Atenção Básica	26.098
Santa Isabel	Plena da Atenção Básica	42.670
Santa Lucia	Plena da Atenção Básica	7.652
Santa Mercedes	Plena da Atenção Básica	2.827
Santa Rita do Passa Quatro	Plena da Atenção Básica	26.033
Santa Rosa do Viterbo	Plena da Atenção Básica	21.189
Santa Salete	Plena da Atenção Básica	1.380
Santana da Ponte Pensa	Plena da Atenção Básica	1.958
Santana de Parnaíba	Plena da Atenção Básica	69.812
Santo Anastácio	Plena da Atenção Básica	20.690
Santo Antonio da Alegria	Plena do Sistema	5.691
Santo Antonio de Posse	Plena da Atenção Básica	17.569
Santo Antonio do Aracanguá	Não Habilitado	6.937
Santo Antonio do Jardim	Plena da Atenção Básica	6.092
Santo Antonio do Pinhal	Plena da Atenção Básica	6.180
Santo Expedito	Plena da Atenção Básica	2.496
Santópolis do Aguapeí	Plena da Atenção Básica	3.818
São Bernardo do Campo	Plena do Sistema	683.758
São João da Boa Vista	Plena da Atenção Básica	76.291
São João de Iracema	Não Habilitado	1.679

Anexo B - Relação dos 416 Municípios Seleccionados para o Estudo

Município	Condição de Gestão na NOB/96	População 1999 (1)
São João do Pau d'Alho	Plena da Atenção Básica	2.269
São Joaquim da Barra	Plena da Atenção Básica	40.941
São José da Bela Vista	Plena da Atenção Básica	7.947
São José do Rio Pardo	Plena da Atenção Básica	49.467
São José dos Campos	Plena do Sistema	526.651
São Lourenço da Serra	Plena da Atenção Básica	11.560
São Luís do Paraitinga	Plena da Atenção Básica	10.353
São Manuel	Plena do Sistema	35.938
São Miguel Arcanjo	Plena da Atenção Básica	30.107
São Paulo	Não Habilitado	10.305.049
São Pedro do Turvo	Plena da Atenção Básica	6.906
São Roque	Plena do Sistema	65.190
São Sebastião da Gramma	Plena da Atenção Básica	12.369
Sarapuí	Plena da Atenção Básica	7.644
Sarutaíá	Não Habilitado	3.663
Sebastianópolis do Sul	Plena da Atenção Básica	2.543
Serra Negra	Plena da Atenção Básica	23.544
Sertãozinho	Plena do Sistema	92.657
Severínia	Plena da Atenção Básica	13.194
Silveiras	Plena da Atenção Básica	5.309
Sumaré	Plena da Atenção Básica	189.052
Suzano	Plena da Atenção Básica	219.216
Tabapuã	Plena da Atenção Básica	10.452
Tabatinga	Plena da Atenção Básica	12.723
Taboão da Serra	Plena do Sistema	192.083
Taciba	Plena da Atenção Básica	5.156
Taiúva	Plena do Sistema	5.479
Tambaú	Plena da Atenção Básica	21.950
Tapiraí	Plena da Atenção Básica	8.161
Taquaral	Plena da Atenção Básica	2.705
Taquarituba	Plena da Atenção Básica	21.574
Taquarivaí	Plena da Atenção Básica	4.277
Tarabaí	Plena da Atenção Básica	5.685
Tejupá	Não Habilitado	5.235
Teodoro Sampaio	Plena do Sistema	19.848
Terra Roxa	Plena da Atenção Básica	7.631
Tietê	Plena do Sistema	30.597
Timburi	Plena da Atenção Básica	2.757
Tremembé	Plena da Atenção Básica	33.835
Três Fronteiras	Plena da Atenção Básica	5.141
Tuiuti	Plena da Atenção Básica	4.837
Turiúba	Plena da Atenção Básica	1.926
Ubatuba	Plena do Sistema	63.879
Ubirajara	Plena da Atenção Básica	4.160
Uchôa	Plena da Atenção Básica	8.995
Uru	Plena da Atenção Básica	1.392
Urupês	Plena da Atenção Básica	11.751
Valentim Gentil	Plena da Atenção Básica	8.262
Vargem	Plena da Atenção Básica	6.728
Vargem Grande do Sul	Plena da Atenção Básica	35.813
Vargem Grande Paulista	Plena da Atenção Básica	30.325

Anexo B - Relação dos 416 Municípios Selecionados para o Estudo

Município	Condição de Gestão na NOB/96	População 1999 (1)
Vera Cruz	Plena da Atenção Básica	11.083
Vinhedo	Plena do Sistema	45.370
Viradouro	Plena da Atenção Básica	15.617
Vista Alegre do Alto	Plena do Sistema	4.596
Vitória Brasil	Plena da Atenção Básica	1.650
Votorantim	Plena do Sistema	93.814
Votuporanga	Plena da Atenção Básica	74.280
Zacarias	Plena da Atenção Básica	1.956

(1) População estimada pela Fundação Seade.