

O Processo de descentralização da assistência à saúde no Município de São Paulo

Daniele Marie Guerra

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Eurivaldo S. de Almeida

São Paulo
2006



É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

48693/2007 doc

AGRADECIMENTOS

Desde a elaboração do projeto até a fase final, pude contar com o apoio e o incentivo de muitos amigos e colegas, que acreditaram no meu trabalho e me incentivaram a seguir em diante.

Agradeço a minha família, e a meus amigos mais próximos pelo incentivo e por entender as minhas ausências durante todo o período de elaboração da dissertação.

Ao Ricardo, pelo amor, paciência e pela força tanto nos bons momentos quanto naqueles mais difíceis.

Ao Prof. Eurivaldo, pela paciência, compreensão e incentivo, mesmo nas horas em que eu decidia mudar tudo.

Aos Professores Dr. Cláudio Gastão, Dr. Oswaldo Y. Tanaka e Dr. Gilson Carvalho pela contribuição na elaboração e por todos os conselhos em todo o processo de construção da dissertação.

Ao Dr. Drumond, pela valiosa contribuição e tempo dedicado ao meu auxílio, tanto na busca de dados, como na orientação do estudo.

À Rosana, minha “professora” desde o início da minha jornada na Direção Regional de Saúde, em 2002, pela contribuição imprescindível para a conclusão deste trabalho.

À Vera, por todo o ensinamento em sistemas de informação e banco de dados e pela companhia amiga e sincera no dia a dia.

Aos meus velhos e novos amigos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Doninni, pelas dicas e pelo competente trabalho no município; Floriano, pelo companheirismo e pela luta conjunta na elaboração da dissertação; Isabel, Isabel Nomiya, Cássio, Marisete e Edson, que tanto me auxiliaram na busca incessante de informações.

A todos os meus amigos e grandes companheiros que trabalharam ou que atualmente trabalham comigo na Secretaria Estadual da Saúde, Magnólia e Viviane por acreditarem no meu trabalho e pelo carinhoso ensinamento no início de tudo; Sônia, Sandra, Renata, Edson, Edna, Ana Maria, Lúcia, Ana Cristina, Clodoaldo, Nilva, José Maria, Elza, Eliana, Ana Rita, Ana Mara, Glória, Esmeralda, Estela, Rose, Dna Antônia, Megume, Ionira, Eliana, Malu, Rodrigo, Eliana Ribeiro, Eliana Verdade, Serginho, pela constante ajuda, paciência e incentivo.

À Sueli Valin, Maria Luiza Stucchi e ao Dr. Ricardo Oliva, pela grande contribuição, na busca e no aperfeiçoamento das informações coletadas.

Ao pessoal do Ministério da Saúde, Lumena, Marília e Carlos, pelas informações

À minha grande amiga Raquel, que mesmo distante, pode contribuir tanto nas traduções, quanto na forma de me fazer acreditar sempre.

Aos meus amigos, Celso e Tânia Forni, que me socorreram na formatação final deste trabalho.

Muito obrigada pela ajuda de todos. Sem vocês eu não conseguiria !!!

“... Quanto tempo minha esperança vai esperar nos cais? É certo que tempos difíceis existem para aperfeiçoar o aprendiz, mas não é certo que a mentira dos maus brasileiros venham me quebrar o nariz... Não importa, vou confiar mais e outra vez. Eu, meu irmão e meu filho... Minha esperança é imortal, eu repito, imortal. A gente não pode mudar o começo, mas se a gente quiser, pode mudar o final.”

ANA CAROLINA

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	DESCENTRALIZAÇÃO - ASPECTOS CONCEITUAIS	13
1.2	AVALIAÇÃO - ASPECTOS CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS	19
1.3	A REFORMA SANITÁRIA E O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	22
1.3.1	A Constituição de 1.988 e o SUS	28
1.3.2	As Normas Operacionais	29
1.4	O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	41
2	OBJETIVOS	54
2.1	OBJETIVO GERAL	54
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	54
3	MATERIAL E MÉTODO	55
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
4.1	A REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE	58
4.1.1	Unidades Hospitalares	59
4.1.2	Leitos Hospitalares	62
4.1.3	Unidades Ambulatoriais	66
4.2	OS RECURSOS FINANCEIROS	69
4.3	ASSISTÊNCIA À SAÚDE	75
4.3.1	Assistência Hospitalar	76
4.3.2	Assistência Ambulatorial	90
5	CONCLUSÃO	107
6	REFERÊNCIAS	118

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de unidades hospitalares segundo a natureza jurídica do prestador, Município de São Paulo, 2000 a 2005.	60
Tabela 2	Número de unidades hospitalares segundo gestão do prestador, Município de São Paulo, 2000 a 2005.	61
Tabela 3	Número de leitos hospitalares segundo gestão do prestador, MSP, 2000 a 2005.	63
Tabela 4	Número de leitos hospitalares por especialidade, MSP, 2000 a 2005.	64
Tabela 5	Número de unidades ambulatoriais por tipo, natureza jurídica e gestão do prestador, MSP, 2000 a 2005.	67
Tabela 6	Valor financeiro aplicado em despesas correntes de saúde segundo de fonte de recursos, MSP, 2000 a 2005.	71
Tabela 7	Produção física hospitalar por complexidade, Município de São Paulo, 2000 a 2005.	76
Tabela 8	Produção financeira hospitalar por complexidade do procedimento, MSP, 2000 a 2005.	77
Tabela 9	Produção física ambulatorial segundo a complexidade do procedimento, MSP, 2000 a 2005.	91
Tabela 10	Produção financeira ambulatorial por grupo de procedimentos, MSP, 2000 a 2005.	92
Tabela 11	Número de procedimentos de atenção básica por grupo, MSP, 2000 a 2005.	96
Tabela 12	Número de procedimentos de média complexidade por grupo, MSP, 2000 a 2005.	97
Tabela 13	Número de procedimentos de alta complexidade por grupo, MSP, 2000 a 2005.	98

LISTA DE GRÁFICOS E MAPAS

Mapa 1	Divisão territorial das Subprefeituras, MSP, 2002.	50
Gráfico 1	Distribuição proporcional de leitos por especialidade, MSP, 2000 a 2005.	65
Gráfico 2	Recursos financeiros federais aplicados em saúde, segundo tipo de transferência, MSP, 2000 a 2005.	73
Gráfico 3	Total de recursos financeiros federais aplicados em saúde segundo a complexidade da assistência. , MSP, 2000 a 2005.	74
Gráfico 4	Produção física hospitalar segundo a gestão do prestador e complexidade do procedimento, MSP, 2000 a 2005.	78
Gráfico 5	Produção financeira hospitalar segundo a gestão do prestador e complexidade do procedimento, MSP, 2000 a 2005.	79
Gráfico 6	Percentual de “Invasão” na produção física e financeira hospitalar, MSP, 2.000 a 2.005.	80
Gráfico 7	Produção física e financeira hospitalar segundo a procedência do paciente, MSP, 2000 a 2005.	83
Gráfico 8	Valor médio (em reais) da AIH segundo a procedência do paciente, MSP, 2000 a 2005.	84
Gráfico 9	Percentual de “Evasão” na produção física e financeira hospitalar de residentes do Município de São Paulo para outras localidades, 2000 a 2005.	86
Gráfico 10	Produção física hospitalar segundo a natureza jurídica e tipo de prestador, MSP, 2000 a 2005.	87
Gráfico 11	Produção financeira hospitalar segundo a natureza jurídica e tipo de prestador, MSP, 2000 a 2005.	89

Gráfico 12	Produção física ambulatorial segundo a gestão do prestador e a complexidade do procedimento, MSP, 2000 a 2005.	94
Gráfico 13	Produção financeira ambulatorial segundo a gestão do prestador e complexidade do procedimento, MSP, 2000 a 2005.	95
Gráfico 14	Produção física ambulatorial segundo a natureza jurídica e tipo de prestador, MSP, 2000 a 2005.	100
Gráfico 15	Produção financeira ambulatorial segundo a natureza jurídica e tipo de prestador, MSP, 2000 a 2005.	102
Gráfico 16	Proporção de procedimentos com “APAC”, para residentes do município de São Paulo, 2000 a 2005.	104
Gráfico 17	Percentual de “invasão” nos procedimentos “APAC”, MSP, 2000 a 2005.	105

RESUMO

O estudo aborda o processo de descentralização da assistência à saúde no Município de São Paulo, que teve sua re-inclusão ao SUS, praticamente 10 anos após a maioria dos municípios do Brasil. Neste sentido, buscou-se analisar as alterações na estrutura e processo de trabalho do sistema de saúde da cidade, após a sua habilitação como Gestor Pleno da Atenção Básica, em 2001, pela NOB 96, e posteriormente em 2003, como Gestor Pleno do Sistema Municipal, pela NOAS. O trabalho foi desenvolvido a partir da metodologia de avaliação proposta por DONABEDIAN (1980), no que se refere aos componentes estrutura e processo a partir da análise de séries temporais de dados no período de 2000 a 2005. As informações foram coletadas a partir de dados secundários obtidos de sistemas de informação de domínio público, além de informações coletadas *in loco* em diversos setores da SMS, SES e Ministério da Saúde. Os resultados demonstram que no final do período o município passa a ter a gestão de 57% das unidades hospitalares, que representa cerca de 38% dos leitos contratados pelo SUS no município; e 91% das unidades ambulatoriais. Quanto ao financiamento, observou-se que no último ano do estudo, os gastos referentes a despesas correntes no município são realizados através de recursos das três esferas de governo, sendo 30% municipal, 37% estadual e 33% federal, dos quais, 46% executados pelo município e 54% pelo estado. Em relação à assistência hospitalar, 40% dos procedimentos são realizados sob gestão municipal, sendo 40% de média complexidade, 38% de alta complexidade e 51% dos procedimentos estratégicos. A assistência ambulatorial é gerida pelo município em praticamente 100% na atenção básica, 47% na média complexidade e somente 5% na alta complexidade. Conclui-se que, apesar do avanço no processo de descentralização, a gestão da assistência à saúde do SUS no município de São Paulo, ainda é amplamente dividida com o estado, indicando a necessidade de um esforço dos gestores em busca de melhor articulação, visando o planejamento e execução das ações adequadas às reais necessidades de saúde da população.

Palavras-Chave: Descentralização, Municipalização, Gestão Plena do Sistema Municipal, São Paulo, Sistema de Saúde, SUS.

ABSTRACT

The approach of the study is the process of decentralization of the health assistance of the city of Sao Paulo, which had its inclusion again to the Brazilian Health System (SUS) almost ten years after the majority of the cities of Brazil. On this way, the study searched the alterations in structure and process of work of the city's health system, after its habilitation as Manager of the Primary Attention, by NOB 96 (federal regulation), and later as Manager of the whole Municipal Health System by NOAS (federal regulation). The research was developed according to the methodology of evaluation proposed by DONABEDIAN (1980), regarding the structure and process through the analysis of historical series of data basis between the years 2000-2005. Data was collected from secondary basis from the information system of public dominion, beyond collected information "in loco" in sectors of the City Department of Health (SMS), State Secretary of Health (SES) and Ministry of Health. The results showed that at the end of the period studied the city has the management of 57% of the hospitals unities, which represented around 38% of the bedstead contracted by the SUS in the city; and 91% of the primary clinic unities. Concerning the financial politics of the health system, it has been observed that the expenses referring to the expenditure during the last year of the period studied are realized through the resources of the three governmental spheres, being 30% municipal, 37% of State control and 33% federal (actually 46 % of the amount executed by municipal government and 54% by State government). Concerning hospital assistance, 40% of the procedures are accomplished by Municipal Management being 40% corresponding to medium complexity, 38% to high complexity and 51% to strategic procedures. The clinical assistance is managed by the municipality practically in 100% of the primary assistance, in 47% of the medium complexity and only 5% in the high complexity. As a conclusion, it can be observed that although advances in the process of the decentralization, the management of the National Health System (SUS) in the city of São Paulo is still broadly shared with the State of São Paulo, implying the necessity of an effort of the managers of the system in search of a better articulation aiming planning and performance of appropriate actions based on the real health necessities of the population.

KEY-WORDS: Decentralization, Complete management of health system, São Paulo, Health System, SUS.

1 INTRODUÇÃO

Um sistema de saúde tem como objeto de trabalho o processo saúde-doença, em sua complexidade e abrangência, e os determinantes das condições de saúde da população, ou seja, visa produzir progressivamente melhores estados e níveis de saúde dos indivíduos e das coletividades, atuando articulada e integralmente nas prevenções primária, secundária e terciária, com redução dos riscos da doença, seqüelas e óbito. As ações de saúde dos diversos níveis de prevenção devem ser compostas de modo articulado e integrado, de tal forma que permita ampla cobertura e acesso da população, com a maior eficiência econômica e social possível. A acessibilidade supõe a continuidade e organização da prestação de serviços mediante combinação dos recursos geográficos, financeiros, culturais e funcionais ao alcance da população; serviços adequados no que se referem ao volume e estrutura, ao tamanho e composição da população e a seus problemas de saúde; aceitação e utilização por parte da comunidade dos serviços oferecidos.

Ao definir que as ações e serviços públicos de saúde compõem um sistema, conformado de forma regionalizada e hierarquizada, a Constituição Brasileira impõe a necessidade e a importância do envolvimento de todas as esferas de governo do SUS. Isto é reforçado quando se define que o financiamento do Sistema Único de Saúde será feito através de recursos da União, Estados e Municípios, cujas contrapartidas não foram definidas na

época, e que somente no ano de 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 são finalmente regulamentadas.

O processo de implantação e consolidação do SUS no Brasil é um grande desafio que continua se colocando todos os dias para os atores/gestores deste imenso Sistema Público de Saúde. A organização de um sistema que seja único e se estruture de forma descentralizada, com a participação de muitos gestores e controle social forte, coloca em pauta permanente avaliação de todo o processo de descentralização. O Estado previsto na Constituição Federal de 1988 tem de conhecer seus problemas, analisar, priorizar, assumir e principalmente colher resultados junto com sua gente. É um esforço coletivo em busca do objetivo de melhorar as condições de vida de todos os cidadãos, tendo em vista a saúde como um de seus maiores condicionantes e determinantes.

1.1 Descentralização – Aspectos Conceituais

Numa definição literal, o conceito de descentralização pode ser entendido como afastamento do centro. No entanto, descentralização é antes um conceito que não tem forma de existência independente, estando sempre associado a um determinado objeto. Se este objeto é 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).

O termo descentralização, se apresenta sob distintos conceitos, formas legais e modalidades operativas em diferentes países, não obstante seja definido como transferências de poder, competências e recursos a instâncias e atores além dos núcleos do governo central (OPAS, 1997).

Pensando no conceito de centralização/descentralização associada a uma esfera de governo, a passagem da administração ou execução de uma determinada política social da administração direta (Ministérios ou Secretarias), para a administração indireta (autarquias, fundações, Organizações Sociais), também tem sido entendida como descentralização.

A descentralização também é um processo que deve ser estudado a partir de sua direcionalidade. Quando é feita de cima para baixo, sem que haja participação ativa dos níveis locais no processo, ela simplesmente reorganiza a forma pela qual se exerce o poder, no entanto, sem desmontar o controle dos níveis centrais neste processo. Analogamente, quando ela é fruto de pressões dos níveis intermediários e locais, a natureza do poder é alterada, aumentando a autonomia das esferas locais e reduzindo efetivamente a capacidade de mando dos níveis centrais.

Sendo assim, segundo MEDICI (1995), considera-se que a descentralização, antes de tudo, é um meio, um instrumento ou uma estratégia para que sejam melhor atingidos determinados fins. Foi na verdade como princípio estratégico e não como princípio finalístico que a

descentralização do setor saúde foi incluída na Constituição Federal Brasileira de 1988.

“A idéia de descentralização/municipalização da saúde tem um potencial significativo no sentido de que o município pode assumir e atuar como base da federação com maior agilidade para provocar as devidas transformações, principalmente na área das políticas sociais, particularmente na saúde, enquanto política pública. O município é o ente federado mais próximo da realidade, extremamente diversificada, da população do país, tanto em suas características socioculturais como na profundidade de seus problemas a serem enfrentados, requerendo assim estratégias particulares para cada caso ou para cada região. Não significa isolamento, mas uma progressiva e permanente articulação e integração com os níveis estadual e federal nos seus respectivos e competentes papéis outorgados pela Constituição e legislações complementares” (ALMEIDA, 2001).

Segundo MULLER (1991), “a municipalização representa a articulação, união e organização dos municípios brasileiros, em particular dos serviços municipais de saúde, através de dirigentes e técnicos, na defesa de um conjunto de temas e objetos relacionados à descentralização de recursos, de poder e de ações no setor saúde”.

LOBO (1990) enumera alguns princípios norteadores que orientam a descentralização na obtenção dos objetivos a que ela se propõe:

- Flexibilidade: tratamento de forma diferenciada das desigualdades políticas, econômicas, técnico – administrativas, sociais, regionais, estaduais e municipais.

- **Gradualismo e progressividade:** Trata da adequação da descentralização às distintas realidades definidas no tempo e no espaço, permitindo que ela se consolide de forma mais gradual e contínua, não somente através de deliberações centrais, mas como resultado de processos pactuados.
- **Transparência no processo decisório:** para que a transferência de poder se legitime, se implemente e se perpetue.
- **Controle Social:** é o elemento de democratização do Estado.

A descentralização permite uma melhor canalização ou vocalizações das demandas sociais da população, mas isso só ocorre em comunidades que estão mobilizadas na defesa de seus interesses. Assim, o processo de descentralização pode ser um instrumento de poder das comunidades organizadas, mas também pode ser um instrumento de opressão das comunidades de baixo grau de consciência e organização.

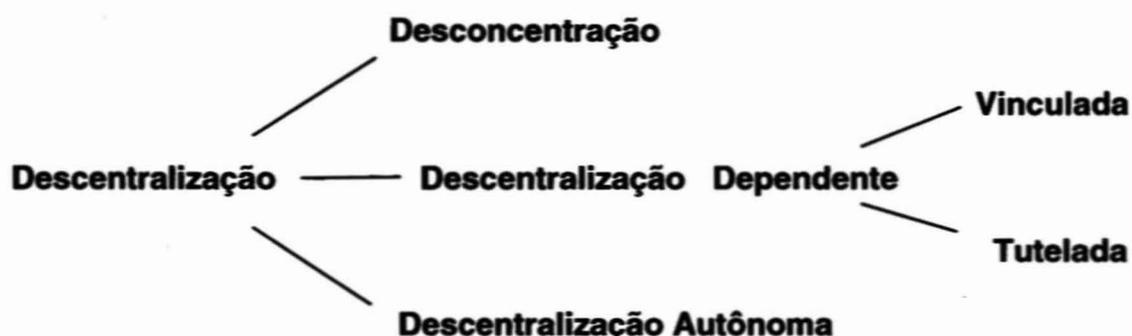
A descentralização tem significado distinto de desconcentração. Segundo TOBAR (1991), descentralização incorpora a noção de redistribuição de poder, de alteração de grupos de poder, enquanto a desconcentração envolve delegação de competências sem deslocar o poder decisório.

Embora admita que a desconcentração possa estar incluída na descentralização, UGA (1991) também diferencia as duas, já que a descentralização implica na redistribuição de encargos (como na desconcentração) e também dos meios (poder e recursos) para executá-los.

MEDICI (1995), afirma que a desconcentração é condição necessária, mas não suficiente para um pleno processo de descentralização embora faça parte do processo de descentralização e pode ser considerada como uma forma desta.

Este mesmo autor elabora um diagrama que se baseia na taxonomia de AFFONSO, J. R. (apud MEDICI 1994), no qual conceitua os vários tipos de descentralização:

Diagrama: Hierarquia das formas de descentralização das políticas sociais



Segundo MEDICI (1994), no caso da Desconcentração Financeira, embora a operação seja feita por uma agência do governo central, em nível local, a responsabilidade pelo gasto mantém-se sob o poder das esferas centrais de governo.

A Descentralização Autônoma significa a passagem de responsabilidade da esfera de maior para a de menor hierarquia, financiada mediante recursos próprios desta última esfera.

A Descentralização Dependente é a passagem de responsabilidade da esfera de maior para a de menor hierarquia, financiada através de recursos da esfera mais central. Esta pode ser dividida em Descentralização Dependente Tutelada, baseada em transferências negociadas de recursos financeiros e Descentralização Dependente Vinculada, baseada em transferências automáticas de recursos financeiros, legalmente definidos.

Para SCATENA (2001), no caso da saúde, a descentralização visa à constituição de Sistemas Locais de Saúde que respondam adequadamente às demandas e necessidades da população adscrita e não se caracterizam como sistemas isolados e autônomos, mas elementos e elos dinâmicos de Sistemas Estaduais, que conformam um Sistema Nacional.

“De pronto, não se pode assegurar que as políticas de descentralização do setor saúde desencadeiem um círculo virtuoso, pois se sabe que as partilhas regionais e locais giram em torno de recursos reconhecidamente escassos podendo desta forma, manter as desigualdades de representação e de poder” (VIANA ET AL, 2002).

LEVCOVITZ ET AL (2001), afirmam que a descentralização, por si, é insuficiente para a concretização dos demais princípios do SUS, e ressaltam outros aspectos relevantes, como o adequado aporte financeiro, o fortalecimento da capacidade gestora nas três esferas de governo, a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos e apresentam como dificuldades, a imprecisão do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema e a acentuação de conflitos nas relações entre os gestores das esferas federal, estadual e municipal.

1.2 Avaliação – Aspectos Teóricos e Metodológicos

Avaliar o processo de descentralização tem o sentido de verificar as mudanças que ocorreram no sistema de serviços de saúde municipal. Nesta perspectiva, CONTANDRIOPOULOS et al (1997), define que avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. No caso da avaliação normativa, o julgamento sobre uma intervenção se baseia na comparação dos recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas. Já no caso da pesquisa avaliativa, o julgamento é realizado “ex-post” a uma intervenção, por meio de métodos científicos, ou seja, análise da pertinência, fundamentos teóricos, produtividade, efeitos e o rendimento de uma intervenção, além do contexto em que ela se situa, geralmente com o objetivo na tomada de decisões.

Para AGUILAR E ANDER-EGG (1984), “a avaliação, ao ser conceituada a partir da diferenciação de outros termos como estimação, medição, seguimento e controle, pode ser entendida como uma forma de valoração sistemática que se baseia no emprego de procedimentos que apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo, de maneira justificável”. Os autores classificam os tipos de avaliação em relação ao tempo (anterior, durante e posterior), à sua função (formativa ou somativa), aos avaliadores (externa, interna, mista auto-avaliação) e ao

objetivo (avaliação e conceituação do plano, avaliação do processo e avaliação dos resultados).

HOUSE (1980) organizou as abordagens de avaliação nos modelos:

- **Análise de Sistemas:** São definidas algumas medidas de resultados (padrões) e tenta-se relacionar as diferenças em programas ou políticas que estão sendo avaliadas, a partir das variações nos indicadores escolhidos.
- **Objetivos Comportamentais:** a partir de metas determinadas para o programa, buscam-se evidências para verificar se tais metas foram atingidas.
- **Tomada de Decisão:** avaliação estruturada tendo em vista as decisões a serem tomadas.
- **“Livre de Meta”:** parte do pressuposto que as metas enviesam a avaliação, fazendo com que esta abordagem chegue aos resultados sem fixar metas.
- **Crítica da Arte:** à semelhança da crítica da arte, o programa é avaliado a partir de referências, conhecimento e valores do avaliador.
- **Acreditação:** avaliação realizada através de exigências e critérios padronizados, com os quais o programa é comparado por “acreditadores” externos, aplicando - lhes uma pontuação.
- **“Do Adversário”:** grupos distintos conduzem suas próprias avaliações do mesmo programa e os resultados são debatidos posteriormente.
- **Estudo de Caso ou Transacional:** a abordagem se concentra nos processos do programa e em como as pessoas o vêm e é desenvolvido

através de entrevistas com usuários e profissionais, observação e apresentação do que encontrou.

Quando se diz respeito à avaliação há inúmeras definições, modelos e tipos relatados na literatura, mas na prática, muitas vezes se somam ou se complementam.

Para DONABEDIAN (1980), o processo de avaliação deve estar baseado numa concepção sistêmica cujos componentes são: Estrutura, Processo e Resultado.

- **Estrutura** – Este componente compreende a rede de serviços de saúde, quadro de recursos humanos e sua capacitação e qualificação, os recursos financeiros utilizados para as despesas de investimento e custeio e a estrutura organizacional que gera a assistência.
- **Processo** – Engloba tudo que está sendo realizado na dinâmica de prover e receber a assistência. Esta categoria analisa as alterações ocorridas na dimensão da gestão do sistema, em termos gerenciais e instrumentos que de forma sistemática ou pontual permita, ou aprimore o processo de gestão do sistema de saúde.
- **Resultados** – Reflete os efeitos ou produtos das ações realizadas pelos serviços de saúde, que modificaram a situação de saúde da população, que podem ser efeitos concretos na história natural da doença ou efeitos resultantes do relacionamento social entre provedores e usuários.

1.3 A Reforma Sanitária e o Processo de Descentralização da Saúde no Brasil.

A III Conferência Nacional de Saúde de 1963 foi a primeira a introduzir na história a idéia de uma Política Nacional de Saúde, capaz de atender as necessidades da população, a custos suportáveis pela nação, de acordo com seus anais, publicados somente após 28 anos.

De acordo com o Ministro da Saúde da época, no processo de elaboração desse pensamento, foi se incorporando a idéia de que saúde é inseparável do processo de desenvolvimento nacional, apresentando-se os indicadores dos níveis de saúde estreitamente relacionados ao grau de desenvolvimento econômico, social e cultural da comunidade.

A partir daí foi possível repensar criticamente a Organização Sanitária Brasileira como a conseqüente correção dos vícios que lhe reduziam o alcance e a eficiência, entre eles a centralização, que deixava desprotegido um grande contingente da população.

A Conferência adotou assim a tese da Municipalização com o objetivo de descentralizar a execução das ações básicas de saúde, de modo a criar uma estrutura sanitária verdadeiramente nacional e flexível o bastante para adequar-se à realidade econômica, política e social da comunidade, num país com tantas diferenças regionais.

Para isso, recomendou a articulação das atividades sanitárias nos vários níveis das administrações: federal, estadual e municipal, dando o

primeiro passo para a implantação de um sistema nacional de saúde unificado.

Entre outras, recomenda que União, Estados e Municípios assumam competências e que estas três esferas, na mais estreita cooperação estabeleçam, no menor prazo possível, em nível municipal, a estrutura sanitária básica do país, de forma a fornecer os cuidados médico-sanitários indispensáveis à defesa da vida de toda a população brasileira; priorização dos municípios que não dispunham de qualquer medida de defesa da saúde; que os serviços de saúde a serem implantados levarão em conta na sua estrutura, as necessidades e possibilidades de cada um.

Infelizmente, todas essas e outras propostas foram bloqueadas pelo período de Ditadura Militar que ocorreu após a Conferência, em março de 1964, que impediu qualquer idéia de descentralização, vetando a grande reforma planejada para a década de 70 (CARVALHO, 2002).

Uma das características das políticas públicas no Brasil pós 64 foi a centralização federal dos instrumentos de intervenção e financiamento. A criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), como resultado da fusão dos antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) implicou na concentração das políticas de assistência médica, previdência e assistência social. Esta concentração foi acompanhada por uma extensão de cobertura da assistência médica a todos empregados formais e aos trabalhadores autônomos que, por sua vontade, desejassem contribuir para a Previdência Social.

Nesta perspectiva, a política de saúde dos anos 70 se por um lado não deixou nenhuma brecha para a participação social na definição de seus rumos e objetivos, representou um processo de inclusão de novos segmentos.

Em 1975, a Lei nº 6229/75, cria o Sistema Nacional de Saúde, em resposta à necessidade de extensão de cobertura e reorganização institucional do sistema de saúde no Brasil, na busca da equidade. Um dos seus objetivos básicos era reorganizar e disciplinar todos os serviços de saúde componentes do sistema, incluindo as ações do Ministério da Saúde, do INPS, bem como das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Outro objetivo básico era a expansão de cobertura, a qual exigia a homogeneização das condições de oferta de serviços na “ponta da linha” do SNS, isto é, nos Estados e Municípios.

Com este espírito, foi criado em 1976 o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS), que apesar de Interministerial, era coordenado pelo Ministério da Saúde, que vai assumindo progressivamente a unicidade do comando do sistema. O objetivo era de implantar uma estrutura básica de saúde pública nas regiões onde inexistiam condições mínimas para tal, por parte dos órgãos loco-regionais responsáveis pelo setor, estruturando módulos básicos do SNS, além de incorporar ações de saneamento básico.

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência Social (SIMPAS) pela Lei 6.439/77, e neste, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pela prestação de

assistência médica individual previdenciária existente na época. A criação do INAMPS acarretou um processo de centralização técnico-administrativa das decisões no âmbito da assistência médica individual de caráter curativo.

Após a VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1980, foi aprovada a implementação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, baseado na adesão brasileira às propostas da Organização Mundial de Saúde oriundas da reunião realizada em Alma Ata, na União Soviética em 1978, que tinha como base a garantia da atenção primária em saúde.

Entre os objetivos do programa, repetiam-se várias das estratégias propostas pelo PIASS, ou seja, melhorar as condições de saneamento, habitação, alimentação e nutrição da população brasileira, bem como, aperfeiçoar os meios de implantação de vigilância epidemiológica, utilização de recursos humanos, de equipamentos e insumos para a saúde.

Este plano foi sendo abandonado, pois a questão era racionalizar o gasto e distribuir melhor os recursos, como resposta à crise econômica de 1981, além do fato de que criar um plano destinado a suprir as carências básicas da população era contraditório aos interesses da rede privada prestadora de serviços do INAMPS.

Ainda no ano de 1981, o Presidente da República, mediante Decreto 86.329/81, cria o CONASP (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária), que edita um documento, publicado oficialmente em agosto de 1982 denominado de Plano CONASP. O Plano foi batizado de Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, e os

pontos principais de sua proposta eram a cobertura integral da população por meio de serviços básicos de saúde; planejamento dos serviços de saúde públicos e privados conforme um sistema hierarquizado, regionalizado e integrado, portanto descentralizado e desburocratizado; co-participação orçamentária das várias instituições envolvidas; responsabilidade política e controle geral do sistema de saúde pelo estado.

Este Plano teve essencialmente quatro estratégias: o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) entre União, Estado e Municípios; substituição das Guias de Internação Hospitalar (GIH) pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH); organização integrada das ações entre as três esferas de governo; introdução do Controle Social. A oficialização das parcerias era por meio de convênios assinados entre o Ministério da Saúde, o INAMPS e os Estados.

O Plano CONASP muda o sistema de financiamento dos hospitais, onde os leitos contratados com o setor privado eram pagos por unidades de serviço, calculadas através do custo de cada internação. Introduziu-se então um sistema diferenciado e aperfeiçoado de auditoria médica e contábil e o sistema de pagamento utilizando a AIH, que representa um grupo de procedimentos baseados em valores médios de custo de internação, calculados com base na série histórica apresentada.

Na área ambulatorial, é criado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que ficou conhecido como Ações Integradas de Saúde (AIS), onde estados e municípios que aderissem ao Plano teriam repasses financeiros relativos à sua capacidade de produção, associadas aos

parâmetros de cobertura da população. Em 1986 a estratégia das AIS havia se estendido a 2.500 municípios, cobrindo a aproximadamente 90% da população brasileira, embora esta cobertura tenha sido muito heterogênea, dada as condições técnicas e operativas pré-existentes muito distintas entre as regiões do país.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, teve como consequência a formulação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS).

Sua criação foi promulgada pelo Decreto 94.657, de 20 de julho de 1987, onde se estabelece uma clara definição de competência das três esferas de governo. A União ficaria encarregada de ações de caráter normativo, embora centralizasse a execução de alguns serviços, como as atividades de pesquisa, cooperação técnica e de produção e distribuição de medicamentos. Aos Estados caberia a execução de algumas ações e serviços e a coordenação intermediária de alguns processos de planejamento e programação setorial. Aos Municípios caberiam tarefas de planejamento local e execução efetiva dos serviços de saúde.

Além disso, cria-se uma estrutura de orçamentação vinculada ao acompanhamento e a avaliação de programas de saúde desenvolvidos pelos Estados, através do instrumento chamado de Programação e Orçamentação Integradas (POI). Os Postos de Assistência Médica do INAMPS (PAM) seriam repassados para a execução dos Estados, mas os recursos alocados para cada um deles ainda permaneceriam na administração federal, ainda

que estes administrassem as autorizações de internações dos prestadores contratados e conveniados e autorizassem a despesa (CARVALHO, 2002).

Com a formulação do SUDS, cria - se um cronograma de extinção do INAMPS e de suas estruturas regionais.

Sua legislação foi se consolidando através de outros decretos, portarias, instruções normativas entre outros e há de se reconhecer as suas conquistas, inclusive para a construção do SUS (CARVALHO, 2002).

1.3.1 A Constituição de 1988 e o SUS

A atual política do Brasil foi definida nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, assegurando a saúde como direito universal e fundamental.

O artigo 198 diz que as ações e serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade.

As ações passam a ser de co-responsabilidade da União, Estados e Municípios, cabendo a essas duas últimas esferas a primazia da prestação dos serviços e restando à esfera federal a definição da política nacional de saúde, suas normas, regulamentos e regras gerais.

A idéia de um comando único em cada esfera de governo implicava de um lado, na extinção das Superintendências (posteriormente Escritórios regionais) e agências do INAMPS e a transferência de toda a sua rede própria para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Em relação ao financiamento, as políticas de saúde passariam a ser de co-responsabilidade da União, dos Estados e Municípios.

Aprovados os princípios e bases do Sistema Único de Saúde na Constituição, muitas coisas ficaram na dependência de regulamentação, somente aprovada e promulgada com as leis 8080 e 8142, de 1990.

A Lei 8080 tem maior amplitude e regulamenta disposições gerais e preliminares, objetivos e atribuições, princípios e diretrizes, organização, direção e gestão, competências e atribuições, serviços privados de assistência à saúde, recursos humanos, financiamento (dos recursos, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento) e finalmente disposições transitórias.

A Lei 8142 é complementar e trata de dois assuntos vetados na Lei 8080, que são participação da comunidade com a criação das Conferências e dos Conselhos de Saúde e o financiamento, incluindo transferência intergovernamental de recursos financeiros.

1.3.2 As Normas Operacionais

A edição da Norma Operacional 01/91 do INAMPS, e posteriores portarias iniciam um processo de grandes transformações do sistema de

pagamento e transferência de recursos para as esferas locais de governo.

Dentre elas cabe destacar:

- **Uniformização gradativa da tabela de pagamento aos hospitais públicos e privados, estabelecendo base indiferenciada de remuneração a todos os estabelecimentos que integram a rede SUS.**
- **Definição de critérios para descentralizar os recursos para custeio e investimento e indicar o sentido a ser tomado pelo sistema de saúde nos Estados e Municípios.**
- **Financiamento da atividade ambulatorial, que trata da nova sistemática da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), criando um valor per capita para cada estado ou grupo de estados.**
- **Instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação da execução, que trata dos Conselhos de Saúde; dos Fundos de Saúde aprovados por lei e geridos pelo órgão da saúde, fiscalizados pelo Conselho de Saúde, Consórcios Administrativos Intermunicipais; Relatórios de Gestão; a Programação e Orçamentação da saúde, substituindo o POI do antigo INAMPS; Planos de Aplicação dos Fundos; Prestação de contas dos Fundos de Saúde.**

O pagamento por produção proposto pela NOB 91 era inconstitucional e ilegal segundo as leis 8080 e 8142, tendo este o inconveniente de se individualizar o repasse de recursos baseado em ações e procedimentos, sem a visão da necessidade de recursos globais para serem utilizados de uma forma livre sob um plano, com aprovação do Conselho de Saúde. Assim, tabelas defasadas com privilegiamento dos procedimentos de maior

complexidade concentrado em alguns centros médicos são indutores da iniquidade e da desintegralidade. O mesmo acontece na distribuição de recursos de internações hospitalares e de cobertura ambulatorial baseados na rede instalada e na capacidade de produzir. É a expressão da iniquidade da assistência ligada não às necessidades da população, mas à oferta de serviços até então mais privados que públicos (CARVALHO, 2002).

Segundo este mesmo autor, a NOB 92, apenas deu continuidade à NOB 91, sem grandes modificações, sendo sua contribuição periférica. O âmago persistiu intacto, resultante das várias forças envolvidas na época no sentido de conter a descentralização.

A IX Conferência Nacional de Saúde aconteceu em setembro de 1992, onde se defendia a luta pela regulamentação do Artigo 35 da Lei 8080, que estabelecia critérios a serem utilizados na distribuição de recursos: 50% por quociente populacional e 50% pelo perfil epidemiológico, demográfico, rede instalada (qualitativa e quantitativa), desempenho técnico e financeiro no ano anterior, participação no orçamento estadual e municipal, previsão do Plano Quinquenal e ressarcimento dos recursos utilizados com outras esferas do governo.

Politicamente estava ocorrendo o processo de "impeachment" do Presidente Fernando Collor, que posteriormente renunciou, passando a presidência para Itamar Franco.

A partir daí, foi apresentada ao novo Ministro da Saúde e ao Conselho Nacional de Saúde uma proposta, que se concretizou posteriormente no documento "Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: A ousadia de

cumprir e fazer cumprir as leis”, que deu o tom à portaria da Norma Operacional Básica, 93 (NOB 93).

Neste documento, destacam-se os pressupostos de descentralização como processo envolvendo redefinição de papéis, reorganização institucional, reformulação das práticas das três esferas de governo com estabelecimento de relação entre eles e o controle social, propondo como processo o diálogo, negociação e pactuação e implantação imediata do controle social.

Para operacionalizar a pactuação, negociação, articulação e integração, foi incentivada e colocada em prática a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Além desta, a NOB 93 orienta a criação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em cada Estado, com representação do Estado e do conjunto de municípios.

Para a assistência à saúde, a opção era de um processo de mudança transicional sem rupturas, identificados por estágios e sistemáticas de relacionamento definidos por transicional incipiente, transicional parcial e transicional semiplena. Para cada uma das situações, a NOB 93 propõe requisitos, responsabilidades e prerrogativas que passariam a usufruir. Passada essa fase transicional, seria então introduzida a Gestão Plena do Sistema, que era a finalidade máxima, em que se cumpriria a lei na sua totalidade. Para os Estados, partiu-se uma situação incipiente, passando por uma transicional parcial, semiplena e, finalmente, à desejada plena (CARVALHO 2002).

Segundo este mesmo autor, os Estados se sentiram desprestigiados e custaram para cumprir sua parte, principalmente na formação de Conselhos e na organização das Comissões Intergestores Bipartite. A Gestão transicional parcial não aconteceu, pois dependia de procedimentos estaduais que não ocorreram. A NOB 93 então foi colocada em ampla discussão com apoio de inúmeras instituições. Havia a convicção de que era necessário evoluir, aperfeiçoar e corrigir desvios de rotas e defeitos descobertos para que houvesse a evolução da descentralização.

Em consequência dessa discussão surge a Norma Operacional Básica 1996 (NOB 96), onde os pontos essenciais defendidos eram:

- Jamais retroceder no processo de descentralização.
- Fazer a descentralização com aprofundamento e agilidade do processo.
- Fidelidade à legislação.
- Diminuir a burocracia do processo sem enfraquecer os requisitos necessários para assumir novas funções.
- Oferecer mais vantagens e autonomia às formas de gestão menos complexas.
- Esvaziar a tendência estadual a uma descentralização baseada no poder estadual, subdividido em regiões estaduais de saúde, sem nenhum poder de controle do executivo, legislativo, Conselhos de Saúde e Comissão Intergestora Bipartite.
- Esvaziar a tendência estadual em querer retornar à antiga prática de que os recursos federais deveriam passar pelas esferas estaduais antes de chegar aos municípios.

- Dar mais autonomia aos municípios integrantes do processo, com a entrada de pelo menos parte dos recursos em valores per - capita e não por simples produção.
- Criar o nível de Gestão Plena com ampliação e aprofundamento do processo.
- Descentralização de outras áreas do Ministério, como Vigilância Sanitária e Epidemiológica, FUNASA, etc.

A NOB 96 foi publicada em setembro deste ano e reafirma os princípios básicos do SUS, enfatizando a regionalização, o cadastramento e vinculação da clientela, fluxos de referência e contra – referência, ampliação das transferências regulares e automáticas a todos os níveis de gestão e ampliação da Programação Pactuada Integrada.

Em relação à gestão da assistência, há reafirmação dos mecanismos de controle (Conselhos de Saúde, Tripartite e Bipartite). A ênfase é ao planejamento nos três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade, sendo este ascendente, com autonomia do município.

As condições de gestão para os municípios reduziram-se em plena da atenção básica e plena do sistema municipal de saúde, sendo explicitadas para cada uma as responsabilidades, requisitos e prerrogativas.

Para os Estados, as condições eram: Gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual.

O financiamento da União se dá através de repasses a Estados e Municípios, obedecendo a novos critérios de repasses.

Surge o Piso de Atenção Básica (PAB), um financiamento distribuído per capita, ou seja, por habitante, que seria transferido direta e automaticamente fundo a fundo aos municípios que cumprirem os requisitos e aos Estados, quando o município não estiver habilitado. Além do PAB, o financiamento se daria de diversas formas, como através do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que mais tarde, promoveriam a mudança do modelo de atenção à saúde; Fração Assistencial Especializada; Teto Financeiro de Assistência ao Estado; Teto Financeiro de Assistência ao Município; Índice de Valorização de Resultados; Remuneração de Serviços Prestados; Fatores de Incentivo e Índices de Valorização; Teto Financeiro de Vigilância Sanitária; Teto Financeiro de Epidemiologia e controle de doenças; Financiamento de investimentos.

As indefinições da NOB 96 não resolvidas e a impossibilidade dos municípios de continuarem se habilitando pela NOB 93, foram motivos para que novas forças tomassem conta do processo descentralizatório do SUS.

Alguns estados com vocação para a execução de serviços disputavam recursos com os municípios, impossibilitando assim que esses assumissem integralmente a gestão.

Havia também uma dificuldade em se estabelecer pactos intermunicipais, essenciais para o real estabelecimento da referência e contra-referência dos serviços.

Em 1999, 97% dos municípios tinham alguma responsabilidade na gestão (a maioria da atenção básica), possibilitando assim a proximidade do "locus" de discussão ao quadro epidemiológico.

A NOAS 2001, republicada em 2002, surge com o desafio da real divisão de responsabilidades entre Estado e Municípios e com o objetivo de buscar mais equidade. Foi apoiada em três eixos. O primeiro seria a regionalização como estratégia de hierarquização de serviços e busca de maior equidade. O segundo se baseava no fortalecimento da gestão através da Programação Pactuada e Integrada (PPI), da elaboração de Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, do comando único sobre os prestadores além das ações de controle, avaliação e regulação da assistência. Por fim, as novas formas e critérios de habilitação denominados como Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, que agregava aos procedimentos da atenção básica, pagos per capita, alguns procedimentos de média complexidade declarados básicos e factíveis de realização em unidade básica de saúde e a Gestão Plena do Sistema Municipal.

A referida norma define as responsabilidades de cada esfera de governo na gestão do SUS e ressalta a importância da articulação permanente entre os diversos gestores como um dos principais elementos para melhoria do desempenho do sistema. Neste sentido, torna-se necessário elaborar instrumentos que contribuam para a consolidação e implementação dessas práticas. Entre eles podemos destacar:

- A Agenda de Saúde que é um dos instrumentos de planejamento e tem um caráter descendente. A partir da Agenda Nacional são elaboradas as Agendas Estaduais e Municipais. A Agenda é um elemento de prioridades e deve estar em consonância com o Plano, independente de qual será elaborado primeiro. Ou seja, havendo um

Plano as prioridades (agenda) devem ser extraídas do mesmo, caso contrário elas devem embasar a elaboração do Plano.

- Nesta ótica temos como principal instrumento de planejamento de saúde, o Plano de Saúde, que independentemente da metodologia utilizada para sua elaboração, deve conter um diagnóstico da realidade local baseada em Indicadores de Saúde. A partir deste diagnóstico, devem-se definir as prioridades, metas e ações a serem realizadas para atingir estas metas. O Plano de Saúde tem um caráter ascendente, ou seja, os Planos Estaduais são elaborados a partir dos Planos Regionais e Municipais. Isto evidentemente não significa que o Plano Estadual é um somatório dos Planos Municipais. Devem ser submetidos na íntegra aos conselhos de saúde correspondentes em cada nível de gestão do SUS.
- O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é onde deve estar definido a organização da assistência com suas referências, isto é, a divisão territorial do estado em regiões, micro-regiões e módulos assistenciais de saúde, além da definição dos municípios pólo, detentores de maior capacidade tecnológica e, portanto de maior complexidade da assistência. A construção do PDR visa a construção de sistemas regionais de saúde que garantam a universalidade e integralidade da assistência. Deve estar contido no Plano Regional de Saúde.
- O Plano Diretor de Investimentos (PDI) é um levantamento de necessidades para organizar a assistência de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, especificando os investimentos para o

município para assumir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (PABA) e/ou sede de módulo. O PDI também deve fazer parte do Plano de Saúde, que como já citado anteriormente é o principal instrumento de planejamento da saúde.

- A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é a quantificação e o aprofundamento das ações descritas no Plano, partindo-se de parâmetros de necessidade da população, para a definição de redes funcionais e organizadas de serviços de saúde. Para a efetivação deste instrumento foi criado o Termo de Garantia de Acesso, contendo as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI a serem ofertadas pelos municípios pólo e sede de módulos aos municípios que necessitam de serviços não disponíveis em seu território, para que as pactuações entre os gestores fossem devidamente oficializadas.
- O Relatório de Gestão é a correlação entre metas, resultados e aplicação de recursos. Este relatório deve estar embasado em indicadores de saúde. Os indicadores de Avaliação de Gestão, que englobam os Indicadores da Atenção Básica, devem fazer parte do Relatório de Gestão.

Com a NOAS alguns problemas surgiram como o “engessamento” da referência e contra referência, o não cumprimento do Termo de Garantia de Acesso; a piora de indicadores de atenção básica, a Lei de Responsabilidade Fiscal que restringe a contratação de recursos humanos e a relação complicada de diferentes partidos políticos de Estados e Municípios, dividindo o comando e dificultando assim o processo de habilitação e gestão dos

municípios. O Sistema foi centrado na oferta de serviços e não na necessidade da população. A alteração nas relações de poder se manteve deficiente, criando “duplo comando” e dificultando assim a estruturação do sistema.

Foram muitas as discussões em torno do campo de gestão e das relações governamentais, para que as dificuldades possam ser superadas.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, em 2.006 os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população, implicando na definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes:

Pacto pela Vida: compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. Os estados/região/município devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos. As prioridades pactuadas são: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da Saúde; fortalecimento da atenção básica.

- **Pacto em Defesa do SUS: Articulação e apoio à mobilização social** pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito; estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS; ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania; elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS; apoio à regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29 pelo Congresso Nacional; aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.
- **Pacto de Gestão**, que estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; Programação Pactuada e Integrada - PPI; regulação; participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde.

1.4 O Município de São Paulo

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo a SMS nunca esteve totalmente integrada às políticas nacionais na busca de unificação do Sistema de Saúde.

“Na primeira metade da década de 80, com o advento das Ações Integradas de Saúde (AIS), houve um esforço inicial na tentativa de uma maior integração entre as três esferas governamentais, que se esgotou nas insuficiências de instrumentos e mecanismos que viabilizassem política e financeiramente aquela estratégia” (DONINI, 2003).

Neste mesmo período, iniciou-se o desenvolvimento do Programa Metropolitano de Saúde (PMS) pelo Governo do Estado, criado através do Decreto nº. 27.871, de 4 de janeiro de 1985 e financiado pelo Banco Mundial, com os propósitos de expansão da rede física e desenvolvimento de um novo modelo de atenção com maior integração entre a rede básica, a rede ambulatorial especializada e a rede hospitalar.

“Apesar de co-participe no programa, a participação da então Secretaria de Higiene e Saúde do município São Paulo foi secundária” (DONINI, 2003).

No Estado de São Paulo, durante a vigência do SUDS, ocorreu a estadualização dos serviços próprios do INAMPS e a municipalização da rede básica de saúde em praticamente todo o território. Foi neste período que se iniciou a reorganização da já então Secretaria Municipal de Saúde de São

Paulo, tendo como principais diretrizes a descentralização e a democratização da gestão. Foram descentralizados, em diferentes graus, os sistemas de execução orçamentária, compras e suprimentos, recursos humanos e manutenção da rede física e equipamentos, além da integração de serviços e ações de complexidade diversas no nível dos Distritos de Saúde, criados no período da gestão da então Prefeita Luiza Erundina. Esses Distritos estavam contidos em dez Administrações Regionais de Saúde (ARS), consolidadas como unidades orçamentárias.

Segundo JUNQUEIRA (2002), neste mesmo período, várias propostas de municipalização foram apresentadas ao Governo do Estado que esbarraram em muitos embates políticos. Mesmo assim, o município de São Paulo assumiu a gestão de cerca de 50 unidades básicas estaduais sem qualquer contrapartida financeira da Secretaria Estadual. Além disso, com recursos próprios, a Secretaria Municipal da Saúde colocou em funcionamento os seguintes novos serviços:

- 06 Hospitais
- 05 Prontos Socorros
- 03 Ambulatórios de Especialidades
- 06 Centros de Referência de Saúde do Trabalhador
- 11 Hospitais Dia de Saúde Mental
- 11 Centros de Convivência e Cooperativa
- 15 Unidades Básicas de Saúde
- 02 Centros de Referência Infantil
- 01 Centro de Orientação e Aconselhamento para DST/AIDS.

Com esta expansão no período, a Secretaria Municipal tornou-se uma instituição importantíssima na atenção à saúde da população paulistana, o que não acontecia antes, exceto na prestação de serviços de urgência/emergência.

A relação do município com o Ministério da Saúde só se estabeleceu com a NOB 91, onde mesmo a partir desta, era remunerado como um prestador de serviços, ou seja, por produção de serviços limitados aos tetos das Unidades de Cobertura Ambulatorial (UCA). Além disso, houve uma progressiva incorporação de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, até então executadas pelos serviços estaduais de saúde (JUNQUEIRA, 2002).

Em 1995, a Lei Municipal nº. 11.866, de 13 de setembro deste mesmo ano institui no município de São Paulo o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), iniciado efetivamente em janeiro de 1996.

Com o objetivo de reduzir custos e otimizar os recursos públicos, o PAS efetivou a transferência da gestão das unidades de saúde para 14 cooperativas formadas por servidores municipais, o que levou a uma nova organização da SMS.

Com o PAS, a SMS teve sua organização praticamente estruturada em dois subsistemas. De um lado, a coordenação das 10 Administrações Regionais de Saúde que passava a administrar cerca de 40 unidades de saúde e ações de vigilância epidemiológica e do outro a coordenação das cooperativas, que administrava pouco mais de 200 unidades de saúde. Os

Distritos de Saúde foram extintos e as ARS deixaram de ser Unidades Orçamentárias.

“Centrado na assistência médica individual, o PAS não dava conta de questões de saúde pública, que exigem ações articuladas voltadas à promoção e prevenção” (JUNQUEIRA, 2002).

A partir de 1999 foi instituído o SIMS – Sistema Integrado Municipal de Saúde, que procurou articular melhor estes dois subsistemas, além da criação de quatro módulos cooperativados, reunindo as quatorze cooperativas, sem, entretanto alcançar o seu intuito. De fato, esta falta de articulação se manteve até o fim de 2000 permeando toda estrutura da SMS e seus sistemas administrativo-gerenciais com reflexo direto na prestação de serviços.

Em fins de 2000, a SMS contava com um total de trinta mil servidores. Cerca de cinco mil estavam afastados junto às Cooperativas, que junto com doze mil cooperados não servidores municipais, constituíam a força de trabalho dos quatro módulos do PAS.

A administração direta da Secretaria Municipal da Saúde contava com cerca de treze mil funcionários, sendo este número muito superior à pequena capacidade instalada de seus serviços, além de outros dez mil funcionários disponibilizados para outras secretarias do município.

Os funcionários das cooperativas tinham salários diferenciados, em algumas categorias acima do valor de mercado, e em número insuficiente para preencher toda a capacidade instalada que foi disponibilizada ao PAS e

apresentando oferta de serviços inferior aos parâmetros de cobertura recomendados.

Quanto ao material e patrimônio apesar de todos os esforços realizados, inclusive com altos dispêndios financeiros, para a consolidação dos Módulos cooperativados, tanto nos serviços sob sua gestão, quanto naqueles subordinados diretamente a Secretaria Municipal da Saúde, a falta de manutenção predial, o obsoletismo de equipamentos e a falta de estoques de materiais e medicamentos eram comuns a ambos.

Apesar de vários mecanismos e órgãos de controle da Secretaria Municipal da Saúde, os Módulos cooperativados foram constituídos em verdadeiras células autônomas, sem diretrizes programáticas, sem articulação entre si e mais, com pouca ou nenhuma ingerência dos órgãos decisórios da Secretaria Municipal da Saúde.

Pouco mais de dois anos passados de sua implantação, verificou-se que o PAS não cumpriu com seu objetivo inicial de se reduzir custos. Mesmo porque, como a forma de repasse financeiro da SMS às cooperativas era a modalidade de pré-pagamento (repasse fixos per capita com base na população potencialmente cadastrada) e para mantê-lo, associado à folha de pagamento diferenciada procurou-se diminuir, não os custos, mas os gastos, levando à diminuição gradativa da quantidade e, principalmente, da qualidade da assistência (DONINI, 2003).

No início de 2001, com a desativação do PAS/SIMS, iniciou-se a transição em direção ao Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo, de forma a preservar o interesse social, garantindo principalmente a

continuidade da prestação de serviços aos munícipes, readequando a estrutura da SMS.

Ocorre então a descentralização da gestão da Secretaria da Saúde priorizando a criação de 41 Distritos de Saúde.

Sua divisão geoadministrativa foi baseada em critérios de base populacional, constituído em cerca de 250.000 habitantes, ajustados de forma a preservar a identificação tal como a população usa e reconhece como espaço, admitindo que na medida em que avançasse o processo de territorialização, este desenho poderia ser refeito. Também foi considerado para a definição dos Distritos de Saúde o contorno geoadministrativo definidos a partir das 96 unidades geográficas designadas na década de 90 por órgãos governamentais designadas de Distritos Administrativos e consideravam desde a tipografia e topologia do terreno, até o sistema viário da cidade (CAPUCCI, 2003).

Com base nestes critérios, definiu-se primeiramente por um conjunto de 41 Distritos de Saúde, posteriormente ajustado para 39.

O Comunicado nº. 01, publicado no Diário Oficial do Município em 25 de janeiro de 2001, define que o Distrito de Saúde foi constituído enquanto:

- Unidade autônoma e território local de planejamento, avaliação e controle das ações e políticas de saúde;
- Instância decisória para o desenvolvimento de projetos e ações integradas com outros setores de atuação social;
- Espaço de reorganização da orientação programática, a partir de critérios de demanda e de estudos prospectivos em nível distrital/local;

- Instância de avaliação, controle e fomento de padrões de qualidade e compromissos dos serviços frente às necessidades de saúde;
- Território privilegiado para a identificação de problemas e aspirações das distintas comunidades;
- Local de articulação com as demais políticas públicas municipais, favorecendo o impacto positivo na qualidade de vida nos diferentes espaços da cidade e possibilitando a integração estrutural futura nas esferas administrativas das subprefeituras que vierem a ser criadas.

Como resultado desta mudança houve a transformação das Administrações Regionais Saúde (ARS) em dez Postos Avançados de coordenação de recursos humanos, finanças e orçamento e de epidemiologia e informação.

Em março de 2001, o município finalmente se habilita nos termos da NOB 96, como Gestor Pleno da Atenção Básica e inicia-se o processo de municipalização das unidades estaduais de saúde, sendo neste momento repassadas à gestão municipal cerca de 240 unidades.

A implantação do PAS, que ocasionou uma solução de descontinuidade do modelo de atenção e uma ruptura da organicidade que perpassava toda a estrutura da Secretaria Municipal da Saúde, leva à necessidade do desenvolvimento de projetos, mecanismos e instrumentos para a recuperação da capacidade de gestão e enfrentamento dos novos desafios.

Muitos foram os problemas enfrentados pelos gestores, no que tange à organização desta nova rede de serviços. Além disso, muitos profissionais de vínculo estadual puderam optar por não passarem à administração municipal, agravando ainda mais a situação.

O Comunicado nº. 4 de 30 de maio de 2001, elege o Programa de Saúde da Família (PSF) como componente estruturante da atenção básica do sistema municipal de saúde e esboça uma organização para a articulação deste com a rede básica e os níveis secundário e terciário de atenção, de modo a viabilizar o acesso da população à assistência integral à saúde. As dificuldades de ampliação desse modelo inovador, principalmente pelos seus custos, obrigaram a repensar a atuação de toda a rede básica, buscando incorporar às demais unidades, os princípios que regem a lógica daquele modelo.

A partir da Lei Municipal nº. 13.399, de 1 de agosto de 2002, os Distritos de Saúde foram transformados em 31 Subprefeituras, estabelecidas inicialmente pelos mesmos critérios populacionais e de divisão política dos Distritos (Mapa 1).

A Subprefeitura seria a unidade responsável pela execução orçamentária dentro de seu território, havendo uma Coordenação de Saúde em cada uma delas, tida como a autoridade local da política municipal de saúde, responsável pelo planejamento e execução das ações, fazendo com que fosse ampliada a capacidade de aproximar as respostas sociais às necessidades da população residente em cada região da cidade (CAPUCCI, 2003).

A criação das Subprefeituras não pode ser entendida como uma mera criação de novas abrangências ou limites territoriais e estes territórios não podem ser estáticos, nem se bastam entre si, sendo interdependentes e conectados.

Em 2003, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo assumiu onze compromissos sociais prioritários na sua Agenda Municipal de Saúde:

- Garantir Assistência Humanizada ao pré-natal, parto e ao recém nascido.
- Estruturar sistema de acolhimento ao cidadão nas unidades de saúde.
- Reestruturar o atendimento das urgências e emergências.
- Implementar ações de saúde que façam frente à situação de violência na cidade.
- Implementar ações de prevenção e tratamento do uso de álcool e drogas.
- Controlar o *Aedes aegypti* e eliminar a circulação do vírus da dengue.
- Implementar o Programa Saúde da Família.
- Criação de uma rede integrada de serviços com fortalecimento da gestão descentralizada.
- Consolidar a participação social na gestão do SUS municipal.
- Promover o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Consolidar a implantação da Gestão Plena no município de São Paulo

Mapa 1 – Divisão territorial das Subprefeituras, MSP, 2002.

31 SUBPREFEITURAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO POR DISTRITO ADMINISTRATIVO
Lei nº 13.399, de 1 de agosto de 2002



O processo de descentralização também desencadeou a criação das cinco Autarquias Hospitalares Regionais, que passaram a se responsabilizar pelos processos administrativos nas áreas de recursos humanos, suprimentos e orçamento/finanças dos hospitais e pronto-socorros próprios do município, em busca de uma maior racionalidade e eficiência, dada a maior autonomia dessas entidades.

Em julho de 2003, o município se habilita como Gestor Pleno do Sistema Municipal, nos termos da NOAS, e passa a ser autoridade máxima da saúde na cidade, com as atribuições de prestar serviços próprios, regular os demais serviços de saúde que atuam na cidade, inclusive os privados e executar a vigilância ambiental, epidemiológica e de produtos e serviços relativos à saúde.

Muitas discussões e estudos permearam o planejamento de quais seriam as unidades repassadas à gestão municipal e de como seria este processo. De início, a idéia era de que passariam à gestão municipal as unidades que mantinham pelo menos 90% de atendimento ao munícipe de São Paulo.

Após muitas articulações técnicas e políticas, decidiu-se que somente passariam à gestão do município, as unidades que mantinham contrato ou convênio para prestação da assistência da saúde no município, pois não havia a garantia de que o valor referente às despesas correntes, advindo do tesouro estadual, que mantinha o custeio das unidades públicas estaduais seria repassado ao município juntamente com a gerência destas unidades, e

este não tinha condições de assumir tamanha despesa somente com financiamento próprio e a respectiva contrapartida federal.

Além deste fator, na época, houve uma grande discussão sobre o nível de organização do sistema de saúde municipal para administrar naquele momento um sistema de tamanha dimensão, principalmente no que se refere ao sistema de regulação municipal, que não estava ainda totalmente formatado e é considerado imprescindível para um município como o de São Paulo, não só pela magnitude, mas também pela sua constante inter-relação com o restante do Estado, e até mesmo com o restante do país, no que se refere às ações de saúde.

Diante destes fatores, permaneceram sob gestão estadual os ambulatórios e hospitais próprios estaduais de administração direta e aqueles gerenciados por organizações sociais. Nesta relação foram também incluídos o Hospital das Clínicas, o Instituto do Coração, o Hospital Dante Pazzanese, além da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e o Hospital São Paulo, ligado à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), tidos como de atendimento de abrangência estadual e até mesmo em alguns casos nacional.

Em agosto de 2005, o Decreto nº. 46.209 transfere o poder das Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras para a Secretaria Municipal de Saúde recentralizando assim todas as ações de planejamento, avaliação, administração, finanças e de supervisão técnica e de vigilância em saúde.

A administração das unidades de saúde bem como toda a execução orçamentária foi restrita a 5 Coordenadorias Regionais de Saúde, onde ficam

alocadas as antigas coordenadorias das Subprefeituras, agora denominadas Supervisões Técnicas de Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o sistema de saúde no município de São Paulo, a partir do processo de descentralização/municipalização das ações de saúde, decorrente de sua habilitação nos termos da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), como Município Pleno da Atenção Básica em 2001 e posteriormente na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), como Pleno do Sistema Municipal, em 2003.

2.2 Objetivos Específicos

Analisar alterações na estrutura do sistema de saúde do Município de São Paulo, após a descentralização/municipalização das ações de saúde.

Analisar alterações no processo de trabalho do sistema de saúde do Município de São Paulo, após a descentralização/municipalização das ações de saúde.

Contribuir com subsídios para o aprimoramento e potencialização do processo de descentralização do SUS.

3 MATERIAL E MÉTODO

Como desenho metodológico, este trabalho foi desenvolvido a partir da análise de séries temporais no Município de São Paulo compreendendo o período de 2000 a 2005, com base na metodologia de avaliação proposta por DONABEDIAN (1980), além do modelo de avaliação normativa definido por CONTANDRIOPOULOS et al (1997), onde se descreve que o processo de avaliação deve estar baseado numa concepção sistêmica cujos componentes são: Estrutura, Processo e Resultado.

- Estrutura – compreende a rede de serviços de saúde, quadro de recursos humanos e sua capacitação e qualificação, os recursos financeiros utilizados para as despesas de investimento e custeio e a estrutura organizacional que gera a assistência.
- Processo – engloba tudo que está sendo realizado na dinâmica de prover e receber a assistência. Esta categoria analisa as alterações ocorridas na dimensão da gestão do sistema, em termos gerenciais e instrumentos que de forma sistemática ou pontual permita, ou aprimore o processo de gestão do sistema de saúde.
- Resultados – Reflete os efeitos ou impactos da assistência na situação de saúde da população, bem como o grau de satisfação dos usuários dos serviços de saúde.

Os dados referentes a este trabalho foram coletados em setores da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde

de São Paulo, Ministério da Saúde, além de informações secundárias obtidas dos sistemas:

- Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) - DATASUS
- Sistema de Informações Hospitalares (SIH) - DATASUS
- SIOPS (Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde) - DATASUS
- Sistema de Informações do Fundo Nacional de Saúde - DATASUS
- Sistema de Informação do Grupo de Planejamento Setorial - GPS/SES
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

Todos estes sistemas são de domínio público e estão disponibilizados na internet.

Para a análise das alterações na estrutura foi considerada a rede de serviços de saúde, destacando os avanços no processo de municipalização das unidades ambulatoriais e hospitalares; os recursos financeiros utilizados para as despesas correntes, ou seja, ao custeio da assistência, identificando o valor financeiro aplicado em saúde no município pelas esferas municipal, estadual e federal, além da evolução do financiamento federal segundo o tipo de transferência e a complexidade da assistência.

Para a análise as alterações de processo, foi considerada a produção física e financeira de serviços ambulatoriais e hospitalares, onde se observou evolução na complexidade e a descentralização da assistência, a relação público-privado da prestação da assistência, bem como o local de residência

dos pacientes que se utilizam dos equipamentos de saúde no âmbito do Município de São Paulo.

Mesmo que alguns autores possam classificar a produção de serviços como sendo parte integrante da análise dos resultados das ações, e como nem todas as variáveis analisadas a partir da produção de serviços se “encaixariam” nesta categoria, para este estudo considerou-se como componentes de resultados somente efeitos ou impactos que pudessem refletir mudanças no estado fisiopatológico ou psicológico.

No processo de formulação deste estudo, optou-se por se excluir a análise de alterações de resultados, levando se em conta que situações de saúde se modificam devido à interação de muitas variáveis incluindo fatores sócio-econômicos, educação, questões ambientais e comportamentais, além do tempo necessário para mudanças na história natural das doenças, principalmente no caso de doenças crônicas. Somente com a inclusão dessas variáveis e um profundo conhecimento prévio da situação poderia ser atribuída uma modificação decorrente de qualquer processo de intervenção.

Deste modo, considerou-se que diante da magnitude de um município como o de São Paulo, para um estudo que abordasse resultados ou impactos seria necessário uma dissertação específica para o tema.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A Rede de Serviços

De acordo com a definição de DONABEDIAN (1980), o componente estrutura compreende a rede de serviços de saúde, quadro de recursos humanos e sua respectiva qualificação, o recursos financeiros utilizados para as despesas de financiamento e custeio, além da estrutura organizacional que gera a assistência.

Neste contexto, este trabalho teve como foco de análise a rede de serviços de saúde e os recursos financeiros utilizados para as despesas de custeio da rede assistencial no município de São Paulo entre os anos de 2000 e 2005.

Quanto ao quadro de recursos humanos, seria necessário um estudo bastante trabalhoso e particular a este assunto, dada à magnitude de um município como o de São Paulo e, portanto optou-se por não trabalhar este tema nesta pesquisa.

Inicialmente, os dados referentes à estrutura foram planejados para ser coletados somente dos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde, ou seja, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA - SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH – SUS), Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos e Sistema de Informação do Fundo Nacional de Saúde. Após a análise preliminar dos dados, verificaram-se algumas falhas,

principalmente no que diz respeito ao cadastro de unidades ambulatoriais e hospitalares.

Diante deste fato, optou-se por complementar a coleta com informações da Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, tomando assim os dados mais próximos da realidade local.

A análise dos dados foi prejudicada pela mudança de classificação das unidades quanto à natureza jurídica dos prestadores no ano de 2003, principalmente nos hospitais universitários, que foram progressivamente reclassificados pelo Ministério da Saúde e distribuídos nas modalidades estadual e filantrópico, além de alguns erros de classificação de unidades.

No caso do cadastro hospitalar, foi possível trabalhar manualmente os bancos de dados e classificar as unidades na mesma categoria em todos os anos.

No cadastro ambulatorial, os bancos de dados também foram trabalhados manualmente, mas devido ao expressivo número de unidades localizadas no município de São Paulo, bem como as inconsistências e falhas observadas, a classificação foi realizada de forma mais simples, no que se refere à natureza e regime de contratação das unidades.

4.1.1 Unidades Hospitalares

A Tabela 1 demonstra a evolução do número de unidades hospitalares credenciadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) no município nos anos de 2000 a 2005 de acordo com a natureza jurídica do prestador.

Observa-se que no período houve uma redução de 12,6 % no total das unidades. Esta redução deve-se ao fato do descredenciamento de unidades de natureza privada lucrativa e filantrópica na ordem de 33%.

Tabela 1 – Número de unidades hospitalares segundo a natureza jurídica do prestador, Município de São Paulo, 2000 a 2005.

Natureza/ Ano	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Público	Federal	1	1	1	0	0
	Estadual	23	23	24	25	25
	Municipal	14	13	13	13	13
	Universitário	4	4	4	5	6
Privado	Filatrópico	24	23	23	20	15
	Lucrativo	26	23	18	11	14
	Universitário	7	7	7	9	9
Total	98	93	89	83	82	82

Fonte: SIH - SUS; Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação às unidades de natureza pública, somente podemos considerar uma expansão dos públicos estaduais, com a incorporação de dois novos hospitais no período, representando um acréscimo de cerca de 9%. No caso dos universitários, tanto públicos como privados, o aumento no número de unidades durante os anos analisados, foi devido uma desagregação de institutos dentro de unidades já existentes, para efeito de cadastro.

Cabe salientar, que nem todas as unidades cadastradas no Sistema de Informação SIH/SUS, apresentavam faturamento regular ao SUS. Em 2000, cerca de 21% das unidades não apresentaram faturamento e esta

diferença cai progressivamente ao longo dos anos, chegando a 8,5% em 2005.

Se analisarmos a descentralização das unidades hospitalares, a Tabela 2 demonstra que no ano de 2000, 86% estavam sob gestão estadual e 14% sob gestão municipal. Neste ano, das unidades sob gestão municipal, 12% era gerenciado pelas cooperativas do PAS, permanecendo sob gerência da Secretaria Municipal de Saúde apenas o Hospital e Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha e o Hospital do Servidor Público Municipal. De 2001 até o ano de 2003, entre 86% e 84% das unidades hospitalares ainda estavam sob gestão estadual. Em 2004, após a habilitação do município como Gestor Pleno do Sistema Municipal, este passa a gerir cerca de 56% das unidades, chegando a 57% em 2005. Permanece, portanto no fim do período 43% das unidades hospitalares sob gestão estadual, sendo 80% destas de administração direta e 20% sob a gerência de Organizações Sociais de Saúde.

Tabela 2 – Número de unidades hospitalares segundo gestão do prestador, Município de São Paulo, 2000 a 2005.

Gestão/ Ano	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Estadual	84	80	76	70	36	35
Municipal	14	13	13	13	46	47
Total	98	93	89	83	82	82

Fonte: SIH - SUS; Secretaria Municipal de Saúde.

Durante este processo de descentralização, das unidades que estavam sob gestão estadual, somente as unidades contratadas e conveniadas foram repassadas à gestão do município, permanecendo sob gestão estadual as unidades próprias estaduais além da Santa Casa de São Paulo e o Hospital São Paulo (Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP).

4.1.2 Leitos

Com relação ao total de leitos SUS, a Tabela 3 demonstra uma diminuição de 24% no total do período analisado. Esta queda deve se também ao fato do descredenciamento de hospitais privados, como vimos anteriormente na tabela 1.

Como dito anteriormente, nem todos os hospitais cadastrados no sistema apresentavam faturamento regular ao SUS e, portanto, temos que considerar que nem todos os leitos cadastrados no sistema neste período estavam à disposição do SUS.

Ao analisarmos a quantidade de leitos em relação à população, no ano de 2000 e 2001 tínhamos 2 leitos por mil habitantes. Este número decresce a partir de 2002, passando por 1,7 leitos em 2002 e 2003 chegando em 2005 com cerca de 1,4 leitos por mil habitante.

Se compararmos número apresentado no município em 2003, de 1,7 leitos por mil habitantes com os dados do DATASUS, desse mesmo ano, verifica-se que este número fica abaixo do número observado no Estado de

São Paulo, que é de 2,3 leitos por habitante e também abaixo do número para a região Sudeste e do Brasil, que é de 2,5 leitos por mil habitantes.

Tabela 3 – Número de leitos hospitalares segundo gestão do prestador, MSP, 2000 a 2005.

Gestão	Tipo	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Estadual	Clínicos	18.789	18.278	15.499	15.737	9.475	9.418
	UTI	1.377	1.409	1.310	1.551	1.499	1.332
	Total	20.166	19.687	1.608	17.288	10.974	10.750
Municipal	Clínicos	2.314	2.600	2.409	2.151	5.734	5.994
	UTI	119	137	128	149	500	532
	Total	2.433	2.737	2.537	2.300	6.234	6.526
Total		22.760	22.424	19.346	19.587	17.208	17.276
leitos/1.000 hab		2,0	2,0	1,7	1,7	1,4	1,4

Fonte: SIH - SUS; Secretaria Municipal de Saúde; IBGE.

Nota: Os leitos mencionados referem-se aos leitos contratados pelo SUS.

A Portaria nº. 1.101 de 12 de junho de 2002 estabelece como parâmetro o valor de 2,92 leitos por mil habitantes. Entretanto, os dados fornecidos pelo DATASUS de 2003 nos mostram que apenas nas regiões Centro – Oeste e Sul do Brasil o número chegaria próximo a este valor.

Um estudo mais apurado seria necessário, considerando a população SUS dependente no município, que se apresenta muito distinta entre as regiões do Município de São Paulo.

Ao observarmos a distribuição de leitos hospitalares por gestão constatamos que até o ano de 2003, quase 90% dos leitos estavam sob gestão estadual. Em 2004, o município passa a gerir 36% dos leitos, chegando em 2005 com a gestão de 38% dos leitos no município. Neste ano, este valor representa 39% dos leitos clínicos e 29% dos leitos de UTI.

Apesar de o município ter em 2005, a gestão de 57% das unidades hospitalares, este valor representa apenas 39% dos leitos clínicos e 29% dos leitos de UTI, totalizando 38% do número total de leitos do município.

A Tabela 4 demonstra a evolução dos leitos no período de 2000 a 2005 distribuídos nas especialidades.

Ao longo do período analisado podemos observar que ocorre um decréscimo de 24% no total de leitos, em concordância com a diminuição de cerca de 12% no número de unidades hospitalares.

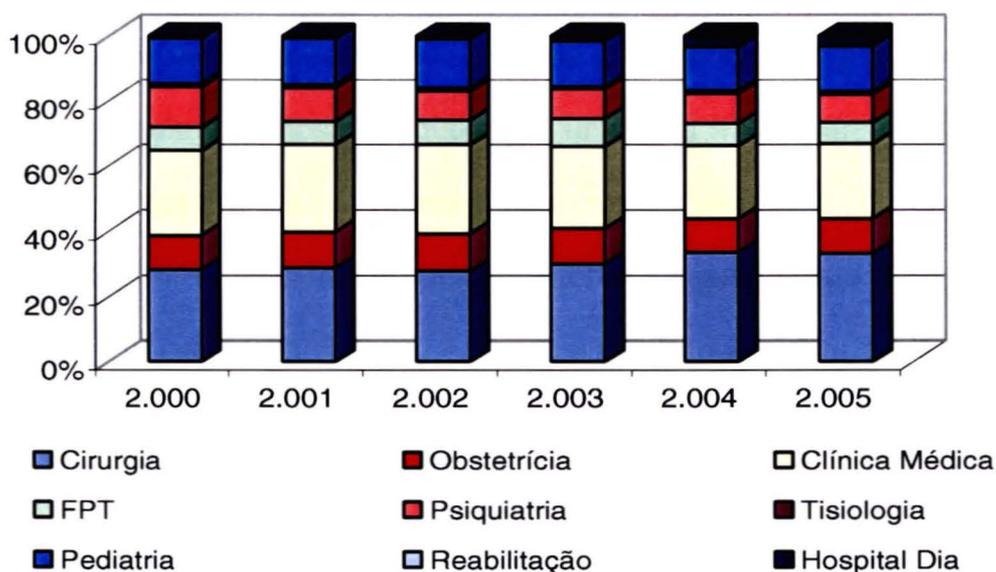
Tabela 4 - Número de leitos hospitalares por especialidade, MSP, 2000 a 2005.

Especialidade	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Cirurgia	5.975	6.044	5.002	5.397	5.111	5.132
Obstetrícia	2.185	2.266	2.028	1.908	1.557	1.632
Clínica Médica	5.492	5.580	4.886	4.489	3.395	3.536
Psiquiatria	2.662	2.176	1.612	1.656	1.436	1.355
FPT	1.491	1.486	1.339	1.519	1.015	1.005
Tisiologia	193	187	161	113	135	134
Pediatria	2.947	2.972	2.712	2.500	2.025	2.141
Reabilitação	9	18	19	31	41	40
Hospital Dia	150	150	150	276	482	454
Total clínicos	21.103	20.878	17.908	19.588	15.196	15.412
UTI	1.496	1.546	1.438	1.699	1.999	1.864
Total de leitos	22.599	22.424	19.346	17.888	17.195	17.276

Fonte: SIH-SUS/DATASUS

No total do período analisado, ocorreu um aumento no número de leitos de reabilitação, hospital dia e leitos de cuidados intensivos (UTI), em 361%, 202% e 25% respectivamente. No restante das especialidades há uma diminuição no número de leitos que varia de 14% nos leitos cirúrgicos a 49% nos leitos de psiquiatria.

Gráfico 1 – Distribuição proporcional de leitos por especialidade, MSP, 2000 a 2005.



Fonte: SIH-SUS/DATASUS

Se observarmos a proporção dos leitos nas especialidades o Gráfico 1 demonstra que não houve grandes variações no período de 2000 a 2005. Neste contexto podemos destacar os leitos de psiquiatria que variam entre 12% do total em 2000, a 8% do total dos leitos em 2005, em concordância com a política de “desospitalização” psiquiátrica. Também podemos observar que os leitos cirúrgicos, passam de 26% do total de leitos em 2000 para 30%

em 2005; e os leitos clínica médica, que representavam 24% em 2000 e chegam em 2005 com 20% do número total de leitos do município.

De acordo com informações da Secretaria Estadual de Saúde, esta grande variação no número dos leitos ao longo do período, deve-se também a deficiências no cadastro destes, que foram sendo corrigidas ao longo dos anos analisados.

4.1.3 Unidades Ambulatoriais

A obtenção do cadastro de unidades ambulatoriais no período de 2000 a 2005 foi mais dificultosa do que a de unidades hospitalares, visto que o cadastro hospitalar foi atualizado com mais frequência devido a sua vinculação com o faturamento, principalmente no que se refere ao cadastro de leitos. Por esta razão optou-se por realizar manualmente a classificação das unidades ambulatoriais, e quanto à natureza jurídica, foram classificadas somente como públicas e privadas, sem a especificação da esfera administrativa e regime tributário, pois as falhas no cadastro, o número expressivo de unidades localizadas na cidade, e as reclassificações do Ministério da Saúde prejudicariam a análise.

Na Tabela 5 ao observarmos a evolução no número de unidades credenciadas ao SUS, verifica-se um aumento em torno de 9% entre os anos de 2000 a 2005 e uma grande variação de unidades por tipo durante o período analisado.

Tabela 5 – Número de unidades ambulatoriais por tipo, natureza jurídica e gestão do prestador, MSP, 2000 a 2005.

Tipo de Unidade	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Unidades Básicas	329	334	334	364	375	364
Amb Especialidades	46	52	50	58	65	64
Amb Saúde Mental	46	46	50	55	62	66
Amb. Hospitais	89	67	69	65	67	69
Unid. DST AIDS	19	19	19	14	14	14
Laboratórios	21	21	16	12	12	11
Unidades Vigilância	12	12	12	24	27	28
Pronto Atendimento	3	5	5	4	4	27
Pronto Socorro	13	13	13	13	11	13
Unid. Hemodiálise	18	19	18	21	22	23
Unid. Reabilitação	5	5	3	2	2	2
Radiodiagnóstico	19	17	9	-	1	1
Radioterapia	2	2	-	-	-	-
Sindicatos	3	3	3	3	3	3
Hematologia	4	3	3	3	3	3
Bombeiros/Resgate	4	4	4	2	2	1
Natureza jurídica						
Públicos	520	526	534	575	601	624
Privados	113	96	76	65	69	65
Gestão						
Estadual	374	158	136	64	61	61
Municipal	259	464	472	576	609	628
Total	633	622	608	640	670	689

Fonte: SIA – SUS/ DATASUS - Secretaria Municipal de Saúde.

No ano de 2000 tínhamos 18% das unidades ambulatoriais de natureza privada, sendo que o número destas apresenta um decréscimo progressivo ao longo do período, representando em 2005 9% do total de unidades ambulatoriais. Como no caso das unidades hospitalares, alguns

prestadores, mesmo estando contabilizados no cadastro, não apresentavam faturamento regular ao SUS.

Já em relação à gestão das unidades ambulatoriais, em 2000 tínhamos 59% sob gestão estadual e 41% na gestão do município. . Neste ano, das 259 unidades sob gestão municipal, 174 delas, estavam sob gerência das cooperativas do PAS. Este panorama muda completamente a partir de 2001, quando o município de habilita como Gestor Pleno da Atenção Básica, pela Norma Operacional Básica (NOB 96) e passa a gerir praticamente todas as unidades básicas de seu território, além de alguns ambulatórios de especialidades e hospitais próprios municipais. Após este processo o município passa então a ter a gestão de 75% das unidades ambulatoriais. Após a habilitação do município na Gestão Plena da Atenção Básica pela NOB 96, podemos dizer que 58% das unidades que estavam sob gestão estadual foram descentralizadas para a gestão municipal.

Em 2004, após a habilitação como Gestor Pleno do Sistema Municipal, o município fica com a gestão de 90% das unidades, chegando em 2005 com 91% destas, sendo em grande parte unidades básicas e de média complexidade. Isto será melhor explicitado quando analisarmos a produção física destas unidades.

Cabe salientar que assim como ocorreu com as unidades hospitalares, após a habilitação na gestão plena, somente foram repassadas ao município as unidades contratadas e conveniadas, permanecendo sob gestão estadual, os ambulatórios e hospitais próprios estaduais, além da Santa Casa de São

Paulo e o Hospital São Paulo (Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP).

4.2 Os Recursos Financeiros

No que diz respeito aos recursos financeiros os dados também foram complementados com informações das secretarias citadas, além de informações coletadas do Fundo Nacional de Saúde/DATASUS.

Em relação ao financiamento, este estudo teve como foco o total de recursos aplicados em saúde no município de São Paulo para o custeio da assistência, ou seja, as despesas correntes em saúde de fontes municipal, estadual e federal. Optou-se por excluir o total de recursos destinados a investimentos, pois não havia confiabilidade nas informações de todas as fontes, dificultando assim a obtenção da proporção exata da contrapartida financeira de cada esfera de governo.

A aplicação das receitas relativas à saúde do município de São Paulo, é executada pelo Departamento do Tesouro da Secretaria de Finanças e Desenvolvimento Econômico, de acordo com a Lei nº. 13.563, de 24 de abril de 2003, e o Decreto Municipal nº. 44.031, de 24 de outubro de 2003. Nessa legislação, é explicitado que as receitas referentes à saúde são contabilizadas como receita orçamentária municipal, em rubrica específica do Fundo Municipal da Saúde, sendo recolhida em contas específicas, onde o Secretário Municipal da Saúde é designado como gestor ou ordenador oficial

desta, podendo delegar por portaria o seu gerenciamento técnico, geralmente feito ao Chefe de Gabinete da SMS.

Na Tabela 6 observamos que os recursos municipais tiveram um aumento de 141% no total do período. Nota-se que no ano de 2003 há uma queda de 30% em relação ao ano anterior, mas no ano seguinte, é recompensada por acréscimo de 60%. Esta fonte de recurso representou no período analisado entre 20% e 30% do total dos recursos financeiros aplicados em saúde no município.

Os recursos originados do tesouro estadual tiveram no total do período um acréscimo de 65% no valor aplicado, representando entre 39% e 43% do total aplicado no município. Para calcular o total referente a esta fonte de recurso foi contabilizado o valor destinado ao custeio das unidades próprias estaduais de administração direta e indireta, bem como as unidades universitárias que permaneceram sob gestão do Estado; o valor referente ao pagamento dos recursos humanos de unidades municipalizadas, além de transferências relativas à assistência farmacêutica (Dose Certa) e programa de controle de diabetes.

Por fim, os recursos federais obtiveram um aumento no seu valor de cerca de 104% entre 2000 e 2005. Nos anos analisados, a proporção desta fonte de recurso variou entre 36% e 42% do total financeiro aplicado no município de São Paulo. O valor referente ao recurso federal foi obtido pela soma da remuneração por serviços produzidos, transferências automáticas fundo a fundo, incentivos federais e convênios a unidades sob gestão estadual ou municipal.

Tabela 6 - Valor financeiro aplicado em despesas correntes em saúde, segundo fonte de recursos, MSP, 2000 a 2005.

Ano/Fonte	Municipal	Estadual	Federal	Total	Per capita
2.000	796.241.383,0	1.408.461.601,9	1.038.919.147,9	3.243.622.132,7	310,86
2.001	967.216.445,1	1.515.438.474,5	1.239.857.053,2	3.722.511.972,8	354,55
2.002	1.271.328.068,7	1.674.947.341,8	1.398.455.919,8	4.344.731.330,3	409,88
2.003	891.219.467,3	1.858.829.476,3	1.668.416.324,2	4.418.465.267,8	413,83
2.004	1.429.257.240,9	2.168.074.105,7	1.932.034.750,0	5.529.366.096,6	514,18
2.005	1.914.961.718,3	2.318.641.905,2	2.116.032.832,7	6.349.636.456,1	581,04

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde, Secretaria Municipal da Saúde; Ministério da Saúde / SAS, Fundo Nacional de Saúde, DATASUS, SIOPS; IBGE.

O valor total de recursos aplicados no município de São Paulo obtidos das três esferas de governo tem um acréscimo de 96% entre os anos de 2000 e 2005. Se dividirmos o total de recursos aplicados em saúde pelo número de habitantes do município, obtemos o valor per capita em cada ano. Este valor se inicia com R\$ 310,86 em 2000 e obtém um acréscimo de 87% ao longo dos anos analisados, chegando a um valor de R\$ 581,04 em 2005.

Ao desagregarmos o valor referente à contrapartida federal, podemos observar no Gráfico 2 que no ano de 2000, 96% do financiamento federal era realizado através de remuneração por serviços produzidos, sendo quase em sua totalidade repassado ao Estado, que geria a grande maioria das unidades localizadas no território do município de São Paulo. A pequena parcela de transferência automática deste ano era referente à atenção básica compreendia somente às unidades básicas estaduais, visto que as unidades próprias do município ainda recebiam por remuneração de serviços. As

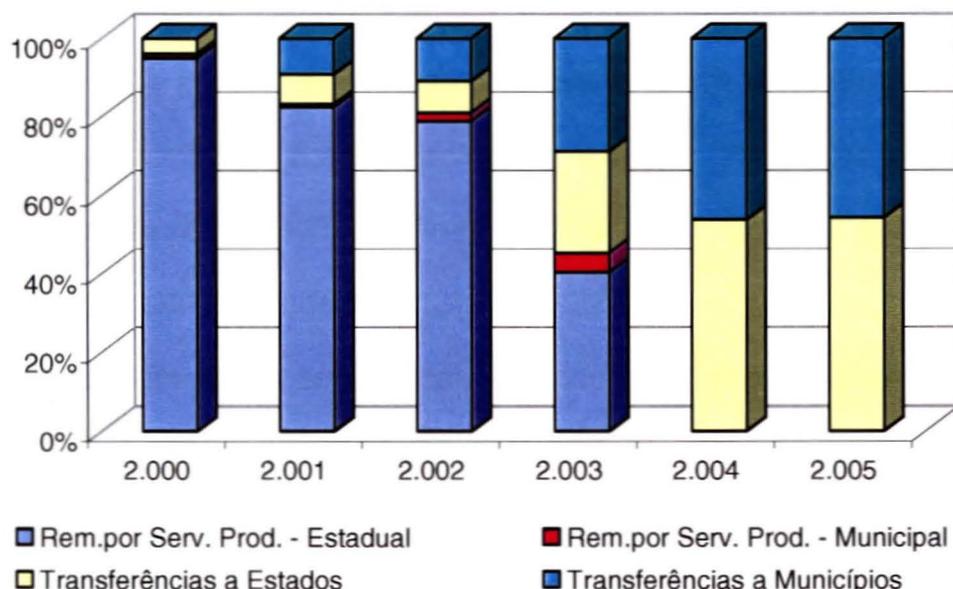
unidades gerenciadas pelas cooperativas do PAS, não estavam credenciadas ao SUS e, portanto eram financiadas apenas com recurso do tesouro municipal.

Em 2001, após a extinção do PAS e a habilitação do município nos termos da Norma Operacional Básica de 1966 (NOB 96), o percentual do repasse financeiro automático, passa a ser de 17% do total, sendo 8% dele ainda repassado ao estado e 9% ao município. Neste ano dos 83% de recursos repassados por remuneração de serviços, ainda menos de 1% era destinado ao Fundo Municipal. Cabe salientar nesta época, somente alguns ambulatórios e um hospital próprio municipal apresentavam faturamento ao SUS.

Em 2002, o percentual de repasses automáticos sobe para 19%, sendo 8% Estadual e 10% municipal, e dos 81% destinados à remuneração por serviços produzidos, 79% ainda estava vinculado a unidades sob gestão estadual.

Ao final de 2003, após a habilitação do município de São Paulo em julho deste mesmo ano, o total de transferências automáticas representa 56% do total, sendo que destes, 29% estavam sob gestão municipal e 26% sob gestão estadual.

Gráfico 2 – Recursos financeiros federais aplicados em saúde, segundo tipo de transferência, MSP, 2.000 a 2.005.



Fonte: Ministério da Saúde / Fundo Nacional de Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DATASUS.

A partir de 2004, todo o financiamento federal para o município se dá através de transferências automáticas do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde e Fundo Estadual de Saúde, sendo 54% repassado ao Estado, e 46% ao município, mantendo este percentual no ano de 2.005.

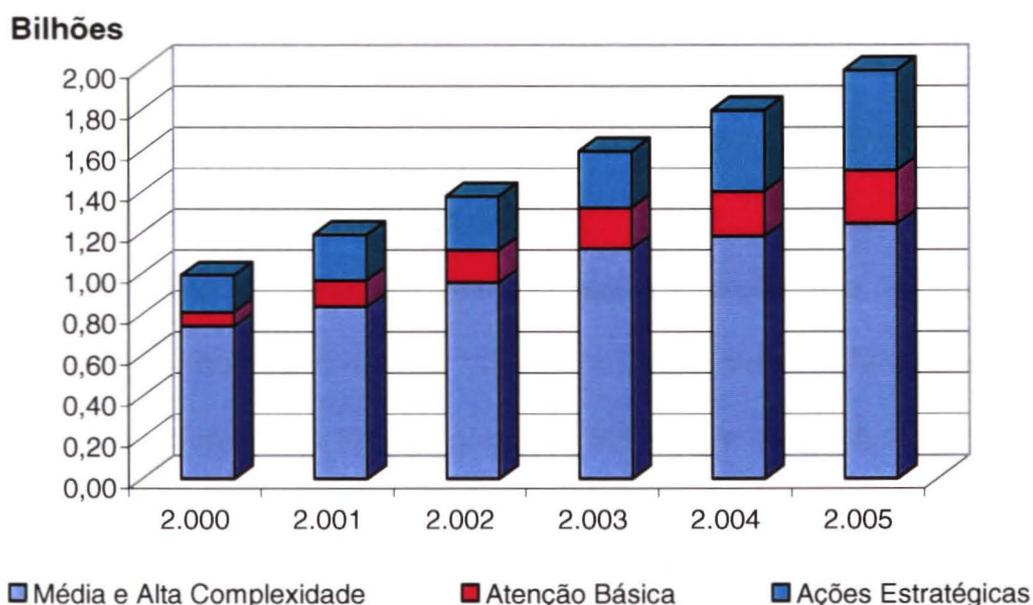
Num outro contexto, o montante de recursos federais aplicados em saúde no município, tanto através de remuneração por serviços produzidos como por transferências automáticas, pode ser desagregado segundo a complexidade da assistência destinada. O Gráfico 3 demonstra que o grande montante de recurso financeiro federal é destinado ao financiamento da média e alta complexidade, que representa ao longo dos anos analisados

entre 75% e 62% do total dos recursos federais. O valor financeiro cresce em torno de 67% entre os anos de 2000 e 2005.

No caso da atenção básica, o valor financeiro tem um acréscimo de 74% no total do período e, em 2000 representava em torno de 7% do total aplicado no município. Esta proporção cresce em 2001 para 11% e se mantém em torno de 12% do total dos recursos federais aplicados no município até 2004, subindo para 13% em 2005.

Quanto às ações estratégicas, ao longo dos anos analisados, estas tiveram grandes variações no tipo de procedimento considerado como sendo estratégico, O montante destinado a estas ações teve o seu valor acrescido em 63% entre 2000 e 2005 e percentualmente variou entre 17% e 24% do total do recurso federal aplicado.

Gráfico 3 - Total de recursos financeiros federais aplicados em saúde segundo a complexidade da assistência.



Fonte: Ministério da Saúde / Fundo Nacional de Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), DATASUS.

Os procedimentos estratégicos, apesar de separados pelo Ministério da Saúde dos procedimentos de média e alta complexidade e atenção básica, agregam procedimentos destas três categorias, e variam ao longo dos anos, de acordo com as prioridades nas ações de saúde consideradas estratégicas por este órgão.

4.3 Assistência à Saúde

Segundo DONABEDIAN (1980), o processo está relacionado com tudo o que está sendo realizado na dinâmica de prover e receber assistência, considerando as alterações na dimensão da gestão da gestão, em termos gerenciais e instrumentos que aprimorem o processo de gestão do sistema de saúde. CONTANDRIOPOULOS et al (1997), na definição de avaliação normativa relaciona processo com os serviços ou bens produzidos pela estrutura física e financeira dos serviços de saúde.

Para a análise do processo foi considerada a produção física e financeira dos serviços ambulatoriais e hospitalares no âmbito do Município de São Paulo, no período de 2000 a 2005.

Os dados foram coletados dos sistemas de informação SIA e SIH – SUS /DATASUS, que são sistemas criados basicamente para faturamento e, portanto estão sujeitos à falhas, divergências e glosas atreladas ao teto financeiro do prestador. Há que se ter vista as limitações deste sistema cuja lógica é mais contábil que epidemiológica (CARVALHO, 1996). Não se pode garantir que todos os atendimentos ocorridos tenham sido lançados no

sistema, nem que todos os informados tenham sido realmente realizados (SCATENA, 2000).

O aprimoramento destas informações tem sido trabalhado pelas secretarias estadual e municipal no sentido de melhorar a avaliação e possivelmente o planejamento das ações.

4.3.1 Assistência Hospitalar

Em relação à assistência hospitalar foi realizada a análise comparativa da produção entre 2000 e 2005, destacado a evolução dos procedimentos agrupados por complexidade, gestão e natureza do prestador.

A Tabela 7 demonstra um crescimento gradativo ao longo dos anos analisados demonstrando que entre 2000 e 2005 ocorreu um aumento de 14,66 % na média complexidade, 55,99 % na alta complexidade e de 166,25 % nos procedimentos estratégicos.

Tabela 7 – Produção física hospitalar por complexidade, Município de São Paulo, 2000 a 2005.

Complexidade do Procedimento	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Média Complexidade	477.338	452.959	487.788	522.880	527.848	547.204
Alta complexidade	35.839	38.157	45.395	50.460	51.888	55.907
Estratégicos	5.174	6.381	9.580	11.025	12.431	13.776
Total	518.351	497.497	542.763	584.365	592.167	616.887

Fonte: SIH – SUS / DATASUS.

No caso dos procedimentos estratégicos, este expressivo crescimento deve se também ao fato da inclusão de mais procedimentos na lista dos considerados estratégicos, principalmente entre os anos de 2001 e 2002, não representando, portanto um crescimento real da produção dos mesmos.

Ao considerarmos o total da produção na assistência hospitalar realizada no município, observa-se que entre 2000 e 2005 ocorreu um incremento de 42,42% no número de procedimentos realizados.

Quando analisamos os valores totais referentes à produção dos procedimentos da assistência hospitalar, observamos na Tabela 8 uma diferença no incremento anual, em relação à produção física dos mesmos. O valor produzido com a média complexidade elevou-se em 27,78 %, a alta complexidade em 107,40% e os procedimentos estratégicos em 229,86%.

Tabela 8 – Produção financeira hospitalar por complexidade do procedimento, MSP, 2.000 a 2.005.

Complexidade	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Média Complexidade	258.471.245,5	247.854.452,6	258.193.280,9	275.268.181,4	308.318.719,1	335.433.550,2
Alta complexidade	97.034.428,0	111.136.111,0	140.157.134,9	173.943.805,5	182.350.626,4	201.247.943,3
Estratégicos	21.288.779,3	34.519.634,6	45.301.904,6	50.221.822,5	61.614.724,2	70.223.082,7
Total	118.323.207,3	145.655.745,6	185.459.039,5	224.165.628,0	243.965.350,6	271.471.026,0

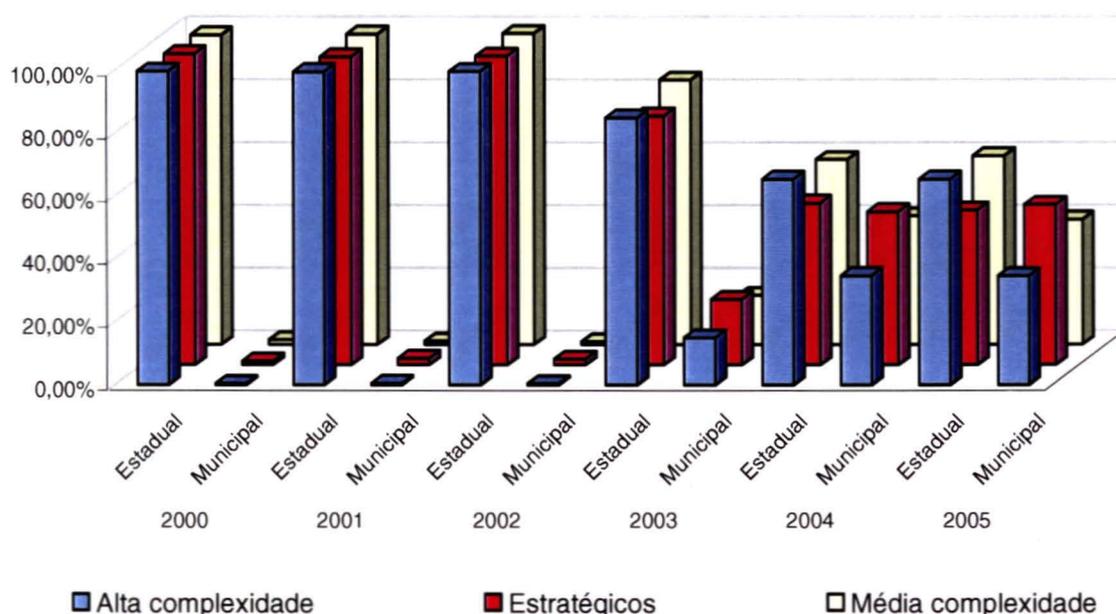
Fonte: SIH – SUS / DATASUS.

A elevação dos gastos com procedimentos da assistência hospitalar representou uma diferença em torno de praticamente 100% a mais em relação à produção física destes.

Em relação à gestão da assistência hospitalar, observa-se no Gráfico 4 que até o ano de 2002, apenas 1% aproximadamente da produção física estava sob gestão municipal.

A partir de 2003, quando o município de São Paulo se habilita na modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal, passa então a ter um incremento progressivo na gestão dos procedimentos hospitalares, passando a ter a gestão de 16% da produção física hospitalar. Em 2004, este percentual sobe para 41%.

Gráfico 4 – Produção física hospitalar segundo a gestão do prestador e complexidade do procedimento, Município de São Paulo, 2000 a 2005.



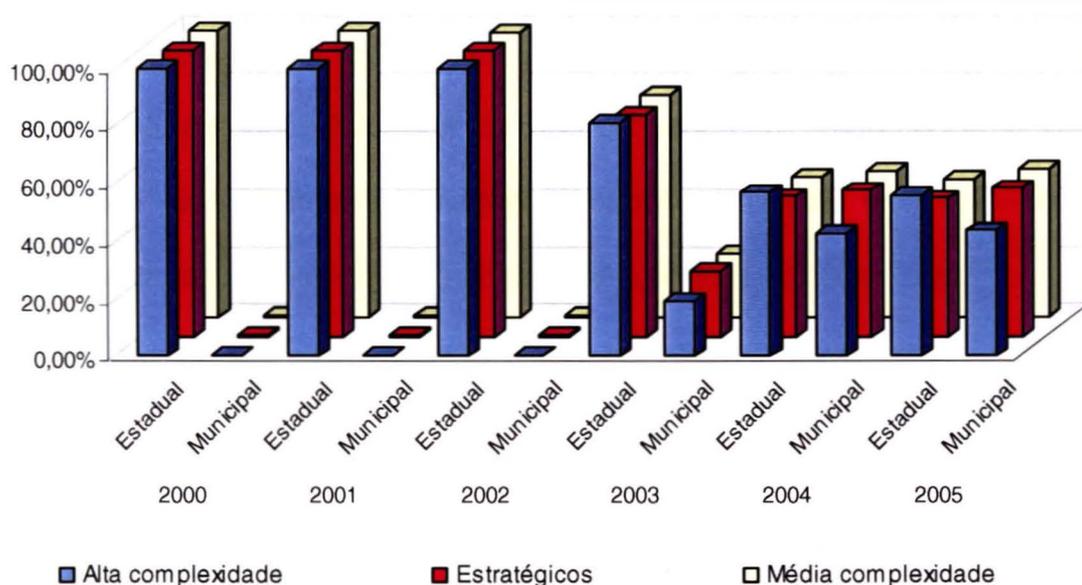
Fonte: SIH – SUS /DATASUS.

Em 2005, tem uma pequena diminuição, ficando com 40% do total de procedimentos hospitalares, sendo 39,85 % são referentes à média

complexidade, 37,57 % à alta complexidade e 50,83 % aos procedimentos estratégicos.

Os dados referentes à produção financeira dos procedimentos por gestão são muito parecidos com os dados referentes à produção física. Até o ano de 2002, o Estado tinha a gestão de cerca de 99% da produção financeira hospitalar. Em de 2003, o município aumenta a sua gestão para 16% do total e em 2004, passa a ter a gestão de cerca de 41%.

Gráfico 5 – Produção financeira hospitalar segundo a gestão do prestador e complexidade do procedimento, Município de São Paulo, 2000 a 2005.



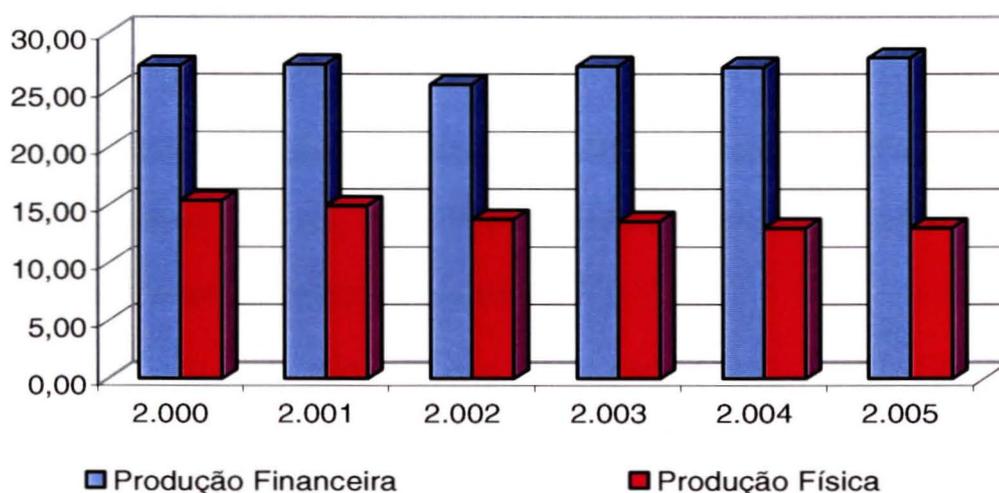
Fonte: SIH – SUS /DATASUS.

Em 2005 o município tem a gestão de 40% sobre o total da produção financeira hospitalar, sendo que destes, 37% são de procedimentos de média complexidade, 44% de alta complexidade e 52% % dos procedimentos estratégicos, como demonstrado no Gráfico 5.

Se analisarmos a produção hospitalar realizada no município, segundo a residência da paciente, obtemos a “invasão” de pacientes originados de outros municípios. Cabe salientarmos que ao analisar a “invasão” temos que considerar aqueles pacientes que moram fora São Paulo, mas fornecem o endereço de algum parente residente na cidade. Além desse fator, alguns erros de digitação e até em alguns casos a omissão de dados nos leva a inferir que esta “invasão” poderia ser considerada maior do que os números apresentados a seguir.

O Gráfico 6 demonstra a evolução do percentual de “invasão” física e financeira na produção hospitalar realizada no município de São Paulo. Podemos observar que há uma grande diferença entre os valores físico e financeiro. Na produção física, temos uma pequena diminuição no percentual de “invasão” de pacientes originados de outros municípios entre o período analisado, variando entre 15% em 2000 e chegando a 13% em 2005.

Gráfico 6 – Percentual de “Invasão” na produção física e financeira hospitalar, MSP, 2000 a 2005.



Fonte: SIH – SUS / DATASUS.

Em contrapartida o percentual de “invasão” praticamente dobra quando se considera o valor financeiro referente aos procedimentos realizados e se mantém praticamente constante ao longo dos anos analisados. Mesmo tendo um acréscimo de 65% nos valores brutos entre 2000 e 2005, o percentual de “invasão” na produção financeira se mantém em média em 27% do valor total realizado no município de São Paulo.

Cabe salientar que há recursos financeiros referentes aos pacientes residentes fora do município de São Paulo alocados no teto financeiro do município de São Paulo, denominados como “recursos destinados à população referenciada” embora se considere que estes não são suficientes para cobrir os gastos com tal população. Além disso, os pacientes de outros estados referenciados ao município para procedimentos de alta complexidade pelo sistema de regulação nacional têm os seus procedimentos pagos pela Câmara Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), através de pagamentos “extra-teto” financeiro.

Para analisar a procedência dos pacientes que realizaram atendimentos hospitalares no âmbito do município de São Paulo, agregamos a população dos municípios em Região Metropolitana e Interior do Estado de São Paulo, outros Estados, além da população própria do município de São Paulo, como podemos observar no Gráfico 7.

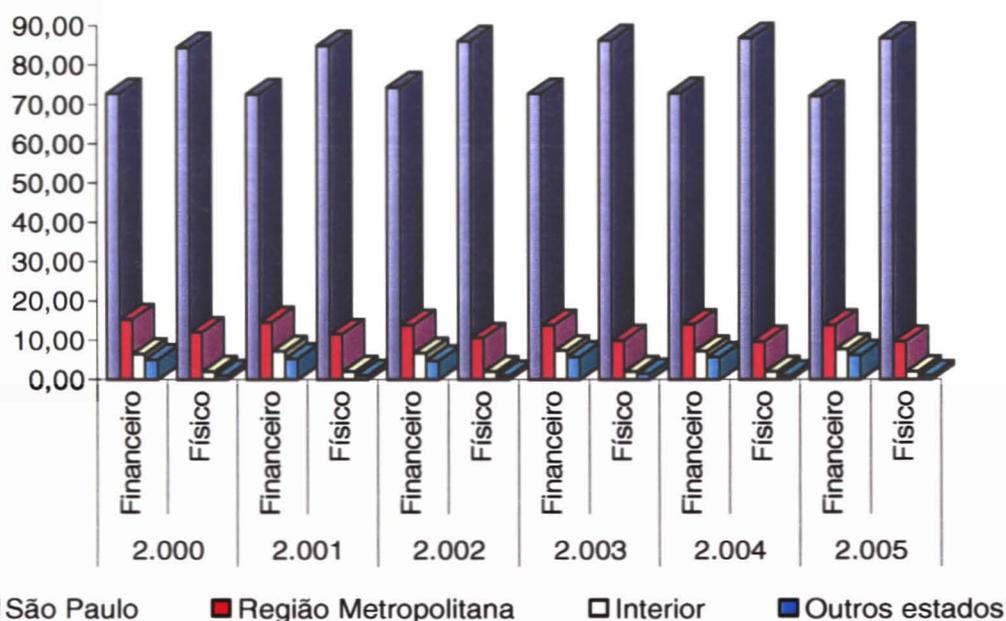
A produção física referente aos residentes no município de São Paulo representava em 2000 cerca de 85% do total dos procedimentos, e chega em 2005 com 87% da produção total. Já a produção financeira, representava em

2000 cerca de 73% em relação ao total, e apresenta variações pouco significativas ao longo do período, chegando em 2005, com 72% da produção financeira total.

Para os residentes da Região Metropolitana do Estado de São Paulo, composta de 38 municípios em torno do município de São Paulo, a proporção da produção física em relação ao total diminui ao longo dos anos passando de 12% em 2000 para cerca de 10% em 2005. Este decréscimo na proporção também é evidenciado no total de procedimentos realizados para esta população que apresenta um decréscimo progressivo ao longo dos anos e chega a 4% no total do período. Se analisarmos a produção financeira referente à Região Metropolitana, embora apresente um acréscimo de 45% no valor total entre 2000 e 2005, a proporção em relação ao total de procedimentos cai de 15% para 14% no total do período.

Em relação aos residentes do interior do Estado, a produção física tem um aumento de 20% no valor total entre os anos de 2000 e 2005, e representa um aumento de 89% na produção financeira, o que sugere que esta "invasão" seja para procedimentos mais complexos e, portanto mais caros. A proporção na produção física se mantém constante ao longo dos anos e representa cerca de 2% da produção total no município. Já a produção financeira para os pacientes residentes no interior representava em 2000 cerca de 7% em relação ao total e chega em 2005 com 8% da produção total do município.

Gráfico 7 – Produção física e financeira hospitalar segundo a procedência do paciente, MSP, 2000 a 2005.



Fonte: SIH – SUS / DATASUS

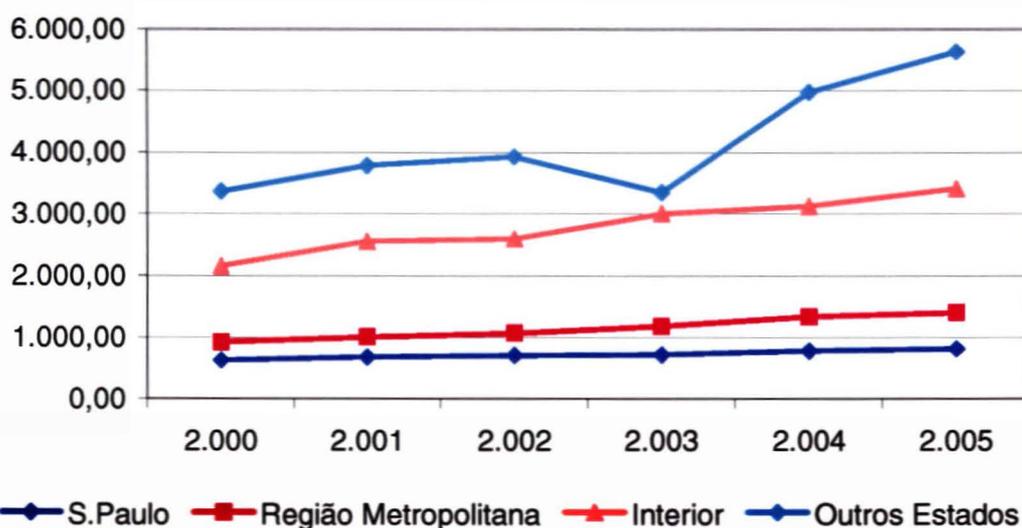
Para os residentes de outros estados, ocorre um fato interessante, pois a produção física de procedimentos hospitalares representa em todos os anos cerca de 1% da produção total, e a produção financeira se mantém em 7% do total até 2004 e chega em 2005 representando cerca de 8% do valor total produzido no município de São Paulo. Esta diferença também é evidenciada quando analisamos os valores brutos, que têm um acréscimo de 14% na produção física, representando um acréscimo de 94% na produção financeira.

A diferença percentual nos valores físicos e financeiros evidencia que os pacientes residentes fora do município, acabam se utilizando cada vez mais de procedimentos mais caros e, portanto mais complexos, de acordo

com os princípios da regionalização, onde os procedimentos de menor complexidade devem ser realizados o mais próximo possível da residência do paciente, sendo referenciados os procedimentos mais complexos para municípios considerados “pólo”. Também se deve considerar que a concentração tecnológica disponível nos centros especializados do município de São Paulo atrai usuários SUS de todo o país e até de outros países próximos.

Para analisarmos melhor estas diferenças o Gráfico 8 demonstra o valor médio da AIH entre os atendimentos realizados segundo a procedência do paciente.

Gráfico 8 – Valor médio (em reais) da AIH segundo a procedência do paciente, MSP, 2000 a 2005.



Fonte: SIH – SUS / DATASUS

Podemos observar que o valor médio dos atendimentos para residentes no município de São Paulo, varia entre R\$ 626,00 e R\$ 816, 00,

enquanto o valor médio para os residentes da Região Metropolitana varia entre R\$ 925,00 e R\$ 1.400,00 entre os anos de 2000 e 2005.

Para os pacientes que moram no interior, este valor fica entre R\$ 2.150,00 e R\$ 3.400,00 e para os pacientes oriundos de outros estados, este valor fica entre R\$ 3.360,00 e R\$ 5.630,00. Estes valores reforçam a idéia de que os pacientes que moram mais longe da capital, acabam usando os serviços mais complexos e de valor mais alto, provavelmente muito escassos ou inexistentes na região próxima à sua residência.

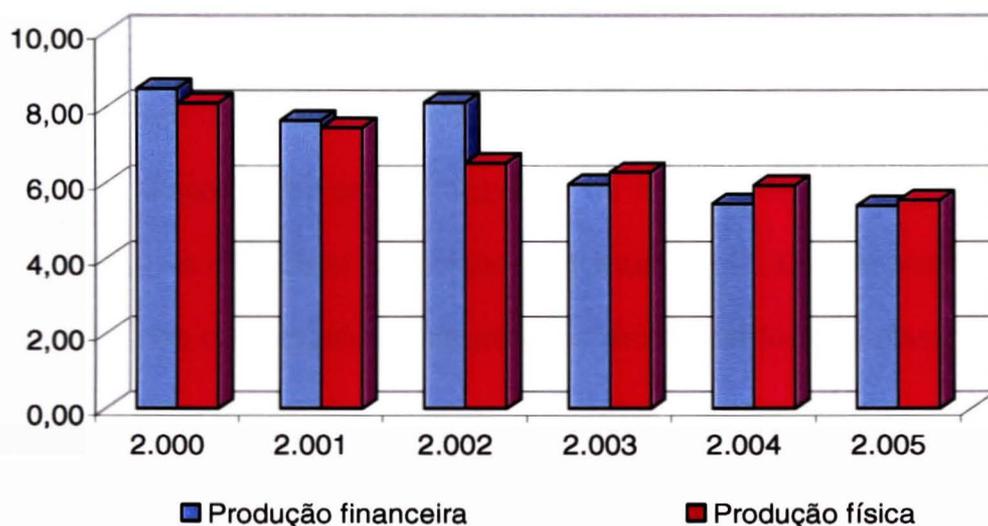
Assim como analisamos a “invasão” de pacientes, podemos analisar a “evasão” de pacientes residentes no município de São Paulo para outras localidades. A evolução do percentual de “evasão” entre os anos de 2000 e 2005 foi demonstrada no Gráfico 9. Nele verificamos que o percentual de “evasão” de munícipes de São Paulo na produção física e financeira é praticamente o mesmo ao longo dos anos, com exceção do ano de 2002, onde o percentual da “evasão” na produção física foi 6,5% e representou 8% na produção financeira.

Podemos observar também que o percentual de “evasão” diminuiu entre os anos analisados, pois em 2000 era de cerca de 8% na produção física e financeira, seguiu apresentando uma queda progressiva ao longo do período e chega em 2005 com o valor de 5% de “evasão”.

Apesar do percentual de “evasão” apresentar uma queda no período analisado, o valor médio da AIH referente aos procedimentos realizados fora do município de São Paulo, tem um acréscimo de 41% entre os anos de 2000 a 2005, variando de R\$ 595,00 a 840,00. Este valor nos sugere que em

média os procedimentos realizados fora do município de São Paulo, são menos complexos.

Gráfico 9 – Percentual de “Evasão” na produção física e financeira hospitalar de residentes do Município de São Paulo para outras localidades, 2000 a 2005.



Fonte: SIH – SUS / DATASUS

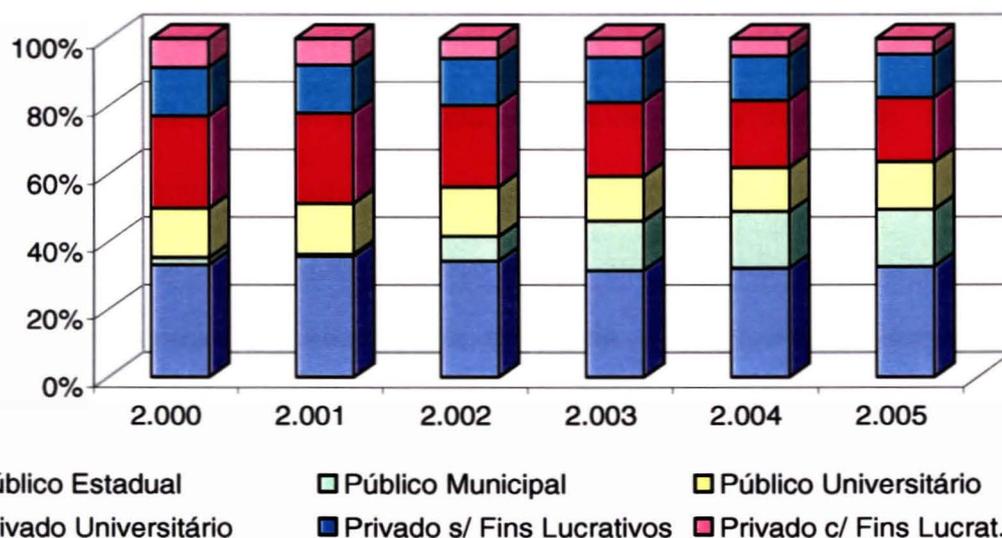
Conforme informações coletadas na Secretaria Municipal de Saúde, grande parte desta “evasão” é realizada por pacientes que residem ou trabalham próximo das divisas territoriais do município, onde por vezes tem um acesso mais facilitado às unidades de saúde fora do município de São Paulo.

O Gráfico 10 demonstra a produção física hospitalar segundo a natureza jurídica do prestador realizada no município de São Paulo. Se fossemos utilizar os dados trabalhados pelo DATASUS, a análise desta categoria ficaria muito prejudicada, pois a partir de agosto de 2.003, há uma mudança na classificação das unidades pelo Ministério da Saúde, onde os

hospitais universitários passam a ser classificados como filantrópicos (Hospital Santa Marcelina, Santa Casa de São Paulo, Fundação Oswaldo Ramos, Hospital Escola da FMSA - OSEC e Hospital A.C. Camargo) e como hospital federal como é o caso do Hospital São Paulo – UNIFESP. Já Hospital das Clínicas, o Hospital Universitário - USP e o Instituto Dante Pazzanese, apesar de serem universitários, sempre foram classificados pelo Ministério da Saúde como sendo públicos estaduais.

Diante disso, optou-se por trabalhar os bancos de dados fornecidos pelo DATASUS e classificar as unidades manualmente. Os hospitais foram enquadrados nas categorias por natureza de modo que fossem classificados na mesma categoria em todos os anos analisados.

Gráfico 10 – Produção física hospitalar segundo a natureza jurídica e tipo de prestador, MSP, 2000 a 2005.



Fonte: SIH – SUS / DATASUS.

Podemos observar no Gráfico 10 que os prestadores públicos tiveram um crescimento na produção entre os anos de 2000 a 2005, sendo que os públicos estaduais aumentaram em 17 % a sua produção e os públicos universitários (sob gestão estadual) em 14% no total do período.

Os prestadores municipais, somente a partir de 2002, passaram a apresentar faturamento em sua totalidade, pois até 2001 estavam sob gestão das cooperativas do PAS e somente o Hospital Municipal Cachoeirinha (Mário M. da Silva) e o Hospital do Servidor Público Municipal, que não aderiram ao PAS, apresentavam sua produção ao SUS, sendo o restante incorporado progressivamente. Neste caso podemos observar que entre os anos de 2002 e 2005, aumentaram sua produção consideravelmente, chegando a 167% neste período.

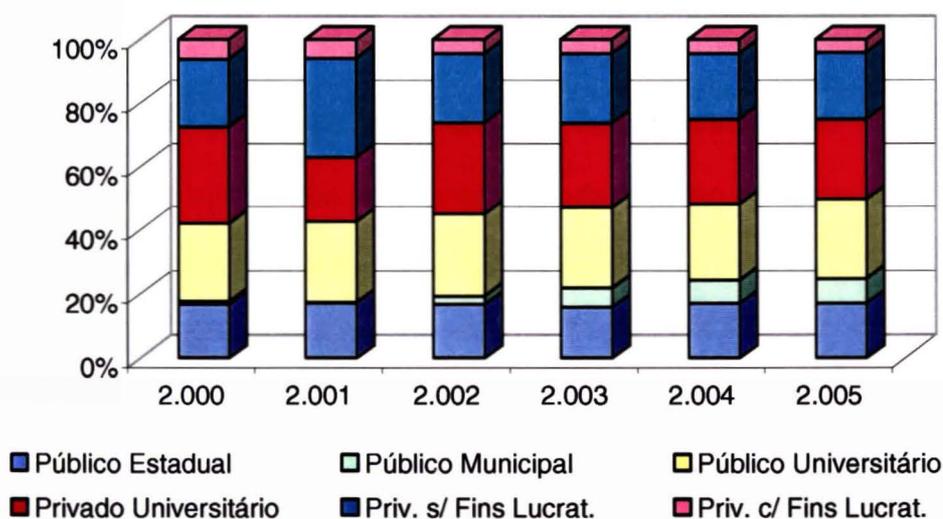
Os prestadores privados com fins lucrativos e privados universitários tiveram um decréscimo constante ao longo dos anos, chegando a 33% e 17% respectivamente em relação ao período total. No caso dos privados com fins lucrativos, a diminuição na produção deve-se também ao fato do descredenciamento de alguns prestadores neste período. Já a diminuição na produção dos privados universitários pode ser considerada real, pois a produção do único prestador desta categoria que foi descredenciado no período era pouco significante em relação aos demais.

Os prestadores privados sem fins lucrativos apresentaram pouca variação da produção no período, tendo um acréscimo de 5% entre os anos analisados.

Em relação à produção financeira segundo a natureza jurídica do prestador, podemos observar no Gráfico 11 que houve um aumento no valor em todas as categorias de prestadores, mesmo naqueles em que houve diminuição na produção física, como é o caso dos prestadores públicos universitários, que no total do período haviam apresentado decréscimo de 17% na produção física, na produção financeira apresentam um acréscimo de 35%. Isto também ocorre com os prestadores privados com fins lucrativos, que embora tivessem diminuído em 33% na produção física, apresentam um aumento de 9 % na produção financeiro no mesmo período.

Já os prestadores enquadrados na categoria privado sem fins lucrativos, ou filantrópicos, o crescimento na produção financeira foi de 35% entre 2000 e 2005, sendo, portanto 7 vezes maior que o crescimento da produção física.

Gráfico 11 – Produção financeira hospitalar segundo a natureza jurídica e tipo de prestador, MSP, 2000 a 2005.



Fonte: SIH – SUS / DATASUS.

Os prestadores públicos estaduais e públicos universitários tiveram um acréscimo de 63% cada no total do período, cerca de 4 vezes mais do que o acréscimo da produção física no mesmo período. Esta expressiva diferença entre a produção física e financeira se deve ao fato de que neste período houve uma revisão no valor de alguns procedimentos da tabela SUS, além da inclusão de procedimentos novos, principalmente de alta complexidade e, portanto de valor mais elevado.

Finalmente, os prestadores públicos municipais, como já dito anteriormente, somente a partir de 2002 passaram a apresentar regularmente o faturamento da produção e, portanto a análise foi realizada entre os anos de 2002 a 2005. Neste período sua produção financeira cresce em 307%, representado quase o dobro do crescimento da produção física hospitalar.

4.3.2 Assistência Ambulatorial

Em relação à assistência ambulatorial foi realizada a análise comparativa da produção entre 2000 e 2005, destacando a evolução dos procedimentos agrupados por complexidade, gestão e natureza do prestador. Os procedimentos foram também desagregados em alguns grupos para obter uma análise mais detalhada.

A Tabela 9 demonstra a evolução da produção física ambulatorial por complexidade. Podemos observar que o grupo da atenção básica obteve um crescimento de 56% entre 2000 e 2002. Porém este crescimento não é real,

pois só a partir de 2001, as unidades que estavam sob gestão das cooperativas do Plano de Assistência à Saúde (PAS) passaram a apresentar faturamento ao SUS e, portanto alimentar o banco de dados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA – SUS), sendo este totalmente regularizado somente a partir do final de 2002. Como grande parte destas unidades era de atenção básica não há a possibilidade de obtermos o crescimento real da produção neste período. Entretanto se analisarmos a produção entre os anos de 2003 e 2005 observamos um crescimento de 17%. Este pode ser considerado um crescimento real, pois neste período todas as unidades ambulatoriais já estavam credenciadas ao SUS.

Tabela 9 – Produção física ambulatorial segundo a complexidade do procedimento, MSP, 2.000 a 2.005.

Complexidade	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Atenção Básica	21.674.392	28.019.406	33.816.432	36.777.479	38.932.060	42.948.913
Média Complexidade	44.571.876	49.935.364	55.812.318	65.457.261	66.262.474	74.671.896
Alta Complexidade	15.745.292	18.481.980	22.489.073	28.754.157	36.970.892	51.519.381
Total	81.991.560	96.436.750	112.117.823	130.988.897	142.165.426	169.140.190

Fonte: SIA – SUS/ DATASUS

No caso da média complexidade, no período de 2000 a 2005, ocorre um acréscimo na produção de 68%. Este crescimento não é totalmente real, pois alguns ambulatórios de especialidades também estavam sob gestão das cooperativas do PAS até o início de 2001 e, portanto não apresentavam

faturamento ao SUS, embora este valor não seja tão significativo quanto no caso da atenção básica.

A produção no grupo dos procedimentos de alta complexidade obteve um crescimento constante, chegando a 227% no total do período. Este crescimento é considerado real, pois todas as unidades que realizaram os procedimentos de alta complexidade apresentavam faturamento desde 2000.

Ao analisarmos a produção financeira ambulatorial, a Tabela 10 demonstra que no caso dos procedimentos de média complexidade, apesar de ter um crescimento de 68% na produção física, este representou um aumento de 90% na produção financeira. Esta diferença deve-se também ao fato de reajustes no valor de alguns procedimentos desta complexidade.

No caso dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial, vimos anteriormente que a produção física cresce em 227%, e na Tabela 10, observa-se que este crescimento equivale a um acréscimo de 111% na produção financeira.

Tabela 10 – Produção financeira ambulatorial por grupo de procedimentos, MSP, 2000 a 2005.

Ano	Atenção Básica	Média complexidade	Alta Complexidade	Total
2.000	28.251.279,35	260.112.404,76	286.308.026,61	574.671.710,72
2.001	-	280.725.726,38	313.871.831,94	594.597.558,32
2.002	-	319.305.802,90	353.963.835,30	673.269.638,20
2.003	-	398.843.639,68	401.847.507,97	800.691.147,65
2.004	-	440.771.154,08	495.839.926,22	936.611.080,30
2.005	-	494.053.745,94	603.032.509,24	1.097.086.255,18

Fonte: SIA – SUS / DATASUS.

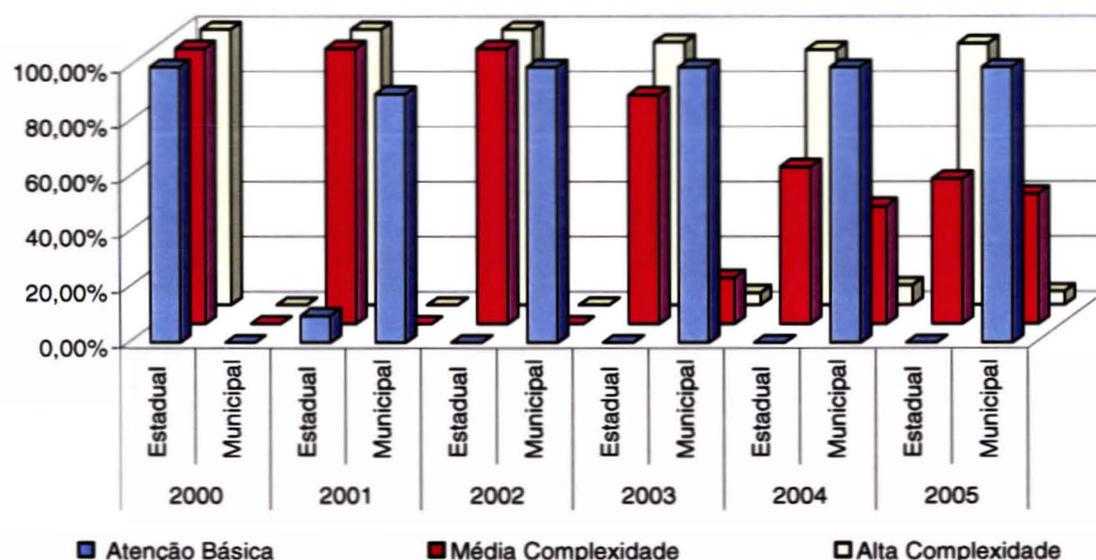
O grupo da atenção básica tem a apresentação da produção financeira no sistema SIA-SUS somente até o ano de 2000 quando passa a ser financiada totalmente no município pelo Piso de Atenção Básica (PAB), com seus componentes fixo e variável, não havendo mais a demonstração de sua produção financeira no sistema. Neste período, as unidades básicas que estavam sob gestão PAS não apresentavam faturamento ao SUS, as unidades que estavam sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde recebiam por remuneração de serviços produzidos efetivada através de convênios celebrados com o Ministério da Saúde e por fim, as unidades sob gestão estadual, já recebiam por valores “per capita”, repassados ao Fundo Estadual de Saúde.

Quando se observa a evolução da gestão da produção ambulatorial no município de São Paulo, o Gráfico 12 demonstra que até 2000 toda a produção ambulatorial estava sob gestão estadual. Este dado não é totalmente real, pois as unidades sob gestão das cooperativas do PAS, não apresentavam faturamento embora estivessem produzindo os procedimentos.

Em 2001, após a habilitação do município como Pleno da Atenção Básica, este passa a gerir 90% do grupo da atenção básica, chegando a 100% em 2002 e mantendo este valor até o final do período.

Em relação ao grupo de média complexidade ambulatorial, o município só começa a ter a gestão sobre os procedimentos em 2003, quando se habilita como Gestor Pleno de Sistema Municipal, e passa a gerir 17% destes. Em 2004, evolui para 43%, chegando em 2005 com 47% da gestão sobre a produção física de média complexidade ambulatorial.

Gráfico 12 – Produção física ambulatorial segundo a gestão do prestador e a complexidade do procedimento, Município de São Paulo, 2000 a 2005.

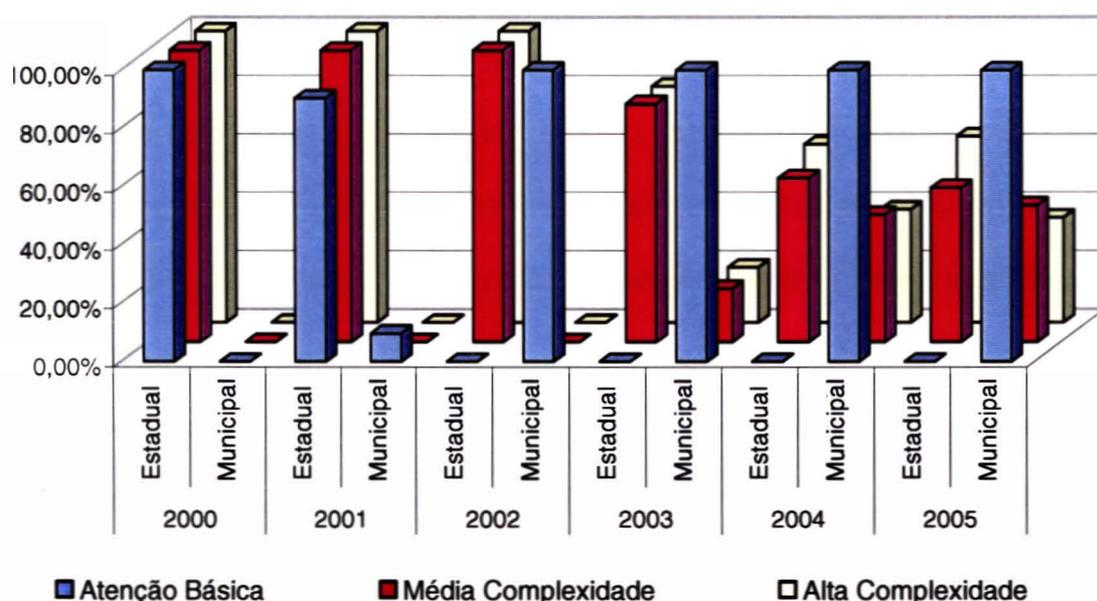


Fonte: SIA – SUS / DATASUS.

O grupo da alta complexidade ambulatorial foi a menos incorporado pela gestão municipal. Em 2003, após a habilitação como Pleno de Sistema, passa a gerir 4,5% da alta complexidade ambulatorial, em 2004 cerca de 7%, e chega em 2005 com somente 5% da gestão sobre este grupo de procedimentos.

Quando analisamos a produção financeira ambulatorial, observamos no Gráfico 13 que no caso da média complexidade, o crescimento financeiro acompanha proporcionalmente o crescimento físico.

Gráfico 13 – Produção financeira ambulatorial segundo a gestão do prestador e complexidade do procedimento, MSP, 2000 a 2005.



Fonte: SIA – SUS / DATASUS.

Já no grupo da alta complexidade ambulatorial, apesar do município gerir em 2.003 4,5% da produção física, este valor representa 19% da produção financeira. Em 2004, enquanto tem a gestão de 7% da produção física, esta equivale a 39% da produção financeira. Finalmente em 2005, o município de São Paulo obtém a gestão de 5% da produção física e 36% da produção financeira. Esta diferença decorre do fato de que a maioria dos procedimentos de alta complexidade gerida pelo município tem um valor de tabela mais alto sendo assim também mais complexos, como por exemplo, Transplantes e Terapia Renal Substitutiva, que é realizada em mais de 90% por equipamentos sob gestão municipal.

Os procedimentos ambulatoriais também foram desagregados, em grupos mais detalhados para que possamos obter uma análise mais apurada. Neste contexto optou-se por agregá-los de acordo seguindo a complexidade.

Na Tabela 11, observa-se que em relação à atenção básica, as Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunização e Atos Não Médicos (AVEIANM) tiveram um crescimento de 49% entre 2000 e 2001. Este crescimento não pode ser considerado real, devido ao fato, já mencionado anteriormente, de que embora as unidades que estavam sob gestão das cooperativas do PAS em 2000 estivessem produzindo procedimentos neste período, não apresentavam faturamento ao SUS, sendo somente incorporados gradualmente no ano de 2001. Apesar deste fato, se considerarmos o período de 2001 a 2005, observamos um acréscimo de 72% na produção destes procedimentos.

Tabela 11 – Número de procedimentos de atenção básica por grupo, MSP, 2000 a 2005.

Grupo de Procedimentos	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
AVEIANM	11.084.758	16.548.979	20.312.639	23.317.034	25.692.668	28.500.576
Ações Médicas Básicas	7.791.139	8.624.346	10.182.587	10.230.650	10.463.314	11.308.079
Ações Básicas Em Odontologia	2.798.495	2.846.081	3.321.206	3.229.795	2.776.078	3.140.258

Fonte: SIA – SUS /DATASUS

Em relação às ações médicas básicas entre os anos de 2001 e 2005 houve um incremento de 31% na produção.

As ações básicas em odontologia foram o grupo de procedimentos da atenção básica que menos se obteve crescimento, totalizando somente 10% de acréscimo no período entre 2001 e 2005.

Os procedimentos de média complexidade foram agregados em sete grupos, sendo que na Tabela 12, podemos observar que o grupo dos procedimentos médicos e de outros profissionais de nível superior teve um aumento de 94% na produção, onde dentro deste, podemos destacar as ações especializadas em odontologia, que entre 2000 e 2005 aumentaram em 209% a sua produção, e os procedimentos traumato - ortopédicos que reduziram em cerca de 49% a sua produção.

Tabela 12 – Número de procedimentos de média complexidade por grupo, MSP, 2000 a 2005.

Grupo de Procedimentos	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Patologia Clínica	18.939.032	21.919.805	22.494.185	25.938.823	25.071.133	29.411.807
Proced. Médicos e de Outros Prof. de Nível Superior	15.956.896	17.468.974	21.805.060	26.704.521	28.174.154	30.991.219
Outros exames especializados	3.283.136	3.679.352	4.489.587	4.681.098	4.680.073	5.189.718
Radiodiagnóstico	2.902.021	3.188.777	3.388.766	4.316.279	4.359.895	4.775.173
Fisioterapia	1.679.138	1.713.865	1.559.564	1.258.104	1.279.034	1.303.948
Outras terapias	1.083.844	1.200.402	1.245.950	1.547.766	1.684.064	1.930.741
Exames UltraSonográficos	727.809	764.189	829.206	1.010.670	1.014.121	1.069.290

Fonte: SIA – SUS /DATASUS

O grupo que obteve diminuição na produção entre 2000 e 2005 foi o de fisioterapia, que decresceu em torno de 22% no período.

Os grupos de procedimentos de radiodiagnóstico e de outros exames especializados obtiveram um acréscimo de mais de 60% na produção física

no total do período. Os grupos de patologia clínica e dos exames ultrassonográficos tiveram um aumento de 55 % e 47% respectivamente

Tabela 13 – Número de procedimentos de alta complexidade por grupo, MSP, 2000 a 2005.

Grupo de Procedimentos	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004	2.005
Medicamentos	11.831.763	14.409.210	18.394.495	24.516.004	32.462.383	46.800.720
Hemoterapia	2.339.579	2.402.124	2.316.417	2.251.568	2.327.305	2.319.220
Terapia Renal Substitutiva	661.101	689.133	710.569	729.461	740.629	824.126
Radioterapia	548.806	589.219	579.125	594.737	613.799	643.362
Exames imagem	274.900	223.044	239.614	252.003	247.872	273.364
Quimioterapia	68.407	86.830	102.956	121.790	130.206	144.533
Hemodinâmica	20.736	20.792	23.148	24.785	26.342	29.474
Outros Procedimentos	0	61.628	122.749	263.809	422.356	484.582

Fonte: SIA – SUS /DATASUS

No que se refere aos procedimentos de alta complexidade, como já dito anteriormente, entre os anos de 2000 a 2005, sua produção subiu em 227%. Na tabela 13, verifica-se que grande parte deste aumento deve se aos medicamentos de alto custo, e aos procedimentos de quimioterapia que tiveram um acréscimo na produção de 296% e 111% respectivamente neste período.

Também se deve ao grande aumento do grupo denominado de outros procedimentos que engloba busca de órgãos para transplante e acompanhamento de pacientes, onde se observa que entre 2001, quando foi

incluído na alta complexidade 2005, o número de procedimentos aumentou em quase 700%. Este crescimento em tamanha dimensão não pode ser interpretado como um aumento real de produção, pois se deve também ao fato da inclusão gradual de mais procedimentos neste grupo ao longo dos anos.

O grupo de acompanhamento de pacientes inclui procedimentos da saúde auditiva, saúde mental, queimados e acompanhamento pós - transplante. Os procedimentos hemodinâmicos obtiveram um acréscimo de 42% na produção, o de terapia renal substitutiva teve um aumento de 25% e o de radioterapia, de 17% no total do período.

Os grupos de exames de imagem e hemoterapia tiveram uma grande variação, elevando e decrescendo sua produção no período, mas chegam em 2005 com um decréscimo de cerca de 1% em relação ao ano de 2000.

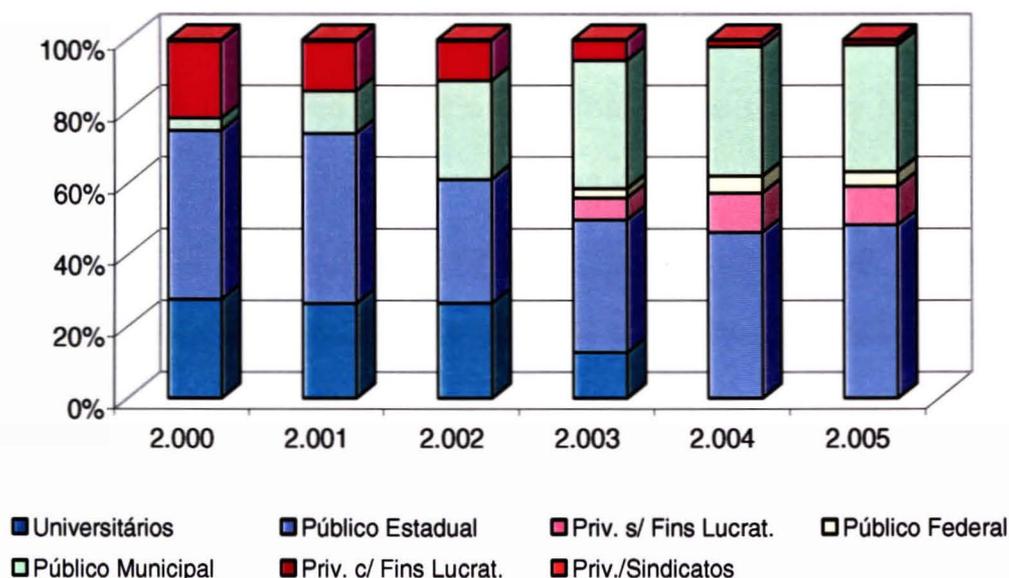
Ao analisarmos a produção ambulatorial segundo a natureza jurídica do prestador nos deparamos com o mesmo problema relatado anteriormente durante a análise da produção hospitalar, ou seja, a partir de agosto de 2003, após a habilitação do município de São Paulo como Gestor Pleno do Sistema Municipal, o Ministério da Saúde muda a classificação dos prestadores onde os denominados universitários passam a ser classificados como filantrópicos (Hospital Santa Marcelina, Santa Casa de São Paulo, Fundação Oswaldo Ramos, Hospital Escola da FMSA - OSEC e Hospital A.C. Camargo) e como federal como é o caso do Hospital São Paulo – UNIFESP. Já Hospital das Clínicas, o Hospital Universitário - USP e o Instituto Dante Pazzanese,

sempre foram classificados pelo Ministério da Saúde como sendo unidades públicas estaduais, apesar de apresentarem atividade de ensino.

Na classificação do Ministério da Saúde, não havia a distinção de públicos universitários públicos ou privados e, portanto sua produção foi computada conjuntamente.

No caso da produção ambulatorial, não foi possível trabalhar manualmente os bancos de dados, pois foram constatadas muitas falhas no cadastro ambulatorial, principalmente das unidades básicas no que se refere à esfera de governo nos primeiros anos da análise. Além disso, dada a magnitude do número de unidades ambulatoriais existentes no âmbito do município de São Paulo, esta atividade foi considerada inviável.

Gráfico 14 – Produção física ambulatorial segundo a natureza jurídica e tipo de prestador, MSP, 2000 a 2005.



Fonte: SIA – SUS /DATASUS

No Gráfico 14 podemos observar uma diminuição gradual na produção de prestadores privados com fins lucrativos, chegando a 86% no período entre 2000 e 2005. Este decréscimo decorre não só da diminuição da produção, mas também do fato de que vários prestadores foram descredenciados do SUS neste período.

A produção realizada por prestadores públicos municipais aumenta consideravelmente e, mesmo se considerarmos que somente a partir de 2002, os prestadores desta natureza passaram a apresentar faturamento ao SUS regularmente, no período entre 2002 e 2005, houve um aumento de mais de 94 % na sua produção.

Os prestadores estaduais tiveram no total do período analisado um acréscimo de 112% na produção física ambulatorial.

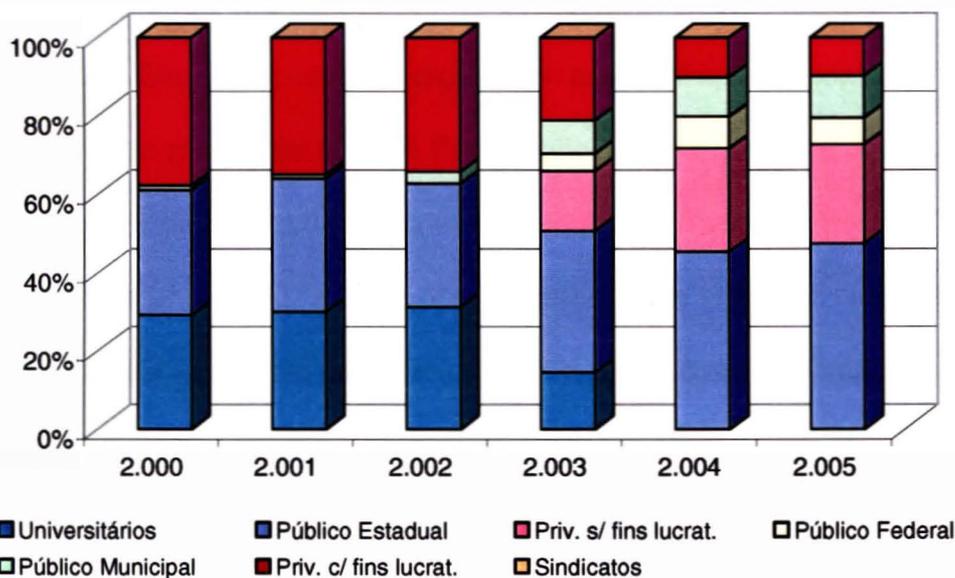
Quanto às outras categorias, como a classificação feita pelo Ministério da saúde muda ao longo dos anos, a análise fica prejudicada. Neste contexto, podemos observar somente que no ano de 2005, a assistência ambulatorial é produzida em 48% por prestadores públicos estaduais, 35% públicos municipais, 11% por prestadores privados não lucrativos, 4% pelo público federal e 2% por prestadores privados lucrativos. O percentual referente à produção dos sindicatos, apesar de ser significativa em valores, não chega a 1% da produção total.

Em relação à produção financeira ambulatorial o Gráfico 15 demonstra que os prestadores privados com fins lucrativos têm um decréscimo de 51% entre os anos analisados.

No caso dos prestadores estaduais, há um acréscimo de 184% no valor total produzido no período. Já os prestadores municipais, considerando a alimentação regular do sistema somente a partir de 2002, têm um acréscimo de 142% no período entre 2002 e 2005.

Como já dito anteriormente, as outras categorias de análise ficam prejudicadas e, somente podemos observar que no final do período analisado, a produção financeira ambulatorial é realizada em 48% por prestadores estaduais, 25% por prestadores privados sem fins lucrativos, 11% municipais, 10% por privados com fins lucrativos e 7% pelo prestador federal. O percentual referente à produção financeira dos sindicatos, apesar de ser significativa em valores, não chega a 1% da produção total.

Gráfico 15 – Produção financeira ambulatorial segundo a natureza jurídica e tipo de prestador, MSP, 2000 a 2005.



Fonte: SIA – SUS /DATASUS

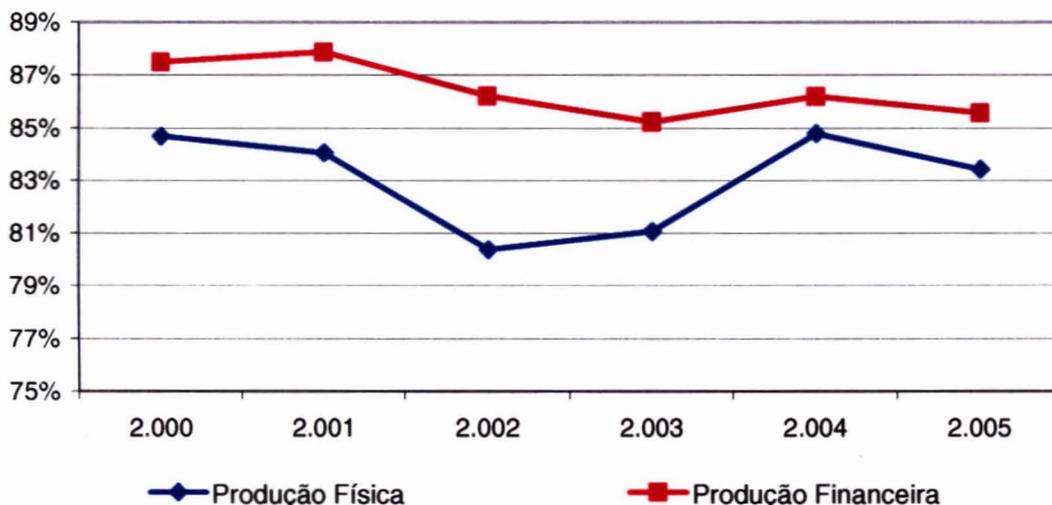
Na a análise da produção ambulatorial, não há a possibilidade de identificarmos a procedência do paciente, visto que este dado não é de preenchimento obrigatório para a maioria dos procedimentos ambulatoriais.

Os únicos procedimentos em que o preenchimento do campo reservado à residência do paciente é obrigatório são os procedimentos de alta complexidade, submetidos à autorização prévia do gestor (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade – APAC). Neste caso, podemos então analisar a “invasão” de pacientes residentes fora do município de São Paulo na produção de procedimentos com “APAC”.

No Gráfico 16, observamos que no caso dos pacientes residentes no município de São Paulo, os procedimentos com “APAC” realizados em 2000, representavam cerca de 85% do total dos procedimentos e 87% do valor total. A partir de 2001, esta proporção sofre uma queda progressiva até o ano de 2003, quando representa 81% da produção física e 85% da produção financeira. Em 2004, a proporção de procedimentos com “APAC” para residentes do município de São Paulo volta a subir, chegando em 2005 a um valor de 83% da produção física e 86% da produção financeira.

O valor médio dos procedimentos com “APAC” realizados para residentes do município em 2000 é de R\$ 639,00 e este número apresenta uma queda progressiva ao longo dos anos analisados, chegando em 2005 a um valor médio de R\$ 374,00.

Gráfico 16 – Proporção de procedimentos com “APAC”, para residentes do município de São Paulo, 2000 a 2005.

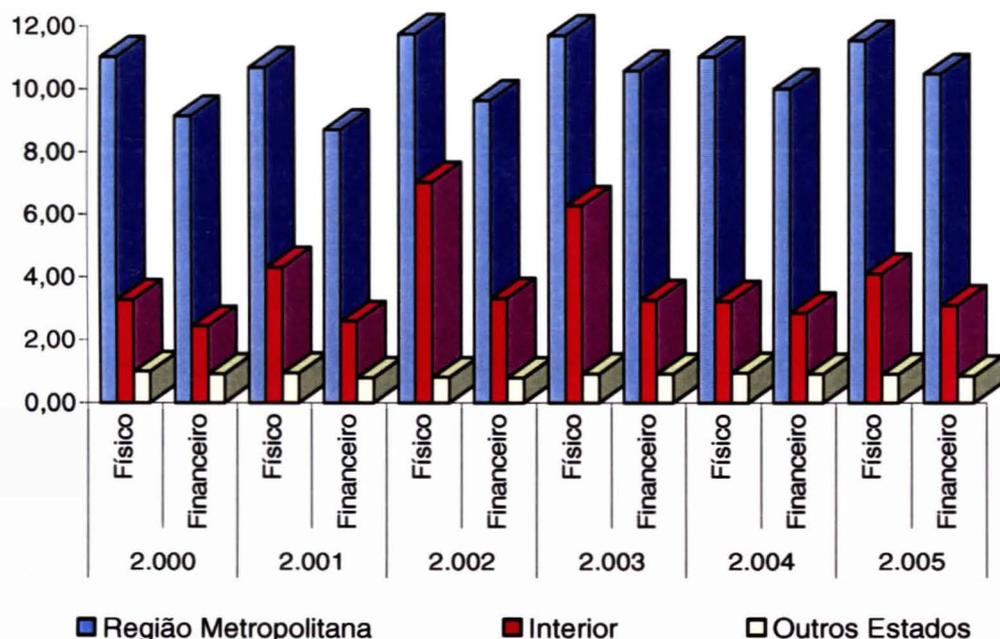


Fonte: SIA – SUS /DATASUS

Quando analisamos a “invasão” de pacientes de outros municípios na produção de procedimentos com “APAC”, o Gráfico 17 nos mostra que a variação da proporção entre a produção física e financeira é maior do que a realizada nos residentes do município.

Em relação aos pacientes residentes da Região Metropolitana do Estado, a produção física representa entre 11% e 12% do número total de procedimentos nos anos de 2000 a 2005, sendo que em relação ao valor, representa entre 9% e 11% do valor total dos procedimentos no mesmo período. O valor médio destes procedimentos é de R\$ 513,00 em 2000, e apresenta uma queda progressiva ao longo do período analisado, até 2005, quando apresenta um valor médio de R\$ 331,00.

Gráfico 17 - Percentual de “invasão” nos procedimentos com “APAC”, MSP, 2000 a 2005.



Fonte: SIA – SUS /DATASUS

No caso da produção física referente aos pacientes provenientes do Interior do Estado, em 2000, representava 3% do total. Este número apresenta grandes flutuações ao longo dos anos analisados, chegando a representar 7% em 2002 e, finalmente em 2005, representado 4% do número total de procedimentos com “APAC”. Já na produção financeira, em 2000, representava 2% do valor total. A partir de 2001, este valor sobe para 3% do total e se mantém o mesmo até o ano de 2005. O valor médio dos procedimentos referentes aos pacientes do Interior, era em 2000, R\$ 462,00. Ao longo dos anos apresenta flutuações nos valores e em 2005 apresenta um valor de R\$ 275,00.

Finalmente, em relação aos pacientes residentes de outros estados, a produção física e financeira dos procedimentos com “APAC”, representa em torno de 1% em todos os anos analisados, sendo que seu valor médio em 2000 era de aproximadamente R\$ 571,00 e também apresenta variações no período analisado, chegando em 2005 a um valor de R\$ 338,00.

De acordo com informações obtidas este fato decorre da inclusão de procedimentos de menor valor em relação ao anteriormente incluídos na lista de procedimentos com APAC, como por exemplo, tomografia e litotripsia, diminuindo o valor médio.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo procurou estudar e analisar o processo de descentralização da assistência à saúde no município de São Paulo, a partir de sua re-inclusão no Sistema Único de Saúde (SUS), destacando as alterações em relação à estrutura e processo de trabalho do sistema de saúde municipal decorridas após a habilitação do município nos termos da Norma Operacional Básica editada 1996 (NOB 96), como Gestor Pleno da Atenção Básica e posteriormente como Gestor Pleno do Sistema Municipal, pela Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 e 2002 (NOAS).

Para tanto, foi utilizado em termos metodológicos duas das categorias da concepção sistêmica utilizada para avaliação em saúde, sugeridas por DONABEDIAN (1980) e CONTANDRIOPOULOS (1997) no que se refere à estrutura e processo.

O instrumental utilizado por esta pesquisa se baseou em informações obtidas de documentos e relatórios coletados em diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e Ministério da Saúde, além de informações secundárias obtidas de diversos sistemas de informação de saúde existentes.

Ao analisarmos o processo de descentralização no município de São Paulo não podemos deixar de salientar que este processo se reinicia praticamente 10 anos após a maioria dos municípios do Brasil.

Informações coletadas no Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência do Ministério da Saúde informam que no final de 2000, 99 % dos municípios já estavam habilitados em uma das condições de gestão da NOB 96. O mesmo ocorre em relação ao Estado de São Paulo, onde no mesmo ano, 99,7% dos municípios estavam habilitados, sendo deles 25% na condição de gestão plena do sistema e 75% na condição de gestão plena da atenção básica.

Este atraso no processo de descentralização trouxe muitos problemas, amplamente sentidos principalmente pela população usuária de serviços públicos no município, embora este seja o detentor da maior e mais complexa capacidade tecnológica do país.

Foram as dificuldades encontradas para a viabilização deste estudo, principalmente no que se refere a grande deficiência e até mesmo em alguns casos insuficiência de informações válidas contidas nos sistemas de informação, principalmente nos primeiros anos analisados.

A dimensão dos dados relativos às categorias de análise escolhidas para este estudo, bem como a inconsistência nas informações encontradas nas diversas fontes, em sua maioria bastante significativa num município da magnitude de São Paulo, ocasionaram muitas saídas a campo e um grande tempo gasto no ajuste destas informações em busca de maior fidedignidade e validade destas.

Em relação à rede física de serviços de saúde houve um decréscimo significativo no número de unidades privadas com fins lucrativos e sem fins lucrativos tanto na área hospitalar, como na área ambulatorial, entre os anos

2000 e 2005. Cabe salientar que apesar de alguns hospitais e ambulatórios sob gestão do Estado ser de natureza pública, são gerenciados por Organizações Sociais de Saúde, de natureza privada.

Quando se analisa o número de leitos hospitalares, verifica - se nas unidades que 63% dos leitos são públicos e 37% privados.

Este valor difere dos números apresentados na Pesquisa de Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, realizada em 2002, onde se observou que o percentual de leitos públicos nas regiões do Brasil varia entre 50%, na região Norte e 10% na região Sul, sendo que a média obtida nas capitais foi de 41% de leitos públicos.

Observou-se também uma redução de 24% no número de leitos credenciados ao SUS entre os anos analisados, decorrente principalmente do descredenciamento de alguns hospitais privados.

Em relação às unidades ambulatoriais, o percentual de prestadores públicos varia de 85% em 2001 a 91% em 2005, diferente dos valores apresentados na Pesquisa de Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, realizada em 2002, onde entre as regiões brasileiras, o percentual de unidades ambulatoriais públicas varia entre 60% e 89%, sendo que a média obtida nas capitais fica em torno de 52% de unidades públicas.

No processo de descentralização das unidades existentes no município, até o ano de 2003, mais de 80% das unidades hospitalares permaneciam sob gestão estadual e a partir da habilitação do município como Gestor Pleno do Sistema, em 2003, há uma mudança neste quadro, passando este a ter a gestão de 57% em 2005.

Quanto às unidades ambulatoriais, após a extinção do PAS e a introdução efetiva do município ao SUS, em 2001, cerca de 75% delas permaneciam sob gestão municipal, sendo a grande maioria unidades básicas. Este percentual aumenta para 91% em 2004, quando o município já é Gestor Pleno do Sistema permanecendo o mesmo em 2005.

A análise dos recursos financeiros totais aplicados em saúde no município de São Paulo, no que diz respeito a despesas correntes (custeio), nos mostra que em média o valor é realizado proporcionalmente em partes muito próximas entre as três esferas de governo, sendo a proporção em 2005 de 30% de recursos próprios do município, 37 % de recursos estaduais e 33 % de recursos federais.

Quanto ao montante de recursos há um incremento de mais de 96% no valor aplicado entre os anos de 2000 e 2005, elevando o valor per capita de R\$ 310,86 em 2000 para R\$ 581,04 em 2005.

Quando se analisa em particular o financiamento federal realizado no território, o município ainda mantém mais da metade destes recursos sob gestão estadual, conformando um cenário bem diferente da maioria dos municípios em gestão plena do sistema deste país. Esta situação particular deve-se em grande parte por estar localizado em seu território grande parte do complexo tecnológico de saúde do país e, portanto as relações de poder tomam-se mais competitivas.

No entanto, para o usuário do sistema pouco importa quem é o detentor deste poder, mas como esta relação reflete na assistência da saúde

de quem o utiliza muitas vezes prejudicada por impasses entre as esferas de governo.

Este valor é de difícil comparação com dados de outros municípios, visto que há poucos estudos sobre o tema e pouco se sabe sobre as metodologias utilizadas para este cálculo. Já em relação a outros países os valores obtidos nos estudos, principalmente realizados pela Organização Mundial da Saúde são apresentados com valores em dólar. Como este trabalho apresenta dados relativos a seis anos, um estudo mais apurado neste sentido seria necessário para realizarmos qualquer comparação, incluindo atualização de valores monetários por ano. Além disso, em grande parte dos estudos internacionais está agregado neste valor não só o recurso público aplicado em saúde, mas também o recurso privado aplicado, dificultando ainda mais qualquer comparação.

Em relação ao processo de trabalho realizado no município, como dito anteriormente, foi realizada a análise comparativa da produção física e financeira hospitalar e ambulatorial com dados coletados do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH – SUS) do DATASUS. Mesmo havendo muitas críticas às informações obtidas deste sistema, construído numa lógica mais contábil do que epidemiológica e sujeito a distorções, é a única ferramenta disponível para análises desta natureza. Sem ela, teríamos que ir a campo, em cada uma das unidades e num município da dimensão de São Paulo esta prática seria praticamente inviável.

Observando a evolução da produção física e financeira hospitalar há um aumento gradativo em toda a sua complexidade, sendo este muito maior

no que se refere à alta complexidade e às ações estratégicas. Cabe salientar que até o início de 2002, 12 dos 13 hospitais públicos municipais não apresentavam faturamento ao SUS e, portanto os dados referentes a eles nesta época não estão contabilizados no sistema de informação.

O mesmo acontece na produção ambulatorial, que somente é apresentada ao sistema de informação de forma regular a partir de 2002.

A produção física e financeira ambulatorial tem um acréscimo gradativo e considerável entre os anos de 2000 e 2005. Entretanto, para os grupos de atenção básica e média complexidade, este crescimento não é totalmente real, pois somente a partir de 2001, as unidades que estavam sob gestão das cooperativas do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), não apresentavam faturamento ao SUS. Portanto, o aumento na produção da atenção básica e média complexidade só pode ser considerado totalmente real entre 2003 e 2005.

No caso da alta complexidade ambulatorial, as unidades sob gerência do PAS até 2001, pouco realizavam procedimentos desta complexidade e, portanto o aumento na produção física e financeira no total do período analisado pode ser considerado real, onde podemos destacar o grupo de medicamentos de alto custo, que teve um acréscimo de 296% na produção física, equivalente a um aumento de 230% na produção financeira no total do período.

Quanto à natureza do prestador, conclui-se que no caso da assistência hospitalar o percentual de atendimentos realizados por prestadores públicos (em grande maioria estaduais e universitários sob gestão do Estado) tem um

aumento gradativo, chegando ao ano de 2005 em 64% do número total dos procedimentos, e 50% da produção financeira hospitalar.

Na produção ambulatorial a análise segundo a natureza do prestador ficou prejudicada devido às mudanças de classificação realizadas pelo Ministério da Saúde. Podemos considerar somente que há uma diminuição gradativa na produção física dos prestadores privados com fins lucrativos chegando a 86% no total do período. Ao final de 2005 podemos verificar que 88% da produção física é realizada por prestadores de natureza pública, sendo que destes 55% são realizados por prestadores públicos estaduais. Os 12% restantes da produção é realizada pelos prestadores privados, sendo que destes, 87% são filantrópicos, ou seja, sem fins lucrativos.

Quanto à procedência do paciente que se utiliza dos serviços de saúde no município de São Paulo, observamos entre nos anos analisados que o percentual de “invasão” varia entre 13% e 15% nos serviços hospitalares, sendo que o valor médio referente a procedimentos a pacientes de fora do município é bem maior do que o valor referente aos procedimentos realizados a munícipes; e entre 11% e 12% nos serviços ambulatoriais (procedimentos com APAC).

Esta “invasão” é em grande parte explicada pelo motivo de grande parte da tecnologia de saúde mais complexa do Estado de São Paulo está localizada nos centros especializados da capital, ocasionando assim, deslocamentos constantes de pacientes para a cidade.

A desconcentração de tecnologias com vistas à promoção da equidade e racionalização, evitaria deslocamentos populacionais desnecessários,

construindo uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e seguramente mais eficiente.

Já o percentual de “evasão” fica em torno de 5% a 8% na produção física e representa praticamente os mesmos valores em relação à produção financeira. A “evasão” é em grande parte ocorrida em localidades próximas às divisas territoriais do município, onde por vezes os pacientes encontram um melhor acesso em serviços localizados em outros municípios próximos à capital. A outra razão é que mesmo com toda a tecnologia encontrada no município, ainda faltam leitos para doenças crônicas, como tuberculose e doenças mentais, bem como centros especializados em malformações congênitas, fazendo com que haja um deslocamento de residentes do município para outras localidades. Um outro grupo de evasões parece estar relacionado com acidentes de trânsito, onde se utilizam de recurso de saúde próximos ao local do evento (DRUMOND, 2004).

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) proposta pela NOAS, onde se estabeleceriam as referências e contra-referências formais da assistência à saúde não chegou a ser oficializada no Estado de São Paulo, mesmo sendo por muito tempo amplamente estudada e discutida. Neste sentido, a “invasão” observada no município vêm se conformando historicamente por acordos e mecanismos informais, nem sempre equânimes.

Finalmente, ao analisar a evolução na gestão da assistência à saúde no município de São Paulo verificou-se que no caso da produção hospitalar, até 2002, apenas 1% estava sob gestão municipal, sendo que este valor não é totalmente real devido à ausência da informação de produção dos hospitais

públicos municipais neste período. A partir de 2003, há um aumento gradativo na gestão municipal, que se eleva para 16 % nesse ano, em 2004 para 41% e se mantém em 40% do total da produção física hospitalar em 2005, representando praticamente o mesmo valor na produção financeira. Se analisada por complexidade, em 2005, o município passa a gerir 40% da produção referente à média complexidade, 38% da alta complexidade e 51% dos procedimentos estratégicos hospitalares.

Na área ambulatorial, a evolução da gestão municipal se dá de maneira diferente. Em 2000, também 99% da produção estava sob gestão estadual, sendo que a produção das unidades sob gestão das cooperativas do PAS não estavam contabilizadas neste momento. A partir de sua habilitação como Gestor Pleno da Atenção Básica, em 2001 passa ter a gestão de 90% da atenção básica, chegando praticamente a 100% desta a partir de 2002. Embora algumas unidades sob gestão estadual ainda realizem alguns procedimentos de atenção básica, o Ministério da Saúde os contabiliza como sendo de gestão municipal.

A gestão municipal da média complexidade ambulatorial só é contabilizada pelo Ministério da Saúde a partir de 2003, apesar de algumas unidades próprias do município já realizarem procedimentos desta complexidade antes deste período. Em 2004, quando finalmente as informações podem ser consideradas mais fiéis, o município passa a gerir cerca de 43% da média complexidade física e financeira, chegando a 47% do total da produção ambulatorial em 2005.

A gestão na alta complexidade ambulatorial se inicia realmente em 2003, após a habilitação do município como Gestor Pleno do Sistema Municipal, e se restringe a 5% do número total dos procedimentos, mas representa 36% do valor total destes, pois muitos destes procedimentos têm um valor mais alto, como por exemplo, o grupo da terapia renal substitutiva e transplantes.

Neste contexto, podemos concluir que a gestão da saúde no município de São Paulo, com exceção da atenção básica, é praticamente dividida entre o Estado e a Município. Esta dupla gestão claramente dificulta a organização do sistema de saúde na cidade, visto que em muitos casos os interesses entre ambos são distintos.

Além disso, a dificuldade na articulação técnica e política entre os gestores é constante, dificultando assim um planejamento mais adequado para as ações de saúde. Podemos assim dizer que o município de São Paulo é hoje gerido por dois sistemas distintos e bastante desarticulados, aonde em alguns momentos chegam até a competir entre si.

A Organização Mundial de Saúde (2000) define um sistema de saúde como o conjunto das atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população.

Segundo MENDES (2002), a estruturação destes sistemas é bastante complexa e compõem-se de distintos elementos, que variam seguindo as características de cada país e de cada região destes. Estes elementos se interrelacionam entre si para dar algum tipo de resposta aos problemas de saúde de determinada população. Entretanto estas relações nem sempre são

harmônicas, fazendo com que os sistemas de saúde funcionem de forma tensionadas e segundo trajetórias bastante próprias, apesar dos problemas comuns a serem enfrentados por eles.

Neste contexto é preciso que os recursos físicos e financeiros, bem como a sua condução, sejam finalmente agrupados, conformando assim um real sistema de saúde que possa garantir a universalidade, a integralidade, a equidade e a qualidade das ações de saúde para a população que necessita deste sistema.

A estrutura do sistema de saúde deveria ser orientada principalmente pelo perfil de morbi-mortalidade da população, que expressa as reais necessidades de saúde.

Entretanto, a prestação de serviços individuais e coletivos são apenas um dos modos de melhorar a saúde da população. Fatores ligados à situação sócio - econômica, à educação, a questões ambientais e comportamentais têm sido amplamente estudados e comprovados como sendo os grandes determinantes de saúde. O conhecimento e estudo aprimorado destes, bem como as devidas ações de natureza intersetorial, complementam a prestação dos serviços para que se garanta efetivamente a melhoria da saúde das pessoas.

5 REFERÊNCIAS

1. AGUILAR, M. S.; ANDER - EGG, E. **Avaliação em serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
2. ALMEIDA, E. S.; CASTRO C. G. J.; VIEIRA, C. A. L. **Distritos Sanitários: concepção e organização**. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP, 1998 (Série Saúde & Cidadania, volume 1).
3. ALMEIDA, E. S. et al. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. **Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo. Edusp, 2001. p. 13-49.
4. BORGES D. F.; FERNANDES, K. C. Descentralização das ações e serviços de saúde do SUS na cidade de Natal: democratização ou privatização? . **Rev. Adm. Pública**, v. 36, n. 2 p. 565-85, jul./ago. 2002.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Descentralização das ações e serviço de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Inf. Epidem. SUS**: v. 2 (n. esp), p. 3-47, jul.1993.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Os princípios do SUS e o processo de descentralização. In: **Sistema Único de Saúde - Descentralização - a descentralização nos serviços de saúde**. Brasília, 2000.

7. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva. Coleção Saraiva de Legislação, 1998.
8. BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055-9.
9. BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intra-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de dez. 1990. Seção 1, p. 25694-5.
10. BRASIL. Resolução INAMPS/MS nº 273, de 17 de julho de 1991. Reedita com alterações a Norma Operacional Básica - SUS 01/91. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 jul. 1991. Seção 1, p. 14216-19.
11. BRASIL. Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993. Aprova a Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/93, que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e aponta diretrizes para o investimento no

- setor. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 mai. 1993. Seção 1, p. 6961-5.
12. BRASIL. Portaria MS nº 2203, de 05 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 nov. 1996. Seção 1, p.22932-40.
13. BRASIL. Instrução Normativa MS nº. 01 de 02 de janeiro de 1998. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação dos municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 jan. 1998, Seção 1, p. 13.
14. BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 set. 2000. Seção 1, p.1-2.
15. BRASIL. Portaria MS nº 95 de 25 de janeiro de 2001. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso. Norma Operacional da

Assistência à Saúde. NOAS SUS 01/01. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. de 2001. Seção 1, p.23-E.

16. BRASIL. Portaria MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/02, que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Seção 1, p.52.
17. BRASIL. Portaria MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as suas diretrizes operacionais do **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 de fev. 2006. Seção 1.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.399, de 22 de julho de 2003. Dispõe sobre a habilitação do município de São Paulo, na Gestão Plena do Sistema Municipal, nos termos da NOAS SUS 01/02. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 jul. 2003. Seção1, p.48.
19. CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. **Inf. Epidem. SUS**, v. 4, p. 7-46, 1997.
20. CARVALHO, G. C. M. **Financiamento federal para a saúde 1988-2001**. São Paulo: Papercrom, 2002.

21. CAPUCCI, P. F. As mudanças na política de saúde em São Paulo: a gestão descentralizada. In: **Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2003.
22. CONTANDRIOPOULOS A. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HATZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
23. DONABEDIAN, A. **Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them**. Milbank Mem. Fund. Quart. , 1972, p 50-103.
24. DONABEDIAN, A. Criteria, norms and standarts: what do they mean? **American Journal of Public Health**, v. 71, p. 409-412, 1981.
25. DONABEDIAN, A. Contributions of epidemiology to quality assessment and monitoring, **Infect. Constr. Hosp. Epidemiol.** , v. 11, n. 3, p. 117-21, 1990.
26. DONNINI, O. A. A reorganização da gestão da saúde no município de São Paulo. In: SOUZA, M. F.; MENDES, A. **Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2003.
27. DRUMOND JR., M.; **Estimativa da população exclusivamente usuária SUS no município de São Paulo**. São Paulo, 2001.
Disponível em <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/publicações>>.

28. DRUMOND JR., M.; DONNINI, O. A. **Evasão e Invasão de internações hospitalares no SUS na cidade de São Paulo em 2002: um subsídio à organização da gestão plena.** São Paulo, 2003. Disponível em: <[http:// www.prefeitura.sp.gov.br/saude/ações de gestão](http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/ações_de_gestão)>.
29. FUND. DE EMPREEND. CIENTÍFICOS E TECNOLÓGICOS. **Descentralização e poder local: a experiência das subprefeituras no município de São Paulo.** São Paulo: Hucitec/Finatec, 2004.
30. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Projeto de desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro - PROADESS.** Relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: <[http:// www.proadess.cict.fiocruz.br](http://www.proadess.cict.fiocruz.br)>.
31. HORTALE V. A.; PEDROZA M.; ROSA M. L. G. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**, v. 24, n. 56, p 57-66, set/dez. 2000.
32. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>.
33. JUNQUEIRA, V. **Saúde na cidade de São Paulo (1989-2000).** São Paulo: Instituto Polis/PUC-SP, 2002. (Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo).
34. LEVCOVITZ, E. et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

35. MEDICI, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização.** 1994. 216 p. Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo, São Paulo (Ad. Saúde - Série Temática).
36. MEDICI A. C. Saúde: modelos de gestão descentralizada: alternativas para o Brasil. In: Velloso J.R.P. **Políticas Sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade.** Rio de Janeiro: Fórum Nacional/INAE/ILDES/Fundação F. Elbert; 1995. p. 91-147.
37. MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas.** 2002. 176 p. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.
38. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes.** Brasília, 2002.
39. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de saúde/assistência à saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.
40. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundo Nacional de Saúde. Brasília, 2006. Disponível em <<http://www.fns.saude.gov.br>>.
41. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos - SIOPS. Brasília, 2006. Disponível em <<http://www.siops.datasus.gov.br>>.
42. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa de Avaliação da gestão plena do sistema municipal.** Brasília, 2002.

43. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Cadernos de Informações de Saúde**. Brasília. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>.
44. MULLER NETO, J. S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em Debate**, v. 31, p. 54-66, mar. 1991.
45. OLIVEIRA, M. H. C. B. Pactos de gestão: divisão de responsabilidades entre estados e municípios na descentralização. In: PIERANTONI et al. **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003. p. 59-92.
46. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **La descentralizaci3n, los sistemas de salud y los procesos de reforma del sector**. Informe final. Valdivia, Chile, 17 mar., 1997. (Série Organizaci3n y Gestti3n de Sistemas y Serviços de Salud).
47. PASTRANA, R. M. S. **Descentralizaç3o da pol3tica de saúde no estado do Rio de Janeiro: uma avaliaç3o da gest3o plena do sistema municipal**. 2003. 165 p. Tese de doutorado em saúde coletiva. Instituto de Medicina Social, Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
48. REBLIN, L. C. **Estudo comparativo da influênci3a da organizaç3o dos serviços nos indicadores de saúde**. 2005. 140 p. Dissertaç3o de mestrado em saúde pública. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

49. SÃO PAULO. Comunicado nº. 01, de 25 de janeiro de 2001. Dispõe sobre as diretrizes gerais para a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, SP, 25 de jan. 2001. Fl. 10.
50. SÃO PAULO. Decreto Municipal nº. 42.325, de 22 de agosto de 2002. Define e classifica os órgãos e unidades orçamentárias no âmbito das subprefeituras, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, SP, 22 ago. 2002. Fl. 1.
51. SÃO PAULO. Decreto Municipal nº. 44.031, de 24 de outubro de 2003. Regulamenta a Lei nº. 13.563, de 24 de abril de 2003, que dispõe sobre o Fundo Municipal de Saúde. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, SP, 25 out. 2003. Fl. 1.
52. SÃO PAULO. Decreto Municipal nº. 45.037, de 20 de julho de 2004. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, SP, 21 jul. 2004. Fl. 1.
53. SÃO PAULO. Decreto Municipal nº. 46.209, de 15 de agosto de 2005. Dispõe sobre a Transferência das Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras que especifica para a Secretaria Municipal da Saúde. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, SP, 16 ago. 2005. p 01-43.
54. SÃO PAULO. Lei Municipal nº. 13.399 de, 01 de agosto de 2002. Dispõe sobre a criação, estrutura e atribuições das Subprefeituras no Município de São Paulo, estabelece procedimentos para sua

- implantação e prevê a transferência gradual dos órgãos e funções da Administração Direta Municipal. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. São Paulo, SP, 02 ago. 2002. Fl. 1.
55. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Grupo de Planejamento Setorial - GPS. **Portal Finanças**. Disponível em <<http://www.gps.saude.sp.gov.br>>.
56. SCATENA, João Henrique Gurtler. **Avaliação da descentralização da assistência à saúde no Estado de Mato Grosso**. 2001. Tese de Doutorado em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
57. SILVA, L. M. V. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n. 2, p. 331-339, 1999.
58. VIANA, A. L. D. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do Sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (suplemento), p. 139-151, 2002.
59. VIANA, A. L. D. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 3, p. 577-606, 2006.
60. VIANNA, S. M. **Financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferências de recursos federais para Estados e Municípios**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, 1990.

61. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Report 2006 - working together for health. France, 2006. Disponível em <<http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>>