



Impactos da Descentralização do SUS sobre o Processo de Modernização dos Governos Locais

Impacts of the Decentralization of the Brazilian National Health System on the Modernization of Local Governments

Sonia Maria Fleury Teixeira¹, Assis Luis Mafort Ouverney², Thais Soares Kronemberger³, Felipe Barbosa Zani⁴

RESUMO

Este artigo analisa o impacto do processo de descentralização sobre a gestão local do Sistema Único de Saúde (SUS). A hipótese é que o aprofundamento do processo de descentralização no setor da saúde permitiu aos municípios implementar um conjunto diversificado de inovações na gestão, mesmo em um contexto político e econômico desfavorável. Os dados foram coletados por meio de questionários enviados aos secretários municipais de saúde em 1996 e 2006, com amostragem nacionalmente representativa. Os resultados indicam que a descentralização tem promovido considerável impulso de aperfeiçoamento gerencial, principalmente nos municípios com mais de 50 mil habitantes. É possível observar a diversificação dos instrumentos utilizados para captar demandas sociais, maior permeabilidade a essas demandas, ampliação e diversificação das parcerias, institucionalização de órgão próprio de gestão de pessoas, de políticas de capacitação e de gestão da qualidade. Entretanto os avanços observados ainda convivem com limitações em setores como compras governamentais, políticas de remuneração de pessoal e planejamento regional, além de ausência de soluções definitivas para questões como terceirização de serviços e contratação da rede privada e filantrópica, especialmente nos municípios de médio porte.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; descentralização; governo local; política de saúde.

ABSTRACT

This paper examines the impact of the decentralization process on the local management of the Brazilian National Health Care System. The hypothesis is that the decentralization of the health sector allowed municipalities to implement a diversified set of innovations, even in an unfavorable economic and political context. Data was collected by means of questionnaires sent to nationally representative sample of municipal secretaries of public health in 1996 and in 2006. Results reveal that decentralization has been a stimulus to management improvement, particularly in municipalities having more than 50.000 inhabitants. Diversification of the instruments used for capturing social demands was observed, as was increased openness to these demands, expansion and diversification of partnerships, institutionalization of the management of human resources, and of training policies and quality management. However, the management improvements observed were found to co-exist with continuing constraints in sectors such as government procurement policies, salaries and regional planning, and with the absence of definitive solutions to issues such as outsourcing and contracting services from private and philanthropic providers, particularly in medium-sized cities, where economic and institutional conditions are less favorable.

Keywords: National Health Care System, decentralization, local government, public health policy, management improvements.

¹ EBAPE/FGV- sonia.fleury@fgv.br

² EBAPE/FGV - assismafort@gmail.com

³ EBAPE/FGV - thais.soares@fgv.br

⁴ EBAPE/FGV - zzambosa@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, parte expressiva da literatura sobre federalismo e relações inter-governamentais no Brasil tem se dedicado a promover uma revisão dos processos de descentralização ocorridos em várias políticas públicas, responsáveis por transformar de forma significativa o papel dos governos locais no país. Segundo esses autores, a descentralização portaria promessas inconclusas de democratização, associadas à participação social nas decisões governamentais, *accountability* e modernização do Estado, que resultariam em melhores padrões de governabilidade, maior capacidade de inovação e maior eficiência e efetividade na gestão pública (Abrúcio, 2006; Farah, 2000; Azevedo & Anastasia, 2002).

Apesar da ampla produção sobre descentralização nos últimos anos, praticamente não há na literatura nacional estudos de corte longitudinal, que oferecem subsídios empíricos para uma avaliação mais criteriosa do fenômeno. Além disso, são pouco frequentes os estudos e ensaios que produzem uma análise de cunho mais abrangente, relacionando a descentralização com a estratégia específica empregada e com o contexto político e socioeconômico de sua implementação. Esse artigo busca justamente contribuir para suprir essa deficiência, analisando diacronicamente os impactos da descentralização da política de saúde nas últimas duas décadas sobre o processo de modernização gerencial dos governos locais, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

As secretarias municipais de saúde passaram a gerenciar a grande maioria das unidades públicas de provisão de serviços de saúde no âmbito do SUS, além de assumir também a responsabilidade formal pela contratação, monitoramento e avaliação (gestão) de amplo conjunto de unidades privadas. Segundo informações disponíveis para o ano de 2010 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), administrado pelo Ministério da Saúde, de um total de 221 056 estabelecimentos de saúde, 59 663 (27%) eram municipais, o que corresponde a aproximadamente 95,6% da oferta pública de estabelecimentos de saúde que, incluindo as

unidades estaduais e federais, totalizavam 62 437 unidades em 2010 (BRASIL, 2010).

A formação de estruturas e capacidades de gestão suficientes para assumir tamanha empreitada e dar conta das novas responsabilidades exigiu a formação de competências complexas, somente possível mediante a incorporação e difusão de um amplo conjunto de inovações gerenciais, impulsionadas pelo processo de descentralização. Essas inovações foram realizadas nas dimensões sociais, assistenciais e gerenciais. Neste último caso, envolvem diversas áreas como gestão de pessoas, compras governamentais, gestão da informação, planejamento, gestão de contratos, gestão da qualidade, entre outras.

As bases teóricas para o estudo da descentralização foram estabelecidas por Rondinelli (1981) como sendo a transferência de responsabilidades de planejamento, gestão, arrecadação e aplicação de recursos, desde o governo central para as unidades territoriais. No entanto, estudos mais recentes sobre governança local têm enfatizado o papel destes fatores institucionais, políticos, administrativos e fiscais como condicionadores dos resultados da descentralização.

Portanto, a descentralização é compreendida nesse artigo como um processo de difusão de mecanismos institucionais decorrentes da constitucionalização do regime universal de proteção social, o que representa uma ruptura com o padrão histórico de políticas sociais no Brasil (Fleury, 1994). Nesse sentido, os desafios dessa descentralização setorial são mais ousados porque não se trata apenas da transferência de recursos e de poder entre níveis de governo, mas também da mudança da relação entre estado e cidadãos em busca de uma governança democrática (Fleury, 2005). Abrúcio (2006) advoga que, além da criação de um ambiente intergovernamental positivo, a descentralização demanda a constituição de boas estruturas administrativas no plano subnacional. A promessa de ganhos de eficiência baseados na descentralização depende das capacidades institucionais e administrativo-financeiras dos entes locais.

Nesse artigo argumenta-se que a descentralização tem contribuído para a modernização da gestão local, na medida em que tem difun-

dido inovações em diversas áreas de competência das secretarias municipais de saúde, mesmo baseada em uma estratégia contraditória e insuficiente e em um ambiente político e econômico desfavorável.

As evidências para tal provêm de um estudo longitudinal do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS - realizado em âmbito nacional em dois momentos: em 1996/1997 e 2006/2007, após informações coletadas junto aos secretários municipais de saúde, por meio de um questionário aplicado nestes dois momentos. A possibilidade de ter uma base de dados original sobre um fenômeno processual como a descentralização, nos permitiu comparar a evolução durante esta década, demonstrando que houve significativos avanços na modernização gerencial das secretarias municipais de saúde. Apesar de algumas assimetrias verificadas entre os municípios de diferentes regiões e portes populacionais, foram encontrados expressivos aperfeiçoamentos gerenciais em áreas essenciais da gestão da política local de saúde tais como gestão da informação, gestão de pessoas, estabelecimento de parcerias, e celebração de convênios de apoio técnico, entre outros.

O artigo está estruturado em quatro seções, além dessa introdução e das referências bibliográficas. A seção 2 apresenta o marco teórico sobre os principais aspectos relacionados ao contexto político e econômico no qual foi implementada a estratégia de descentralização do SUS. A seção 3 descreve a metodologia adotada na pesquisa, enquanto a seção 4 apresenta os principais resultados referentes à gestão local do sistema de saúde. A última seção do artigo analisa as principais tendências observadas do processo de modernização das secretarias de saúde, assim como as insuficiências decorrentes da precariedade do contexto e da insuficiência da estratégia de descentralização.

2 DESCENTRALIZAÇÃO E MODERNIZAÇÃO GERENCIAL DOS GOVERNOS LOCAIS NO SUS: CONTEXTO DESFAVORÁVEL E ESTRATÉGIA INSUFICIENTE

O período de desenvolvimento do SUS coincidiu com a emergência de uma nova

agenda de reformas fundamentada na redefinição do projeto de construção nacional, com importantes transformações na estrutura política do país (relações Estado/Sociedade, relações intergovernamentais e entre os poderes na União), no Estado (sua estrutura e capacidade de intervenção) e nos fundamentos do modelo econômico (políticas fiscal, cambial, industrial etc.).

Após a forte abertura da esfera pública na década de mil novecentos e oitenta, com a incorporação de variados atores e interesses na definição da agenda governamental, essa década representou um ponto de inflexão nesse processo ao produzir o insulamento das principais instâncias decisórias e o fechamento dos canais do Estado à inserção das demandas dos principais atores sociais (Diniz, 2004; Alves, 2000; Loureiro & Abrúcio, 1999).

No plano federativo, as reformas estruturais exigiram a concentração de poder na União, obtida por meio da redução da autonomia das esferas subnacionais e do fortalecimento da capacidade de coordenação federativa do gestor federal por diversos instrumentos como indução financeira e regulação legal, programas de endividamento dos estados e municípios, Lei de Responsabilidade Fiscal, emendas de vinculação de recursos, privatização dos bancos estaduais, ampliação assimétrica da carga tributária, entre outros (Melo, 2006; Couto & Arantes, 2002; Arretche, 2002; Abrúcio, 2005).

A reforma do Estado privilegiou a formação de núcleos estratégicos, transferindo ao mercado atividades produtivas e compartilhando funções com a sociedade civil, o que resultou na redução de sua estrutura, composição de quadros e alcance de sua capacidade planejadora.

A agenda de reformas estruturais, que direcionou o Estado para atividades de regulação de mercado e centralizou a agenda macroeconômica em torno da estabilização monetária (Beluzo & Carneiro, 2003; Lopreato, 2000) teve impactos significativos sobre o setor saúde, na medida em que representou uma redução de graus de liberdade no processo de escolhas públicas e na formulação e execução de políticas mais democráticas e inclusivas de desenvolvimento. Isto porque reduziu a disponibilidade de recursos na área social, intensificou a verticalização das relações federativas com poucos es-

tímulos ao compartilhamento de funções e produziu incentivos à individualização da proteção, entre outros.

O processo de descentralização conduzido pela União empregou a pactuação de marcos normativos temporários (as normas operacionais) associados a instrumentos de indução financeira como referenciais de condução e direcionamento das esferas subnacionais, especialmente os municípios, na formação de capacidades de gestão e provisão de serviços de saúde. A adesão dessas às condições padronizadas negociadas de forma tripartite em nível nacional permitiu a construção de bases institucionais regulares (Ribeiro, 1997), a transferência progressiva de responsabilidades sanitárias, a expansão da oferta de serviços, a mudança de modelos e práticas de cuidado, o estabelecimento de processos estáveis constantes de negociação e pactuação, entre outros (Levicovitz *et al*, 2001).

Nesse processo, a estrutura de recursos humanos é aspecto central na análise sobre a capacidade de gestão subnacional em vista do expressivo contingente e da complexa variedade de ocupações profissionais envolvidas que, além de determinarem a eficiência administrativa de uma política social abrangente, são diretamente responsáveis pela prestação de serviços. Em termos orçamentários, os dispêndios com recursos humanos representam aproximadamente 60% dos orçamentos dos hospitais e 90% das unidades ambulatoriais (BANCO MUNDIAL, 2007).

A autonomia local para gerir os recursos humanos, definindo políticas direcionadas à seleção, retenção, qualificação, remuneração e avaliação dos profissionais é vista como um fator importante para aumentar a efetividade da descentralização. O grau de autonomia das unidades de gestão de recursos humanos, mesmo quando descentralizados, esbarra na rigidez das normas legais, que restringem as possibilidades de adoção de modelos gerenciais compatíveis com a contemporânea organização das relações de trabalho e que permitem a adequada seleção, manutenção e avaliação dos funcionários (BANCO MUNDIAL, 2007; Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, 2011b).

A legislação impõe limites para gastos com pessoal, o que dificulta a realização rotineira de concursos públicos, enrijece a reposição ou substituição tempestiva dos trabalhadores (CONASS, 2004), motivando a combinação entre a contratação via poder público com outras formas de ingresso como as empresas de terceirização e as cooperativas de profissionais.

A terceirização de mão de obra na administração pública tem sido alvo de debates de ordem legal – vedações às atividades-fim, cômputo para o cálculo dos limites estipulados pela LRF (Ferraz, 2007) – e de ordem sociológica, no que tange à precarização dos vínculos trabalhistas refletida nos menores salários, rotatividade, diminuição da proteção social, etc.

A coexistência de funcionários sob a égide de diferentes regimes de contratação provoca a fragmentação institucional, a redução da governabilidade bem como os conflitos e a desmotivação em torno dos desequilíbrios de remuneração e de estabilidade dos vínculos empregatícios (BANCO MUNDIAL, 2007; CONASS, 2011b, Cherchglia, 1999).

Enquanto a contratação via concurso público permite reduzir o passado clientelista e patrimonialista, a ausência de carreiras definidas e a competição com o mercado de trabalho privado provocam demandas pela adoção de mecanismos de remuneração adicional para os profissionais do SUS ou de preservação de um duplo vínculo com o setor público e privado.

Políticas como o pagamento variável em função do desempenho têm sido debatidas e mesmo introduzidas apesar das fortes clivagens ideológicas em torno deste tema. Contudo, Viacava *et al.* (2004) argumentam que, expandindo o entendimento de performance para além de análises focadas exclusivamente no custo-efetividade do sistema de saúde, as informações geradas por esses processos avaliativos podem contribuir para a redefinição de processos, pactuação de metas e para o desenvolvimento individual.

A qualificação dos profissionais por meio de políticas de educação próprias dos municípios é propícia à criação de identidade institucional e ao aprendizado organizacional (CONASS, 2011b) e aproximam a educação aos problemas cotidianos e extrapolam as salas de

aula como espaços de ensino (BRASIL, 2009). A política de formação deve incorporar não só a dimensão científico-tecnológica, mas também a ético-política, com a valorização da humanização das relações interpessoais, respeito à diferença, preservação e defesa da vida (Paim & Teixeira, 2007).

Outro sistema administrativo importante na política de saúde é a gestão de compras e serviços. A gestão de materiais é responsável por 20% dos recursos setoriais, o que explica a austeridade da normatização, preocupada em coibir a corrupção. Diplomas legais como a “Lei de Licitações”, em virtude das exigências e dos prazos dilatados, provocam a morosidade dos procedimentos de compras, afastando eventuais fornecedores, elevando os preços ofertados e atrasando a celebração de contratos (BANCO MUNDIAL, 2007).

Com isso, entre os principais motivos aventados para a escolha da dispensa de licitação estão os atrasos no processo de compras. Esta modalidade licitatória, legalmente aplicável a aquisições de pequeno valor e a situações excepcionais (casos de emergência, por exemplo), ao afastar a concorrência pública, confere significativo poder discricionário ao agente público, que pode obter vantagens indevidas. A dispensa de licitação também pode refletir a falta de planejamento por parte dos gestores, hipótese frequentemente combatida pelos tribunais de contas.

A morosidade dos procedimentos licitatórios parece regra para modalidades como convite, tomada de preço ou concorrência, que reduzem o tempo. O pregão presencial e, sobretudo, o pregão eletrônico são procedimentos muito mais ágeis pelo encurtamento de prazos e inversão de fases, agregando ainda ganhos de eficiência em virtude da oferta de lances pelos licitantes (CONASS, 2011a).

A licitação pode ser aplicada tanto para a compra de bens quanto para a aquisição de serviços. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 199, § 1º, dispõe que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

A terceirização de serviços de saúde, por intermédio de organizações sociais (OS), organizações não governamentais (ONGs), rede privada, ou qualquer outro tipo organizacional, também é campo repleto de questionamentos jurídicos e ideológicos, o que não impede sua disseminação. Matos e Pompeu (2003), com base nos dados oferecidos pelos CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos em Saúde), revelam o complexo entrelaçamento entre a rede assistencial pública e privada, comprovada, por exemplo, pelo expressivo número de estabelecimentos privados cadastrados no sistema que prestam serviço ao SUS.

Autores como Paim e Teixeira (2007) apontam a disseminação de organizações sociais, não governamentais, da sociedade civil de interesse público, como parte de um modelo gerencialista preconizado pela reforma neoliberal, o que significa a desresponsabilização do Estado e a fragmentação institucional da política de saúde. Por outro lado, seus defensores alegam que isto pode imprimir maior agilidade nos processos de compras, fomentar o estabelecimento de instrumentos formais de pactuação de resultados e reduzir o clientelismo político na indicação dos cargos de direção (Quinhões, 2009).

De todo modo, a contratação de serviços da rede privada demanda esforços regulatórios sobre os serviços oferecidos. A terceirização infla os problemas de agente – principal quanto ao monitoramento da qualidade dos serviços ofertados. Contudo, segundo Matos e Pompeu (2003), o baixo nível de formalização das relações público-privadas, o que inclui contratos firmados no interstício 1950-1980, e que nunca foram renovados, desloca os esforços regulatórios para questões mais basilares como a definição clara do objeto, quantidade e valor dos serviços comprados. Evidentemente, os contratos também devem funcionar como indutores da melhoria da qualidade dos serviços.

A compra de serviços privados pelo SUS tem obedecido, via de regra, à lógica da oferta dos prestadores privados, em função da histórica fragilidade estatal no planejamento das necessidades de complementação da rede pública e da pressão exercida pelos atores privados em virtude do perfil da capacidade instalada. Neste sentido, as estratégias de regionalização em

saúde constituem-se em vigorosas ferramentas para a definição da demanda de contratação de serviços em base hierarquizada e regionalizada (Matos & Pompeu, 2003; Silva, 2011).

A área de saúde constitui-se em importante frente dos sistemas nacionais de inovação e de geração de emprego e renda e, conseqüentemente, da estratégia de desenvolvimento econômico e industrial dos países. Esta interação é problemática ao aproximar interesses empresariais regidos pela ótica do lucro com direitos de cidadania. Por isso, a inserção da política de saúde na estratégia de desenvolvimento econômico tem sido relegada pelo pensamento crítico sanitário ou abordada de maneira defensiva quanto à defesa da pressão empresarial pela incorporação de novos produtos e processos no sistema (Gadelha, 2006).

Para além do fortalecimento da capacidade de planejamento do Estado, que asseguraria a prevalência do interesse público na compra de serviços de agentes privados, a regionalização do sistema de saúde contribui decisivamente para a concretização da integralidade do atendimento e para a eficiência da política pela maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos e na oferta assistencial (Silva, 2011).

São distintas as estratégias adotadas para a regionalização dos serviços de saúde. O Plano Diretor de Regionalização (PDR), operacionalizado por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI), preconiza a organização das unidades estaduais em módulos assistenciais com graus crescentes de complexidade na oferta dos serviços. O mesmo plano objetiva garantir à população o acesso integral aos serviços de saúde, ao aumentar a capacidade gerencial do sistema, reduzir o impacto das pressões de oferta em prol das necessidades de saúde e fomentar relações cooperativas com a melhor definição de responsabilidades interfederativas (BRASIL, 2002, Fleury & Ouverney, 2007).

O desenho da regionalização dos serviços de saúde, expresso no PDR, deve ser elaborado pelo ente estadual e apresentado para densa discussão nas instâncias de articulação e pactuação (CIBs) e nas instâncias de articulação de atores sociais (conselhos estadual e municipal de saúde) visando a conferir legitimidade e coe-

rência ao plano (BRASIL, 2002), em que pesem as críticas sobre a perda de autonomia municipal e a recentralização provocada por um instrumento que é elaborado e operacionalizado pelas secretarias estaduais de saúde (Paim & Teixeira, 2007; Trevisan & Junqueira, 2007).

Os consórcios intermunicipais de saúde também figuram como estratégia de regionalização dos serviços adotada pelos municípios para obterem ganhos de escala na aquisição de bens e de escopo na oferta de serviços assistenciais de maior complexidade, além de organizarem o fluxo de pacientes na rede hospitalar. São responsáveis por conferirem capacidade administrativa e eficiência às ações governamentais (Ribeiro & Costa, 2000).

A modernização da gestão local da política saúde, no entanto, envolve tanto a formação de capacidades administrativas internas relacionadas aos aspectos essenciais da gestão comuns a todas as políticas públicas (gestão de pessoas, informações, recursos financeiros, estruturas físicas, etc.) quanto às competências específicas setoriais de articulação com outras esferas de Estado (relações intergovernamentais), com a sociedade civil e do mercado (relações macro políticas). Isto é, o fortalecimento da capacidade das gestões locais também exige o estabelecimento de densas redes de articulação com os agentes privados e com outras esferas governamentais para a construção de projetos coletivos como o Sistema Único de Saúde.

Os governos locais devem institucionalizar mecanismos que permitam a identificação das demandas portadas pela população, combinando o contato com instâncias de representação social (conselhos municipais de saúde), ferramentas que identifiquem estatisticamente a opinião do universo de cidadãos abarcados pelo sistema (pesquisa de opinião), meios interativos (internet), dentre outros mecanismos que democratizem os canais estabelecidos com a população.

Em resposta às demandas recebidas, as secretarias municipais devem oferecer respostas concretas, que evidenciem a permeabilidade do poder público em relação aos grupos com os quais pretende construir relações de parceria. As respostas podem envolver medidas mais resritas, como sanções diretas aos agentes públicos;

mudanças ao nível organizacional, como a criação de novos serviços; a avaliação da gestão para corroborar e aprofundar as demandas recebidas; ou ainda a combinação entre tais artifícios para potencializar sua ação responsiva.

A inserção das gestões locais com atores privados, governamentais ou da sociedade civil pode sustentar-se no estabelecimento de relações de apoio técnico e/ou de parcerias no nível horizontal (comissão bipartite, consórcio intermunicipal, COSEMS, CONASEMS, outros setores do governo municipal), nível vertical (governo estadual, governo federal) ou com organizações privadas (agências internacionais, consultoria privada, ONGs, universidades, igrejas, OSCIPs). Tais laços de cooperação visam à criação de agendas setoriais, à intersectorialidade da política de saúde, ao aprofundamento dos vínculos com a sociedade civil, ao intercâmbio de conhecimento crítico e estratégico, etc.

3 METODOLOGIA

As informações discutidas nesse artigo provêm da pesquisa *Municipalização da Saúde e Poder Local no Brasil*, desenvolvida com o objetivo de estudar as mudanças ocorridas na configuração e no modo de funcionamento do sistema de poder municipal, fundamentada na descentralização das ações e serviços de saúde, caracterizando-as quanto ao seu eventual caráter democratizante e modernizador. Com base na hipótese de que a descentralização levaria ao aperfeiçoamento da capacidade de gestão local, na medida em que, por meio de alterações provocadas no **perfil do gestor** e no **processo de gestão**, poderia estar induzindo modificações na composição e na direcionalidade do poder local, ampliando assim a gama de interesses sociais atendidos pelo sistema municipal de saúde.

Neste artigo serão tratados apenas os impactos da descentralização sobre a inovação, entendida como mudanças do desenho institucional, assim como de dinâmica de funcionamento, eventualmente ocorridas no processo de gestão local e que possam ser expressivas de um alargamento da gama de interesses sociais contemplados. Para fins de melhor caracterizar

a natureza e o conteúdo da inovação, o processo de gestão foi decomposto em três dimensões: **social, gerencial e assistencial**. Por **dimensão social** entende-se a relação estabelecida entre a gestão municipal e os diferentes setores da sociedade, enquanto a **dimensão assistencial** engloba diferentes ações e/ou programas, que estão direcionados para aquilo que se convencionou chamar “a ponta da linha”, ou seja, instrumentos gerenciais que visam alterar a qualidade e a efetividade da atenção à saúde.

Quanto à **dimensão gerencial**, objeto deste artigo, ela diz respeito à introdução e/ou manutenção de processos administrativos identificados como inovadores na gestão municipal de saúde, sendo frequentemente recomendados pelos organismos formuladores das políticas do setor. Incluem-se neste caso, aspectos relativos ao aumento da eficiência da gestão (compras e licitações, gestão de pessoas, gestão da informação, etc.) potencializada pela utilização de recursos externos à secretaria (como parcerias, consórcios, etc.) e aspectos relativos à valorização da dimensão técnica da gestão (assessorias, etc.). Foram também considerados os aspectos relativos à captação da demanda pelo gestor municipal e à sua transformação em parâmetros para redirecionar a política de saúde.

Entre eles destacam-se ações voltadas para a racionalização dos recursos (como centrais de marcação de consulta ou de ambulância, fichas de referência, etc.). Também se incluem nesta dimensão ações que visam à alteração do modelo de atenção à saúde, com ênfase na prevenção e redução da hospitalização.

Tomando como unidade de análise o Secretário Municipal de Saúde, e assumindo-o como fonte de informação principal da pesquisa, foi construído um modelo analítico e, baseado nele, o instrumento e a estratégia de coleta de dados. Para analisar a gestão municipal de saúde, tomou-se como parâmetro a capacidade percebida pelos Secretários de introduzir diferentes tipos de inovação nas dimensões social, gerencial e assistencial.

Na **dimensão gerencial**, foco desse artigo, foram selecionados 6 (seis) atributos considerados essenciais à gestão inovadora: impacto da informação recebida da população, compras e serviços, gestão de pessoas, apoio técnico, par-

cerias e regionalização. A seleção desses atributos foi realizada com base na revisão da literatura e na consulta a especialistas de instituições acadêmicas e especialistas governamentais das três esferas de governo, que atuavam junto à descentralização do SUS. Os questionários foram aplicados em dois momentos distintos, 1966/1977 e 2006/2007, tendo sido enviados pelo correio, o que requereu, nos dois períodos, uma espera de cerca de quatro meses para recebimento das informações. O fato de ser uma pesquisa comparativa de um fenômeno dinâmico requereu uma adaptação para que o questionário mais recente pudesse incorporar, dentro das mesmas categorias, novos atributos e variáveis transformados em questões atuais da política e gestão de saúde. Essa atualização ocorreu nas oficinas de trabalho com especialistas e gestores acima citadas e resultou na inclusão de novas questões.

Na dimensão gerencial, objeto desse artigo, foram incorporadas 12 (doze) novas questões distribuídas em três novos blocos de atributos: **compras e Serviços**: (modalidades de aquisição, formas de terceirização de serviços e controle de qualidade), **gestão de Pessoas** (formas de gestão, política de capacitação, formas de contratação de profissionais e mecanismos adicionais de remuneração), **regionalização** (todas as cinco questões).

Em ambas as edições, os questionários foram distribuídos a todos os municípios do País. O tratamento dos dados utilizou o *software* de análise de dados SPSS. Foram utilizadas duas matrizes de configuração da estrutura de processamento dos dados. Em 1996, o retorno foi de 28%, variando de 15,3 a 40,5% entre as regiões. Em 2006, o retorno total foi 19,5%, com variação regional de 9,6 a 25,2%. Enquanto em 1996 optou-se por considerar a amostra de questionários recebidos como autorrepresentativa, em 2006 foi feito um trabalho estatístico de ponderação por expansão da amostra para torná-la representativa. Essa ponderação foi efetuada em função do volume menor de questionários respondidos, o que motivou o apoio de análises estatísticas de representatividade durante a coleta de informações.

Uma vez realizada a expansão, tornou-se possível inferir as informações nacionais rela-

tivas ao perfil do gestor e às características da gestão dos sistemas municipais de saúde. Para cada uma das questões gerou-se um conjunto de tabelas descritivas por porte do município e região geográfica, acrescentando a variável modalidade de gestão na versão 2006. Em seguida, foram construídas as tabelas comparativas entre as pesquisas de 1996 e 2006 para as questões comuns nas duas versões. Nesse caso, foram necessários alguns ajustes voltados a atenuar diferenças tais como as mudanças no formato das questões comuns, a estrutura de classificação de porte populacional adotada, entre outras. A segunda matriz continha a configuração estabelecida ao final do processo de elaboração e revisão do índice de inovação, indicador esse que não será tratado nesse artigo.

4 RESULTADOS: INOVAÇÕES NA GESTÃO LOCAL EM SAÚDE

A descrição dos resultados da pesquisa está organizada pelas diferentes variáveis que sequencialmente discorrem sobre o cenário nacional, cenário regional e cenário por porte populacional e, para as variáveis abordadas na pesquisa de 1996, são posteriormente apresentadas as variações no cenário nacional verificadas na década 1996-2006, variações por região e por porte populacional. O conjunto geral das informações encontra-se em anexo ao texto nas Tabelas 1, 2 e 3. Os itens relativos à gestão de pessoas, às compras de serviços e à regionalização referem-se apenas aos dados do questionário de 2006, enquanto os itens sobre impacto da informação, apoio técnico e parecerias, como foram usados nos dois questionários, permitem a comparação entre 1996 e 2006.

4.1 Gestão de Pessoas

Forma de Gestão

Em 2006, a gestão de recursos humanos das secretarias de saúde era realizada predominantemente pela secretaria de administração da Prefeitura (83,0%). As demais formas de gestão ainda eram pouco utilizadas - órgão de recursos humanos dentro da secretaria de saúde (21,3%), instituições privadas (3,3%) e cooperativas

(1,9%) – padrão que se repete indiscriminadamente entre as *regiões*.

Na análise por *porte populacional*, entretanto, pode-se destacar que quanto maior o município, mais secretarias de saúde gerenciavam os recursos humanos por meio de órgão próprio da secretaria de saúde (60,9% nos municípios entre 50 e 200 mil habitantes, e 72,3% nos municípios com mais de 200 mil).

Política de Capacitação

Em relação à política de capacitação, em 2006, grande parte das secretarias municipais de saúde valeu-se dos cursos e treinamentos oferecidos pelos governos estadual e federal (82,4%). Aproximadamente um terço das gestões de saúde dispunha de política de educação permanente (37,9%) e/ou de política própria de capacitação (32,0%).

As secretarias de saúde da *região* Sul foram aquelas que mais implementaram política própria de capacitação (42,7%) e/ou de educação permanente (46,8%), esta última pouco comum no Centro Oeste (23,3%) e no Norte (28,4%).

Na análise por *porte do município* verificou-se que a disseminação da política de educação permanente e da política própria de capacitação está relacionada ao tamanho do município, sobretudo naquelas localidades com mais de 200 mil habitantes (65,7% e 66,9%, respectivamente).

Forma de Contratação

Em 2006, a forma de contratação de profissionais utilizada por praticamente todas as secretarias de saúde foi o Poder Público (93,9%). Pouco difundidas eram as contratações via consórcio intermunicipal (3,5%), cooperativas de profissionais (3,4%), organização não governamental (3,4%) e/ou empresas de terceirização de mão-de-obra (7,2%), mais frequente na *região* Sul (15,0%).

A análise por *porte populacional* indica que as contratações via Poder Público e /ou empresas de terceirização de mão-de-obra foram mais frequentes conforme o aumento do tamanho do município. Nos municípios com mais de 200 mil habitantes destacaram-se as contratações por

meio de terceirização (34,8%), cooperativas de profissionais (28,6%) e/ou organização não governamental (15,1%).

Pagamentos adicionais para os profissionais

Em 2006, verificou-se que a maioria das secretarias de saúde não adotou estes incentivos (53,1%). Somente 22,1% das secretarias de saúde realizaram pagamentos adicionais por desempenho, 12,0% realizaram pagamento além da tabela do SUS, e 3,1% efetuaram complementação salarial por fundação privada.

As gestões locais de saúde da *região* Centro-Oeste foram as que mais realizaram pagamento de adicionais por desempenho (32,2%), e/ou pagamento além da tabela do SUS (22,9%). Os pagamentos adicionais são menos comuns mais incomuns nas secretarias de saúde das regiões Sul (39 %) e Sudeste (42,6%).

O pagamento de adicionais é mais comum à medida que aumenta o *porte do município*. Similarmente, quanto maior o porte populacional, maior o percentual de secretaria de saúde, que efetuava pagamento de adicionais por desempenho. Importante notar que os municípios de 50 mil a 200 mil habitantes foram aqueles que mais realizaram pagamento além da tabela do SUS (23,6%).

4.2 Compras de serviços

Modalidades de Aquisição

Em 2006, a grande maioria das secretarias municipais de saúde optou por realizar as compras e contratações por meio de licitação tradicional (88,4%), tendo o pregão presencial (16,3%) e o pregão eletrônico (9,8%) pouca inserção nas gestões de saúde. Dispensa de licitação em virtude de emergência foi utilizada por 22,7% das secretarias de saúde.

Nas *regiões* Sudeste e Sul, contudo, verifica-se maior difusão do uso do pregão presencial (23,7% e 23,6%, respectivamente) e do pregão eletrônico (14,0% e 14,8%, respectivamente).

O padrão de adesão às modalidades licitatórias guarda forte relação com o *porte populacional*. Percebe-se que quanto maior o município, menor a utilização da licitação tradicional.

Consequentemente, as modalidades de pregão são mais utilizadas quanto maiores forem os municípios. Vale destacar que os municípios com 50 mil a 200 mil habitantes são aqueles que mais se valeram da dispensa de licitação em virtude de emergência (35,9%).

Formas de Terceirização de Serviços

Segundo os secretários municipais de saúde, em 2006, a maior parte das secretarias municipais de saúde firmava contrato com a rede privada (44,8%), seguido de convênio com a rede filantrópica (27,7%). São incomuns as demais modalidades de terceirização consideradas convênio com Oscip, convênio com ONG, contrato de gestão com OS. Interessante notar que 24,0% dos secretários(as) municipais de saúde não responderam a questão. Além disso, embora ilegal, alguns municípios praticam a venda de serviços privados em unidades públicas (7,5%).

A região Norte sustentava o menor percentual de terceirização por meio de contrato com a rede privada (30,5%). Os convênios com a rede filantrópica foram menos frequentes nas regiões Norte (10,1%) e Nordeste (16,3%), e mais comuns no Sudeste (44,5%). No Sul destacam-se os convênios com Oscip (11,7%). A análise por *porte populacional* demonstra que, quanto maior o município, sobretudo nos municípios com mais de 50 mil habitantes, mais comum são os contratos com rede privada, convênios com rede filantrópica, com Oscip, com Ongs, e com OS.

Mecanismos de controle de qualidade

Em 2006, mais da metade das secretarias municipais de saúde possuía mecanismos de controle sobre a qualidade dos serviços próprios (51,6%). A qualidade dos serviços contratados e conveniados era pouco controlada pelas secretarias de saúde (23,6% e 19,2%, respectivamente). Na verdade, mais de um terço das gestões locais de saúde não dispunham de mecanismos de controle de qualidade sobre os serviços (36,6%).

A análise por *região* revela que as secretarias do Sul mais controlavam os serviços conveniados (27,9%), ao passo que os serviços contratados eram pouco avaliados no Norte (8,3%).

Verifica-se, com base no *porte populacional*, que os grandes municípios, com mais de 200 mil habitantes, mas principalmente os municípios de médio porte, entre 50 mil e 200 mil habitantes, incorporam os mecanismos de controle de qualidade, sejam para serviços próprios (59,5% e 62,9%, respectivamente), serviços contratados (42,1% e 48,4%), seja para serviços conveniados (38,6% e 39,5%).

4.3 Regionalização

Participação em estratégia pactuada de regionalização de serviço

Quase a totalidade das secretarias municipais de saúde participava da Programação Pactuada e Integrada (PPI) como estratégia pactuada de regionalização de serviço (91,7%), visto a obrigatoriedade instituída pela legislação do SUS. Participavam de consórcio intermunicipal e da regionalização pela NOAS 2002 aproximadamente um terço das secretarias (35,3% e 33,4%, respectivamente).

Porém, a participação em consórcio intermunicipal foi mais significativa nas *regiões* Sudeste (51,2%) e Sul (70,0%), e, pela ótica do *porte populacional*, nos municípios até 5 mil habitantes (45,8%). Por outro lado, quanto maior o porte do município, menor a adesão aos consórcios e a PPI, e maior a regionalização pela NOAS 2002.

Percepção quanto à estratégia pactuada de regionalização de serviço

Verificou-se uma percepção positiva da maioria dos(as) secretários(as) em relação à estratégia pactuada de regionalização que participam, pois consideraram que avançaram em relação à situação anterior (82,2%) sem que se pudessem verificar variações quanto à *região* ou ao *porte populacional*.

Participação do município da elaboração do Plano Diretor de Regionalização

A elaboração do Plano Diretor de Regionalização – PDR - contou com a participação de aproximadamente metade das secretarias de

saúde (56,7%), igualmente distribuídas entre as regiões. Foram mais atuantes as secretarias dos municípios com *porte populacional* de 50 a 200 mil habitantes (71,5%) e mais de 200 mil habitantes (66,6%).

Motivo de não participação em alguma estratégia pactuada de regionalização

O principal motivo da não participação na elaboração em alguma estratégia pactuada de regionalização foi a centralização do processo na secretaria estadual de saúde (64,2%).

Tal alegação foi mais expressiva na região Centro-Oeste (76,6%) e menos significativa no Norte (38,3%). Os(as) secretários(as) de saúde desta região alegaram que a estratégia de regionalização não foi elaborada (29,3%) e/ou que não participaram por outros motivos (30,3%).

Na análise por *porte populacional*, verifica-se que quanto maior o porte, mais frequentes as alegações de que a não elaboração de estratégia pactuada de regionalização justificava a ausência do município.

Forma de elaboração do Plano Diretor de Regionalização

Por fim, as formas de elaboração do Plano Diretor de Regionalização dividiram-se entre negociações na Comissão Intergestores Bipartite - CIB (36,6%), negociações em CIBs regionais (33,7%) e consulta do gestor estadual aos municípios (27,7%).

A estratégia de elaboração do PDR pelas secretarias de saúde da região Centro-Oeste mais comum foi a negociação em CIB (45,2%) enquanto a estratégia menos comum foi a consulta do gestor estadual aos municípios (15,2%). No caso do Sudeste, a elaboração do Plano ocorreu predominantemente mediante negociação em CIBs regionais (44,2%).

Quanto ao *porte populacional* do município, observa-se que quanto maior ele for, mais comum será a elaboração do PDR me-

diante negociação na CIB, realizada por mais de metade dos municípios com mais de 200 mil habitantes (55,3%).

4.4 Impacto da Informação

*Mecanismos para captação de demandas*¹

Em 2006, as secretarias municipais de saúde utilizaram-se do conselho municipal de saúde (88,3%) e/ou do atendimento no gabinete (68,8%) para receber informações e demandas da população. Subsidiariamente foram utilizados os meios de comunicação (39,2%), formulários de avaliação/sugestão (32,3%) e pesquisas de opinião (28,3%). Ainda é muito incipiente a utilização de ouvidoria especializada (14,0%), da internet (11,8%) e do serviço de disque denúncia (8,1%). No entanto, somente 0,1% das secretarias não utilizavam qualquer artifício para receber informações da população.

Observam-se na região Norte as secretarias de saúde que menos utilizam mecanismos para captar as demandas. Por outro lado, a região Sul destacava-se por apresentar as secretarias de saúde que mais se valem dos instrumentos considerados, em especial o atendimento no gabinete (77,0%), a pesquisa de opinião (39,3%) e a ouvidoria especializada (20,4%).

Na análise por *porte populacional*, verifica-se que, à exceção do conselho municipal de saúde e do atendimento no gabinete, a utilização dos demais instrumentos guarda relação com porte populacional, de forma que quanto maior o tamanho do município, sobretudo a partir dos 20 mil habitantes, maior a utilização desses mecanismos de captação de demandas da população. Nos municípios com 50 mil a 200 mil e naqueles com mais de 200 mil habitantes, destacavam-se a utilização de ouvidoria especializada (46,1% e 70,0%, respectivamente) e dos meios de comunicação (73,4% e 75,4%, respectivamente). Disque denúncia (46,1%) e internet (43,5%) foram mais comuns nos grandes municípios, acima de 200 mil habitantes.

¹ Os itens atendimento no gabinete, meios de comunicação e internet não constaram do questionário da pesquisa de 1996.

Na *década 1996-2006*, observa-se a difusão de todos os mecanismos de captação de demanda, a saber: conselho municipal de saúde (74,6% em 1996 para 88,3% em 2006), formulário de avaliação (23,4% para 32,3%), pesquisa de opinião (17,6% para 28,3%), ouvidoria especializada (5,7% para 14,0%) e disque denúncia (4,6% para 8,1%).

Na *variação por região*, observa-se que, via de regra, a utilização dos referidos instrumentos disseminou-se pelas regiões ao longo da década. Vale ressaltar, na região Centro-Oeste, que mais gestões locais de saúde passaram a receber demandas e informações por meio de conselho municipal de saúde (59,3% para 88,9%), ao passo que, no Nordeste destaca-se a disseminação da ficha de avaliação (14,7% para 28,1%) e, na região Sul, são relevantes os aumentos na pesquisa de opinião (19,3% para 39,3%) e ouvidoria especializada (5,6% para 20,4%).

Na *variação por porte populacional* também se verifica a disseminação dos mecanismos de captação de demandas em todas as faixas populacionais, com destaque para a utilização da ouvidoria nos municípios de 50 mil a 200 mil habitantes (10,5% para 46,1%) e acima de 200 mil habitantes (18,9% para 70,0%). Também são relevantes os aumentos na utilização da pesquisa de opinião e de ficha de avaliação nos municípios com mais de 200 mil habitantes (24,3% para 48,0% e 24,3% para 42,8%, respectivamente) e do conselho de saúde nos municípios com menos de 5 mil habitantes (64,9% para 88,8%).

Desdobramentos das informações recebidas

Com relação à resposta das secretarias de saúde às demandas recebidas, em 2006, a maioria das gestões efetuou mudanças no funcionamento dos serviços (66,5%), embora as secretarias também tenham considerado as demais ações: avaliação da gestão (56,4%), criação de novos serviços (52,6%), e punição ou remanejamento de funcionários (48,5%). Poucas secretarias não adotaram nenhuma medida (4,2%).

Observa-se que na *região Norte* menos secretarias de saúde optaram pelas mudanças no funcionamento de serviços (45%) e pela avaliação da gestão (44%) em resposta às demandas

recebidas. As secretarias do Nordeste foram as que mais avaliaram a gestão (62,7%) enquanto as secretarias do Centro-Oeste optaram por punir ou remanejar seus funcionários (66,7%).

Em relação ao *porte populacional* verifica-se a relação da percepção dos(as) secretários(as) de saúde às demandas recebidas com o tamanho do município, de tal sorte que, em geral, quanto maior o porte do município, mais secretarias de saúde valeram-se de mudança no funcionamento de serviços, avaliação da gestão, criação de novos serviços e/ou punição ou remanejamento de funcionários, sobretudo nos municípios com mais de 50 mil habitantes.

Na *década 1996-2006*, à semelhança das variações notadas na utilização dos instrumentos de captação de demandas, observou-se maior adoção de todas as medidas consideradas, especialmente avaliação da gestão (28,8% para 56,4%) e punição ou remanejamento de funcionários (34,0% para 48,5%), enquanto a criação de novos serviços pouco variou (52,5% para 52,6%). Portanto, ao longo da década, reduziram-se os casos de secretarias inertes às demandas recebidas (12,2% para 4,2%).

Na *variação por região*, verificou-se maior resposta às demandas da população em praticamente todas as regiões ao longo do período. Vale destacar o comportamento das gestões de saúde do Nordeste que, após as denúncias/demandas recebidas, tornaram mais frequente a avaliação da gestão (28,2% para 62,7%), punição ou remanejamento de funcionários (25,6% para 47,4%) e mudanças no funcionamento dos serviços (51,7% para 67,0%). No Centro-Oeste tornaram-se mais comuns a punição ou remanejamento de funcionários (40,7% para 66,7%) e a criação de novos serviços (39,8% para 48,8%).

Em relação ao *porte do município*, observam-se, nas diferentes faixas populacionais, mais secretarias de saúde que puniram ou remanejarão funcionários, avaliaram a gestão e/ou efetuaram mudanças no funcionamento dos serviços. Verificam-se retrações de secretarias de saúde que optaram pela criação de novos serviços nos municípios com 20 mil a 50 mil, com 50 mil a 200 mil e, principalmente, com mais de 200 mil habitantes (81,1% para 73,8%).

4.5 Apoio Técnico²

A maioria das secretarias municipais de saúde, em 2006, recebia apoio técnico do governo estadual (80,2%) seguido do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) (60,9%) e do governo federal (51,6%). Também eram significativos o apoio recebido da Comissão Bipartite (37,3%), a consultoria privada (16,2%) e a universidade (16,2%).

Pela *distribuição regional*, percebe-se que o apoio técnico do COSEMS era mais expressivo no Norte (92,1%), no Centro-Oeste (72,4%) e no Nordeste (67,0%). Ressalta-se que as regiões Sul (29,3%), Nordeste (27,5%) e Centro-Oeste (23,7%) recebiam mais apoio técnico do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Foi discrepante o percentual de secretarias das regiões Sul (58,2%) e Sudeste (44,5%) que recebiam apoio de consórcio intermunicipal em relação ao Norte (5,4%) e Nordeste (5,9%). No Centro-Oeste o apoio da comissão bipartite (50,7%) foi mais significativo em comparação com as demais regiões. As consultorias privadas eram mais frequentes no Nordeste (18,7%) e no Sudeste (19,5%).

Em relação ao *porte populacional*, observou-se que nos municípios com mais de 200 mil habitantes foi menos expressivo o apoio técnico recebido do governo estadual (69,2%), do COSEMS (40,0%), da comissão bipartite (29,0%) e do consórcio intermunicipal (13,2%).

Por outro lado, nestes municípios com mais de 200 mil habitantes, são mais frequentes o apoio técnico recebido do governo federal (77,3%) e de consultoria privada (29,8%). O apoio recebido pelas universidades foi mais significativo nos municípios de 50 mil a 200 mil habitantes e acima de 200 mil habitantes (30,2% e 62,2%, respectivamente).

Verifica-se também que quanto maior o porte populacional, mais frequente é o apoio recebido pelas organizações não governamentais. De forma oposta, o consórcio intermunicipal foi mais expressivo nos municípios com até 50 mil

habitantes, principalmente nos municípios com até 5 mil habitantes (42,9%). O apoio da comissão bipartite também era comum para os pequenos municípios, com até 5.000 habitantes (43,3%).

Na *década 1996-2006*, observa-se aumento generalizado na oferta de apoio técnico, sobretudo pelo governo federal (24,2% para 51,6%) e pelo COSEMS (37,5% para 60,9%). Este quadro não se aplica somente à comissão bipartite (38,7% para 37,3%), às organizações não governamentais (7,4% para 5,8%) e às agências internacionais (1,5% para 0,8%).

A *variação regional* segue a tendência observada ao longo da década, isto é, o aumento generalizado na oferta de apoio técnico, no qual se destacou o aumento do apoio do COSEMS no Norte (29,5% para 92,1%) e no Centro Oeste (46,0% para 72,4%).

A *variação por porte populacional*, de maneira semelhante, revela aumento generalizado. Verifica-se significativo aumento no apoio técnico recebido pelos pequenos municípios, com menos de 5.000 habitantes, do governo estadual (46,9% para 79,1%), do COSEMS (28,8% para 60,3%) e do governo federal (18,5% para 52,0%).

4.6 Parcerias³

Em 2006, a maioria das secretarias de saúde estabeleceu parceria com o governo estadual (75,8%), com o governo federal (61,1%), e/ou com outros setores do governo municipal (60,3%). Também eram relevantes as parcerias com igrejas (34,8%), instituições de ensino e pesquisa (25,2%), consórcio intermunicipal (40,5%) e organizações não governamentais (23,8%).

As parcerias com consórcio intermunicipal foram pouco frequentes na *região* Norte (14,5%) e Nordeste (10,5%), ao contrário do cenário verificado no Sudeste (59,7%) e no Sul (75,4%).

Em relação ao *porte populacional*, verificou-se que a parceria com o governo federal foi mais expressiva nos municípios com mais de 200 mil habitantes (80,8%). Os convênios com institui-

² Os itens consórcio intermunicipal e CONASEMS não constaram do questionário da pesquisa de 1996.

³ Os itens empresas privadas e Oscips não constaram do questionário da pesquisa de 1996.

ções de ensino e pesquisa e com organizações não governamentais foram mais expressivos nos municípios de 50 a 200 mil habitantes (51,6% e 45,8%, respectivamente) e com mais de 200 mil habitantes (77,7% e 54,8%, respectivamente).

Destacou-se também que quanto maior o porte populacional, maior o percentual de municípios que possui parcerias com outros setores do governo municipal. Por outro lado, a parceria com consórcio intermunicipal foi mais significativa nos pequenos municípios, com até 5 mil habitantes (52,8%) e de 5 a 20 mil habitantes (41,4%), sendo incomuns nos grandes municípios com mais de 200.000 habitantes (17,6%).

Na *década 1996-2006*, aumentaram de forma generalizada as modalidades de parcerias firmadas, principalmente com os governos estadual (38,7% para 75,8%) e federal (18,4% para 61,1%), bem como com outros setores do governo municipal (45,2% para 60,3%).

Na *variação regional*, observam-se aumentos generalizados nas parcerias firmadas, com destaque para os consórcios intermunicipais no Sudeste (42,5% para 59,7%) e no Sul (37,2% para 75,4%).

Quanto à *variação por porte populacional*, para além do aumento generalizado observado, destacaram-se os aumentos das parcerias dos municípios com até 5 mil habitantes com os governos estaduais (28,8% para 78,8%), outros setores do governo municipal (35,8% para 58,4%), com o consórcio intermunicipal (35,1% para 52,8%), e instituições de ensino e pesquisa (7,7% para 21,8%). As parcerias com estas instituições também aumentaram expressivamente nos municípios entre 50.000 a 200.000 habitantes (37,3% para 51,6%) e com mais de 200.000 habitantes (59,5% para 77,7%).

5 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O processo de descentralização impulsionou um conjunto de mudanças na estrutura e na dinâmica de gestão dos municípios, na medida em que passaram a gerenciar, nas duas últimas décadas, volumes expressivos de recursos para responder às responsabilidades legalmente recebidas. Somam-se a esse movimento o crescimento da consciência cidadã que pressiona por serviços de melhor qualidade, os processos de

reforma do Estado que colocaram a questão eficiência da ação governamental no centro do debate e a revolução das tecnologias de informação que permitiram o desenvolvimento de inovações em diversos campos da administração pública.

A gestão de recursos humanos da política de saúde, provavelmente em virtude do volume de profissionais, ainda é centralizada na secretaria de administração da prefeitura, no caso dos municípios de pequeno porte, sendo efetuada por unidade específica das secretarias de saúde nos médios e grandes municípios, indicando o grau de autonomia dos gestores locais quanto ao principal recurso da área de saúde que são seus profissionais.

A institucionalização dessa prática pode contribuir para ampliar o nível de qualificação e de profissionalização da saúde, na medida em que permite o planejamento de atividades de desenvolvimento de pessoas, o estabelecimento de parcerias, a implantação de políticas de avaliação, etc.

Outro dado significativo é que grande parte das secretarias municipais de saúde efetiva suas contratações via Poder Público. A adoção de modalidades alternativas de contratação, como cooperativas de profissionais e/ou ONGs, é significativa somente nos grandes municípios. Já a utilização de consórcio intermunicipal para efetuar contratações é incomum em todas as faixas populacionais.

A opção majoritária pela contratação via Poder Público evita a fragmentação institucional, os conflitos motivados pela convivência entre distintos vínculos empregatícios e pela precarização do trabalho. No caso do ingresso via concurso público, implanta-se o mérito como critério de acesso à burocracia estatal, em detrimento das práticas de clientelismo político, e a estabilidade do vínculo favorece a consolidação de carreiras estatais.

Por outro lado, a política de recursos humanos da saúde pouco incorporou mecanismos de remuneração adicional, que poderiam favorecer a atração de profissionais qualificados na competição com o mercado privado, além de fornecer incentivos para a permanência na carreira. Ao que parece, a remuneração adicional em função do desempenho é utilizada como

mera estratégia de complementação salarial, tendo em vista sua maior utilização na região Centro Oeste em relação aos municípios situados no eixo Sul e Sudeste, regiões estas em que a oferta e a remuneração dos profissionais são em média maiores quando comparadas às demais localidades. Entretanto, é importante registrar que os municípios de médio porte (50-200mil hab.) foram os que mais utilizaram pagamentos além da tabela do SUS, o que indica a necessidade de incorporar formas alternativas de remuneração além das disponíveis oficialmente para atrair profissionais.

É possível observar a institucionalização da prática de oferta de cursos e treinamentos oferecidos pelo governo estadual ou federal em todas as regiões e portes. No entanto, as políticas próprias de capacitação e de educação permanente, focada nos problemas cotidianos, na equipe de trabalho e que poderiam permitir a criação de identidade institucional encontram maior difusão somente na região Sul e nos grandes municípios.

Quanto à estrutura para aquisição de bens e serviços, as secretarias municipais de saúde continuam utilizando as modalidades licitatórias tradicionais a despeito das críticas de falta de flexibilidade e aumento dos prazos, mas que também asseguram maior transparência. Verifica-se que ambos os tipos de pregão, considerados procedimentos licitatórios potencialmente mais ágeis e vantajosos para o poder público, ainda são pouco utilizados pelas secretarias de saúde. Seu uso é mais comum nos municípios de médio e grande porte, situados no eixo Sul-Sudeste. Vale lembrar que o pregão eletrônico foi regulamentado somente em 2002.

Destaca-se que aproximadamente um quarto das secretarias de saúde, sobretudo nos municípios de médio porte populacional, valeu-se da dispensa de licitação em virtude de emergência, situação de caráter excepcional que confere ao gestor(a) local significativo poder discricionário e, conseqüentemente, flexibilidade para efetuar suas compras e contratações, mas cujos valores praticados podem ser prejudiciais à administração pública. Esse quadro pode refletir a fragilidade no planejamento para a aquisição de bens e serviços no âmbito das secretarias de saúde dos municípios de médio porte.

Aparentemente o tema da terceirização de serviços de saúde ainda é controverso entre os gestores da política de saúde, dado que quase um quarto optou por não responder a questão. Prevalcem os formatos tradicionais de contratação de serviços do SUS, construídos com base em parcerias com as redes privada e, em menor grau, com organizações filantrópicas.

A terceirização é parcialmente coberta por esforços regulatórios de controle sobre a qualidade dos serviços prestados, provavelmente em virtude da fragilidade das relações contratuais. Mais de um terço das secretarias não efetua qualquer tipo de controle e, quando o faz, volta-se para os serviços próprios. O controle sobre serviços contratados ou conveniados é mais habitual nos municípios de médio e grande porte, mas desproporcionalmente inferior à quantidade de secretarias municipais deste porte, que possuem contratos de terceirização.

A regionalização, elemento essencial para a consolidação dos princípios do SUS e para o incremento da capacidade de planificação, apresentou avanços substanciais. Os dados revelam que a PPI, de adesão obrigatória, é o principal instrumento para o planejamento da regionalização da política de saúde. Os consórcios municipais são significativos nas regiões Sul e Sudeste, bem como nos pequenos municípios, maiores interessados nos ganhos de escala e de escopo propiciados pelos consórcios. A estratégia proposta pela NOAS, segundo os gestores, teve inserção positiva nos médios e grandes municípios. A configuração vigente para a regionalização dos serviços foi amplamente aprovada pelos(as) secretários(as) de saúde na comparação com a situação anterior.

Da mesma forma, é possível observar a significativa valorização do Plano Diretor de Regionalização pelas secretarias de saúde, sobretudo nos médios e grandes municípios, elaborados por meio das instâncias de pactuação intergovernamentais, contradizendo as tendências de centralização na secretaria estadual de que se revestem as instruções normativas do PDR.

Observa-se um movimento de diversificação dos instrumentos utilizados pelas secretarias de saúde para captar demandas da população ao longo da década 1996-2006. Entretanto, o uso de mecanismos mais democráticos e re-

presentativos, a exemplo dos conselhos municipais de saúde, não significou o abandono de artifícios mais tradicionais de contato com o público, como é o caso do atendimento no gabinete, frequente nas diferentes regiões, com predomínio da região Sul do país, e nos diferentes portes populacionais.

Interessante notar que a difusão de mecanismos menos comuns de captação de demanda reflete as assimetrias nacionais, como pode ser observado na diferença entre as regiões norte e sul no uso de pesquisas de opinião, ouvidoria, meios de comunicação e internet.

A incorporação de mecanismos que demandam razoável infraestrutura (disque denúncia), ou mesmo de ferramentas de tecnologia de informação como a internet, plataforma para o desenvolvimento de políticas de governo eletrônico, foi frequente somente nos grandes municípios, com mais de 200 mil habitantes.

A diversificação e democratização dos mecanismos de captação de informações são acompanhadas pela maior permeabilidade das gestões locais de saúde às demandas apresentadas pela população, sobretudo nos médios e grandes municípios, fato que pode estar relacionado à maior consistência dessas estruturas para captar tais demandas e para adotar medidas corretivas.

A difusão das respostas oferecidas pelo poder público (mudança no funcionamento dos serviços, criação de novos serviços, remanejamento de funcionários e avaliação da gestão) foi bastante significativa em todas as regiões, embora apenas as duas últimas apresentassem expansão na década.

Aparentemente o poder público preocupa-se com a eficácia de suas respostas, tendo em vista o aumento generalizado das ações adotadas ao invés do privilégio de modalidades específicas, o que pode ser consequência dos esforços de adequação das respostas à diversidade de demandas apresentadas.

É possível observar o efeito positivo do formato institucional do SUS sobre as práticas de gestão dos governos locais. A ênfase conferida pela institucionalidade da política ao federalismo cooperativo tem impulsionado a formação de relações de interdependência com outros agentes, como pode ser visto na busca de apoio técnico e na formação de parcerias.

O apoio técnico é oferecido basicamente por instâncias intergovernamentais, figurando o COSEM como importante órgão setorial de apoio no nível horizontal, como também verticalmente com os governos estadual e federal. Este quadro foi consolidado ao longo da década, entre as diferentes regiões e portes populacionais. A relação com atores privados (consultoria privada, agências internacionais) ou da sociedade civil (ONGs) foram menos usuais, inclusive nos municípios de médio e grande porte. O apoio de universidades, importante locus de estudos e debates técnico-políticos é observado com maior frequência nos municípios de médio e grande porte, normalmente onde se encontram estas instituições.

É importante notar que, na década considerada, os pequenos municípios também passaram a receber apoio dos governos federal e estadual, além do COSEMS. O estreitamento de laços de cooperação técnica com entidades setoriais (COSEM e CONASEMS) é mais bem percebido nas regiões fora do eixo Sul-Sudeste.

Da mesma forma, observa-se a ampliação e a diversificação de formas de parceria firmadas pelas secretarias de saúde ao longo da década, novamente com destaque para consolidação das relações intergovernamentais.

Também é importante ressaltar as parcerias com outros setores do governo municipal, com crescimento significativo no período, indicando maior intersetorialidade na implementação da política local de saúde, dinâmica mais comum nos municípios de médio e grande porte. São estes os municípios também que estreitaram vínculos com a sociedade civil via parcerias firmadas com ONGs. Por outro lado, os municípios de menor porte populacional valorizam os vínculos com setores tradicionais da sociedade civil, como as igrejas.

Em síntese, a análise dos resultados da pesquisa na dimensão gerencial permite afirmar que houve avanços expressivos na estrutura, nos mecanismos e nas competências de gestão das secretarias municipais de saúde em diversas áreas. Em geral, apesar das restrições impostas pela agenda de estabilização monetária e pela ausência de uma estratégia deliberada de reforma do Estado, os municípios adquiriram capacidade para contratar, formar e gerenciar

seus próprios profissionais, empregar incentivos adicionais de remuneração quando necessário, adquirir bens e serviços de acordo com a legislação, realizar o controle de qualidade dos serviços contratados e conveniados, estabelecer parcerias, mobilizar apoio técnico e construir relações de cooperação com outros municípios.

No entanto, a transferência de estruturas de provisão de serviços e a formação de bases institucionais de planejamento e controle social encontraram durante seu processo de formação um quadro de profundas assimetrias no nível local, o que resultou em fragilidades e descontinuidades no potencial de governança, financiamento e resolutividade do sistema. A ausência de um contexto favorável e de uma estratégia mais articulada de reforma do Estado repercutiu de forma significativa nos aspectos mais concretos e operacionais da gestão local, limitando a capacidade de difusão de inovações. Portanto, a formação dessas capacidades não foi uniforme, sendo privilégio de um grupo de municípios de maior porte que detém volumes maiores de recursos orçamentários e financeiros, revelando o quanto a diversidade que caracteriza o contexto socioeconômico e federativo brasileiro possui impactos sobre a forma como se difunde e institucionaliza esse movimento de modernização setorial nos governos municipais.

BIBLIOGRAFIA

- Abrúcio, F. L. (2006). Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: S. FLEURY (Org). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Abrúcio, F. L. (2005). A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, (24), 41-67.
- Alves, G. (2000). Do "Novo Sindicalismo" à "Concertação Social": Ascensão (e Crise) do Sindicalismo no Brasil (1978-1998). *Revista de Sociologia e Política*, (15), 111-124.
- Arretche, M. T. S. (2002). Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: A Reforma dos Programas Sociais. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, 43(6), 431-458.
- Arretche, M. T. S. (1996). Mitos da Descentralização: Mais democracia e eficiência nas políticas públicas? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, (31), 44-66.
- Azevedo, S., & Anastasia, F. (2002 jan. - mar.). Governança, "Accountability" e Responsividade. *Revista de Economia Política*, 22(1), 79-97.
- Banco Mundial. (2007). *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos*. Washington: Banco Mundial.
- Beluzo, L. G., & Carneiro, R. (2003). O paradoxo da credibilidade. *Política Econômica em Foco*. Recuperado em abril, 2010, de <http://www.iececon.net/PEF/Introducao02-PEF.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). *Informações em saúde*. Recuperado em abril, 2010, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qauf.def>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2002). *Sistema Único de Saúde (SUS): Instrumentos de Gestão em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Cherchglia, M. L. (1999). Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: P. Santana & J. L. Castro. (Org.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Natal: EDUFRN.
- CONASS. (2011a). *A Gestão Administrativa e Financeira no SUS*. Brasília: CONASS.
- CONASS (2011b). *A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Brasília: CONASS.
- CONASS (2004). *Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS*. Brasília: CONASS.
- Couto, C. G., & Arantes, R. B. (2002). Constituição ou Políticas Públicas? Uma avaliação dos anos FHC. In: M. R. Loureiro & F. L. Abrúcio (Org.). *O Estado numa Era de Reformas: os anos FHC*. Brasília: ENAP.

- Diniz, E. (2004). *Globalização, Reformas Econômicas e Elites Empresariais: Brasil anos 1990*. Rio de Janeiro: FGV.
- Farah, M. F. S. (2000). Governo local, políticas públicas e novas formas de gestão pública no Brasil. *Organizações e Sociedade*, 7(17), 59-86.
- Ferraz, L. (2007). Lei de Responsabilidade Fiscal e Terceirização de Mão de Obra no Serviço Público. *Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico*. Recuperado em novembro, 2011, de http://www.direitodoestado.com/revista/REDAE-8-NOVEMBRO-2006-LUCIANO_FERRAZ.pdf.
- Fleury, S., & Ouverney, A. L. M. (2007). *Gestão de Redes: A Estratégia de Regionalização da Política de Saúde*. Rio de Janeiro: FGV.
- Fleury, S. (2005). *Cidadania e Desenvolvimento Humano no Brasil*. Seminário Cidadania y Desarrollo Humano, PNUD, Bogotá.
- Fleury, S. (1994). *Estado Sem Cidadãos: Seguridade Social na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Gadelha, C. A. G. (2006). Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista de Saúde Pública*, 40 (número especial), 11-23.
- La Forgia, G. M., & Couttolenc, B. (2009). *Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular.
- Levicovitz, E., Lima, L. D., & Machado, C. V. (2001). Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 6(2), 269-291.
- Lopreato, F. (2000). *O Endividamento dos Governos Estaduais nos anos noventa*. Campinas: UNICAMP, IE (Texto para Discussão, n. 94).
- Loureiro, M. R., & Abrúcio, F. L. (1999). Política e Burocracia no Presidencialismo Brasileiro: o papel do Ministério da Fazenda no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 14(41), 69-89.
- Matos, C. A., & Pompeu, J. C. (2003). Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2), 629-643.
- Melo, M. A. (2006). *Federalism, Hyperconstitutionalization, and Constitutional Reforms in Brazil*. Trabalho preparado para o Congresso Internacional da International Political Science Association, Fukuoka.
- Mitchell, A., & Bossert, T. J. (2010). Decentralization, Governance and Health-System Performance: 'Where You Stand Depends on Where You Sit'. *Development Policy Review*, 28(6), 669-691.
- Paim, J. S., & Teixeira, C. F. (2007). Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(Sup), 1819-1829.
- Quinhões, T. A. (2009) O modelo de governança das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a qualidade do gasto público hospitalar corrente. XIV Prêmio Tesouro Nacional.
- Ribeiro, J. M. (1997). Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1), 81-92.
- Ribeiro, J. M., & Costa, N. R. (2000). Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde - SUS. *Planejamento e Política Pública*, Rio de Janeiro, (22), 174-220.
- Rondinelli, D.A Government decentralization in comparative perspective: theory and practice in developing countries. *Int. Rev. Adm. Sci*, 47(2), 1981.
- Silva, S. F. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil) *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2753-2762.
- Sugiyama, N. B. (2008). Ideology and Networks: The Politics of Social Policy in Brazil. *Latin American Research Review*, 43(3), 82-108.
- Trevisan, L. N., & Junqueira, L. A. P. (2007). Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 893-902.
- Viacava, F. et al. (2004). Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 711-724.

ANEXO

Tabela 1 - Difusão dos Mecanismos empregados para Gestão da Informação e Compras Governamentais por porte e região - 1996 e 2006.

QUESTÕES	ITENS	TOTAL		REGIÃO										PORTE POPULACIONAL									
		1996	2006	Norte		Nordeste		C. Oeste		Sudeste		Sul		-5		5 - 20		20 - 50		50 - 200		200 +	
				1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006
Instrumentos utilizados para captação de demandas da população	Conselho municipal de saúde	74,6	88,3	74,4	78,3	77,3	89,0	59,3	88,9	73,2	89,7	79,1	88,8	64,9	88,8	73,7	85,8	76,3	92,2	87,6	92,3	94,6	94,9
	Ficha de avaliação	23,4	32,3	21,8	25,8	14,7	28,1	20,4	43,0	24,7	35,8	27,7	31,7	19,9	27,8	21,8	30,9	24,7	35,1	34,0	42,5	24,3	42,8
	Pesquisa de opinião	17,6	28,3	9,0	23,2	14,7	22,5	23,0	34,2	17,6	26,6	19,3	39,3	17,7	29,0	18,2	25,0	13,7	30,6	20,9	37,4	24,3	48,0
	Ouvidoria especializada	5,7	14,0	5,1	3,0	5,0	11,4	4,4	12,9	6,4	15,6	5,6	20,4	3,3	6,2	5,0	7,3	5,3	20,5	10,5	46,1	18,9	70,0
	Serviço tipo disquete-denúncia	4,6	8,1	5,1	10,0	3,8	6,5	7,1	5,1	5,7	9,5	3,0	9,1	1,1	3,4	1,4	4,3	5,7	13,2	15,7	21,9	35,1	46,1
	Atendimento no gabinete	-	68,8	-	68,6	-	62,1	-	70,0	-	69,7	-	77,0	-	70,1	-	69,5	-	66,2	-	66,6	-	68,3
	Meios de comunicação	-	39,2	-	31,8	-	41,2	-	37,0	-	37,5	-	42,3	-	20,0	-	36,1	-	49,9	-	73,4	-	75,4
Internet	-	11,8	-	6,2	-	8,8	-	8,0	-	14,9	-	14,4	-	10,5	-	9,5	-	9,1	-	26,9	-	43,5	
Medidas adotadas em resposta às demandas recebidas	Mudanças nos serviços	59,8	66,5	43,6	45,0	51,7	67,0	56,6	64,5	62,2	69,5	64,9	70,3	50,2	60,8	57,6	64,8	63,3	69,9	74,5	81,1	78,4	76,2
	Criação de novos serviços	52,5	52,6	42,3	55,0	51,3	50,9	39,8	48,8	55,1	54,8	54,9	52,5	39,9	42,5	49,0	51,8	59,3	57,0	69,3	67,0	81,1	73,8
	Punição ou remanejamento de funcionários	34,0	48,5	26,9	41,7	25,6	47,4	40,7	66,7	38,7	52,1	32,1	40,4	15,9	37,4	26,3	41,5	45,7	63,2	67,3	77,5	73,0	82,9
Avaliação da gestão	28,8	56,4	30,8	44,0	28,2	62,7	32,7	48,5	27,7	56,3	29,3	54,8	24,0	53,4	28,1	50,7	27,7	67,2	36,6	67,7	54,1	83,7	
Mecanismos de compras e contratações	Licitação tradicional	-	88,4	-	97,4	-	89,9	-	84,1	-	86,2	-	87,3	-	94,7	-	90,2	-	87,2	-	71,6	-	57,6
	Pregão presencial	-	16,3	-	11,6	-	7,8	-	8,9	-	23,7	-	23,6	-	9,3	-	13,4	-	19,4	-	35,7	-	51,9
	Pregão eletrônico	-	9,8	-	2,6	-	4,5	-	9,6	-	14,0	-	14,8	-	2,0	-	6,4	-	7,6	-	38,7	-	72,1
	Dispensa de licitação	-	22,7	-	23,7	-	23,9	-	16,5	-	22,4	-	23,5	-	23,2	-	19,1	-	26,9	-	35,9	-	20,9
Forma de terceirização de serviços	Contrato com a rede privada	-	44,8	-	30,5	-	40,2	-	49,1	-	47,4	-	51,6	-	38,2	-	41,9	-	49,9	-	60,9	-	70,7
	Convênio rede filantrópica	-	27,7	-	10,1	-	16,3	-	23,4	-	44,5	-	29,5	-	17,6	-	21,8	-	38,3	-	54,4	-	70,2
	Venda de serviço privado em unidade pública	-	7,5	-	9,2	-	7,0	-	6,7	-	8,6	-	6,4	-	8,1	-	8,4	-	6,4	-	4,6	-	1,6
	Convênio com Oscip	-	5,9	-	0,4	-	3,8	-	2,0	-	6,6	-	11,7	-	2,4	-	4,6	-	7,3	-	14,7	-	22,4
	Convênio com ONG	-	3,5	-	-	-	2,6	-	5,8	-	4,8	-	3,4	-	1,3	-	3,0	-	2,0	-	9,5	-	25,4
	Contrato de gestão com OS	-	3,5	-	4,0	-	4,4	-	6,2	-	1,4	-	3,9	-	5,3	-	3,0	-	2,2	-	4,2	-	6,9
	Não respondeu	-	24,0	-	30,2	-	32,8	-	28,4	-	16,5	-	16,9	-	28,0	-	25,1	-	24,3	-	10,8	-	6,3

Tabela 2 - Difusão dos Mecanismos empregados para Gestão de Pessoal e Aquisição de Apoio Técnico por porte e região - 1996 e 2006.

QUESTÕES	ITENS	TOTAL		REGIÃO										PORTE POPULACIONAL									
		1996	2006	Norte		Nordeste		C. Oeste		Sudeste		Sul		-5		5 - 20		20 - 50		50 - 200		200 +	
				1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006
Forma de gestão de Recursos Humanos	Secretaria da prefeitura	-	83,0	-	84,6	-	77,2	-	85,6	-	84,5	-	88,1	-	94,4	-	83,7	-	78,8	-	64,2	-	67,0
	Órgão de recursos humanos da Secretaria de Saúde	-	21,3	-	23,5	-	25,0	-	21,1	-	19,5	-	17,6	-	7,8	-	17,3	-	24,0	-	60,9	-	72,3
	Instituições privadas	-	3,3	-	-	-	4,0	-	1,8	-	3,9	-	3,3	-	2,5	-	2,9	-	5,8	-	2,9	-	0,8
	Cooperativas	-	1,9	-	3,0	-	2,0	-	-	-	2,4	-	1,3	-	1,1	-	2,0	-	1,3	-	4,1	-	3,8
Políticas e/ou cursos oferecidos	Cursos dos governos estadual e federal	-	82,4	-	80,1	-	82,0	-	87,2	-	82,2	-	82,2	-	84,3	-	81,4	-	82,6	-	85,0	-	75,8
	Educação permanente	-	37,9	-	28,4	-	40,8	-	23,3	-	35,2	-	46,8	-	40,8	-	33,4	-	39,7	-	48,0	-	65,7
	Política própria de capacitação	-	32,0	-	29,0	-	26,0	-	33,1	-	31,2	-	42,7	-	25,0	-	29,8	-	34,8	-	46,8	-	66,9
Forma de contratação de pessoal	Poder Público	-	93,9	-	90,9	-	91,6	-	91,4	-	96,6	-	95,9	-	95,2	-	92,6	-	94,4	-	96,3	-	100,0
	Empresas de terceirização de mão-de-obra	-	7,2	-	-	-	4,5	-	3,3	-	7,7	-	15,0	-	5,1	-	6,1	-	7,1	-	12,4	-	34,6
	Consórcio Intermunicipal	-	3,5	-	3,2	-	1,3	-	3,7	-	5,1	-	4,7	-	1,4	-	4,1	-	4,0	-	4,1	-	2,4
	Cooperativas de profissionais	-	3,4	-	4,9	-	1,4	-	5,9	-	4,2	-	3,7	-	0,6	-	3,1	-	3,5	-	4,8	-	28,6
	ONG	-	3,4	-	0,4	-	0,9	-	2,8	-	5,1	-	6,0	-	1,7	-	2,3	-	4,4	-	8,6	-	15,1
Pagamentos adicionais para profissionais	Pagamento de adicionais por desempenho	-	22,1	-	25,3	-	27,8	-	32,2	-	16,4	-	16,2	-	15,6	-	21,6	-	24,9	-	32,3	-	32,9
	Pagamento além da tabela do SUS	-	12,0	-	10,6	-	8,7	-	22,9	-	13,9	-	10,5	-	11,4	-	8,4	-	17,2	-	23,6	-	14,3
	Complementação salarial por fundação privada	-	3,1	-	7,9	-	2,4	-	2,5	-	2,3	-	3,6	-	2,2	-	3,5	-	2,9	-	3,2	-	1,6
	Não efetua	-	53,1	-	39,0	-	50,6	-	40,5	-	57,4	-	61,0	-	54,5	-	57,4	-	47,2	-	38,9	-	41,3
Origem do apoio técnico recebido	Governo estadual	73,0	80,2	67,9	83,3	70,2	82,7	69,9	76,4	68,6	76,7	82,1	81,9	46,9	79,1	73,8	79,9	73,0	83,4	75,2	81,5	51,4	69,2
	COSEMS	37,5	60,9	29,5	92,1	36,6	67,0	46,0	72,4	42,5	48,8	30,7	52,6	28,8	60,3	36,0	60,0	43,0	65,6	49,7	64,1	32,4	40,0
	Governo federal	24,2	51,6	33,3	47,9	21,8	56,2	29,2	50,9	23,6	46,1	23,3	53,9	18,5	52,0	20,3	47,9	28,0	55,1	37,3	58,7	51,4	77,3
	Comissão Bipartite	38,7	37,3	24,4	28,0	34,5	36,7	53,1	50,7	40,0	34,1	38,1	40,9	36,9	43,3	39,5	34,8	37,7	38,7	42,5	36,8	29,7	29,0
	Consultoria privada	6,3	16,2	7,7	12,6	12,2	18,7	4,4	9,4	6,0	19,5	3,5	11,6	4,1	13,0	4,8	15,5	7,0	18,4	11,1	18,9	21,6	29,8
	Universidade	13,8	16,2	6,4	13,4	9,7	13,3	5,3	10,1	16,5	18,6	16,0	20,6	10,3	12,5	10,3	13,2	14,3	16,9	24,2	30,2	21,6	62,2
	ONG	7,4	5,8	9,0	-	6,3	5,7	8,0	7,1	5,3	5,2	10,2	8,7	4,1	5,6	7,7	5,0	6,7	4,1	10,5	14,6	18,9	12,3
	Agências internacionais	1,5	0,8	-	-	2,9	0,8	2,7	-	1,6	1,5	0,7	0,6	0,4	0,5	0,5	0,3	1,7	-	3,9	4,7	18,9	9,4
	Consórcio Intermunicipal	-	29,5	-	5,4	-	5,9	-	16,9	-	44,5	-	58,2	-	42,9	-	29,9	-	20,9	-	17,5	-	13,2
	CONASEMS	-	23,5	-	8,4	-	27,5	-	23,7	-	19,0	-	29,3	-	25,8	-	21,1	-	24,3	-	31,7	-	19,5

Tabela 3 - Difusão de Modalidades de Parceria e Estratégias de Planejamento Regional por porte e região - 1996 e 2006.

QUESTÕES	ITENS	TOTAL		REGIÃO										PORTE POPULACIONAL									
		1996	2006	Norte		Nordeste		C. Oeste		Sudeste		Sul		-5		5 - 20		20 - 50		50 - 200		200 +	
				1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006	1996	2006
Modalidades de parceria	Governo estadual	38,7	75,8	46,2	75,6	45,8	74,8	39,8	78,0	35,5	73,8	37,2	79,2	28,8	78,8	25,1	73,1	46,7	80,1	36,6	76,6	27,0	70,0
	Governo federal	18,4	61,1	25,6	55,8	22,3	61,1	29,2	64,5	17,2	59,5	13,7	64,2	11,1	63,4	18,2	57,2	23,7	65,1	21,6	65,9	21,6	80,8
	Outros setores do governo municipal	45,2	60,3	35,9	56,0	39,1	61,5	38,9	62,1	41,2	57,3	57,2	63,6	35,8	58,4	36,5	58,8	48,3	62,4	59,5	67,7	78,4	68,6
	Consórcio intermunicipal	29,3	40,5	1,3	14,5	2,5	10,5	9,7	23,8	42,5	59,7	37,2	75,4	35,1	52,8	30,1	41,4	26,7	28,8	25,5	38,1	10,8	17,6
	Com igrejas	21,9	34,8	30,8	31,7	24,4	37,9	21,2	33,6	15,5	32,5	27,4	34,8	19,6	38,5	23,3	36,6	21,7	28,4	19,0	29,8	27,0	29,9
	Convênios com instituições de ensino e pesquisa	15,0	25,2	10,3	18,4	10,1	20,4	7,1	22,5	18,8	30,2	15,6	29,0	7,7	21,8	11,0	20,4	13,3	24,4	37,3	51,6	59,5	77,7
	ONG	17,7	23,8	12,8	15,5	13,4	23,3	16,8	20,4	12,4	21,8	27,9	31,7	10,3	16,1	14,4	23,0	18,0	20,9	36,6	45,8	48,6	54,8
Empresas privadas	-	10,4	-	3,0	-	7,4	-	15,7	-	11,3	-	14,3	-	10,7	-	7,8	-	11,6	-	21,1	-	18,6	
Oscips	-	6,2	-	2,9	-	4,6	-	3,1	-	5,4	-	12,3	-	3,6	-	4,9	-	8,0	-	13,2	-	21,8	
Participação em estratégia pactuada de regionalização de serviço	PPI	-	91,7	-	94,0	-	93,7	-	91,8	-	91,5	-	88,1	-	93,1	-	91,4	-	93,5	-	89,1	-	81,5
	Consórcio Intermunicipal	-	35,3	-	12,0	-	7,3	-	19,7	-	51,2	-	70,0	-	45,8	-	36,7	-	23,5	-	31,6	-	18,7
	Regionalização pela Noas	-	33,4	-	27,9	-	33,9	-	22,2	-	35,7	-	36,0	-	28,5	-	33,4	-	34,5	-	40,3	-	44,9
Não participa	-	1,9	-	3,0	-	1,5	-	5,3	-	1,4	-	1,5	-	1,5	-	2,1	-	1,7	-	2,5	-	0,8	
Avaliação da estratégia pactuada de regionalização de serviço	Avança em relação à situação anterior	-	82,2	-	87,2	-	81,5	-	86,7	-	79,2	-	83,9	-	84,3	-	81,8	-	82,2	-	80,8	-	80,0
	É indiferente	-	10,1	-	8,3	-	10,7	-	8,7	-	10,1	-	10,5	-	7,3	-	10,3	-	12,3	-	9,8	-	13,3
	Piorou em relação à situação anterior	-	5,3	-	0,2	-	6,6	-	3,2	-	8,7	-	1,0	-	4,7	-	5,0	-	5,1	-	8,9	-	4,2
Participação na elaboração do PDR	Participa	-	56,7	-	53,5	-	60,3	-	56,5	-	52,3	-	58,5	-	49,2	-	55,6	-	60,2	-	71,5	-	66,6
	Não participa	-	34,5	-	39,2	-	32,3	-	31,4	-	41,2	-	28,0	-	40,1	-	34,4	-	32,9	-	27,3	-	27,0
	Não sei do que se trata	-	4,6	-	7,3	-	3,0	-	6,9	-	3,5	-	6,5	-	4,6	-	5,5	-	3,8	-	0,7	-	2,4
Motivo de não participação em alguma estratégia pactuada de regionalização	Centralizada na Secretaria Estadual de Saúde	-	64,2	-	38,3	-	69,4	-	76,6	-	66,4	-	59,8	-	67,5	-	64,2	-	61,7	-	58,5	-	68,1
	Não é elaborado	-	15,4	-	29,3	-	14,9	-	11,0	-	13,7	-	14,3	-	12,7	-	14,2	-	19,6	-	20,6	-	26,9
	Não tem interesse	-	2,3	-	-	-	3,6	-	-	-	2,0	-	2,8	-	3,3	-	2,6	-	1,1	-	-	-	-
	Outros	-	13,7	-	30,3	-	11,9	-	4,1	-	12,4	-	14,2	-	12,2	-	16,1	-	9,6	-	10,5	-	9,5