

PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA E GESTÃO COMPARTILHADA DO SUS

Joana Angélica Molesini^a

Vera Lúcia Almeida Formigli^b

Maria do Carmo Lessa Guimarães^c

Cristina Maria Meira de Melo^d

Resumo

O estudo analisou a Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumento de compartilhamento da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em dois municípios baianos, na visão de atores sociais envolvidos na sua elaboração e execução, utilizando uma abordagem qualitativa exploratória. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e análise documental. Foram selecionadas e submetidas à técnica de análise temática as variáveis: formato da PPI, processo de pactuação de metas entre esferas de governo, negociação entre municípios e acompanhamento e avaliação da PPI. Os dados obtidos permitiram concluir que a PPI, como um dos instrumentos e mecanismos adotados pelo SUS para promover a descentralização e a integração entre as instâncias gestoras, ainda não foi capaz de garantir um efetivo compartilhamento do processo de planejamento entre as instâncias governamentais.

Palavras-chave: Planejamento em saúde. Descentralização. Gestão em saúde.

THE INTEGRATED PROGRAMMED PACTUATION AND THE PUBLIC HEALTH
SYSTEM'S SHARED MANAGEMENT

Abstract

The study analyzed the Integrated Programmed Pactuation (IPP) as a tool for the sharing of the public health system's management, in two cities in the state of Bahia, Brazil, through the vision of social actors involved in its elaboration and execution, using

^a Enfermeira Sanitarista da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Professora da Universidade Católica do Salvador. Mestra em Saúde Coletiva – ISC/UFBA. Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

^b Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia - UFBA (aposentada). Mestra em Saúde Comunitária pela Faculdade de Medicina da Bahia - UFBA.

^c Professora Associada I da Faculdade de Farmácia, Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Administração Pública – ADM/UFBA.

^d Professora Adjunta da Escola de Enfermagem - UFBA. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Rua Clara Nunes, nº. 466, apto. 1902, Pituba, Salvador, Bahia. CEP: 41810-425. jmolesini@hotmail.com

an exploratory qualitative approach. The data was collected through semi-structured interviews and documental analysis. The following variables were selected and underwent a thematic analysis: format of IPP, process of pactuation of aims between the spheres of Government, negotiation between municipalities, the following up with the Integrated Programmed Pactuation and its evaluation. The obtained data led to the conclusion that the IPP, as one of the tools and mechanisms adopted by the Public Health System to promote the decentralization and integration among the managing resorts, has not yet been able to guarantee an effective sharing of the planning process among the governmental bodies.

Key words: Health planning. Decentralization. Health management.

LA PROGRAMACIÓN ACORDADA INTEGRADA Y LA GESTIÓN DEL SUS COMPARTIDA

Resumen

El estudio examinó la Programación Acordada Integrada (PPI) como herramienta para compartir la gestión del Sistema Único de Salud (SUS) en dos municipios de Bahía, a través de la visión de los actores sociales involucrados en su elaboración y ejecución con un enfoque cualitativo exploratorio. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas y análisis documental. Fueron seleccionados y sometidos a la técnica de análisis temático las variables: formato del PPI, proceso de metas acordado entre las esferas del gobierno, negociado entre los municipios y el acompañamiento y evaluación de los PPI. Los datos mostraron que el PPI, como uno de los instrumentos y mecanismos adoptados por el SUS para promover la descentralización y la integración entre los niveles de gestión, no ha sido capaz de garantizar una distribución eficaz del proceso de planificación entre los organismos gubernamentales.

Palabras-clave: Planificación de la salud. La descentralización. La gestión de la salud.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, cujas ações e serviços devem ser executados pelo setor público, podendo ser complementados por instituições privadas contratadas.¹ Nessa perspectiva, a União, o Distrito Federal, os estados e municípios passaram a compartilhar responsabilidades pelas ações de saúde.

Após a promulgação da Constituição e sua regulamentação pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) N° 8.080/90 e 8.142/90, a descentralização das ações e serviços para os municípios tornou-se uma das principais marcas da nova correlação de forças na Saúde.

A LOS N° 8.080/90² manteve, de forma genérica, a proposta de “[...] descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo”, com “[...] ênfase na

descentralização dos serviços para os municípios” e “[...] regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.” (Art. 7, item IX).^{2:5} No Art. 35, por sua vez, são estabelecidos critérios para a definição dos recursos financeiros a serem transferidos pela União aos estados e municípios, tais como perfil demográfico e epidemiológico, caracterização da rede instalada, entre outros.

Na Lei Nº 8.142³ foi incorporada a concepção da democratização da gestão do SUS, instituindo-se como instâncias colegiadas as Conferências e Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo e estabelecido, no seu Artigo 3º, que os recursos do Fundo Nacional de Saúde, “[...] serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal [...]”.^{3:2}

A partir de 1991, o Ministério da Saúde instituiu uma sequência de Normas Operacionais na perspectiva de regulamentar o processo de descentralização dos recursos e de responsabilidades entre as esferas subnacionais de governo.

A Norma Operacional Básica (NOB) 01/91 tratou especialmente das transferências de recursos financeiros entre as três instâncias de governo.⁴ A NOB 01/93 definiu estágios de gestão para municípios e estados, fixando diferentes formas de repasses para cada um deles, e estruturou espaços de negociação entre as esferas de governo, as Comissões Intergestores, Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).⁵ No ano de 1996, foi instituída a NOB 01/96,⁶ com a finalidade de “[...] promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes”.^{6:1}

Interessa para a discussão aqui pretendida ressaltar a instituição, pela NOB 01/96, da Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumento de gestão, permitindo a cada gestor municipal programar todas as ações de saúde para sua população, de rede pública ou privada, localizadas em sua área de abrangência, ou pactuando com gestores de outros municípios, onde houvesse disponibilidade de atendimento, cabendo ao âmbito estadual o papel de mediador dessa pactuação.⁶ A Norma 01/96 preconizava que

[...] o processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores e Integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor; o município elabora a sua própria programação, aprovando-a no CMS; o estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociação na CIB, cujo resultado é deliberado pelo CES.^{6:3}

Nesse contexto, o município deveria ter condições de articular o conjunto das propostas, programas e estratégias definidos no nível federal e em vários estados, para desencadear, em seu âmbito, um processo de reorientação do modelo assistencial do SUS.⁷ Para tanto, deve-se realizar um processo de planejamento ascendente desde o município até a

instância federal. A elaboração da programação deve observar critérios e parâmetros definidos pelas comissões intergestores e aprovados pelos respectivos conselhos, e a sua finalização deve expressar a distribuição de recursos, inclusive aqueles repassados pelo Ministério da Saúde a estados e municípios.

Em 2001 foi elaborada uma nova norma, fundamentada na concepção de regionalização como uma estratégia de organização hierarquizada dos serviços de saúde, denominada Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001, logo depois substituída pela NOAS 01/2002.⁸ A norma propõe a delimitação de espaços territoriais – macrorregiões, microrregiões e módulos assistenciais – e neles a distribuição dos serviços de saúde de acordo com os respectivos graus de complexidade tecnológica.

Pela NOAS 01/02, as secretarias municipais de saúde integrantes de cada módulo assistencial devem realizar sua programação anual, base da negociação na PPI microrregional, sendo este processo coordenado pelo gestor estadual. Dessa forma, os municípios que compõem as diversas microrregiões de saúde constituem-se em um grupo de negociação para viabilizar a formulação de propostas de organização dos serviços e alocação de recursos de investimento em rede física da microrregião. A definição da oferta de ações de maior complexidade, com referências fora desse espaço geográfico, seria objeto de discussão no âmbito da CIB estadual.⁸

A NOAS 01/02 estabelece que cabe à secretaria estadual de saúde a coordenação da programação pactuada e integrada no âmbito do estado, assegurando que as diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde, bem como os parâmetros de programação, em sintonia com a Agenda de Saúde e Metas Nacionais, sejam discutidos no âmbito da CIB com os gestores municipais e aprovados pelos Conselhos Estaduais.

Pelo exposto até aqui, percebe-se que a construção do SUS vem sendo marcada pela elaboração e implementação de instrumentos legais e normativos, cujo propósito central é a racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e, principalmente, municipais de saúde. O desenvolvimento deste processo, nas várias regiões e estados do país, tem sido marcado pela heterogeneidade dos resultados alcançados, decorrentes do ritmo e da forma como vem se configurando a reestruturação da gestão e da organização dos serviços.⁹

Por outro lado, as diferenças financeiras, administrativas e técnicas dos municípios do país configuram-se em um desafio para a garantia dos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade definidos para o SUS.

O grau diferenciado de poder e de recursos, a autonomia relativa dos entes federados e a superposição de competências fazem com que a descentralização e o federalismo não sejam promotores de um processo de gestão pactuada e compartilhada.¹⁰ O excerto a seguir confirma este entendimento:

[...] as experiências de implementação da descentralização de políticas públicas nestas últimas décadas, em particular as de corte social, vêm provocando disputas e confrontos entre unidades federadas e entre atores sociais com graus de poder e de recursos distintos, num território complexo, heterogêneo e desigual como o da federação brasileira, em face das enormes disparidades intra e inter-regionais verificadas no país, o que tem condicionado, por sua vez, a existência de um alto grau de complexidade nas relações intergovernamentais no âmbito do federalismo brasileiro.^{11:106}

É neste contexto que se pode entender as relações estabelecidas entre os municípios e as outras esferas de governo. Embora os municípios brasileiros façam parte do pacto federativo, tenham Constituições próprias, o que lhes confere uma relativa autonomia político-jurídica, nem todos possuem condições econômicas para proverem, minimamente, as condições de sobrevivência de suas populações, necessitando de ajuda externa, financeira e técnica, o que limita esta autonomia política.¹²

As colocações acima encontram sustentação no documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS),¹³ que identifica competições predatórias no sistema federativo brasileiro, inclusive no SUS, dando como exemplos programas definidos nacionalmente que competem, muitas vezes, com propostas formuladas pelos estados e municípios.

A descentralização enquanto processo decisório político implica que unidades subnacionais de governo em Estados federativos participem do processo de decisão tanto nacional como subnacional, o que introduz novos conflitos nas relações intergovernamentais e na distribuição de poder, de recursos e de bens entre as esferas de governo e entre diferentes grupos na sociedade.¹⁴

A redistribuição de responsabilidades gestoras acabou induzindo, com grande ênfase, o processo de municipalização da saúde¹⁵ sem, contudo, dar conta, até o presente momento, de outras mudanças também necessárias, quando se consideram as novas atribuições de cada nível de governo. “Na verdade, foram renovados procedimentos em termos formais, sem que a prática política se modificasse”.^{16:141}

Dando continuidade ao processo normativo de descentralização do sistema de saúde, no ano de 2006, foi editada a Portaria GM N° 399/06,¹⁷ que traz em seu conteúdo a proposta do Pacto pela Saúde a ser firmado entre os entes federados.

Este estudo, cuja coleta de dados ocorreu no ano de 2006, não captou esse último momento do processo normativo de descentralização do SUS, mas sim a experiência do planejamento integrado orientado pelas NOB 01/96 e NOAS 2001/2002. O momento de elaboração da PPI implica na definição de prioridades locais que se traduzem em ações programáticas para serem executadas no âmbito municipal com a participação das outras

instâncias e setores envolvidos com o SUS, constituindo-se, portanto, num dos principais instrumentos para o compartilhamento das decisões no âmbito da Saúde.

A pesquisa teve como objetivo analisar a PPI como instrumento de compartilhamento da gestão do SUS no âmbito municipal, na visão dos atores sociais envolvidos com a sua elaboração e execução. Nesta perspectiva, buscou identificar o jogo de poder que se estabelece entre as diferentes esferas de governo no momento da formulação da PPI no âmbito municipal e sua repercussão sobre o processo de compartilhamento da gestão do SUS, partindo do pressuposto de que, no processo de programação pactuada integrada entre gestores estaduais e municipais, há mais constrangimentos do que oportunidades no compartilhamento das decisões, em decorrência das desigualdades existentes na federação brasileira e do grau de poder que cada uma destas esferas detém.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi realizada uma abordagem metodológica qualitativa do tipo exploratória, por meio de estudos de caso em dois municípios baianos, selecionados com base nos seguintes critérios: um município na condição de gestão plena do sistema municipal de saúde há no mínimo dois anos e sem descontinuidade político-administrativa por duas gestões consecutivas (Município A); um município na condição de gestão plena da atenção básica ampliada e sem descontinuidade político-administrativa por duas gestões consecutivas (Município B); os municípios, entre si, terem diferentes correntes políticas no comando da gestão municipal.

O município A foi habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal no ano de 1999. O município B foi habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica no ano de 1997 e assumiu essa forma de gestão ampliada em 2003.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e análise documental.

Os sujeitos da pesquisa foram: membros da equipe gestora, técnicos e conselheiros do SUS municipal, num total de 20 entrevistas no Município A e 12 no Município B; representações estaduais na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), num total de três entrevistados. As entrevistas foram realizadas entre janeiro e março de 2006 no Município B, e em maio do mesmo ano, no Município A, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, que permitiram a sua gravação. As entrevistas com membros da CIB ocorreram em dezembro de 2006.

Para a apresentação dos resultados, os informantes receberam os seguintes códigos: uma letra que identifica a posição do entrevistado no sistema de saúde: G para membros da equipe gestora, C para conselheiros e T para técnicos; as letras A e B, representando cada um dos municípios estudados; a sigla CIB, para os representantes da Comissão Intergestores Bipartite.

A análise documental teve como fontes as Atas do Conselho Municipal de Saúde dos dois municípios, entre os anos 2000 e 2005, planilhas da Programação Pactuada Integrada de Saúde, outros instrumentos de planejamento disponíveis e Relatórios de Gestão dos dois municípios. Entretanto, à exceção das Atas dos conselhos, os demais documentos, pelo conteúdo apresentado, não favoreceram a análise adequada ao objetivo deste estudo, tendo sido, então, descartados.

Foi definido como categoria de análise o planejamento integrado e, para esta categoria analítica, foram estudadas as seguintes variáveis: formato da PPI, processo de pactuação de metas entre as esferas de governo, negociação entre municípios e acompanhamento e avaliação da PPI. A escolha dessas variáveis teve como critério seu potencial explicativo sobre as repercussões do planejamento dito integrado no compartilhamento da gestão do SUS municipal. Com base em Bardin,¹⁸ o conteúdo dos achados foi analisado mediante a técnica de análise temática.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (CEP/SESAB), conforme Ofício nº. 11/2006.

PPI COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO COMPARTILHADA DO SUS: COMPARTILHAMENTO DAS DECISÕES NA FORMULAÇÃO DE PROGRAMAÇÕES PACTUADAS INTEGRADAS

Foi possível identificar nas entrevistas que a própria estrutura metodológica da PPI constringe a autonomia dos municípios no uso de recursos para executar as ações necessárias à saúde da sua população, como também não favorece o desenvolvimento de uma regionalização solidária, dificultando a negociação e estimulando a competição entre eles.

“Dificuldades na negociação. Então tem a questão do formato da PPI, da forma do financiamento que se dá, que é por procedimento, por subgrupo, você não tem mobilidade dentro do subgrupo. Então, essa forma de financiamento que engessa, que não atende à necessidade, você tem x pra alocar em tal subgrupo, mas eu não tenho demanda muito pra aquilo ali; eu precisava daquele recurso pra alocar em outro subgrupo, eu não posso remanejar [...] e isso estimula uma disputa, uma competição ou o boicote, ou o comprometimento, ou a irresponsabilidade.”
(GA).

Observa-se, portanto, que o fracionamento dos recursos federais, estabelecido centralmente e reproduzido para as instâncias subnacionais, por meio desses instrumentos normativos, restringe a autonomia dos municípios, que não contam com flexibilidade para

mudar a pactuação de acordo com as necessidades surgidas. Os municípios, e mesmo os estados, adaptam-se às regras, mesmo limitando a sua liberdade para planejar de acordo com as necessidades locais e regionais. O planejamento tende a não refletir a realidade das necessidades de saúde e organização da assistência em cada município e região, constituindo-se em mais um instrumento burocrático imposto pelo ente financiador, comprometendo desse modo a visão de planejamento ascendente apregoada pela PPI e demais instrumentos legais do SUS.

No processo de definição de metas a serem cumpridas pelos municípios, evidenciam-se as tensões nas relações entre as esferas de governo, em especial entre os municípios e o estado. Neste momento, ainda que os documentos doutrinários e as normas para elaboração da PPI defendam a necessidade de negociações e definições pactuadas entre municípios, estado, nível federal e prestadores privados, em que a instância estadual exerceria o papel de mediador, na prática, os achados desta pesquisa, nos dois municípios do estado da Bahia, não demonstram a existência de tais requisitos. Entrevistados dos dois municípios acusaram o fato de o nível estadual do setor saúde exigir metas sem considerar a capacidade de resposta do município, ou seja, as suas insuficientes condições para cumpri-las.

“[...] era imposto [...] você chegava lá simplesmente para assinar um pacto, você podia até fazer de conta que você participou dele, mas você chegava lá e os números estavam lá e era isso que você [...] e hoje, embora estejam dizendo que será um pouco diferente, mas eu ainda não vi essa abertura [...]” (GB).

“Quer dizer, o indicador (PPI), ele vai ficar, com certeza, comprometido, porque a meta, ela foi superestimada, não foi considerada a realidade do município. Então isso, pra gente, é uma grande dificuldade, porque as coisas são verticalizadas, não se discute com os municípios, não se considera a situação real que o município está vivendo.” (GA) .

A visão dos atores municipais sobre a participação dos municípios no processo de seleção de critérios para definição de metas a serem cumpridas não é compartilhada pelos técnicos do âmbito estadual, representantes da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Há neste embate um clássico jogo entre as instâncias da federação, quando se observa uma transferência de responsabilidades de uma esfera para outra, numa tentativa de atribuir dificuldades impostas ou definições tomadas à instância superior. Integrante da CIB, ao ser questionado sobre o processo de definição de metas para os municípios cumprirem quando da elaboração da PPI, inclusive para o nível da atenção básica, reforça a participação da esfera estadual nessa definição, mas atribui maior responsabilidade nesse processo ao Ministério da Saúde, como revela o depoimento a seguir:

“[...] a programação começa com a programação pela atenção básica [...] o pessoal do nível central define parâmetros que o Ministério da Saúde já envia, né? A gente não pode fugir daqueles parâmetros e o Ministério envia os indicadores [...]” (CIB).

Outro membro da CIB entrevistado, considerou, entretanto, que a definição de parâmetros e metas na programação leva em conta as necessidades dos municípios, o que evidencia a tensão presente nesse processo decisório, em que são cobradas as atribuições e responsabilidades de cada um dos entes federados.

“Numa primeira instância, eles [os municípios] participam com a gente nos estudos técnicos na definição dos parâmetros, mas aí senta um grupo menor eleito pelo COSEMS que participa com a gente. Agora, no processo mesmo da programação, eles são os responsáveis pela saúde da população do território deles e o conhecimento prévio de quanto é de direito da população deles em termos de recurso e eles negociam entre si, sob a coordenação do estado, onde eles querem que a população deles seja atendida, obedecendo ao melhor acesso, à melhor oferta, à localidade mais próxima e qualquer necessidade de alteração desse teto, eles solicitam e justificam esse pedido de remanejamento ao estado.” (CIB).

Essas contradições, inerentes às relações intergovernamentais, ficam mais evidentes em uma situação de federalismo considerado predatório. Na implementação da política descentralizada de saúde, a profícua produção de instrumentos normativos, reguladores, emanados da esfera federal e reproduzidos para os demais níveis, teria o potencial de minimizar tais conflitos e viabilizar a implantação do SUS. Entretanto, o desenho normativo, que tem a PPI como um dos instrumentos do processo de descentralização do planejamento compartilhado, ainda não conseguiu se traduzir em decisões e práticas negociadas entre os municípios e a esfera estadual, constituindo-se, na maioria das vezes, num instrumento apenas formal de pactuação e negociação, que não é respeitado ou praticado pelos sujeitos envolvidos. Esta situação verificou-se de forma clara no estudo empírico, no município B.

“Há compartilhamento teórico, competências bem definidas. Mas na execução e na avaliação dos resultados, não há o compartilhamento, ficam hierarquicamente diferentes. O que há é cobrança de resultados, mas não interagir com o outro. Exemplo: na PPI, só se senta o estado. Os indicadores não são construídos juntos, já vêm prontos.” (GB).

Não houve concordância entre esta visão e aquela dos membros da CIB entrevistados, que consideram que o processo de elaboração da PPI na Bahia se dá de forma democrática, com participação dos municípios, por meio do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), numa evidência de que não há, pelo menos do ponto de vista da retórica, um consenso sobre a qualidade deste processo, principalmente no que diz respeito ao trabalho conjunto entre as esferas de governo responsáveis pela implantação e consolidação do SUS.

“[...] o processo se dá de forma bem participativa, democrática [...] nesse momento, com a revisão, houve uma implantação das micros, envolvendo de novo todos os secretários de saúde de todos os municípios [...] Normalmente tem que ter consenso, na CIB tem que ter consenso, né?” (CIB).

Contudo, a forma impositiva no processo de negociação pode ser verificada também em relação aos recursos financeiros a serem repassados aos municípios, demonstrando um desequilíbrio na pactuação sobre investimentos financeiros entre o fundo federal e o estadual, sendo este último de difícil negociação, observada na insuficiência do estado em cumprir suas contrapartidas. Observa-se certa fragilidade nas relações entre as instâncias, agravada pelo descumprimento das resoluções tomadas pelas Comissões Intergestores, sugerindo, em um dos municípios, a existência de interferências de natureza político-partidária no que tange à liberação de recursos financeiros para determinados programas.

“E aí passa pelo financiamento; você não vê onde está a contrapartida estadual na PPI de média complexidade, porque ela não existe. As contrapartidas estaduais em alguns programas ficam a desejar ou não existem. Simplesmente estão amarradas em resoluções bipartites, mas não são cumpridas. Então, assim, as relações são muito frágeis, são relações político-partidárias e não de políticas de saúde.” (TA).

Pode-se inferir dos depoimentos que a existência das instâncias criadas para promover articulação entre os níveis gestores do SUS não garante, de fato, o respeito aos consensos estabelecidos. Entre os fatores limitantes do papel dessas instâncias estão a sua insuficiente institucionalização e a falta de respaldo jurídico, além da subordinação hierárquica às respectivas instâncias gestoras do sistema.¹⁹ Em relação à representação municipal nas comissões intergestores, vale ainda questionar até que ponto essas entidades conseguem representar, de fato, o interesse da diversidade dos municípios, como é o exemplo do estado da Bahia.

A pactuação de média e alta complexidade aponta para um processo mais complicado, em que as regras e definições não estão claramente delimitadas nos instrumentos

de planejamento. Em relação aos serviços de alta complexidade, tais instrumentos sequer existem. Estas dificuldades podem ser explicadas, por um lado, pela insuficiência de recursos envolvidos para atender às diferentes ações e programas, o que tem servido para constranger e postergar a delimitação de regras mínimas de pactuação entre os municípios e, pelo outro, por receio de perda de poder político que um município admite ao transferir determinados tipos de atendimento de sua população para outro município. Tais visões podem ser depreendidas dos depoimentos a seguir:

“Hoje tem a PPI da básica e da média e alta complexidade [...] Mas só que, quando foi feita aquela PPI, algumas sedes de polo que se responsabilizaram, que você pactuou com elas, de repente não funcionaram e Salvador continuou recebendo tudo [...] Média e alta complexidade não funcionou, foi uma pactuação feita, mas que na verdade a gente não viu os resultados [...]” (GB).

“Então, vai lá, entra no momento da pactuação e faz uma pactuação regional de média, porque não existe uma pactuação de alta complexidade [...] agora mesmo está parada a negociação [...], porque entrou a nova gestão lá e o pessoal, os gestores entenderam que mesmo o paciente para ir para alta complexidade, ele precisa ter uma prévia pactuação entre esse município e o que o município de lá vai receber.” (TA e CA).

Em Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde do município A, de setembro de 2003, há informações de que o “[...] o estado estaria repassando a alta complexidade no primeiro dia de setembro, mas o estado informou à SMS que havia mudado o cronograma e não repassou a alta complexidade a nenhum município.” Comprovando o caráter unilateral de negociação definido pelo estado, em outra Ata de reunião do Conselho do Município A, o secretário municipal comenta sobre a falta de transparência do estado no que diz respeito à negociação das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) durante os cinco dias da PPI, assim como a falta de respeito aos gestores municipais.

As tensões no processo de planejamento, verificadas entre a esfera estadual e os municípios, refletem as características do processo de descentralização e a complexidade do modelo federalista brasileiro. Neste modelo, a autonomia relativa de entes federados com diferentes graus de poder e de recursos para execução de competências muitas vezes superpostas, é exercida num contexto de grandes desigualdades intra e inter-regionais, no qual grande parte dos municípios depende econômica, política e tecnicamente dos outros entes. Essa situação é geradora de disputas e conflitos nas relações intergovernamentais, comprometendo a

solidariedade e a cooperação na execução das políticas públicas, a exemplo do sistema de saúde, que pressupõe estes requisitos. Essa ausência de uma postura mais solidária e compartilhada foi verificada entre os gestores municipais, segundo os depoimentos, reforçando a insuficiência do instrumento de programação integrada para a redução desses conflitos.

“[...] a grande maioria (dos gestores municipais) defende que o meu município é mais importante do que o dos outros e eu quero tudo para o meu município [...] mas não conseguimos porque, apesar de sentar com os municípios da região, mas quando chegamos nos prefeitos eles não aceitavam, eu quero tal serviço de laboratório, de Raios X, de ortopedia no meu município, eu não vou aceitar que o meu paciente tenha o serviço no município tal [...] todos querem ter os serviços em seu município e isso cria uma dificuldade para a programação regional.”(GB).

“[...] em maio de 2003 veio a PPI, naquela PPI foi uma loucura. Os municípios aqui se movimentaram porque não conheciam, os secretários estavam inseguros. Chegou o final da PPI, os municípios se reuniram e não queriam assinar. Prefeito interveio de algum município, disse: ‘Meu secretário não assina porque eu não quero que assine [...] Não pode assinar porque quem determina sou eu.’ Então foi um caos. Então teve intervenção política, inclusive para fazer com que os secretários não assinassem e inviabilizassem.” (GA).

Esta constatação é também reforçada por um entrevistado integrante da Comissão Bipartite, ao responder sobre as questões mais difíceis de serem negociadas com os municípios no momento da elaboração da PPI.

“[...] solidariedade entre os gestores municipais e isso é muito difícil, porque cada gestor municipal, ele quer que tenha a oferta dentro do seu território [...] eles querem ter tudo dentro do território deles, então essa questão da solidariedade entre eles e dessa lógica de gestão microrregional que a gente tem tido um pouco de dificuldade nesse processo de negociação.” (CIB).

Tudo leva a crer que a assimetria nas negociações e a falta de garantia do cumprimento dos acordos não favorecem uma postura mais solidária e cooperativa para a negociação dos municípios entre si. Os municípios preferem garantir o controle sobre a assistência e, por isso, defendem a existência dos serviços dentro do seu próprio território, comprometendo a ideia de microrregião assistencial prevista na NOAS 01/02.⁸

A integralidade da assistência à saúde preconizada no SUS implica a interdependência entre os municípios, para garantir o funcionamento da rede hierarquizada e regionalizada de

serviços e a atenção equânime a todos os cidadãos nos diferentes níveis de complexidade do sistema. A maioria dos municípios brasileiros, de *per si*, não tem a capacidade técnica e financeira para suprir todas as necessidades de saúde. Por outro lado, o sistema federativo garante relativa autonomia político-administrativa a essas instâncias, e muitos municípios têm dificuldade de considerar interesses além daqueles localizados no seu território.

A efetividade da PPI como mecanismo de pactuação e organização da assistência nos municípios e regiões, para garantir, como previsto nos instrumentos normativos, o acesso equânime da população aos diversos níveis de assistência, requereria também um processo sistemático de acompanhamento da execução da programação e aperfeiçoamento dos próprios instrumentos e processos de negociação. Entretanto, foi também possível perceber, nas entrevistas, que inexistem instrumentos de avaliação, controle e acompanhamento sobre o desenvolvimento desse processo nas regiões, demonstrando insuficiente preocupação dos municípios com a execução efetiva da PPI.

Sem a pretensão de explorar os diversos obstáculos à plena implementação do SUS, que não se limitam à questão do planejamento, o trabalho teve o sentido de ilustrar, pelos dois casos estudados, a pouca efetividade dos mecanismos de programação pactuada e integrada adotados pelo SUS, resultado este que não comporta generalizações, uma vez que se refere à realidade de dois municípios da região Nordeste do Brasil. Ressalta-se também um limite do estudo quanto à diversidade das fontes de dados, uma vez que apenas as entrevistas e as atas dos conselhos forneceram informações passíveis de análise para o propósito do estudo.

Os depoimentos dos diferentes entrevistados e a análise das atas de reuniões dos conselhos municipais de saúde indicam que a PPI é um instrumento de planejamento quase fictício, no qual as deliberações têm o peso de "intenções" passíveis de cumprimento pelos diferentes sujeitos envolvidos. Este argumento sustenta-se nas seguintes evidências: a instância estadual tem um poder desigual na hora de pactuar metas com os municípios, o que lhe permite impor condições ignorando a realidade local e, por vezes, desconsiderando o resultado das negociações; o desenho e a forma como são decididas as questões na PPI contribuem para constringer a autonomia dos municípios, não favorecem a regionalização solidária, ignoram acordos e negociações e estimulam a competição entre estes entes; a assimetria nas negociações e a falta de garantia do cumprimento dos acordos não favorecem também uma postura mais solidária e cooperativa para a negociação dos municípios, os quais, por sua vez, detentores de relativa autonomia político-administrativa no federalismo brasileiro, têm dificuldade de considerar interesses que extrapolem os seus limites territoriais; inexistente um processo sistemático de acompanhamento da execução da programação e de aperfeiçoamento dos próprios instrumentos e processos de negociação.

Vale ressaltar que essas evidências estiveram presentes, ainda que com nuances específicas, em dois municípios de diferentes portes, conduções políticas e estágios de gestão do SUS.

Os estudos de caso realizados nos municípios selecionados reforçaram um achado recorrente na literatura sobre as relações federalistas no Brasil, no que diz respeito a fragilidades na relação de confiança, solidariedade e de corresponsabilidade entre as esferas de governo para o exercício das competências comuns e complementares previstas constitucionalmente para a implantação de políticas públicas. Têm-se elementos para afirmar que a gestão compartilhada do SUS não é dada com base no desenho de uma estrutura gerencial e da criação de um aparato normativo (a exemplo da PPI), como se as regras, o manejo dos conflitos e a necessidade de complementaridade entre os entes federados fossem suficientes para assegurar a cooperação entre os distintos atores envolvidos na gestão do SUS. O processo decisório não é efetivamente compartilhado, visto que a esfera municipal, por ser a que detém menos recursos, tem o poder decisório reduzido, ficando subordinada às decisões das esferas federal e estadual. Há, portanto, distintos graus de poder entre os entes federados, que não os coloca em patamares semelhantes para que o compartilhamento aconteça.

É possível, portanto, afirmar que o compartilhamento da gestão, analisado nesta pesquisa por meio de um dos seus instrumentos, a Programação Pactuada Integrada, em dois municípios baianos, embora se constitua em uma necessidade intrínseca para operar o SUS, de acordo com os seus princípios e diretrizes inscritos no plano jurídico, ainda não se efetivou como tal. Isto ocorre em face dos constrangimentos a ele impostos, sobretudo aqueles decorrentes da situação em que se encontram os municípios brasileiros, das relações que se estabelecem entre os entes federados e das carências decorrentes do contexto econômico e político do país. A requalificação do papel do Estado, a reestruturação organizacional e a reorientação do processo de trabalho das instâncias gestoras em cada nível de governo, a efetivação do controle social, bem como alterações no modelo federalista brasileiro, parecem ser medidas imprescindíveis no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde em curso no Brasil.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem aos gestores de saúde dos dois municípios, aos entrevistados e à equipe da pesquisa sobre Gestão Compartilhada do SUS, que gerou o presente artigo. Agradecem também à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pelo financiamento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição Federal. Seção II Da Saúde. Brasília, 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990 19 set. Extraído de [www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI 8080.pdf],_acesso em [24 de novembro de 2020].
3. Brasil. Lei nº 8.142, de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e das outras providências. Brasília; 1990 28 dez. Extraído de [www.portal.saude.gov.br/portal/ arquivos/pdf/],>, acesso em [24 de novembro de 2020].
4. Brasil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução n.º 273. Brasília: Diário Oficial da União, 17 de julho de 1991(NOB 01/91).
5. Brasil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Portaria n.º 545, Brasília: Diário Oficial da União, 24 de maio de 1993. p. 6961-65 (NOB-SUS 01/93).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB – SUS 96. Brasília; 1997.
7. Teixeira CFS, Molesini JAO. Gestão Municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e do gerente de unidades de saúde. Rev. baiana Saúde Públ. 2002 jan./dez;26(1/2):29-40.
8. Brasil. Portaria MS/GM nº 373. Brasília: Diário Oficial da União, 28 de fevereiro de 2002. (NOAS-SUS 01/02).
9. Heimann L (coord.) A descentralização do Sistema de Saúde no Brasil – uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas – Relatório Final. São Paulo: Instituto de Saúde; 1998 jun.
10. Santos SMC, Guimarães MCL, Araújo Filho W. Governança e políticas públicas: reflexões sobre uma proposta em construção de Estrutura de Gestão de Políticas no âmbito Estadual, Salvador; 2006. Mimeografado.
11. Guimarães MCL. Processo decisório e conflitos de interesse na implementação da descentralização da saúde: um estudo de instâncias colegiadas na Bahia. Cad. CRH 2003;39:105-32.
12. Blumm M, Souza C. Autonomia política local: uma revisão da literatura. Trabalho apresentado ao XXIII Encontro Nacional de Pós Graduação em Administração (ENAMPAD), 1999. Anais 1CD-ROM.

13. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). SUS: avanços e desafios. Brasília; 2006.
14. Guimarães MCL. Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: O processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1933-1988. [Tese]. Salvador, BA: Universidade Federal da Bahia; 2000.
15. Arretche M. Federalismo e as relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *Dados Rev. Ci. Sociais*; 2002;45:431-58.
16. Andrade IAL. Descentralização e o poder Municipal no Nordeste: os dois lados da nova moeda. In: Soares, JA, organizador. *O orçamento do município no Nordeste Brasileiro*. Brasília: Paralelo 15; 1998. p. 117-49.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 399, de 2 de fevereiro de 2006. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto*. Brasília: Diário Oficial da União, 23 de fevereiro de 2006.
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
19. Santos LA, Andrade LOM. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. Campinas, SP. Instituto de Direito Sanitário Aplicado; 2007.

Recebido em 23.11.2009 e aprovado em 16.9.2010.