

**A COORDENAÇÃO POLÍTICA DAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE DO ACRE DE 1990 ATÉ 2008**

Estanislau Paulo Klein^a

Fabiola Zion^b

Resumo

Analisa a coordenação política das relações intergovernamentais no SUS do Acre. O foco é a Secretaria Estadual de Saúde do Acre propulsora na implantação da política de saúde. Adotou-se a estratégia do estudo de caso para analisar essa coordenação. Realizou-se uma investigação documental, observação e entrevistas com atores da política de saúde. O período estudado inicia-se na década de 1990 até 2008. A implantação da política de saúde no Acre aconteceu em cenários de escassez de recursos financeiros e falhas administrativas causando graves crises nos serviços, como em 1999, quando a receita fiscal do Acre foi de 81,83 milhões de Reais e os gastos com a saúde foram de 97,37 milhões de Reais. Em 2008, a receita fiscal passou para 555,33 milhões de Reais e os gastos com a saúde foram de 373,48 milhões de Reais. Embora pareça um significativo aumento da receita, nesse período houve a descentralização de serviços para aos municípios e os mesmos passaram a receber recursos financeiros da União. A sustentação da política de saúde depende dos recursos da União. As relações da esfera estadual do SUS com os municípios passaram por conflitos para a descentralização de serviços e problemas persistem.

Palavras-chave: Política de saúde. Governo. Descentralização.

^aFaculdade de Saúde Pública; Universidade Federal do Acre – UFAC – Rio Branco (AC), Brasil.

^bFaculdade de Saúde Pública; Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Estanislau Paulo Klein – CCSD Universidade Federal do Acre (UFAC) – Distrito Industrial, km 4 – CEP: 69920-900 – Rio Branco (AC), Brasil – E-mail: eklein@usp.br

POLICY COORDINATION OF INTERGOVERNMENTAL RELATIONS IN THE UNIFIED HEALTH ACRE THE BEGINNING OF 1990 TO 2008

Abstract

Analyzes the political coordination of intergovernmental relations in the SUS Acre. The focus is on the State Health Department's Acre driving the implementation of health policy. We adopted the strategy of the case study to examine this coordination. We conducted a desk research, observation and interviews with health policy. The study period begins in the 1990s until 2008. The implementation of health policy in Acre happened in scenarios of scarce financial resources and administrative failures causing severe crises in services, as in 1999, when tax revenue Acre was 81.83 million Reais and spending on health were of 97.37 million Reais. In 2008, tax revenue increased to 555.33 million Reais and health spending were 373.48 million Reais. Although it seems a significant increase in revenue in this period was the decentralization of services to municipalities and they began receiving funding support from The Union health policy depends on the resources of the Union's relations with the state level of the SUS municipalities experienced conflict for decentralization of services and problems persist.

Keywords: Health policy. Government. Decentralization.

LA COORDINACIÓN POLÍTICA DE LAS RELACIONES INTERGUBERNAMENTALES EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD DE ACRE DE 1990 A 2008

Resumen

Se analiza la coordinación política de las relaciones intergubernamentales en el SUS de Acre. El foco es la Secretaría de Salud del Estado de Acre en la implementación de la política de salud. Se adoptó la estrategia del estudio de caso para analizar esta coordinación. Se llevó a cabo una investigación documental, observación y entrevistas con actores de la política de salud. El período estudiado inicia en la década de 1990 hasta 2008. La implementación de la política de salud en Acre ocurrió en escenarios de escasez de recursos financieros y fallas administrativas, causando graves crisis en los servicios tales como en 1999, cuando el presupuesto fiscal de Acre fue 81,83 millones de Reales y el gasto con la salud fue de 97,37 millones de Reales. En 2008, el presupuesto fiscal aumentó para 555,33 millones de Reales y el gasto en salud fue de 373,48 millones de Reales. Aunque

parezca un aumento significativo del presupuesto, en ese período hubo la descentralización de servicios a municipios, los cuales comenzaron a recibir recursos financieros de la Unión. El mantenimiento de la política de salud depende de los recursos de la Unión. Las relaciones de la esfera del Estado del SUS con los municipios experimentaron conflictos para la descentralización de servicios, y todavía hay problemas.

Palabras-clave: Política de salud. Gobierno. Descentralización.

INTRODUÇÃO

Este é um estudo a respeito da coordenação política das relações intergovernamentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Acre, SUS, no período de 1990 a 2008. Está focado na função de coordenação da política de saúde exercida pela Secretaria Estadual de Saúde desse Estado, em suas relações com os 22 municípios do Acre. Essa função está estabelecida no processo regulatório da política da saúde e está igualmente contida no pacto federativo firmado na Constituição Federal de 1988, na qual a coordenação federativa atribui funções de coordenação e governabilidade das políticas sociais para as esferas de governo, no sentido da condução dos processos políticos no Estado federado.

A pergunta levantada nesta investigação, desdobrada em tópicos, é como a Secretaria Estadual de Saúde do Acre exerce sua função de coordenação das relações intergovernamentais com os municípios do Acre na implementação da política de saúde? Como são negociados e distribuídos os recursos financeiros do SUS nesse estado? Como a esfera estadual do SUS exerce sua função de planejamento?

Buscando responder a estas indagações, o estudo descreve o processo de implantação do SUS no Acre, enfocando o funcionamento das suas instâncias e descentralização; analisa as relações estabelecidas entre as esferas de governo para a implantação da política de saúde no Acre, a descentralização dos serviços de saúde e as negociações de transferências de recursos financeiros entre os entes federados para a sustentação do SUS.

METODOLOGIA

Esta investigação foi realizada com base em documentos relacionados à implantação da política de saúde, em atos de governo na execução dessa política, em informações sobre o papel de coordenação do gestor estadual do SUS, contidas em relatórios de atividades, e em entrevistas com atores envolvidos com a implantação dessa

política no Estado do Acre. A partir dos achados empíricos, foi identificado o marco inicial na organização do SUS nesse estado. Esse marco foi o ato de governo, firmado no convênio nº 01/91 de 08 de agosto de 1991, entre a Secretaria Estadual de Saúde, o Ministério da Saúde e o INAMPS, iniciando a implantação do SUS no Acre. Através desse ato, a Secretaria Estadual passou gradativamente a ampliar a descentralização do SUS neste estado, interagindo com as demais esferas de governo, principalmente com as esferas municipais.

A metodologia compreendeu as seguintes técnicas de pesquisa: pesquisa documental e entrevistas dirigidas. Em cada técnica foi utilizado o instrumento mais adequado para a sua finalidade. Na pesquisa documental os instrumentos utilizados foram: a compilação e as cópias dos documentos, na íntegra ou de partes de maior interesse. Nas entrevistas, o instrumento foi o roteiro semiestruturado com perguntas-chave, que possibilitam uma adaptação conforme as respostas do entrevistado. A pesquisa documental foi feita em arquivos públicos, nos diferentes setores dos serviços de saúde, em entidades não governamentais, no banco de informações sobre os serviços de saúde existentes no Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da UFAC, em arquivos particulares e na rede mundial de computadores. Outra fonte de dados foi o Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Ministério da Saúde.

Este é um artigo resultante do projeto intitulado “A implantação e implementação de política de saúde e as relações intergovernamentais no Estado do Acre: de 1990 até 2008”, que foi apresentado ao curso de Doutorado em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em convênio com a Universidade Federal do Acre, em 2008. Foram cumpridas as exigências da ética em pesquisa de acordo com o comitê de ética em pesquisa da USP.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO PÓS-CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A política de saúde implantada no Brasil a partir da reforma sanitária da década de 1980 é parte integrante das mudanças que ocorreram no país, incluindo a Constituição de 1988. Houve um ordenamento no pacto federativo, estabelecendo competências, atribuições e autonomia para cada uma das instâncias da federação. As mudanças constitucionais de 1988 abriram o caminho para o fortalecimento da administração municipal e a descentralização política. O governo municipal assumiu um papel relevante no diálogo entre as forças populares e os governantes.¹

O federalismo brasileiro, após a década de 1980, destacava-se por desenvolver um amplo processo descentralizador, financeiro e político, ao mesmo tempo em que criava um modelo predatório e não cooperativo de relações intergovernamentais com predomínio do componente “estadualista”. Isso fortaleceu os governadores no processo decisório e os estados foram fortalecidos em sua autonomia. Nas unidades municipais, ocorreu um “municipalismo autárquico”, em que cada unidade é legítima e separada das demais, com baixa capacidade de olhar os problemas comuns. Entre os municípios, predominava um jogo de concorrência entre si pelo dinheiro público de outros níveis de governo e a luta predatória por investimentos privados. A coordenação federativa, intensificada a partir da Constituição brasileira de 1988, foi instituída através de arranjos organizacionais da política de saúde, atribuindo funções e competências para cada esfera de governo, porém mantendo a noção da unicidade do sistema de saúde com as possibilidades da governança republicana que transfere funções entre as esferas de governo.^{2,3}

O processo de regulação da política de saúde, que implantou o SUS, teve um marco organizacional com a Portaria Ministerial nº 234 de 07 de fevereiro de 1992 e outro avanço importante com a Norma Operacional Básica 1993, que orientava o gerenciamento da descentralização dos serviços. Assim iniciaram-se as Comissões Intergestores, no âmbito federal a “Tripartite” e nos estados as “Bipartites”. A mesma Norma operacional promoveu uma reorganização institucional com o envolvimento das dimensões políticas, sociais e culturais. O texto afirmava que a efetivação da descentralização pressupõe diálogo, negociação e acordos entre os atores envolvidos no sistema.⁴ Para a esfera estadual foi definida a responsabilidade pela programação integrada dos municípios, abrangendo manutenção de serviços e investimentos.

As relações políticas entre as esferas de governo, no âmbito do SUS, ocorrem mediante finalidades definidas, tendo por objeto bens materiais, valores financeiros e distintos valores econômicos, transferidos entre esferas de governo, com a oferta de serviços ao público. As relações políticas tratam ao mesmo tempo de relações econômicas nas quais os atores políticos manejam bens econômicos que são transferidos entre instâncias de governo e são tomadas decisões sobre diferentes destinações de recursos econômicos.

Os significados das relações políticas e econômicas no sistema de saúde nos remetem ao pensamento de Weber⁵ ao apresentar suas categorias sociológicas fundamentais da economia. Nessas categorias se entende que uma relação política é orientada para a economia quando a mesma envolve a vontade para produzir uma finalidade de proveito para os atores

envolvidos na mesma. Vontade e finalidade constituem o núcleo dessa categoria. Assim a relação política compreende a economia e identifica-se na busca de finalidades, de utilidades, de motivo e a tomada de decisões. Nas relações políticas, a racionalidade orienta-se fortemente por objetivos econômicos. No enfoque específico da implantação e manutenção do sistema de saúde, as relações políticas são permeadas pela busca de finalidades econômicas, expressas nos valores financeiros, bens variados e oferta de serviços que, no conjunto, movimentam consideráveis recursos econômicos, envolvendo distintos interesses e atores políticos.

O financiamento do sistema de saúde no Brasil compreende um processo orçamentário que segue um fluxo financeiro iniciado na alocação dos recursos no âmbito federal com o Plano Plurianual. O ponto inicial da dotação orçamentária para todos os gastos públicos no país é esse plano. A racionalidade desse plano tem um enfoque em programas de governo que buscam soluções de problemas identificados a partir de indicadores. No caso da política de saúde, cada exercício de planejamento conta com diagnósticos e planos precedentes que são referências para planejar os exercícios seguintes.⁶

A partir do Plano Plurianual, e seguindo a Lei de Diretrizes Orçamentárias, bem como a Lei Orçamentária Anual, é expressa a destinação de recursos financeiros para a administração pública. Essa destinação de recursos é o resultado das negociações e decisões políticas. Os recursos financeiros são definidos e fixados nas receitas, destinos e despesas conforme a Lei Orçamentária Anual, aprovada no Congresso Nacional. No financiamento da política de saúde há dois importantes aspectos a considerar: a base fiscal que se origina nos recursos que o Estado arrecada e o destino desses recursos na implementação da política.⁶

A Portaria MS nº 545 de 29 de maio de 1993, ou seja, a NOB, SUS 01/93, compreende a descentralização como “um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional [...]. A responsabilidade pelo financiamento das ações tem que ser compartilhada pelas três esferas de governo, assegurando regularmente o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde”.⁴

Com as mudanças ocorridas no SUS durante o ano de 2006, as regras de descentralização e a regulação da política de saúde têm a partir de então um novo conjunto de portarias ministeriais, como a de nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, e de nº 648 de 28 de março de 2006, que estabelecem novas regras para o sistema. Para o financiamento, os princípios gerais mais significativos são: responsabilidade das três esferas de gestão; redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais; financiamento do custeio com

recursos federais será constituído, organizado e transferido em blocos de recursos. Os blocos de financiamento para custeio:

- a) Atenção Básica;
- b) Atenção da Média e Alta Complexidade;
- c) Vigilância em Saúde;
- d) Assistência Farmacêutica;
- e) Gestão do SUS.⁷

A BUSCA, NEGOCIAÇÕES E TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS FINANCEIROS NO SUS DO ACRE

Em diferentes administrações que se sucederam ao longo do período estudado, percebeu-se que a Secretaria Estadual de Saúde do Acre sempre desenvolveu negociações importantes com a esfera federal de governo, gerando uma articulação que tem sido capaz de ampliar ganhos para os serviços de saúde. Registrou-se o envolvimento de parlamentares, prefeitos e líderes políticos locais com finalidades específicas para o setor saúde.

A intermediação parlamentar para negociar recursos para o Acre, incluindo a saúde pública, teve momentos importantes pela atuação da bancada federal do Acre no Congresso Nacional. Há tempos essa bancada vem realizando reuniões entre representantes de diferentes partidos, em torno de determinados pontos de interesse, nas quais todos os parlamentares do estado participam. Para tanto, há um coordenador da bancada acreana. Em 1999, os recursos voluntários, que são adicionais aos repasses definidos para atividades ordinárias do SUS, liberados por convênios com o Ministério da Saúde, foram no valor de R\$ 8.127.781,87, representando 5,44% do total de gastos do gestor estadual com saúde.⁸ Esse percentual, embora pareça reduzido, representa um importante aporte de recursos para investimentos. As transferências ordinárias do SUS para investimentos foram de 2,19% do total de recursos em 2007 e de 5,19% em 2008. Portanto, os 5,44% de recursos, liberados naquele ano por convênios, representaram um acréscimo significativo.⁹

As articulações para obter verbas federais se intensificam em ocasiões importantes, como nas inclusões de emendas parlamentares no Orçamento Geral da União em 2001, quando aconteceram acordos entre o governo do Estado, prefeitos e a bancada federal, para juntos, incluírem recursos no orçamento que seriam destinados ao estado e todos os municípios. Representantes do então Movimento Democrático Acreano (MDA), como o Senador Nabor Jr., o Senador Tião Viana da Frente Popular do Acre e outros parlamentares, atuaram nessas negociações. Segundo

entrevista do Senador Tião Viana a um dos periódicos locais, as diferenças políticas entre os parlamentares da bancada podem ser reduzidas quando são identificadas as necessidades dos municípios e do estado.¹⁰

No ano de 2003, houve uma reunião entre parlamentares e cinco prefeitos para afinarem a apresentação de emendas ao Orçamento Geral da União. Houve reclamações dos prefeitos que não tinham recursos para ir até Brasília, porque “os pires haviam quebrado”. Foi discutido que os recursos financeiros estavam escassos, pois a inclusão de uma emenda parlamentar no Orçamento não significava a liberação dos recursos contidos na mesma. Era necessária a intermediação de políticos para a liberação dos recursos e a presença de executivos do governo estadual nos setores do governo federal, nos quais tramitam os projetos, para que os mesmos fossem agilizados até a execução.^{11,12} O total de verbas voluntárias liberadas por convênios, em 2004, foi de R\$ 13.468.026,38, representando 7,41% do total de gastos com a saúde pelo gestor estadual.¹³

O esforço da esfera estadual para buscar verbas federais, após a inclusão de emendas parlamentares no Orçamento Geral da União, foi resultante de uma articulação política para liberar os recursos nos exercícios de 2004 e 2005. Após o cumprimento das exigências regulatórias e projetos específicos se “necessita de união e apoio para liberar os recursos”.¹⁴ Em abril de 2005, houve uma reunião do governador com a bancada de parlamentares federais do Acre e os prefeitos reunidos na Associação dos municípios para liberarem 200 milhões do Orçamento Federal para o Acre. Segundo declarações do governador, foi uma reunião de “diálogo aberto com todos buscando o apoio da bancada federal”. “Foi uma demonstração de unidade dos administradores e um amadurecimento de toda classe política”.¹⁴ Os resultados desses esforços foram a liberação de 8,8 milhões, em 17 de agosto de 2004, e mais licitações e investimentos de 20 milhões para construções e reformas na rede do SUS. Nesse ano foram liberados vários projetos no valor de 2,3 milhões somente para a Fundação Hospitalar do Acre. A liberação para projetos de alta complexidade na saúde foi de 13 milhões de Reais.¹⁴

TRANSFERÊNCIAS FINANCEIRAS NO SUS DO ACRE

A seguir são apresentados valores financeiros que representam movimentações gerais no sistema de saúde. Inicialmente estão as receitas fiscais do Acre, que representam o total dos impostos estaduais, as transferências da União, que representam a soma de todas as transferências federais, os gastos com saúde e gastos com pessoal, os quais estão incluídos nos gastos com a saúde. Na Tabela 1, a diferença entre as receitas fiscais e as transferências da União

indica que a maior fonte de recursos financeiros do Acre é a esfera federal de governo. De acordo com Almeida,¹⁵ a regulação fiscal brasileira estabelece que as unidades estaduais da federação tenham o poder de taxaço sobre petróleo, produção mineral e outros. No caso do Acre, a baixa arrecadação fiscal indica que são escassas as fontes de recursos financeiros oriundos da economia local e, portanto, as transferências federais são preeminentes na sustentação dos serviços de saúde.

Confrontados os valores das receitas fiscais da Tabela 1 com os gastos com a saúde, evidencia-se a baixa capacidade financeira da esfera estadual. Mesmo com as regras de distribuição de recursos financeiros entre os entes federados, a coordenação da política de saúde ocorre em cenários de escassez de recursos financeiros. Ao longo da série temporal estudada, houve um aumento maior no crescimento da receita em relação à despesa com saúde, porém, no mesmo período, houve uma descentralização dos serviços e muitos gastos com a saúde passaram para as esferas municipais. Com os municípios assumindo gastos com a saúde, houve menor crescimento dos gastos da esfera estadual. Confrontando-se os valores das receitas fiscais com as transferências federais e os gastos com a saúde, evidencia-se que há uma importante distribuição de recursos financeiros através das transferências da União. Entre 1999 e 2000, a receita estadual não cobriu as despesas com a saúde e, mesmo com melhorias na arrecadação, os valores da arrecadação estadual estão próximos às despesas com a saúde.

Tabela 1 – Receitas fiscais, transferências da União, gastos com saúde e gastos com pessoal entre 1999 a 2008 no Acre (milhões de Reais)

Ano	Receitas fiscais	Crescimento (%)	Transferências da União	Crescimento (%)	Gastos com saúde	Crescimento (%)	Gastos com pessoal	Crescimento (%)
*1999	81,83	–	447,85	–	97,36	–	**65,97	–
*2000	120,51	47,27	520,52	16,23	128,31	31,79	88,77	34,56
*2001	147,09	22,05	612,56	17,68	130,53	1,73	94,17	6,08
2002	183,69	24,88	582,74	-4,87	139,32	6,74	99,52	5,68
2003	199,74	8,74	779,76	33,81	151,17	8,51	104,86	5,37
2004	245,66	22,99	865,22	10,96	175,64	16,18	114,88	9,55
2005	367,22	49,48	1.082,46	25,11	207,19	17,97	127,36	10,87
2006	394,04	7,30	1.186,17	9,58	240,78	16,21	150,94	18,52
2007	485,91	23,32	1.397,23	17,79	287,49	19,40	151,38	0,29
2008	555,33	14,29	1.705,53	22,07	373,48	29,91	225,19	48,76

*Os dados referentes a estes anos são provenientes de: Acre. Secretaria de Estado da Fazenda; **Secretaria Estadual de Saúde do Acre. Relatório de Gestão, 1999.

Tabela 2 – Transferências da União, receita fiscal, gastos com saúde e gastos com pessoal, com seus percentuais de crescimentos entre 2005 a 2008 em sete municípios do Acre (milhões de Reais)

Ano	Município	Transferências União	Crescimento (%)	Receita fiscal	Crescimento (%)	Gastos com saúde	Crescimento (%)	Gastos com pessoal
2005	Assis Brasil	NI	–	0,13	–	1,54	–	0,20
	Brasiléia	5,96	–	0,47	–	2,30	–	0,43
	Cruzeiro do Sul	13,93	–	1,55	–	6,12	–	3,05
	Plácido de Castro	7,24	–	0,15	–	2,25	–	1,02
	Porto Walter	2,81	–	0,03	–	1,15	–	0,30
	Rio Branco	117,80	–	21,22	–	33,86	–	22,55
	Tarauacá	6,92	–	0,21	–	3,24	–	2,55
2006	Assis Brasil	3,69	–	0,16	26,74	2,13	38,17	0,38
	Brasiléia	6,32	6,04	0,59	26,30	2,42	5,54	0,69
	Cruzeiro do Sul	15,65	12,31	1,65	6,93	7,12	16,18	2,22
	Plácido de Castro	6,31	–12,81	0,18	18,97	2,08	–7,74	0,80
	Porto Walter	3,94	40,55	0,08	174,23	1,41	22,83	0,40
	Rio Branco	129,29	9,76	26,26	23,76	37,71	11,38	27,55
	Tarauacá	8,05	16,38	0,31	47,94	3,50	8,12	1,97
2007	Assis Brasil	4,45	20,72	0,25	52,60	2,40	12,93	0,26
	Brasiléia	6,96	10,05	0,47	–21,25	2,82	16,32	0,69
	Cruzeiro do Sul	18,51	18,32	1,88	13,71	8,62	21,18	4,33
	Plácido de Castro	9,38	48,55	0,21	19,71	2,88	38,96	2,05
	Porto Walter	4,19	6,26	0,11	30,40	1,49	5,98	0,50
	Rio Branco	138,51	7,13	25,68	–2,22	39,47	4,66	28,21
	Tarauacá	10,26	27,48	0,39	26,48	4,87	39,00	2,79
2008	Assis Brasil	4,67	5,04	0,28	14,03	2,69	12,15	0,42
	Brasiléia	8,20	17,91	0,56	20,56	3,47	23,13	1,73
	Cruzeiro do Sul	21,26	14,85	2,98	58,52	9,64	11,85	5,25
	Plácido de Castro	8,26	–11,93	0,39	86,34	3,61	25,22	2,62
	Porto Walter	4,78	14,17	0,15	34,21	2,21	48,18	0,88
	Rio Branco	164,48	18,75	37,44	45,79	44,24	12,08	30,68
	Tarauacá	NI	–	NI	–	NI	–	NI

NI: não informou.

Comparando-se, na Tabela 2 a seguir, as transferências da União para os municípios do Acre com as suas receitas fiscais, evidencia-se que a escassez de recursos nos mesmos é semelhante à esfera estadual. As receitas fiscais nas esferas municipais representam o total dos impostos arrecadados nos municípios e as transferências da União representam a soma de todas as transferências federais para essas esferas. Na mesma tabela verificam-se significativas diferenças entre os gastos com a saúde em relação às receitas fiscais. Somente o município de Rio Branco tem uma receita fiscal equiparada aos gastos com a saúde, porém, esta é uma equiparação apenas com os gastos na saúde e não ao conjunto dos gastos municipais.

As colunas da Tabela 2 que indicam o crescimento das transferências da União, receitas fiscais e gastos com a saúde apresentam variações, porém considerando os exercícios anuais, essas variações são equiparadas. Com isso os eventuais aumentos de gastos de um curto período são compensados na continuidade das transferências. Contudo, as transferências da União são a fonte de custeio para os gastos com a saúde nos municípios.

A COORDENAÇÃO POLÍTICA DA ESFERA ESTADUAL E A FUNÇÃO DE PLANEJAMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE DO ACRE

De acordo com o processo regulatório do SUS, a Secretaria Estadual de Saúde deve exercer o papel de instância de coordenação da política de saúde, notadamente nas relações intergovernamentais com os municípios, bem como com a esfera federal. Essa coordenação é realizada, em grande medida, através do processo de planejamento e negociações entre as esferas de governo. Desde a implantação do SUS esse planejamento deve se organizar de acordo com as instâncias do pacto federativo brasileiro, ou seja, nas três esferas de governo. Há uma coerência entre as esferas de governo com as instâncias do sistema de saúde. Na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, destaca-se que há prerrogativas, atribuições e competências comuns das três esferas de governo, como a participação na elaboração da política e na elaboração e atualização periódica de planos.

A Portaria do Ministério da Saúde de nº 399 de 2006 estabelece que o gestor estadual tenha a função de fomentar a integralidade da atenção à saúde, coordenar o sistema, acompanhar e avaliar bem como apoiar técnica e financeiramente os municípios. Nas diretrizes contidas no mesmo documento consta que o gestor estadual tem importantes atribuições, como é o caso da regionalização dos serviços, do planejamento e financiamento. Todos os passos da regionalização demandam amplas participações dos gestores municipais com o estabelecimento de acordos para efetivação do processo. O planejamento corresponde, também, a um papel importante para o gestor estadual. A mesma portaria

estabelece que o planejamento “deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação é a recomendada no sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direção ao processo de gestão do SUS. No mesmo sistema está incluído o monitoramento e avaliação de todo o processo”.¹⁶

O anexo um da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, busca consolidar um sistema de planejamento baseado na responsabilidade de cada esfera de governo para definir objetivos e conferir direção ao processo de gestão do sistema de saúde, compreendendo monitoramento e avaliação. Entre os objetivos propostos para o sistema de planejamento está o de formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação. Para os estados, o anexo da portaria estabelece: “Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, proteção, recuperação e a reabilitação em saúde, constituindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.” O estado ainda deve formular no plano estadual de saúde a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais para a promoção da saúde. Também deve coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada integrada da atenção à saúde.¹⁷

Para Chiavenato,¹⁸ o planejamento constitui-se em instrumento aplicado na administração, na racionalidade dos atos administrativos e na condução dos destinos de uma organização. O planejamento constitui-se, também, em um recurso para a tomada de decisões no longo, médio e curto prazo. No longo prazo aplica-se o planejamento estratégico que possibilita o enfrentamento de problemas através da programação de estratégias de solução para os mesmos. Isso possibilita conduzir a organização no longo prazo. Também possibilita situar os empreendimentos da organização e seus comprometimentos na sociedade definindo papéis da direção central. No médio prazo, o autor define o planejamento tático, que diz respeito aos níveis intermediários de gerenciamento da organização. Essa modalidade de planejamento viabiliza a condução organizativa e aplicação gerencial das finalidades estratégicas dos empreendimentos. Em um terceiro nível está o planejamento operacional, que diz respeito ao funcionamento diário e aplicado dos empreendimentos da organização. A operacionalização diária deve traduzir a consciência estratégica da organização nas suas finalidades para a sociedade. A concepção administrativa para colocar uma organização

em funcionamento tem nesse planejamento o seu fundamento principal para alcançar suas finalidades na sociedade.

A pesquisa documental realizada nesse estudo revelou que são poucos os registros organizados na Secretaria Estadual de Saúde no Acre, no que diz respeito ao planejamento da sua política no âmbito estadual. Não foram encontrados documentos que evidenciassem processos de planejamento com abrangência, anteriores ao ano 2000. Parece que as sucessivas crises pelas quais passou o sistema de saúde do Acre tiveram como uma das suas implicações a não realização de planejamentos abrangentes. (Documentos consultados como o Relatório de Atividades da Sec. Estadual AC de 1986 e o Plano Especial de Saúde de 1991 evidenciam que havia uma administração por contingenciamento sem processos de planejamentos organizados).

A gestão estadual que assumiu o governo, em 1999, produziu o seu planejamento em saúde somente nos anos seguintes. O “Plano Estadual de Saúde 2000 a 2003” sinalizava uma nova prática após um período de forte crise. Nesse documento do gestor estadual, constata-se que o processo de descentralização dos serviços de saúde era incipiente no estado. Cinco municípios não estavam habilitados no sistema. Havia a necessidade de modernização gerencial nos municípios e no estado. “A rede de saúde não está hierarquizada e inexistente um sistema de referência e contra referência, ocasionando uma elevada demanda direta aos hospitais. O objetivo foi organizar a rede de serviços, colocando as unidades básicas como porta de entrada do sistema, encaminhando os casos não resolvidos para os serviços secundários e terciários de resolatividade”.¹⁹

No exame desse documento constata-se, ainda, que o mesmo contém uma longa contextualização da situação de saúde no Acre e trata, longamente, da capacidade instalada dos serviços do SUS. A necessidade da modernização gerencial dos serviços está enfatizada nos municípios. A seção do planejamento é a parte menos desenvolvida no documento e está organizada em quadros com colunas que estabelecem prioridades, estratégias e objetivos. Há quadros com atividades, metas, períodos e valores. Faltou explicitar no documento as diferenças do que seria competência do gestor estadual e dos gestores municipais, nas atividades destinadas para o alcance de objetivos e metas. Quando o plano trata de estratégias e objetivos, não se visualiza como os trabalhos devem ocorrer para alcançar suas finalidades. Há uma repartição na seção de planejamento para cada setor da Secretaria Estadual, com compartimentos específicos de atividades. Não há explicitação de como esses setores relacionam-se entre si, como implementariam as atividades em conjunto e nem como iriam realizar suas atividades com os gestores municipais. Do modo como está

apresentado o plano, parece que tudo será realizado pelo gestor estadual, mesmo quando são ações que competem aos municípios. Não está claro como foram identificados os problemas tratados no plano e os passos seguidos na metodologia do planejamento.

Na regulação da política de saúde a coordenação estadual da mesma é representada pela função de articular, implantar, descentralizar, estabelecer relacionamentos com os municípios e o papel de negociador. As atividades, em que se identificasse a aplicação do processo de planejamento no âmbito estadual, deveriam expressar-se, na condução da política de saúde, pela instância estadual do SUS, exercendo seu papel propulsor dessa política, no entanto, não é o que se verifica.

As ações da esfera estadual no seu relacionamento com as esferas municipais são identificáveis nos Relatórios de Gestão expedidos a cada exercício anual. Para examinar as relações entre essas esferas revisaram-se os Relatórios de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Acre a partir de 1999 até 2008, considerando-se a regulação existente, notadamente a partir de 2006, no que se refere à organização da atenção básica nos diferentes aspectos das relações intergovernamentais.

Em 2002, a coordenação estadual, junto aos municípios, através dos setores como Programa Saúde da Família e outros programas especiais de saúde pública, apresentou atividades nas quais pouco se distinguem os alcances da esfera estadual e das esferas municipais. Os programas PSF e PACS, por serem programas estruturantes da atenção básica, estavam implantados somente em 18 dos 22 municípios do Acre e não há referências documentais, nos relatórios de gestão, sobre o funcionamento desses programas. No programa de controle da tuberculose, afirma-se que ocorreu 4,7% de abandono de tratamento e, ao mesmo tempo, as metas estabelecidas informam resultados de 100%. Em relação ao controle de endemias são relatadas várias limitações nas atividades de 2002. Houve falhas em relação às visitas domiciliares, capacitação de recursos humanos, borrifações, coletas de exames de sangue para malária e municípios sem responsáveis para o programa de controle da malária.²⁰

No período de 2003 e 2004, os relatos da esfera estadual em atividades de coordenação e relação com os municípios informam sobre a conclusão da descentralização da atenção básica no município de Rio Branco. Os acordos desse período incluíram, também, a ampliação do Programa Saúde da Família em seis municípios. O gestor estadual prestou treinamentos e assessorias aos municípios, com ênfase na consolidação da Programação Pactuada Integrada. No final de 2004, havia 19 municípios habilitados na gestão plena da atenção básica. No entanto, os documentos

informam que, mesmo com a habilitação, havia fortes limitações em termos de gerenciamento, financiamento e baixa capacidade na oferta dos serviços. Havia três municípios que permaneciam sob gestão estadual.^{21,22}

Na continuidade das atividades em 2005 e 2006, o gestor estadual reiterou que as funções de formulador de políticas, planejamento, cofinanciamento, formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos faziam parte das suas competências. O gestor estadual relata que há acordos da esfera estadual com os municípios para mudarem os indicadores de saúde, porém não são explicitadas as atividades que possibilitariam essas mudanças. Houve cooperação técnica com os municípios nesse período e se considera importante a adesão aos programas, pois 82% dos municípios aderiram à Humanização do Pré-Natal e 91% implantaram o programa de Triagem Neonatal. No setor de informações em saúde, foi constatada a necessidade de maior articulação das gerências para a utilização mais efetiva das informações. Iniciou-se a difusão para os municípios de materiais sobre o funcionamento dos sistemas de informações do SUS. A esfera estadual cooperou com os municípios para a elaboração de projetos para a captação de recursos financeiros.^{23,24}

Em 2006, o gestor estadual reconheceu a necessidade de se elaborar uma política de Atenção Básica. As mudanças em relação ao Programa de Saúde da Família foram assinaladas com a nova nomenclatura de Estratégia de Saúde da Família. Até o final de 2006, havia uma cobertura estadual da ESF de 51,45%, porém havia dificuldades para fixar os profissionais nos módulos de serviços, bem como no tocante a suas qualificações profissionais. A coordenação da esfera estadual aconteceu com atividades para a sensibilização dos gestores municipais para a implantação de ações programáticas. Na descentralização dos serviços, o gestor estadual implantou apenas duas coordenadorias regionais com um baixo desempenho na aplicação do plano de regionalização.²³

A ATENÇÃO BÁSICA SOB A COORDENAÇÃO ESTADUAL E AS RELAÇÕES COM OS MUNICÍPIOS

O “Pacto pela Saúde” de 2006, também compreende a Portaria nº 648, que regula a atenção básica nos vários aspectos das relações intergovernamentais, bem como no funcionamento dos serviços. Nos documentos estudados sobre o SUS, no Acre, constata-se uma regularidade na condução da política de saúde a partir de 1999, pois o governo iniciado nesse ano foi reeleito em 2002 para mais um mandato e, em 2006, foi

eleito o vice-governador. Essa continuidade possibilitou igual continuidade na condução da política de saúde.

Segundo um dos integrantes da equipe central do gestor estadual do SUS, o Governador chamou todos os prefeitos do Acre para Rio Branco, no início de 2007, “e propôs um pacto pela saúde, pela educação e pela produção. Os prefeitos aceitaram a proposta do governador”. Essa proposta previa que as atividades de saúde seriam programadas com metas. Os financiamentos futuros seriam mais bem definidos, explicitando-se as fontes de financiamento, as ações e as contra partidas de financiamentos por parte dos municípios.

Em 2007 e 2008, os relatos da Secretaria Estadual de Saúde apresentam avanços na gestão através de resultados numéricos dos indicadores de saúde. Porém, no exercício desse ano, os indicadores da Estratégia de Saúde da Família mostravam que a mesma não estava funcionando a contento. A cobertura da população estava em cerca de 51%, quando em 2003 alcançara mais de 66%. Ao mesmo tempo os relatos afirmam que 100% dos municípios foram assessorados para a implantação de núcleos de apoio à saúde da Família Na apresentação dos indicadores de cobertura dessa estratégia não há referências às fragilidades de funcionamento e nem das suas implicações no sistema de saúde. Os indicadores da saúde da mulher, da criança e do adolescente também apontavam para problemas não resolvidos como alta incidência da malária e dengue. Programas especiais como Hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, bem como de erradicação da hanseníase, apresentam que apontam problemas como: o cadastramento de pessoas atingidas pela hipertensão estava em 56,27% e o cadastramento para diabetes estava em 37,31%. Para os dois casos havia uma meta de 70% de cadastramento. Em 2007, houve uma diminuição na busca ativa de casos novos de hanseníase e o coeficiente de prevalência dessa doença estava 3,20 por 10 mil habitantes. Considera-se que esse número esteja na faixa de incidência muito alta. Sobre o programa de saúde da mulher havia o reconhecimento da necessidade de melhorar o acesso ao programa.²⁵⁻²⁷

Os relatos das atividades anuais da Secretaria Estadual de Saúde indicam atividades de capacitação de recursos humanos para implementar ações, assessorias técnicas aos municípios, incentivos para os municípios intensificarem atividades, sensibilização de gestores para implantação de ações de saúde mental.²⁸

A organização da Secretaria Estadual de Saúde mantém setores com a denominação de áreas técnicas que há tempos estão em consonância com os programas especiais de saúde pública. Embora o “pacto pela Saúde” de 2006 tenha gerado inovações

nos programas especiais de saúde pública, indicando mudanças na condução dos mesmos, a organização das áreas técnicas no Acre pouco tem se alterado.

Existe uma estrutura dentro da Secretaria de Saúde que são as áreas técnicas programáticas, então a saúde da mulher, idoso, mental e todas essas áreas assessoram diretamente aos municípios nas execuções das suas ações, mas a gente deve melhorar essas ações, elas ainda são desarticuladas. Então eu vou ao município, por exemplo, fazer uma capacitação de malária, aí tem passagem, tem diária, multimídia, tem isso tem aquilo. Na semana seguinte vai outra área técnica fazer uma capacitação de saúde da mulher e as duas áreas técnicas podiam estar casando essa ida, casando porque o município sente muito assim. Se a gente conseguisse concentrar e construir algo como portfólios, com competências, com uma forma integrada ficaria muito melhor para os municípios (membro da equipe central do gestor estadual).

Os programas especiais de saúde pública que compreendem as ações programáticas estão mantidos e se estendem até as esferas municipais em setores administrativos nas respectivas secretarias de saúde. A esfera estadual tem dificuldades para conduzir a nova lógica programática assinalada em 2006 para os municípios. Esses programas iniciaram-se no Brasil, com a centralização política da década de 1930, quando o Departamento Nacional de Saúde Pública e Assistência Médico-Social intervinha nos estados, impondo a uniformização de padrões de condutas e organização. Tratava-se de aplicar na saúde pública a lógica dos compartimentos especializados com ações padronizadas para calcular resultados.²⁹ Para Testa,³⁰ “Um programa consiste em um ordenamento de recursos que têm um destino específico, com um objetivo prefixado e sob uma condução normativa — ocasionalmente também administrativa — única”. Nessa concepção, um programa de saúde pública é organizado para funcionar em um tempo definido e com objetivos estabelecidos.

A Estratégia de Saúde da Família é a prioridade para a organização do sistema de saúde, de acordo com os preceitos do SUS, desde 2006. A Portaria recém citada tem abordagem diferente da anterior lógica programática dos programas especiais de saúde pública. Há uma nova concepção no gerenciamento do processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família, compreendendo a abordagem da integralidade em saúde, trabalho interdisciplinar e em equipe organizada, mediante o gerenciamento do processo de trabalho sob o enfoque da integralidade. A esfera estadual deve elaborar planos, metas e prioridades para a expansão dessa estratégia. Deve prestar assessoria aos municípios para a

implantação, articular instituições formadoras de recursos humanos e acompanhar, avaliar o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família.³¹

No entanto, a regulação de 2006, ainda é pouco efetiva nos âmbitos municipais do Acre. Segundo essa regulação, a equipe de Estratégia de Saúde da Família deve ser a organização indutora de mudanças no SUS.

A própria estratégia de saúde da família, ela é ainda conceitual, porque mesmo nos municípios que compõem módulos, eles têm enorme dificuldade para que possam preencher as equipes de modo a funcionar na perspectiva clara que a estratégia pressupõe, ou seja, de fazer uma ação preventiva de acompanhamento de grupos familiares, com áreas definidas. Em geral os módulos funcionam com locais onde se atende com fichas. O médico atende uma média de 16 pessoas por dia, não há uma ação proativa de busca de pacientes, uma ação preventiva. E o estado com isso, ele tem uma enorme dificuldade porque a atenção no estado, boa parte dela, está sendo executada por unidades hospitalares do estado, que deveriam estar na parte de urgência e emergência e na média complexidade nos municípios. Boa parte das unidades dos municípios, principalmente os módulos de saúde e centros de saúde funcionam em geral com a presença do médico por um turno (Membro da equipe central do gestor estadual).

A Estratégia de Saúde da Família parece distante de ser indutora de mudanças na atenção básica. A esfera estadual reconhece a fragilidade dessa estratégia, porém atribui grande abrangência ao problema sem um enfoque do papel da coordenação estadual, conforme se constata no depoimento de um dos integrantes da equipe central do gestor estadual.

Com relação à estratégia de saúde da família a dificuldade é mais voltada para a questão da composição das equipes. A estratégia bem implantada, bem implementada com profissionais atuantes, com compromisso, você realmente vê a resposta. Quando o município tem dificuldade de implantar a estratégia por conta da dificuldade de fixar o profissional, considerando que a estratégia de saúde da família, ela não foi feita pensando de uma forma regionalizada. Ela foi pensada num olhar muito geral de Brasil. O Acre, a Amazônia tem problemas na sua implementação por conta de que é difícil fixar o profissional. Nós não temos uma política de fixação de profissional. Aí quando você não tem o profissional você não tem a ação e o município perde com isso (membro da equipe central do gestor estadual).

A relação da esfera estadual com os municípios parece não superar problemas organizacionais e políticos no âmbito local e até mesmo as situações geográficas são consideradas graves entraves para a coordenação estadual exercer as suas funções.

Eu acho que em relação à organização hoje os municípios, têm os que são piores, que se destacam por isso. Também tem aqueles que encontram muita dificuldade onde o acesso é prejudicado. O município esteja localizado geograficamente num lugar onde o acesso seja muito difícil. O exemplo de Porto Walter, um município que as ações lá são muito difíceis por conta de profissionais qualificados, competência técnica, de pessoas que tenham habilidade e capacidade de se fixarem no município, que tenha esse perfil. Então vários são os municípios menores que a gente visualiza isso que se encontra mais naqueles que são prejudicados por conta do acesso. (membro da equipe central do gestor estadual).

CONCLUSÃO

A coordenação política das relações intergovernamentais exercida pela esfera estadual do SUS do Acre tem baixo desempenho para implementar a política de saúde de acordo com o processo regulatório da mesma. Há importantes limitações administrativas na organização do sistema de saúde, que repercutem na coordenação das relações intergovernamentais. Há falhas no processo de planejamento, fragilizando as definições estratégicas, táticas e operacionais para que a coordenação das relações políticas alcance suas finalidades no funcionamento do sistema de saúde.

A negociação dos recursos financeiros tem momentos de fortes mobilizações de lideranças e atores políticos. O resultado das negociações tem alguns êxitos, porém a falta de estratégias de longo prazo torna a busca aleatória de recursos financeiros e com interrupções.

A capacidade de arrecadação fiscal do Estado do Acre e dos seus municípios, comparada com as transferências da União, indica que há uma escassez de recursos locais para o custeio da política de saúde. Considerando os recursos financeiros transferidos pela União, há uma importante equiparação na distribuição desses recursos entre os entes federados.

Há muitos entraves na coordenação das relações intergovernamentais na política de saúde no Acre para ocorrerem as mudanças propostas no pacto estabelecido no SUS em 2006. A compreensão do gestor estadual do SUS sobre a sua função de coordenação da política de saúde parece não incluir o que está estabelecido nos documentos do pacto pelo SUS de 2006.

REFERÊNCIAS

1. Mizuno RC. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Manole; 2002.
2. Abrúcio FL. Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec/USP; 1998.

3. Abrucio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev Sociol Polit.* 2005;24:41-67.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 545- 29/05/1993.
5. Weber M. *Wirtschaft und Gesellschaft*. 5. ver. Aufl, Studienausg. Tübingen: Mohr; 1980.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2003:52.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais; 2006:34-35.
8. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Convênios com o Ministério da Saúde – 1999.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Transferência de recursos da União Para os Estados. Extraído de [<http://siops.datasus.gov.br>], acesso em [22 de fevereiro de 2009; 22 e 23 de junho de 2009].
10. O Estado do Acre. Arquivo do Centro de Ciência da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre. Rio Branco; 2001.
11. Brasil. Atividades do Senador Tião Viana. Brasília: Senado Federal; 2003.
12. Brasil. Atividades do Senador Siba Machado. Brasília: Senado Federal; 2004.
13. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Relatório de Gestão; 2004.
14. Brasil. Atividades do Senador Tião Viana. Brasília: Senado Federal; 2005.
15. Almeida MHT. Recentralizando a Federação? *Rev Sociol Polit.* 2005;24:29-40.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria. nº. 399 de 2006.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de planejamento do SUS; 2009.
18. Chiavenato I. *Administração - teoria, processo e prática*. São Paulo: Elsevier; 2008.
19. Brasil. Secretaria de Estado da Saúde do Acre. Plano Estadual de Saúde; 2000 a 2003. p. 25-6.
20. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Relatórios de Gestão; 2002 – 2003.
21. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Relatório de Gestão; 2004.
22. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Relatório de Gestão; 2005.
23. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Relatório de Gestão; 2006.

24. Brasil. Secretaria de Estado do Planejamento do Acre. O Acre em Números; 2007 – 2008.
25. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Relatório de Gestão; 2007.
26. DATASUS. Indicadores epidemiológicos do Estado do Acre. Extraído de [<http://www.datasus.gov.br/idh>], acessado em [22 de março de 2009; 22 e 23 de junho de 2009].
27. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. Relatório de Gestão; 2008.
28. Braga JC, Paula SG. Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo: Hicitec; 1986.
29. Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação. São Paulo: HUCITEC;1995.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.488 de 21 de outubro de 2011.

Recebido em 29.22.2012 e aprovado em 18.02.2014.