

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS  
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**OSMAR GOMES DE ALENCAR JÚNIOR**

**DETERMINANTES POLÍTICO E ECONÔMICO DA  
DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO  
ESTADO DO PIAUÍ, NO PERÍODO 1997-2005**

**TERESINA  
2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**OSMAR GOMES DE ALENCAR JÚNIOR**

**DETERMINANTES POLÍTICO E ECONÔMICO DA  
DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO  
ESTADO DO PIAUÍ, NO PERÍODO 1997-2005**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Federal do Piauí, como exigência parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas, sob a orientação do Professor Doutor Washington Luís de Sousa Bonfim.

**TERESINA  
2008**

**A368d**

Alencar Júnior, Osmar Gomes de  
Determinantes político e econômico da descentralização  
da política pública de saúde no Estado do Piauí, no período  
de 1997 a 2005 / Osmar Gomes de Alencar Júnior.  
Teresina: 2008.

**141 fls**

Dissertação(Mestrado em Políticas Públicas)  
Universidade Federal do Piauí, 2008

**1. Saúde Pública – Descentralização 2.Sistema Único  
de Saude – Piauí 3. Políticas Públicas I. Título**

**C.D.D - 614**

**OSMAR GOMES DE ALENCAR JÚNIOR****DETERMINANTES POLÍTICO E ECONÔMICO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA  
POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO ESTADO DO PIAUÍ, NO PERÍODO 1997-2005**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal do Piauí – Área de Concentração: Estado, Sociedade e Políticas Públicas.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Washington Luís de Sousa Bonfim – UFPI  
Orientador e Presidente

---

Profa. Dra. Guiomar de Oliveira Passos - UFPI  
Examinadora

---

Profa. Dra. Rosângela Maria Sobrinho Sousa - UFPI  
Examinadora

Teresina  
2008

Dedico a Fernanda, minha esposa, pelo amor,  
companheirismo e dedicação;

A Osmar e Socorro, meus pais, pelo exemplo  
de luta, amor a família e estímulo à educação;

A Guilherme e Gustavo, meus filhos, as duas  
maiores conquistas da minha vida;

A Júlio, Conceição e Juliana, meus irmãos,  
pela amizade e solidariedade;

A Manoel, Corina, Alípio e Maria, meus avós,  
pelo carinho e pela alegria dos meus dias de  
infância (*in memoriam*).

## AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Piauí, especialmente ao Mestrado em Políticas Públicas, na pessoa da Profa. Dra. Simone de Jesus Guimarães.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Washington Luís de Sousa Bonfim, pelas contribuições a minha pesquisa.

A Profa. Dra. Guiomar de Oliveira Passos, por sua dedicação, compreensão e valiosas contribuições ao processo desta pesquisa.

Aos entrevistados na pesquisa, Nazareno Fonteles, Francisco de Assis Moraes Sousa (Mão Santa), Bruno Figueiredo, Ana Maria Eulálio, Marília Futini, Geraldo Magela, Sady Carnot, Dulce Helena e Claunara Mendonça.

À Secretaria Estadual de Planejamento, especialmente ao secretário e amigo Sérgio Miranda.

Aos colegas de curso, que nas discussões teóricas, muito contribuíram com esta pesquisa.

Ao professor Carlos Evandro Martins Eulálio, amigo e revisor, que com críticas e sugestões enriqueceu e valorizou este texto.

À minha família, pelo apoio nos momentos mais difíceis da minha vida.

## RESUMO

Este trabalho analisa os determinantes do processo de descentralização da política pública de saúde no Estado do Piauí, no período de 1997 a 2005, tendo por base teórica as formulações de Marta Arretche sobre os condicionantes estruturais e os ligados à ação política da descentralização de políticas sociais no Brasil. O objetivo principal da pesquisa foi verificar os determinantes que obstaram e os que favoreceram o processo de habilitação do Estado do Piauí na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde, nos períodos de 1997 a 2001 e de 2002 a 2005. Para o alcance desse objetivo, realizou-se pesquisa quantitativa (análise de indicadores econômicos e financeiros) e pesquisa qualitativa, com entrevistas junto a um ex-governador, secretário de Saúde, diretores e técnicos da Secretaria de Saúde e gestores e técnicos do Ministério da Saúde — atores principais do processo de habilitação. Conclui-se que os condicionantes ligados à ação política foram os principais determinantes tanto para obstar, no primeiro período, quanto para favorecer, no segundo, a habilitação do Estado do Piauí na condição de gestão plena.

**Palavras-Chave:** Política Pública. SUS. Descentralização. Gestão Plena.

## **ABSTRACT**

This work analyses the determinants of the decentralization process of public health politic in Piauí state, in the period of 1997 to 2005, having as theoretic inspiration the formulation of Marta Arretche, about the structural conditionings connected to political action of social political decentralization in Brazil. Its main objective is to verify the determinants that obstacularize the ones that favor the process of qualification of Piauí state in the condition of plain management of health state System, in the periods of 1997 to 2001 and from 2002 to 2005. The methodological technical instruments used were a quantitative research (financing and economics analysis indicator) and the qualitative research (interview) with the fellows — Governor, health secretary, Directors and Technicians of health Secretary office and managers and Technicians of health Ministry — main actors of the qualification process. It is concluded then, that the conditionings connected to political action were the principal determiners, so to obstacularize in the first period as to favor in the second period the qualification of Piauí state in the condition of plain management.

Key words: Public politic, SUS, Decentralization, Plain management.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - Critérios para Habilitação dos Estados em uma das Condições de Gestão Descentralizada da Saúde, segundo a NOB 1/96 .....	43
QUADRO 2 - Classificação e Definição da Despesa.....	67
QUADRO 3 - Estrutura da Receita Orçamentária Federal – 2000 .....	70
QUADRO 4 - Matriz Comparativa dos Condicionantes Estruturais da Descentralização da Saúde no Estado do Piauí : 1997-2001 e 2002 – 2005 .....	85
QUADRO 5 - Matriz Comparativa das Ações Políticas do Estado, no período de 1997 a 2005 .....	127
GRÁFICO 1 - Distribuição dos Recursos Federais para o Custeio da Assistência, por Modalidade de Pagamento – Brasil, 1997 a 2001.....	50
GRÁFICO 2 - Taxa de Crescimento do PIB a Preço de Mercado no Brasil, Nordeste e Piauí nos Períodos: 1997-2001 e 2002-2005.....	58
GRÁFICO 3 - Evolução do PIB do Piauí em Valores Absolutos e Crescimento Relativo – 1998 – 2003.....	59
GRÁFICO 4 - Taxa de Crescimento do PIB <i>per capita</i> no Brasil, Nordeste e Piauí nos Períodos: 1997-2001 e 2002-2005 .....	61
GRÁFICO 5 - Taxa de crescimento do Rendimento Médio Mensal da População Ocupada, no mês de Referência no Brasil, Nordeste e Piauí - 1997-2001 e 2002-2005 .....	64
GRÁFICO 6 - Evolução da Receita Orçamentária do Estado do Piauí, por Categoria Econômica - 1997-2001 .....	72
GRÁFICO 7 - Evolução da Receita Orçamentária do Estado do Piauí, por Categoria Econômica – 2002 – 2005.....	74
GRÁFICO 8 - Evolução do ICMS e do FPE do Estado do Piauí – 1996 – 2005 ....	77
GRÁFICO 9 - Evolução da Participação das Receitas Corrente e de Capital na Receita Orçamentária Total do Estado do Piauí – 1997 – 2005.....	78
GRÁFICO 10 - Comportamento da Receita Corrente da Administração Direta e dos Gastos com Pessoal e Encargos Sociais da Administração Direta do Estado do Piauí – 1997 – 2001 .....	82

GRÁFICO 11 - Comportamento da Receita Corrente da Administração Direta e dos Gastos com Pessoal e Encargos Sociais da Administração Direta do Estado do Piauí - 2002 – 2005 .....	84
GRÁFICO 12 - Comportamento do PIB a Preço de Mercado do Estado do Piauí, no Período de 1997 a 2005 .....	86
GRÁFICO 13 – Comportamento do PIB <i>per capita</i> e do Rendimento Médio Mensal da População Ocupada no Mês de Referência – Piauí - 1997 a 2005 .....	86
GRÁFICO 14 - Comportamento da Receita Orçamentária Total, Receita Corrente Total, Receita de ICMS e Receita do FPE – Piauí - 1997 a 2005 .....	88

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Indicadores de Evolução da Descentralização no SUS – Brasil, 1997 – 2001 .....	46
TABELA 2 - Habilitação dos Estados e Distrito Federal na NOB -SUS 1/96 – Brasil, Dezembro de 2001 .....	47
TABELA 3 - Evolução do PIB a Preço de Mercado no Brasil e na Região Nordeste - 1997-2001 .....	56
TABELA 4 - Evolução do PIB a Preço de Mercado no Brasil e na Região Nordeste – 2002 - 2005 .....	57
TABELA 5 - Evolução do PIB <i>per capita</i> do Brasil e da Região Nordeste – 1997 - 2001 .....	60
TABELA 6 - Evolução do PIB <i>per capita</i> do Brasil e da Região Nordeste – 2002 - 2005 .....	61
TABELA 7 - Distribuição dos Rendimentos* das Pessoas Ocupadas, no Brasil e na Região Nordeste – 1997 – 2001.....	63
TABELA 8 - Distribuição dos Rendimentos* das Pessoas Ocupadas, no Brasil e na Região Nordeste – 2002 - 2005.....	65
TABELA 9 - Evolução da Receita Orçamentária Total do Estado do Piauí, por Categoria Econômica – 1997-2001 .....	71
TABELA 10 - Evolução da Receita Orçamentária Total do Estado do Piauí, por Categoria Econômica – 2002-2005 .....	73
TABELA 11 - Comportamento das Receitas de ICMS e do FPE do Estado do Piauí – 1997 - 2001 .....	75
TABELA 12 - Comportamento das Receitas de ICMS e do FPE do Piauí - 2002 - 2005 .....	76
TABELA 13 - Participação das Transferências Correntes da União nas Receitas Correntes da Administração Direta Estadual – 1997-2001.....	79
TABELA 14 - Participação das Transferências Correntes da União nas Receitas Correntes da Administração Direta Estadual – 2002 – 2005.....	80
TABELA 15 - Participação dos Gastos com Pessoal e Encargos Sociais na Receita Corrente Líquida da Administração Direta do Estado do Piauí – 1997-2001 .....	81

TABELA 16 - Participação dos Gastos com Pessoal e Encargos Sociais da Receita Corrente Líquida da Administração Direta do Estado do Piauí – 2002 - 2005 .....	83
---	----

## LISTA DE SIGLAS

ADM – Administração

AIH - Autorização de Internações Hospitalares

AIS - Ações Integradas de Saúde

CAP - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CES - Conselho Estadual de Saúde

CF - Constituição Federal

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIDE - Contribuição de Intervenção sobre o Domínio Econômico

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

CMS - Conselhos Municipais de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DMPs - Departamentos de Medicina Preventiva

DN - Despesa Nacional

DOU - Diário Oficial da União

FAE - Fração Assistencial Especializada

FEGE - Fator de Estímulo à Gestão Estadual

FES – Fundo Estadual de Saúde

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FPE - Fundo de Participação dos Estados

FPM - Fundo de Participação dos Municípios

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

FUNDEB – Fundo Nacional para o Desenvolvimento da Educação Básica

FUNDEF – Fundo de Manutenção e de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério

GED - Grupo Especial para Descentralização

GM – Gabinete do Ministro

GPABA - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada de Saúde  
GPSE - Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde  
GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde  
IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensões  
IAPM - Instituto de Aposentadoria e Pensões da Marinha  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.  
ICMS – Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação  
INAMPS - Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados  
IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores;  
ITCD – Imposto sobre a Transmissão *Causa Mortis* e Doação de Quaisquer Bens ou Direitos  
IVISA - Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária  
IVQ - Índice de Valorização de Qualidade  
IVR - Índice de Valorização de Resultados  
MOC - Projeto Montes Claros  
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social  
MS - Ministério da Saúde  
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde  
NOB - Norma Operacional Básica  
PAB - Piso de Atenção Básica  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PBVS - Piso Básico da Vigilância Sanitária  
PCCS - Plano de Cargo, Carreira e Salários  
PDAVS - Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária  
PDI - Plano Diretor de Investimentos  
PDR - Plano Diretor de Regionalização  
PFL - Partido da Frente Liberal  
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PIB - Produto Interno Bruto  
PIB<sub>pm</sub> - Produto Interno Bruto nominal a preço de mercado

PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PN - Produto Nacional

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNB – Produto Nacional Bruto

PPB - Partido Progressista Brasileiro

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira

PSF - Programas Saúde da Família

PT - Partido dos Trabalhadores

RCL - Receita Corrente Líquida

RN - Renda Nacional

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIH - Sistema de Internação Hospitalar

SPS - Sistema de Proteção Social

SUDENE - Superintendência para o Desenvolvimento do Nordeste

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS

SUS - Sistema Único de Saúde

TFA - Teto Financeiro da Assistência

UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial

UFs - Unidades Federadas

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.6</b>
<b>2 DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL Error! Bookmark</b>	
<b>2.1 A Institucionalização do SUS no Brasil e seus Reflexos na Gestão da</b>	
<b>Saúde no Estado do Piauí .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.6</b>
<b>3 CONDICIONANTE ESTRUTURAL DA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA</b>	
<b>PÚBLICA DE SAÚDE NO ESTADO DO PIAUÍ - PERÍODO 1997 - 2005 .....</b>	<b>52</b>
<b>3.1 Comportamento da Riqueza Econômica Produzida no Estado do Piauí.....</b>	<b>53</b>
<b>3.2 Capacidade de Gasto Público do Estado .....</b>	<b>66</b>
3.2.1 Classificação dos Gastos Públicos .....	66
3.2.2 Classificação das Receitas Públicas .....	68
3.2.3 Comportamento da Receita Orçamentária do Estado do Piauí .....	70
<b>3.3 Comportamento das Transferências Correntes da União na Composição da</b>	
<b>Receita Orçamentária do Estado do Piauí .....</b>	<b>77</b>
<b>3.4 Condicionante Estrutural e a Habilitação do Estado na GPSE .....</b>	<b>84</b>
<b>4 CONDICIONANTE POLÍTICO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA</b>	
<b>PÚBLICA DE SAÚDE NO ESTADO DO PIAUÍ - PERÍODO DE 1997 – 2005 .....</b>	<b>90</b>
<b>4.1 Descentralização e Ação Política .....</b>	<b>92</b>
4.1.1 Estratégias Deliberadas de Indução do Governo Federal e a Ação do Executivo	
Estadual para a Habilitação do Estado do Piauí na Condição de Gestão Plena do	
Sistema Estadual de Saúde, no Período de 1997 a 2001 .....	96
4.1.2 Estratégias Deliberadas de Indução do Governo Federal e a Ação do Executivo	
Estadual para a Habilitação do Estado do Piauí na Condição de Gestão Plena do	
Sistema Estadual de Saúde, no Período de 2002 a 2005 .....	110
<b>4.2 Condicionante Político e a Habilitação do Estado na GPSE .....</b>	<b>126</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>131</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>140</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir dos anos 1990 até meados da primeira década de 2000, o princípio constitucional da descentralização tornou-se estratégia central do governo federal para a institucionalização de políticas públicas, principalmente das políticas sociais.

Na saúde, não foi diferente. O Ministério da Saúde (MS), a partir de 1990, inicia um processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e utiliza a descentralização como estratégia central. Para tanto, transfere atribuições e recursos financeiros para estados e/ou municípios, em troca da organização dos sistemas estaduais e municipais de saúde conforme os princípios constitucionais e as normas legais do SUS. O processo, conhecido como estadualização ou municipalização, ganhou força na década de 1990, principalmente a partir de 1996, com a publicação da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, pelo MS.

A municipalização foi mais bem sucedida do que a estadualização. Até 2001, prazo final de vigência da Norma, mais 99% dos municípios (5.516) estavam habilitados em um das condições de gestão descentralizada, enquanto apenas 12 estados, entre os 27, estavam habilitados em alguma das condições de gestão.

Diante da ineficácia da estratégia de estadualização da saúde no Brasil, ao final dos anos 1990 e início dos anos 2000, tivemos o interesse de pesquisar sobre os possíveis problemas enfrentados pelos estados no seu processo de estadualização dos serviços de saúde. Essa motivação inicial transformou-se em objeto de estudo, desse modo tornou-se um desafio analisar os condicionantes que levaram a maioria dos estados brasileiros a se atrasarem, em relação aos municípios, no processo de descentralização da política pública de saúde, ou melhor, no processo de habilitação dos estados em uma das condições de gestão preconizadas pelas normas operacionais a partir da NOB 01/96.

Ao pesquisar de forma introdutória na literatura brasileira os possíveis condicionantes do processo de descentralização de políticas sociais, principalmente em estudos de Marta Arretche (2000), verificou-se três determinantes fundamentais para o sucesso da descentralização de uma política social: os de natureza estrutural, os de natureza institucional e os ligados à ação política.

Diante ao grau de complexidade do objeto de estudo, foi definido que a pesquisa seria realizada no estado do Piauí, onde seriam analisados os determinantes estruturais e os ligados à ação política. Também foi estabelecido o objetivo central da pesquisa: analisar os determinantes político e econômico do processo de descentralização da política pública de saúde no estado do Piauí e seus reflexos nas decisões do governo estadual acerca da habilitação na condição de gestão plena do sistema estadual de saúde (GPSE), durante os períodos de 1997 a 2001 e 2002 a 2005.

A definição do objetivo, a partir da questão central da pesquisa – por que o estado do Piauí não se habilitou na GPSE no período de 1997 a 2001, habilitando-se apenas no período de 2002 a 2005? - suscitou as seguintes indagações, que nortearam esse trabalho: como se comportou a riqueza econômica do Brasil, Nordeste e Estado do Piauí no período de 1997 a 2005? Como se comportou a Receita Orçamentária do Estado do Piauí no período 1997-2005? Qual foi o comportamento das Transferências Correntes da União na Composição da Receita Orçamentária do Estado do Piauí, no período de 1997 a 2005? Como foi o comportamento dos gastos com pessoal e encargos sociais na Receita Corrente Líquida do Estado? Quais foram as dificuldades enfrentadas pela Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (SESAPI) para preencher os requisitos necessários para a habilitação do Estado do Piauí na condição de GPSE, nos períodos de 1997 a 2005? O MS desenvolveu uma estratégia de indução para habilitar o Estado do Piauí em gestão plena do sistema estadual de saúde, no período de 1997 a 2005? Houve uma ação política deliberada do Executivo estadual no sentido de promover a habilitação do estado na condição de gestão plena do sistema de saúde, no período 1997 a 2005?

A hipótese que norteia este estudo é a seguinte: os condicionantes econômico e político são determinantes para a descentralização da política pública de saúde no Piauí, que se expressa na habilitação do estado na condição de GPSE.

O ponto de partida da pesquisa é a legislação constitucional do SUS e as Normas Operacionais editadas pelo MS, compreendendo aqui um conjunto de ações deliberadas do governo federal no sentido de induzir os Estados e Municípios a assumirem políticas de saúde de forma descentralizada.

Esse conjunto de normas editadas pelo MS serviu para caracterizar o mecanismo institucional estabelecido pelo Estado brasileiro no processo de

descentralização para os estados e municípios, fornecendo informações necessárias para a realização da pesquisa empírica.

Na pesquisa empírica sobre a análise dos determinantes do processo de descentralização da política pública de saúde no Piauí nos períodos 1997 a 2001 e 2002 a 2005, foram adotados como procedimentos metodológicos a pesquisa quantitativa e a qualitativa. A integração entre as duas pesquisas permite que o pesquisador tenha diferentes pontos de vista, dispondo de diversas formas de coletar e analisar os dados e ainda possibilita uma visão mais ampla da complexidade do problema (GOLDENBERG, 2001).

A pesquisa quantitativa foi realizada a partir da coleta de dados econômicos do PIB a preço de mercado, do PIB *per capita* e do Rendimento Médio Mensal da População Ocupada, contidos na Síntese de Indicadores Sociais e nas Contas Regionais do Brasil, publicados pelo IBGE.

Também foram coletados dados financeiros do Estado, da Receita Orçamentária Total, da participação dos gastos com pessoal e encargos sociais na Receita Corrente Líquida e da participação das transferências correntes da União nas Receitas Correntes, contidos no Balanço Geral do Estado e publicados pela Secretaria de Fazenda e pela Secretaria de Planejamento do Estado.

Os dados coletados foram divididos em duas séries históricas – 1997 a 2001 e 2002 a 2005 –, depois agrupados em tabelas e analisados através de gráficos por série histórica. Por último, foram comparados os seus comportamentos por meio de uma matriz produzida com todos os dados coletados ao longo de toda a série histórica da pesquisa.

Na pesquisa qualitativa, utilizou-se a técnica da entrevista semi-estruturada e não-diretiva, que deve ser usada quando se quer obter maior “profundidade” nas respostas, a partir de uma amostra pequena de entrevistados (THIOLLENT, 1987).

As entrevistas foram realizadas com um roteiro único de questões para todos os entrevistados. Esse roteiro foi dividido em três partes: na primeira, indagou-se sobre dados pessoais do entrevistado, cargo que ocupava, período em que exerceu o cargo e órgão a que estava vinculado quando ocupava o cargo; na segunda, as questões se referiram à relação institucional estabelecida entre o MS e a SESAPI, e a terceira continha questionamentos sobre a ação política do Estado no processo de habilitação do Piauí em gestão plena do sistema estadual de saúde.

As entrevistas foram realizadas com nove pessoas, entre gestores e técnicos da área de saúde, que tiveram participação direta no processo de habilitação do estado em gestão plena, em um dos períodos ou nos dois períodos pesquisados.

Do total de entrevistados, uma pessoa participou do processo de habilitação somente no primeiro período pesquisado, três participaram somente no segundo período e cinco participaram nos dois períodos pesquisados.

Entre os sujeitos entrevistados estavam: profissionais do poder Executivo estadual (governador do Estado e secretário de Saúde), da SESAPI (diretores e técnicos) e do MS (diretor e técnicos).

Do Executivo estadual, foram entrevistados Francisco de Assis Moraes Sousa (o “Mão Santa”), governador do estado no período de 1995 a 2001; José Nazareno Cardeal Fonteles, secretário de Saúde do estado no período de janeiro a outubro de 2003 e Bruno Cristiano de Sousa Figueiredo, secretário de Saúde no período de novembro de 2003 a janeiro de 2005.

Da SESAPI, foram entrevistados Geraldo Magela Miranda, diretor de planejamento no período 1997 a 2002 e diretor da unidade de descentralização no período de 2003 a 2004; Marília Iône Futine, técnica da diretoria de planejamento no período de 1997 a 2002 e diretora da unidade de controle e avaliação no período de 2003 a 2007, e Ana Maria Menezes Neiva Eulálio Amorim, chefe do serviço de planejamento da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) no Piauí, no período de 1997 a 2002, e diretora de planejamento da secretaria desde 2003, cargo que continuava sendo ocupado pela entrevistada no dia 18 de junho de 2008, data da sua entrevista.

Do MS, foram entrevistados Sady Carnot Falcão Filho, diretor executivo do Fundo Nacional de Saúde (FNS) no período de 1997 a 2002, assessor especial do ministro da saúde no período de 2003 a 2005 e subsecretário de planejamento e orçamento do Ministério da Saúde, desde 2005, cargo que continuava sendo ocupado pelo entrevistado no dia 01 de julho de 2008, data da sua entrevista; Dulcelena Alves Vaz Martins, coordenadora de finanças do FNS no período de 1995 a 2004 e coordenadora geral de execução orçamentária, financeira e contábil desde 2005, cargo que continuava sendo ocupado pela entrevistada no dia 01 de julho de 2008, data da sua entrevista, e Claunara Schilling Mendonça, técnica de acompanhamento a estados e municípios da Secretaria de Atenção à Saúde no

período de 2002 a 2005 e, atualmente, diretora do departamento de atenção básica da Secretaria de Atenção à Saúde, cargo ocupado a partir de junho de 2008.

Deixaram de ser entrevistados, nos dois períodos, de acordo com o planejamento da pesquisa: Hugo Napoleão, governador do Estado no ano de 2002; Wellington Dias, governador do Estado no período 2003 a 2006; Paulo Lages, secretário de Saúde no período de 1997 a 2001 e Paulo Henrique Paes Landim, secretário de Saúde no ano de 2002. A não realização dessas entrevistas foi resultado da dificuldade encontrada em agendar datas com os respectivos sujeitos e da percepção sobre a ociosidade das informações que poderiam ser coletadas nessas entrevistas.

Nesse sentido, a ausência das entrevistas não trouxe prejuízo para os resultados da pesquisa.

Esses procedimentos, associados ao conjunto das contribuições teóricas reunidas, conforme as formulações de Arretche (2000), forneceram as respostas procuradas. Os resultados estão relatados nesta dissertação, que se organiza em três capítulos.

No primeiro, faz-se uma descrição histórica do processo de institucionalização do SUS no Brasil, desde o início dos anos 1920, com as primeiras iniciativas públicas de assistência à saúde da população, até o início dos anos 2000, com a edição das normas operacionais de assistência pelo MS, em 2001 e 2002.

No segundo capítulo, são analisados os determinantes estruturais do processo de descentralização da política pública de saúde no estado do Piauí e seus reflexos no processo de habilitação do estado nos períodos de 1997 a 2001 e 2002 e 2005.

No terceiro capítulo, são analisados os determinantes ligados à ação política do Estado nos períodos 1997 a 2001 e 2002 a 2005 e seus efeitos no processo de habilitação do Estado nos períodos de 1997 a 2001 e de 2002 a 2005.

E por último, a conclusão apresenta qual dos condicionantes foi determinante para a habilitação do estado do Piauí na condição de gestão plena do sistema estadual de saúde, nos períodos de 1997 a 2001 e 2002 a 2005.

## 2 DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo tem por objetivo fazer um resgate histórico da política de saúde brasileira, descrevendo a realidade do modelo de assistência à saúde adotado no Brasil durante as décadas de 1970 e 1980. Abrange as primeiras iniciativas brasileiras no campo da descentralização da política de saúde, culminando com a descrição do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e de seus reflexos na gestão descentralizada da saúde no Estado do Piauí.

No Brasil, o Sistema de Proteção Social - SPS, até a década de 1970, caracterizou-se por um conjunto disperso e fragmentado, com reduzidos índices de cobertura e fragilmente financiado pelas entidades governamentais na área social. Essa situação, a partir de meados da década de 1960 até final de 1970, consolidou-se sob a égide de um Estado unitário, cujos governadores e prefeitos não tinham autonomia política, fiscal e nem autoridade sobre suas bases militares (ARRETCHE, 2000).

Ainda segundo a autora, “esta forma de Estado moldou uma das principais características institucionais do sistema brasileiro: sua centralização financeira e administrativa” (ARRETCHE, 2000, p. 46).

As políticas sociais federais implantadas nesse período, como as de saneamento básico, habitação, saúde, bem como os programas de assistência social eram todos formulados e financiados por órgãos federais e implementados por diversas agências locais deles dependentes.

Entretanto, a prevalência das características do SPS brasileiro citadas, no que diz respeito ao sistema de saúde, “são fruto de uma política do Estado. Não de um Estado nacional [...]” nem de uma política de saúde, mas da “ação de um poder central exercido pelas oligarquias regionais que instituiu normas de regulação social da relação entre capital e trabalho”, num período de profundas mudanças na sociedade (COHN, 2006, p. 250).

Isso mostra que a política de saúde brasileira, já naquela época, refletia mais uma ação privada das empresas ou das oligarquias regionais, para sustentar o modelo de acumulação capitalista vigente, do que uma ação política propriamente de Estado, no sentido de formular políticas públicas que atendessem realmente aos anseios da sociedade.

Esse interesse inicial, mais privado do que público, no setor saúde foi aprofundado com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAP, as quais foram criadas pelas grandes empresas do país com o objetivo de atender às demandas sociais de seus trabalhadores. Enquanto isso, os outros trabalhadores se organizavam em Associações de Auxílio Mútuo, para atender aos problemas de doenças, invalidez no trabalho e em caso de morte.

Em 1923, foi promulgada a Lei Elói Chaves, que regulamentou a criação das CAP, uma conquista dos trabalhadores, mas ainda restritas ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas. As CAP eram

financiadas pela União, empregadores (1% da receita bruta) e empregados (3% do salário mensal) e, organizadas por empresas, limitavam-se aos grandes estabelecimentos. A administração era paritária, entre patrões e empregados [...]. Os benefícios, proporcionais aos salários recebidos, distribuíam-se em assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensões para os dependentes e auxílio pecuniário para funeral (SOUSA, 2001, p. 76).

A Lei Elói Chaves passou a ser indicada como o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica.

Nas décadas de 1930 e 1940, com Getúlio Vargas na Presidência da República, foram introduzidas importantes mudanças no sistema de proteção social. Em 1937 foi promulgada nova Constituição, que fortaleceu o centralismo e a autoridade presidencial. Em 1939, regulamentou-se a justiça do trabalho e, em 1943, foi homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT e criada a estrutura sindical do Estado.

Quanto à Previdência Social, a política de Estado, no Governo de Getúlio Vargas, voltou-se para ampliação dos benefícios da previdência a todas as categorias do operariado urbano organizado. Dessa forma, as CAP foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAP, agora não mais organizados por empresas, como eram as Caixas, mas por segmentos dos assalariados, segundo o setor econômico em que estavam inseridos.

O primeiro IAP criado foi o dos trabalhadores Marítimos (IAPM), em 1933. Os benefícios assegurados aos seus associados eram: aposentadoria, pensão em caso

de morte, assistência médica e hospitalar e socorros farmacêuticos (BRASIL, 2007b).

Nesse mesmo período, a assistência médica caracterizava-se por ser uma assistência previdenciária, em que os trabalhadores assalariados urbanos contribuía para a previdência, através dos CAP ou IAP e, em contrapartida, recebiam benefícios em forma de assistência médica e hospitalar.

Os demais trabalhadores que não contribuía para a previdência, principalmente os pobres, eram atendidos em hospitais filantrópicos e nas santas casas. Ao passo que, para as classes dominantes, estavam reservados os melhores profissionais médicos formados no exterior e, até mesmo, o acesso a tratamentos no estrangeiro.

Ao Estado cabia, no setor saúde, as ações clássicas de saúde pública: vacinação, isolamento dos portadores de doenças contagiosas ou “perigosas” para a sociedade.

Até o final da década de 1950, a assistência médica previdenciária tinha pouca importância no sistema previdenciário brasileiro. Somente nas décadas de 1960 e 1970 é que o modelo de saúde, baseado na assistência médica previdenciária ganhou destaque.

O golpe militar de 1964 privilegiou tal modelo, favorecendo a livre empresa médica e a privatização do sistema de saúde. Em 1966 criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), uma unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que além de gerir as aposentadorias e as pensões, financiaria a assistência médica dos trabalhadores com empregos formais através da compra de serviços médicos junto à iniciativa privada, fortalecendo o movimento de privatização do setor.

O aprofundamento do modelo de saúde previdenciário, no regime militar, acabou por forjar características no sistema de saúde brasileiro, que até hoje são enfrentados como grandes ameaças à efetivação do SUS. Características como:

- a) sistema público de saúde dual – um sistema para os assalariados do mercado formal e outro para os não assalariados. Além do que um sistema liberal para aqueles que podem pagar a assistência médica oferecida pelo mercado;
- b) tradição histórica da política de saúde, altamente centralizada e verticalizada;

- c) tradição histórica da saúde, entendida como assistência médica, um direito vinculado ao mercado de trabalho (Previdência Social) e não um direito de todos os cidadãos. Além disso, para que esse direito fosse garantido, dependeria da contribuição compulsória para a previdência social;
- d) um sistema onde, preferencialmente, os prestadores de serviços são privados, em vez de públicos;
- e) herança de uma distribuição desigual de equipamentos de saúde, concentrando-se nas regiões demográficas mais desenvolvidas e populosas;
- f) herança de um modelo de atenção à saúde comandada pela lógica da assistência médica (modelo hospitalocêntrico), em vez da dinâmica de um sistema de saúde integrado, hierarquizado e regionalizado;
- g) dualidade entre os órgãos governamentais no que diz respeito à definição e implementação da política de saúde no Brasil, tanto na União quanto nos estados;
- h) duplo comando na saúde – a previdência responsável pela assistência médica e hospitalar, e o Ministério da Saúde (MS), responsável pela atenção à saúde coletiva (COHN, 2006).

Entretanto, a prioridade dos governos militares ao modelo de atenção a saúde assistencial, privado, de alto custo e financiado pela Previdência Social (modelo de saúde previdenciário) começou a se desestruturar em meados da década de 1970, pois o modelo econômico implantado pela ditadura militar entrou em crise. Tal modelo dependia, fundamentalmente das contribuições dos trabalhadores assalariados e das empresas e, conseqüentemente, do crescimento do país e do número de empregos formais para financiar a saúde.

Com a crise econômica mundial e brasileira, em meados da década de 1970, o governo passou a ter dificuldade de financiar a saúde via previdência, pois a recessão imposta pela crise produziu na classe trabalhadora redução salarial, aumento do desemprego e aprofundamento da questão social e, na classe empresarial, redução do ritmo das atividades produzidas.

Portanto, a crise do modelo de saúde previdenciário foi alimentada tanto pela redução das contribuições previdenciárias dos trabalhadores assalariados e dos empregadores, quanto pelo acirramento da questão social, através do aumento do desemprego, da marginalidade e da favelização das grandes cidades.

Nesse cenário de crise, com a redução dos recursos para o financiamento da saúde e aumento das demandas sociais por saúde, o modelo hospitalocêntrico<sup>1</sup> de assistência médica passa a não responder mais aos anseios da população e, praticamente, esgota-se. Daí surge o desejo de se buscarem novos caminhos para atender às necessidades da população, de forma a ampliar a cobertura assistencial com baixo custo.

Os anos 1970 também são marcados pelo surgimento das primeiras experiências em medicina comunitária, realizadas por instituições acadêmicas e secretarias de saúde. Além disso, começavam a se desenvolver as primeiras experiências de municipalização da saúde.

Em 1974, criou-se o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que juntamente com o Ministério da Saúde (MS) passaram a ser responsáveis pela área da saúde. O MS, responsável pela “saúde coletiva”, e o MPAS, voltado para a assistência médica-previdenciária individual.

Em 1975, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) implantado na região Nordeste, em 1977. Somente, em 1979, o PIASS expandiu-se para todo território nacional.

O PIASS tinha como objetivo:

dotar as comunidades do Nordeste - cidades, vilas e povoados até 20 mil habitantes residentes na sede - de uma estrutura básica e permanente de saúde pública capaz de contribuir para solução dos problemas médico-sanitários de maior reflexo social (AMORIM, 2004, p. 107).

O PIASS foi fruto de um movimento internacional de mudança na forma de condução da política de saúde, que culminou, em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga URSS), onde se formulou a Declaração de Alma-Ata, que enfatizava o modelo de saúde coletiva, priorizando a promoção e proteção à saúde, realizadas de forma hierarquizada e descentralizada pelo Estado, em detrimento ao modelo médico assistencial privado, centralizado no médico e na cura individual das doenças através da hospitalização em grandes unidades de saúde privadas (BRASIL, 2007a).

---

<sup>1</sup> Modelo de saúde centralizado no médico e na cura individual das doenças através da hospitalização em grandes unidades de saúde privadas.

A Conferência Internacional de Alma-Ata só veio reforçar os ideais do PIASS, pois este já recomendava que os serviços de saúde fossem organizados de forma hierarquizada e descentralizada, determinando que os serviços de baixa complexidade fossem descentralizados para as unidades de saúde mais simples, localizadas na periferia das cidades, e os de maior complexidade fossem oferecidos de forma centralizada, em unidades com mais recursos e serviços especializados.

O PIASS foi um ponto de inflexão na forma de atuação da previdência, que expandiu sua ação indireta efetuada, através de convênios com as secretarias de saúde. Além do que, nesse programa, instalava-se as primeiras iniciativas de racionalidade sistêmica e de gestão descentralizada na política pública de saúde brasileira. Iniciativas essas que foram fundamentais para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988.

## 2.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS NO BRASIL E SEUS REFLEXOS NA GESTÃO DESCENTRALIZADA DA SAÚDE NO ESTADO DO PIAUÍ

No Brasil, a década de 1980 foi marcada por grandes mudanças na esfera política do Estado, tanto na organização político-administrativa, quanto na relação do Estado com a sociedade, através das políticas públicas. Essas mudanças afetaram sobremaneira a constituição do SUS e seu processo de descentralização.

No que diz respeito às mudanças na organização político-administrativa, dois fatores foram determinantes para a institucionalização do atual sistema de saúde brasileiro: a luta pela redemocratização e o restabelecimento da democracia.

A luta pela democratização da saúde teve início, de forma organizada, a partir da reforma universitária de 1968, que incorporou a medicina preventiva no currículo das universidades e tornou obrigatória a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs).

Os DMPs passaram a ser o local de produção de conhecimento sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias. Locus, também, que buscava conciliar a produção científica e a prática política, envolvendo-se com as organizações da sociedade civil, na luta pela redemocratização do país.

Esse novo espaço de discussão teórico e prático sobre a saúde pública influenciou, de forma decisiva, a criação do Movimento Sanitário brasileiro.

O Movimento Sanitário iniciou nos sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde, onde se debatiam assuntos relacionados às endemias, epidemias e a degradação da qualidade de vida da população. Depois, fundiu-se com outros movimentos sociais que lutavam pelos direitos civis e sociais inerentes à democracia (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O Movimento era contrário ao modelo de saúde previdenciário e à ditadura militar, vigente no país, passando a articular uma série de propostas contestatórias ao regime.

Com o processo de abertura política do regime, iniciado em 1974 no governo militar de Geisel e aprofundado no governo Figueiredo (1980-1984), intensificaram-se as críticas ao modelo vigente de saúde. Além das críticas, vários projetos alternativos ao modelo oficial de atenção à saúde foram viabilizados com sucesso.

Esses projetos que enfatizaram os princípios de “democratização do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização”, como por exemplo, o PIASS e o Projeto Montes Claros (MOC), cujos princípios nortearam a proposta do SUS (BRASIL, 2007b, p. 29).

Portanto, as críticas, cada vez maiores ao sistema de saúde, e o agravamento da crise da previdência levaram o governo a criar, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, órgão vinculado ao MPAS, com a função de organizar e racionalizar a assistência médica.

O CONASP tomou medidas moralizadoras na saúde, no sentido do estabelecimento de parâmetros assistenciais, visando disciplinar o atendimento médico-hospitalar dos hospitais conveniados e da rede pública.

Em 1986, já sem os militares no poder, e com vários sanitaristas ocupando cargos de destaque em instituições responsáveis pela política pública de saúde foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que lançou os princípios da Reforma Sanitária e aprovou a criação do SUS.

Em 1987, envoltos na discussão sobre o financiamento e a operacionalização do SUS o MS criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, cujos princípios eram a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária (BRASIL, 2007b).

A década de 1980 também foi marcada pelo restabelecimento da democracia, principalmente pela recuperação das bases do Estado federativo, cuja autoridade política de cada nível de governo passou a ser soberana e independente das demais.

A Constituição de 1988 reconstruiu a federação brasileira e provocou mudanças significativas nas relações intergovernamentais.

O governo central promoveu uma descentralização fiscal, em razão da qual os governos dos Estados e Municípios tiveram grande expansão de autoridade sobre os recursos fiscais, pois a parcela dos tributos federais que eram transferidas automaticamente para os governos municipais e estaduais foi ampliada, além do que os estados e municípios passaram a ter participação em impostos de significativa importância (ARRETCHE, 2000).

A recuperação das bases federativas do Estado brasileiro teve importante papel no processo de descentralização das políticas sociais, principalmente pelo fato de resguardar o princípio da soberania, que assegura Estados e/ou Municípios a assumir a gestão de políticas públicas sob a prerrogativa da adesão, precisando, portanto, de incentivos para tal. Desta forma:

Em Estados federativos, Estados e Municípios – porque dotados de autonomia política e fiscal – assumem funções de gestão de políticas públicas ou por própria iniciativa, ou por adesão a algum programa proposto por outro nível mais abrangente de governo, ou ainda por expressa imposição constitucional (ARRETCHE, 2000, p. 47).

No tocante às políticas públicas, em especial à saúde, duas mudanças foram fundamentais para a criação do SUS, na década de 1980. Primeira, o esgotamento do modelo de saúde hospitalocêntrico e ascensão do movimento de reforma sanitária em direção a um modelo de saúde pública, universal, equitativo, integral, descentralizado e com participação social; segunda, a efetivação do direito à saúde, como um direito social, garantia da competência do Estado.

Os anos 1980 foram a base de construção do projeto de Reforma Sanitária, que tinha como pano de fundo a construção do Sistema Único de Saúde – SUS.

Esse projeto era baseado, fundamentalmente, na democratização do acesso, universalização das ações e serviços, descentralização e melhoria da qualidade dos serviços, mediante a integralidade e equidade das ações.

Seu objetivo principal era garantir que o Estado atuasse em função da sociedade, baseando-se na concepção de estado democrático e de direito,

responsável pelas políticas sociais, como a desenvolvida na área de saúde. Incentivava, também, uma relação diferenciada com a sociedade, buscando a presença de novos atores sociais por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde (BRAVO E PEREIRA, 2001, p.199).

Esse movimento de reforma sanitária, cujo auge se deu na VIII Conferência Nacional de Saúde, foi tão efetivo, que conseguiu na Constituição Federal (CF) de 1988, no artigo 196 - Capítulo da Saúde - definir a Saúde como:

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua Promoção, Proteção e Recuperação (BRASIL, 2003b, p. 47).

Isso significava dizer que a saúde passou a ser um direito de todos os cidadãos brasileiros e que o Estado tinha o dever de garantir esses direitos mediante a organização de um sistema de saúde público, universal e que oferecesse, de forma igualitária, tanto ações e serviços preventivos quanto assistenciais.

Assim, a saúde como um direito de todos, como preconiza a Constituição Federal, estabeleceu a necessidade dos vários níveis de governo adotarem, nas suas políticas e projetos de intervenção, um posicionamento claro quanto ao caráter público das ações e serviços de saúde, de tal maneira que a saúde fosse assumida como função do Estado (AMORIM, 2004).

Para tanto, seria necessário constituir um Sistema Único de Saúde (SUS), cujas ações e serviços públicos de saúde integrassem uma rede regionalizada e hierarquizada e sua organização obedecesse as seguintes diretrizes: da descentralização, com direção única em cada esfera de governo; do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e da participação da comunidade. Além disso, o financiamento do Sistema seria oriundo dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 2003a).

A criação do SUS, em 1988, consolidou o processo de descentralização, que iniciou com o PIASS, em meados dos anos 1970, passando pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, e pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1988.

O SUS apresentou três inovações relevantes à política de saúde: o comando único em cada esfera de governo, a descentralização como princípio organizador

básico e a co-responsabilidade do financiamento dos recursos entre União, Estados e Municípios. Essas três inovações marcaram, profundamente, o processo de descentralização da saúde na década de 1990.

Posto isto, há que se destacar a década 1990 como um período marcado por forte instrumentalização do Estado, no sentido de garantir a materialização do direito social à saúde, assegurado pela Constituição de 1988. Dessa forma, um conjunto de instrumentos legais foram criados para nortear o funcionamento do novo modelo de atenção à saúde – Lei orgânica 8.080/90 e Lei 8.142/90, Normas Operacionais Básicas (NOB), Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde em 2006.

Instrumento de grande relevância para a organização do SUS, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) dispôs sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços.

A Lei Orgânica definiu, no art. 4, que o SUS era constituído por um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” e que a iniciativa privada poderia participar do SUS de forma complementar (BRASIL, 2003a, p. 23).

A Lei 8.080, no art. 7, disciplinou, também, que as ações e serviços de saúde oferecidos pelo SUS seriam desenvolvidas, de acordo com as diretrizes constitucionais da descentralização, integralidade da assistência e participação social e obedeceriam aos princípios, dentre outros da:

- a) universalidade do acesso aos serviços de saúde;
- b) integralidade e equidade da assistência à saúde;
- c) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades;
- d) participação da comunidade;
- e) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, dando ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 2003a).

Quanto à direção única do SUS, ela seria exercida no âmbito Federal pelo Ministério da Saúde, no âmbito Estadual e Distrito Federal pela respectiva Secretaria Saúde e, no âmbito Municipal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Essa mesma Lei Orgânica estabeleceu novas competências para os gestores do SUS. O MS, órgão gestor federal do sistema, passaria de executor direto para regulador das ações e serviços de saúde do SUS, ficando a execução direta como um caráter mais complementar.

Além do caráter mais regulador e menos executor das ações de saúde, caberia ao MS enfatizar a promoção da descentralização para os Municípios das ações e serviços de saúde, bem como, a cooperação técnica e financeira aos Estados, Distrito Federal e aos Municípios.

Ainda seria de competência do MS o planejamento, controle, avaliação e auditoria, bem como a promoção de sua descentralização. Além disso, a normatização e coordenação do sistema nacional de sangue e hemoderivados e, finalmente, a regulação do setor privado no que diz respeito à cobertura assistencial do SUS.

Quanto as Secretárias Estaduais de Saúde, órgãos gestores estaduais do sistema, passariam a ter o papel principal de coordenação do sistema, podendo, de forma complementar, normatizar e executar ações e serviços de saúde que não eram realizados pelos municípios.

Caberia ainda à direção estadual do SUS, planejar, programar e organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, cujo funcionamento seria acompanhado, controlado e avaliado. Também seria de sua competência a promoção da descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde, bem como, a coordenação da rede estadual de laboratórios públicos de saúde e hemocentros e gestão de sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional.

Quanto as Secretarias Municipais de Saúde, órgãos gestores municipais do sistema, passariam a ter o papel principal de execução dos serviços públicos de saúde, sem perder as funções planejadoras, organizadoras, controladoras e avaliadoras, seriam, portanto, gestoras das ações e serviços de saúde, ofertados no âmbito municipal, podendo celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como, controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.

Apesar de a Lei Orgânica ter sido um grande avanço na institucionalização do SUS, alguns pontos fundamentais para a consolidação do Sistema foram vetados

pelo então Presidente da República, Fernando Collor de Melo, na gestão do Ministro da Saúde, Alcení Guerra.

Temas como a descentralização do financiamento para Estados e Municípios e o controle social foram, praticamente, excluídos do texto original da lei provocando grande mobilização em torno da descentralização dos recursos e da participação da sociedade na questão da saúde. Mobilização essa articulada, principalmente, pelo movimento sanitário, mediante a realização de uma Plenária com vários segmentos da saúde brasileira, que culminou com o compromisso de o Ministro enviar um novo projeto de lei que contemplasse os artigos vetados pelo presidente (BRASIL, 2006a).

Então, três meses após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, em 28 de Dezembro de 1990, a Lei 8.142 foi sancionada pelo Presidente da República, Fernando Collor de Melo. Essa Lei dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, temas esses mutilados na proposta original da Lei 8.080.

Quanto à participação da comunidade na gestão do SUS, a Lei 8.142 criou duas instâncias colegiadas, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

A primeira instância reunir-se-ia a cada quatro anos, com a representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e definir as diretrizes da política de saúde para os próximos anos.

A segunda instância teria um caráter permanente e deliberativo. Seria um órgão colegiado composto de forma quadripartite pelos representantes dos governos, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. A representação dos usuários, tanto nos Conselhos quanto nas Conferências, seria paritária, em relação ao conjunto dos demais segmentos, com 50% de usuários e 50% dos demais representantes.

Quanto às transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, a Lei 8.142 definiu que os recursos seriam repassados pela União aos Estados, Distrito Federal e Municípios de forma regular e automática, obedecendo aos critérios previsto no art. 35 da lei orgânica da Saúde<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> O art. 35 da Lei Orgânica da Saúde estabelece que valores a serem transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios serão definidos pelos critérios técnicos: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenhos técnico, financeiro e econômico no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão do plano quinquenal

Mas, para que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios recebessem os recursos descentralizados pela União, teriam que ter:

- a) fundo de saúde;
- b) conselho de saúde, com composição paritária;
- c) plano de saúde;
- d) relatórios de gestão;
- e) contrapartida de recursos para saúde no orçamento;
- f) comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários – PCCS.

Se os requisitos para descentralização dos recursos não fossem atendidos pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, respectivamente, a União e os Estados administrariam tais recursos.

No final de 1990, os princípios e diretrizes do SUS, definidos na CF e, as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, definidos nas Leis complementares 8.080 e 8.142, estavam assegurados e constituíam-se em todo o arcabouço legal para a organização e implantação do SUS no Brasil.

Entretanto, seria necessária a produção de todo um instrumental capaz de dar sustentação operacional ao SUS, pois as diretrizes estavam postas. Tendo em vista essa necessidade de operacionalização, o MS construiu toda uma legislação infraconstitucional (resoluções, portarias, atos normativos e normas operacionais) com a finalidade de regulamentar a operacionalização do Sistema nas três esferas de poder (União, Estados e Municípios), obedecendo às diretrizes da descentralização, integralidade da assistência e participação social.

Toda essa legislação infraconstitucional foi efetivada, principalmente, por meio das chamadas normas operacionais do SUS, sendo que, desde 1991, foram editadas seis normas operacionais (NOB 91, NOB 92, NOB 93, NOB 96, NOAS 2001 e NOAS 2002) e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde 2006. Isso se justifica porque, à medida que o processo de descentralização da gestão da saúde avança, novas estratégias se fazem necessárias.

No entanto, algumas resoluções de normas anteriores foram alteradas, ou regulamentadas por normas subseqüentes, ou por portarias técnicas, sem cessar completamente seus efeitos em relação a outros aspectos. Como consequência,

---

de investimentos na rede e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

observou-se uma sobreposição de normas e portarias que têm dificultado a apropriação do aparato legal do SUS por seus atores. Além disso, alguns conteúdos desses instrumentos normativos nunca foram implementados e continuam constando do seu texto como letra morta.

Ainda no governo Collor de Melo, durante a gestão do Ministro Alcení Guerra, foi emitida pelo MS via Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INAMPS) a resolução nº 258, de 7 de Janeiro de 1991, que aprovava a primeira Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB 1/91.

As NOBs, desde então, foram constituídas em Instrumento jurídico institucional, editado periodicamente pelo Ministério da Saúde, após amplo processo de discussão com demais gestores e outros segmentos da sociedade, negociadas e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovadas no Conselho Nacional de Saúde, para aprofundar e reorientar a implementação do SUS, definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais, regular as relações entre seus gestores e normatizar o SUS, principalmente, a partir da NOB 93.

A primeira de uma série de Normas Operacionais Básicas, a NOB 91, foi criada na tentativa de tornar operacionais os preceitos das Leis 8.080 e 8.142 e tratar da nova política de financiamento do SUS.

Estabeleceu como pontos principais para a organização do Sistema, no que diz respeito ao financiamento, a equiparação dos prestadores públicos e privados, cujo pagamento seria realizado pela produção de serviços.

Assim, as atividades hospitalares seriam pagas através Sistema de Internação Hospitalar (SIH), via instrumento de Autorização de Internações Hospitalares (AIH), e as atividades ambulatoriais seriam pagas pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), via instrumento da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Além do que estabeleceu o instrumento de convênios para a transferência de recursos do INAMPS para Estados e Municípios.

No que diz respeito à gestão descentralizada do SUS, a NOB 91 centralizou no INAMPS a gestão do SUS, em nível federal e enfatizou a gestão municipal, onde considerou os Municípios, que atendessem os requisitos básicos de criação de conselhos e fundos municipais de saúde, que apresentassem o plano municipal de saúde aprovado pelo conselho, que apresentassem o relatório de gestão local, que elaborassem o Plano de Cargo, Carreira e Salários (PCCS) e que previssem nos

seus orçamentos pelo menos 10% como contrapartida dos recursos transferidos pelo governo federal, habilitados em receber transferências automáticas e diretas de recursos da União (BRASIL, 2006a).

Portanto, a estratégia adotada pela NOB 1/91 reforçou a centralização federal na organização do modelo de atenção à saúde, principalmente no que diz respeito ao financiamento, tanto do lado da assistência, com a sistemática de pagamento direto do MS/INAMPS aos prestadores pela produção aprovada, quanto do lado da saúde coletiva, com o modelo de transferência de recursos via instrumento de convênio.

Entretanto, essa mesma NOB deu os primeiros passos rumo à descentralização da saúde, quando estimulou financeiramente a adesão dos municípios a se habilitarem em receber transferências de recursos automáticas e diretas do governo federal para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde em seus municípios.

Isso significou dizer que o MS, mediante a NOB 1/91, apesar da centralização financeira, iniciou uma política deliberada de indução dos governos estaduais e, principalmente dos governos municipais à descentralização da saúde. Segundo Arretche (2000), num estado federativo, como o Brasil, o sucesso da descentralização de uma política social depende, principalmente, da capacidade do nível de governo mais abrangente em desenvolver ações e serviços de saúde que estimulem os municípios a assumir, de forma efetiva, por meio de adesão, tais serviços.

O próximo passo dado pela política deliberada de indução a descentralização da saúde foi a aprovação da NOB 1/92, mediante a Portaria n. 234 de 7 de fevereiro de 1992, do MS. Tal Norma deu continuidade, em linhas gerais, ao que estava previsto na NOB 1/91 e trouxe algumas novidades:

- a) instituiu o Índice de Valorização de Qualidade (IVQ) a ser concedido e repassado aos hospitais da rede do SUS;
- b) criou o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE), cujo objetivo era reajustar os valores repassados mensalmente para os Estados habilitados para reposição e modernização dos equipamentos da rede pública estadual e municipal;

- c) criou o programa Pró-Saúde, que tinha como objetivo principal à reorganização dos serviços de saúde com a participação da União, Estados e Municípios;
- d) alocou os recursos financeiros federais do SUS no Fundo Nacional de Saúde, muito embora o INAMPS continuasse sendo o repassador dos recursos aos Estados e Municípios (BRASIL, 2007b).

Em 1993, dois fatos marcaram a saúde. O primeiro, foi a extinção do INAMPS, com o repasse das funções, competências, atividades e atribuições às instituições gestoras do SUS, no âmbito da União, dos Estados e dos Municípios. O segundo, foi a edição da Norma Operacional Básica do SUS 01/03 - NOB/SUS 1/93 pela Portaria GM/MS n. 545, de 20 de maio de 1993.

Essa NOB/SUS 1/93 foi editada no governo Itamar Franco, sob a gestão do Ministro da Saúde Jamil Haddad, que formalizou os princípios aprovados na IX Conferência Nacional de Saúde, cujo tema era “a municipalização é o caminho”, e no documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei". Documento este que foi produzido pelo Grupo Especial para Descentralização (GED) do MS e que buscou elaborar propostas que pudessem viabilizar o processo de implantação do SUS, com prioridade para a descentralização (CORNÉLIO, 1999).

Do ponto de vista do financiamento da assistência, a NOB 1/93 não trouxe grandes alterações. Continuou a sistemática do MS de repasses diretos ao prestador, segundo produção aprovada, porém introduziu duas novidades. A primeira, foi à criação da base de cálculo para o estabelecimento de um teto financeiro mensal para a transferência de recursos aos municípios e aos Estados. A segunda, foi à criação de uma nova modalidade de transferência de recursos regular e automática da União para Estados e Municípios – a transferência “fundo a fundo”.

Esse tipo de transferência “fundo a fundo”, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos estaduais e municipais de saúde, mesmo condicionado a uma série de requisitos, apresentou-se como uma estratégia importante do MS, para incentivar os Estados e Municípios a assumir de forma descentralizada as ações e serviços de saúde, nas suas respectivas esferas de governo.

Do ponto de vista da gestão descentralizada, a NOB 1/93 possibilitou a constituição da Comissão Intergestores Tipartite (CIT) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A CIT, instância de negociação e decisão nacional, composta por representantes do MS, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), teria a função de auxiliar o MS na elaboração de propostas para a operacionalização do SUS.

A CIB, instância de negociação e de decisão estadual, composta de forma paritária por representantes da Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, teria responsabilidade de auxiliar a Secretaria Estadual de Saúde na condução de propostas para operacionalização do Sistema.

Além de incentivar a constituição desses novos fóruns de negociação e decisão do SUS, a NOB 93 estabeleceu novos critérios para descentralização de recursos e competências, para a execução de ações e serviços de saúde, no âmbito dos Estados e Municípios.

Assim, os municípios que almejavam assumir a gestão descentralizada do sistema de saúde, recebendo com isso transferências automáticas e regulares da União, além das condições preconizadas nas NOBs anteriores, tinham, agora, que comprovar semestralmente, através das atas de suas reuniões, o funcionamento dos conselhos municipais de saúde. Dessa forma, poderiam se habilitar em um dos três níveis de gestão: incipiente, parcial e semiplena.

Na gestão incipiente, os municípios assumiriam imediatamente ou gradativamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, a responsabilidade sobre:

- a) a contratação e cadastramento dos prestadores de serviços;
- b) o controle da quantidade de AIH e procedimentos ambulatoriais prestados por unidade;
- c) o controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados;
- d) a incorporação à rede de serviços de ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilâncias epidemiológica e sanitária;
- e) o desenvolvimento de ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e assistência;
- f) a reabilitação ao acidentado ou portador de deficiência ocasionada pelo trabalho.

Para assumir a condição de gestão parcial, o município deveria se responsabilizar por todas as ações previstas na gestão incipiente. A mudança estava no repasse de recursos, que os recebia mensalmente, correspondente à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município.

Na condição de gestão semiplena, o Município assumiria a total responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços públicos e privados e o gerenciamento de toda rede pública existente no município, à exceção das unidades hospitalares de referência que estariam sob o controle estadual; assumiria a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilâncias epidemiológica e sanitárias e saúde do trabalhador em seu território. Em relação ao repasse de recursos, receberia mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

Os requisitos estipulados para o enquadramento dos municípios nas três formas de gestão da NOB 93, incentivaram a criação dos Conselhos Municipais e dos Fundos Municipais de Saúde e estimularam o estabelecimento de contatos entre os Municípios e as Comissões Intergestoras Bipartites.

Para os estados, a NOB 93 previu a condição de gestão parcial, os quais deviam assumir a responsabilidade por uma programação integrada com seus municípios, no tocante à manutenção de serviços e investimentos, além de gerir os recursos de investimentos próprios e os transferidos pela esfera federal.

O sucesso das mudanças obtidas na NOB 1/93 proporcionou uma ampla discussão sobre a saúde, que culminou com a publicação da NOB 1/96 no Diário Oficial da União, em 6 de janeiro de 1996, na gestão do Ministro da Saúde Adib Jatene e do Presidente da República Fernando Henrique Cardoso. Entretanto, há que se ressaltar que a NOB 96 só foi implementada, a partir de 1998.

Mesmo com demora na sua implantação, a NOB continuou a política deliberada do MS no sentido de induzir Estados e Municípios a descentalizarem as ações e serviços de saúde. Entretanto, as estratégias implementadas nessa Norma, a partir de toda uma sistemática que já vinha sendo construída desde a NOB 1/91, constituíram-se um ponto de inflexão na organização sistêmica do SUS e na velocidade da efetivação da estratégia de descentralização, principalmente, quanto à municipalização dos serviços de saúde.

No que se refere à organização do SUS como um Sistema, a NOB 1/96 apresentou uma moderada racionalidade sistêmica, bem diferente das demais Normas. Racionalidade esta vinculada às iniciativas e negociações intermunicipais, com participação e mediação da instância estadual, mediante a criação Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A PPI passou a ser um instrumento de viabilização das negociações entre os gestores municipais, mediado pelo gestor estadual, no sentido de definirem as regras operacionais, quando um serviço requerido para o atendimento da população estivesse localizado em outro município.

Outra questão importante na organização do SUS foi à definição de três grandes campos de atuação no modelo de atenção à saúde, proposta pela NOB 1/96.

Primeiro, o da assistência, “em que atividades são dirigidas às pessoas, individualmente ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente o domiciliar”. Segundo, o das intervenções ambientais, “as relações e condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental”. Terceiro, o das políticas externas ao setor saúde, “às políticas macroeconômicas, o emprego, à habitação, à educação, o lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos” (BRASIL, 2007a, p.163).

No que se refere à descentralização da assistência, essa Norma avançou bastante. Foram implantadas novas regras para o financiamento, aprofundaram-se as mudanças no modelo assistencial e de organização dos serviços e, por fim, criaram-se novas condições de gestão para os municípios e Estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município, pela saúde de seus cidadãos, e redefinindo competências de Estados e Municípios.

Quanto às mudanças no financiamento, a NOB 1/96 implementou o Piso Assistencial Básico (PAB) fixo, que depois foi modificado para Piso de Atenção Básica, ampliando sua abrangência.

Os recursos do PAB passariam a financiar as ações de atenção básica, segundo o valor nacional per capita para a população coberta, sendo as transferências de recursos repassadas fundo a fundo, de forma regular e automática.

Essa forma de financiamento rompia com o modelo tradicional de pagamento por produção (pós-pagamento) que incentivava Estados e municípios a serem apenas prestadores de serviços e passava a incentivar os governos estaduais e municipais, mediante a troca de recursos financeiros regulares e automáticos, para que organizassem seus sistemas de saúde e se transformassem, efetivamente, em gestores do SUS.

Outra mudança importante no financiamento, com essa NOB, foi a adoção de incentivos financeiros específicos às áreas estratégicas, como por exemplo, a da atenção básica. Ações de saúde como os Programas Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foram incentivados e, em pouco tempo, expandiram-se vertiginosamente. Esses incentivos induziram os municípios a assumirem de forma descentralizada as ações e serviços de saúde.

Quanto ao modelo assistencial e a organização dos serviços, as principais mudanças se deram no fortalecimento da Atenção Básica, com a expansão da estratégia do PSF e do PACS e na criação de redes assistenciais, na perspectiva de regionalização, como forma de garantir a integralidade da assistência.

Quanto à gestão, a NOB 1/96 trouxe como avanços à “introdução de novos atores na arena setorial, representado pelos milhares de gestores dos municípios habilitados, de acordo com as condições de gestão da NOB/SUS 01/96” e a descentralização de competências, onde existiu “uma imensa transferência de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para municípios e estados” (BRASIL, 2002, p. 21-22).

Esses avanços foram possíveis devido às condições de gestão definidas nesta NOB, que permitiriam aos Municípios se habilitarem nas condições de Gestão Plena da Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal e aos Estados nas condições de Gestão Avançada do Sistema Estadual ou Gestão Plena do Sistema Estadual. Essas condições explicitavam, de forma detalhada, as responsabilidades do gestor de cada esfera de governo e os requisitos relativos à modalidade de gestão, com prerrogativas que favoreciam seu desempenho.

A condição gestão plena da atenção básica permitia ao município receber, de forma regular e automática, transferências de recursos do PAB, do Piso Básico da Vigilância Sanitária (PBVS) e dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças. Além disso, subordinava todas as unidades

básicas de saúde, estatais ou privadas, estabelecidas no território do município à gestão do SUS municipal.

Mas, para isso se efetivar, os municípios precisariam comprovar:

- a) o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS);
- b) a operação do Fundo Municipal de Saúde (FMS);
- c) a elaboração e implantação da PPI do Estado;
- d) a capacidade técnica e administrativa para o exercício das responsabilidades e prerrogativas sob sua gestão;
- e) a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal;
- f) a formalização do pleito de habilitação na CIB atestando o cumprimento dos requisitos necessários à condição de gestão pleiteada;
- g) a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- h) a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para a supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

Aprovado os requisitos, o Município se responsabilizaria em:

- a) elaborar toda a programação municipal de saúde;
- b) gerenciar as unidades ambulatoriais e hospitalares próprias, do Estado e da União em seu território,
- c) prestar os serviços relativos aos procedimentos cobertos pelo PAB;
- d) operacionalizar o SIA/SUS em procedimentos cobertos pelo PAB;
- e) autorizar as internações hospitalares e os procedimentos ambulatoriais especializados que continuam sendo pagos por produção de serviços;
- f) executar as ações básicas de vigilância sanitária, epidemiologia e controle de doenças e de outros agravos;
- g) elaborar do relatório anual de gestão com aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Já os municípios que quiserem se habilitar, na condição gestão plena do Sistema Municipal, além das prerrogativas já inclusas na modalidade de gestão plena da atenção básica, poderiam receber ainda transferências regulares e automáticas dos recursos referentes:

- a) ao Teto Financeiro da Assistência (TFA), que são recursos para o financiamento das áreas de atenção básica e de média e alta complexidade;
- b) ao Piso Básico da Vigilância Sanitária;
- c) aos serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade.

Entretanto, para se efetivar essas prerrogativas, os municípios teriam que comprovar, além dos requisitos da condição de gestão plena da atenção básica, as seguintes questões:

- a) o funcionamento dos serviços estruturados de vigilância sanitária, epidemiológica e de controle de zoonoses;
- b) a apresentação do Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito aprovado pela CMS;
- c) a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

Comprovado o atendimento dos requisitos, os municípios passariam a se responsabilizar, de forma complementar às responsabilidades da gestão plena da atenção básica:

- a) pela normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal;
- b) pela administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade, conforme negociado na PPI;
- c) pela operação do SIH/SUS e do SIA/SUS.

No que diz respeito às condições de gestão dos Estados, estabelecidas pela NOB 1/96, os Estados poderiam se habilitar em duas condições, e os que não aderissem ao processo de habilitação em pelo menos em uma delas não fariam jus às novas prerrogativas introduzidas por esta Norma.

O quadro 1 mostra os critérios para os Estados se habilitarem na Gestão Avançada do Sistema de Saúde ou na Gestão Plena do Sistema Estadual de saúde.

Gestão Avançada do Sistema Estadual	Gestão Plena do Sistema Estadual
<p><b>Responsabilidades Comuns</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração da PPI do Estado;</li> <li>• Elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos;</li> <li>• Gerência de unidades estatais da hemorede e laboratórios de referência para controle de qualidade;</li> <li>• Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia;</li> <li>• Organização de sistemas de referência</li> <li>• Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica;</li> <li>• Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, de alto custo, tratamento fora do domicílio e dos medicamentos especiais;</li> <li>• Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão;</li> <li>• Cooperação técnica e financeira com os municípios para a consolidação do processo de descentralização, organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços;</li> <li>• Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde;</li> <li>• Coordenação de atividade de vigilância epidemiológica e controle de doenças;</li> <li>• Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças</li> <li>• Coordenação das atividades de vigilância sanitária</li> <li>• Execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados na NOB;</li> <li>• Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as executadas pelos municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal;</li> <li>• Execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária – PDAVS</li> <li>• Apoio logístico e estratégico às atividades à atenção à saúde das populações indígenas.</li> <li>• Contratação, controle, auditoria e pagamento dos serviços, sob gestões estaduais, contidas na Fração Assistencial Especializada – FAE;</li> <li>• Contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados;</li> <li>• Ordenação dos demais pagamentos dos serviços hospitalares e ambulatoriais, sob gestão estadual;</li> <li>• Operação do SIA/SUS e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.</li> </ul>	<p><b>Responsabilidades Comuns</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração da PPI do Estado;</li> <li>• Elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos;</li> <li>• Gerência de unidades estatais da hemorede e laboratórios de referência para controle de qualidade;</li> <li>• Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia;</li> <li>• Organização de sistemas de referência</li> <li>• Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica;</li> <li>• Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, de alto custo, tratamento fora do domicílio e dos medicamentos especiais;</li> <li>• Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão;</li> <li>• Cooperação técnica e financeira com os municípios para a consolidação do processo de descentralização, organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços;</li> <li>• Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde;</li> <li>• Coordenação de atividade de vigilância epidemiológica e controle de doenças;</li> <li>• Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças</li> <li>• Coordenação da atividade de vigilância sanitária</li> <li>• Execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados na NOB;</li> <li>• Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as executadas pelos municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal;</li> <li>• Execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária – PDAVS</li> <li>• Apoio logístico e estratégico às atividades à atenção à saúde das populações indígenas.</li> <li>• Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual;</li> <li>• Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional</li> </ul>

<p><u>Requisitos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprovar o funcionamento do CES;</li> <li>• Comprovar o funcionamento da CIB</li> <li>• Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde;</li> <li>• Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES.</li> <li>• Apresentar o Relatório de Gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior a solicitação do pleito;</li> <li>• Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão;</li> <li>• Comprovar a estruturação do componente da SNA;</li> <li>• Comprovar a dotação orçamentária do ano e dos dispêndios no ano anterior, correspondente a contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual;</li> <li>• Apresentar a CIT a formalização do pleito devidamente aprovada pelo CES e pela CIB;</li> <li>• Comprovar a criação do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia;</li> <li>• Comprovar o funcionamento do serviço de vigilância sanitária no Estado;</li> <li>• Comprovar o funcionamento do serviço de vigilância epidemiológica.</li> <li>• Apresentar a PPI ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal;</li> <li>• Dispor de 60% dos municípios do Estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independentemente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população;</li> <li>• Dispor de 30% do valor TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.</li> </ul>	<p><u>Requisitos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprovar o funcionamento do CES;</li> <li>• Comprovar o funcionamento da CIB</li> <li>• Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde;</li> <li>• Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES.</li> <li>• Apresentar o Relatório de Gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior a solicitação do pleito;</li> <li>• Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão;</li> <li>• Comprovar a estruturação do componente da SNA;</li> <li>• Comprovar a dotação orçamentária do ano e dispêndios do ano anterior, correspondente a contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual;</li> <li>• Apresentar a CIT a formalização do pleito devidamente aprovada pelo CES e pela CIB;</li> <li>• Comprovar a criação do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia;</li> <li>• Comprovar o funcionamento do serviço de vigilância sanitária no Estado;</li> <li>• Comprovar o funcionamento do serviço de vigilância epidemiológica.</li> <li>• Comprovar a implementação da PPI ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal;</li> <li>• Comprovar a operacionalização de mecanismos de controle de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares;</li> <li>• Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população;</li> <li>• Dispor de 50% do valor do TFA do Estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.</li> </ul>
<p><u>Prerrogativas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transferência regular e automática dos recursos correspondentes à FAE e ao PAB relativos aos municípios não habilitados;</li> <li>• Transferência regular e automática do PBVS relativo aos municípios não habilitados;</li> <li>• Transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em</li> </ul>	<p><u>Prerrogativas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do TFA, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados;</li> <li>• Transferência regular e automática do PBVS relativo aos municípios não habilitados;</li> </ul>

<p>Vigilância Sanitária (IVISA);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remuneração por serviços produzidos na área de vigilância sanitária;</li> <li>• Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA);</li> <li>• Remuneração por serviços produzidos na área de vigilância sanitária;</li> <li>• Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças;</li> <li>• Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Índice de Valorização de Resultados – IVR;</li> <li>• Normalização complementar, pactuado na CIB e aprovada pelo CES, relativo ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua contratação.</li> </ul>
--	--

Quadro 01 – Critérios para Habilitação dos Estados em uma das Condições de Gestão Descentralizada da Saúde, segundo a NOB 1/96.

Fonte: Brasil, CONASS - 2007a.

Ao final da vigência da NOB 1/96, no final de 2001, mais de 99% dos 5.516 municípios brasileiros estavam habilitados em pelo menos uma das condições de gestão, sendo 89% na condição plena da atenção básica e 10,1% na condição plena do Sistema Municipal.

Quanto à habilitação dos 27 Estados, a situação foi mais lenta, pois 55,6% não estavam habilitados em nenhuma das condições; 25,9% estavam habilitados na Gestão plena do Sistema Municipal e 18% estavam na Gestão Avançada do Sistema Estadual.

O Piauí, por exemplo, do total dos seus 222 municípios, 221 estavam habilitados na gestão plena da atenção básica e 1 estava habilitado na gestão plena do sistema municipal. Isto significava dizer que, no final de 2001, 100% dos municípios piauienses estavam habilitados em uma das condições de gestão desta Norma (BRASIL, 2002, p. 22).

Portanto, a NOB 1/96 efetivou de forma definitiva o processo de descentralização da saúde, principalmente, no que diz respeito à municipalização, na medida em que aumentou de forma expressiva a adesão dos municípios à habilitação em uma das condições de gestão, propiciando, no período 1997-2001,

Tabela 1 – Indicadores de Evolução da Descentralização no SUS – Brasil, 1997 - 2001

Indicador/Ano	1997	1998	1999	2000	2001
Nº de Municípios Recebendo Recursos Fundo a Fundo	144	5049	5350	5450	5516
Nº de Estados Recebendo Recursos Fundo a Fundo	-	2	7	8	12
% da População Residente nos Municípios que Recebem Recursos Fundo a Fundo	17,3%	89,9%	99,26%	99,72%	99,9%
% do Total de Recursos Assistenciais Transferidos Fundo a Fundo	24,1%	52,5%	58,1%	63,2%	66,9%

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde - 2002.

uma expressiva aceleração nos indicadores de evolução da descentralização, como pode ser visto na tabela 1.

Então, no período considerado pela tabela 1, destaque-se o ano de 1998, quando efetivamente se inicia a operacionalização da NOB 1/96 e se consegue um expressivo avanço em termos de municipalização da saúde, segundo uma das condições de gestão descentralizada.

Esse avanço fica evidente, quando se compara a quantidade de municípios recebendo transferências fundo a fundo, que em 1997 eram 144 municípios e em 1998 já eram 5.049, chegando em 2001 a 5.516 municípios.

Em termos de recursos assistenciais transferidos fundo a fundo, os percentuais saltam de 24,1% em 1997 para 52,5% em 1998, chegando a 66,9% em 2001. Isso significa dizer que, em 2001, 99,9% da população brasileira residia em municípios que recebiam recursos transferidos pela modalidade fundo a fundo, percentual este que em 1997 era apenas 17,3%.

Portanto, esta NOB em pouco tempo de operacionalização conseguiu a adesão de praticamente 100% dos municípios brasileiros, no sentido de estes assumirem de forma descentralizada as responsabilidades inerentes à gestão do SUS.

Quanto ao processo de transferência dos recursos do FNS para os fundos estaduais, não se deu de forma acelerada, ao contrário, deu-se de forma lenta e irregular.

Até 2001, apenas doze estados recebiam transferências de recursos fundo a fundo, pois estes estavam habilitados em uma das condições de gestão, conforme a NOB 1/96. Os outros quinze estados, segundo a tabela 2, inclusive o Piauí, não estavam habilitados em nenhuma das duas condições de gestão.

Tabela 2 - Habilitação dos Estados e Distrito Federal na NOB-SUS 1/96 – Brasil, Dezembro de 2001

Situação de Habilitação	Nº de Ufs	% de Ufs	Unidades Federadas - Ufs
Gestão Avançada do Sistema Estadual	5	18%	Bahia, Minas Gerais, Paraíba, Rio grande do Sul e São Paulo.
Gestão Plena do Sistema Estadual	7	25,9%	Alagoas, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Pará, Paraná, Santa Catarina.
Não Habilitados	15	55,6%	Acre, Amazonas, Amapá, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do SUL, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima, Sergipe e Tocantins.
Total	27	100%	

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde - 2002.

Os Estados não habilitados, no âmbito da gestão estadual do SUS, até então, eram apenas prestadores de serviços do Sistema, sem responsabilidades e nem prerrogativas de gestor. Possuíam uma rede de serviços ambulatorial e hospitalar fragmentada, desarticulada e financiada diretamente pelo MS através da produção de serviços.

Diferentemente dos municípios, os Estados pouco avançaram na política de habilitação em uma das condições de gestão. Em 2001, 55,6% dos Estados não estavam habilitados em pelo menos uma das condições de gestão.

No final de 2000, esse processo de descentralização começou a se desacelerar, demonstrando o esgotamento do marco normativo da NOB 1/96 e a necessidade do estabelecimento de novas estratégias de indução e aperfeiçoamento da descentralização do SUS para estados e municípios.

Na perspectiva de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, fortalecido com a implementação da NOB/SUS 1/96 aprovou-se a NOAS/SUS 01/2001, conforme a Portaria GM/MS nº 95, de 26 de Janeiro de 2001 e publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 29 de Janeiro de 2001, na gestão do Ministro da Saúde, José Serra.

A publicação da NOAS/SUS 01/2001 foi resultado de um longo processo de negociação que envolveu MS, CONASS e CONASEMS. Essa Norma tinha como objetivo “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2007b, p. 112).

Para atingir tal objetivo elegeu a regionalização como uma macro-estratégia fundamental para aperfeiçoar a descentralização. Com isso estabeleceu três grupos de estratégias articuladas para a promoção da descentralização com equidade no acesso: Regionalização, fortalecimento das capacidades gestoras do SUS e a atualização dos critérios e do processo de habilitação dos estados e municípios às condições de gestão do SUS.

Estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Para isso instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR), como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. Ampliou o acesso e a qualidade da atenção básica, qualificou microrregiões na assistência à saúde e organizou os serviços de média e alta complexidade.

Quanto à elaboração do PDR, a NOAS/SUS 01/01 determina que seja de responsabilidade das Secretarias Estaduais de saúde em consonância com o Plano Estadual de Saúde, tendo que ser aprovado na CIB e no CES e encaminhado ao MS. Este Plano devia conter minimamente:

- a) a divisão território estadual em regiões ou microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, de oferta de serviços e de acessibilidade;
- b) o diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção;
- c) a constituição de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios que dêem conta do primeiro nível de média complexidade, visando garantir o suporte às ações de atenção básica;

- d) os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal;
- e) a organização de redes assistenciais específicas;
- f) o Plano Diretor de Investimentos (BRASIL, 2002, p. 25-26).

Outra estratégia importante para atingir o objetivo da descentralização com a equidade no acesso foi o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS. Esse fortalecimento compreendia um conjunto de ações voltadas para a consolidação do caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções de planejamento, programação, regulação, controle e avaliação.

Nesta perspectiva de fortalecimento da gestão descentralizada, a PPI, sob responsabilidade das secretarias estaduais, passou a ser, efetivamente, o instrumento norteador da alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual.

A PPI estabelecia de forma precisa o limite máximo de recursos federais que poderia ser gasto com um conjunto de serviços existentes em cada território municipal (teto financeiro dos municípios), independente de sua habilitação e respeitando os limites financeiros estaduais. Esse teto financeiro dos municípios era composto, separadamente, pelos recursos destinados ao atendimento da população própria e pelos recursos destinados ao atendimento da população referenciada negociados na PPI.

No que diz respeito aos novos critérios de habilitação dos municípios e estados, quanto às responsabilidades, requisitos e prerrogativas dos gestores, a NOAS 01/01 definiu que os municípios teriam que se habilitar na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) ou na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Já os estados teriam que se habilitar na Gestão Avançada do Sistema Estadual ou na Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE).

Quanto ao financiamento, a NOAS/SUS 01/01 ampliou mais ainda a proporção de recursos federais transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos estaduais e municipais, como pode ser visto no gráfico 01.

Esta Norma aprofundou a substituição dos pagamentos federais diretos aos prestadores pelas transferências de recursos diretas e automáticas, fundo a fundo, para estados e municípios, que passam de 24,1% em 1997, para 66,9% em 2001 (BRASIL, 2006b, p.61).

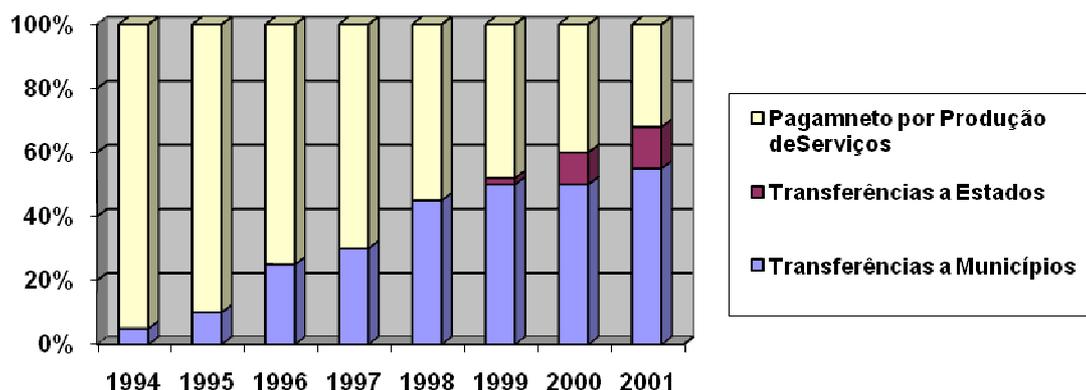


Gráfico 1 - Distribuição dos Recursos Federais para o Custeio da Assistência, por Modalidade de Pagamento – Brasil, 1997 a 2001.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde - 2006b.

No entanto, os municípios que até 1998, ano de operacionalização da NOB 1/96, recebiam quase a totalidade dos recursos transferidos fundo a fundo, a partir de 1999 e mais ainda em 2000 e, principalmente, em 2001, passaram a dividir os recursos dessa modalidade de pagamento com os estados, que começaram a imprimir uma maior velocidade na adesão a uma das condições de gestão proposta na NOB 1/96 e depois na NOAS/SUS 01/01.

Continuando a política deliberada do governo federal em induzir estados e municípios a organizarem seus sistemas de saúde, via aprofundamento da descentralização das ações e serviços de saúde, em 27 de fevereiro de 2002, foi publicada a NOAS/SUS 01/02, por meio da Portaria MS/GM nº 373.

Essa Norma introduz algumas alterações no arcabouço normativo que rege o processo de descentralização, reflexo de negociações entre estados e municípios.

As principais mudanças estão no comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade, em que os estados passariam a ter o comando único naqueles municípios, que seriam sede de módulos e que não estivessem habilitados na GPSM. Outra mudança ocorrida foi no fortalecimento da gestão dos Estados sobre as referências intermunicipais, incluindo uma nova forma de apresentação dos tetos financeiros municipais.

A publicação desta norma resultou numa aceleração dos estados, principalmente, aqueles que tinham avançado no processo de negociação local e planejamento regionalizado da assistência, na conclusão de seus PDR, PDI e PPI, no sentido de pleitearem na CIT a habilitação segundo a NOAS 01/02.

Além da NOAS 01/02 incentivar a habilitação dos estados, ela veio num momento de mudanças políticas nacionais e estaduais. No Piauí, essas mudanças foram decisivas para qualificar a gestão descentralizada do SUS, no âmbito estadual, a partir de 2003.

O ano de 2003 foi um período de mudanças no planejamento da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Piauí (SESAPI), quando as prioridades foram focadas na construção dos instrumentos necessários para a viabilização institucional da Secretaria e na construção dos instrumentos legais que atendessem os requisitos necessários ao cumprimento do seu principal objetivo, a habilitação do Estado na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual. Esse objetivo foi alcançado em meados de outubro de 2003, após aprovação na CIT (AMORIM, 2004).

Posto isto, vale lembrar que o sucesso da descentralização de uma política social, em especial à saúde objeto desta pesquisa, depende de fatores estruturais, fatores institucionais e de fatores ligados a ação política (ARRETCHE, 2000).

Além desses fatores, em uma república federativa como a do Brasil, cujos estados e municípios têm assegurado sua soberania, o sucesso da descentralização de uma política social, como a saúde, depende da capacidade do nível de governo mais abrangente em desenvolver ações e serviços de saúde que estimulem os estados e municípios a assumirem de forma efetiva, através da adesão, tais serviços.

Nesse sentido, a pergunta que se faz é: por que a gestão estadual do SUS no Piauí, mesmo com toda política deliberada do MS em induzir os estados a se habilitarem na GPSE, a partir da NOB 01/96 e, principalmente, com a NOAS-01/01 e NOAS-01/02, não se habilitou no período de 1997 a 2001, mas somente no período 2002 a 2005? Essa resposta começará a ser desvendada no segundo capítulo, quando se traçará um quadro comparativo dos condicionantes estruturais vigente no Estado do Piauí no período de 1997-2001 e 2002-2005.

### **3 CONDICIONANTE ESTRUTURAL DA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO ESTADO DO PIAUÍ - PERÍODO 1997 - 2005**

No Brasil, de acordo com pesquisas já realizadas, três fatores explicariam o processo de descentralização das políticas sociais. São eles: de natureza estrutural, de natureza institucional e os fatores ligados à ação política.

Os primeiros referem-se tanto aos atributos de natureza econômica, como o nível de riqueza econômica dos estados e municípios e a capacidade de gasto dos seus governos, quanto aos de natureza político-administrativa, como a “capacidade técnica local para a gestão das políticas públicas” (ARRETCHE, 2000, p. 29).

Assim, conforme essa perspectiva, para assumirem atribuições descentralizadas de gestão, estados e municípios dependeriam da capacidade de gasto e da capacidade político-administrativa dos seus governos. Portanto, as possibilidades de gestão descentralizada de qualquer política social seriam igualmente condicionadas pela capacidade fiscal e administrativa dos governos.

O segundo grupo, composto pelos fatores de natureza institucional associa o sucesso da descentralização de uma política social à natureza das instituições políticas. Essas são influenciadas pelas decisões relacionadas ao legado das políticas prévias, ou melhor, à herança institucional dos programas anteriores, pelas decisões relacionadas às regras constitucionais que normatizam a distribuição de competências entre os níveis de governo e pelas decisões relacionadas a engenharia operacional de cada política.

O terceiro grupo, composto pelos fatores ligados à ação política, associa o sucesso da descentralização de uma política social à natureza das relações entre estado e sociedade, ou das relações entre os vários níveis de governo.

No que diz respeito à relação entre o estado e a sociedade, supunha-se que quanto mais uma região tem cultura cívica, ou tradição de participação política, maior terá a chance de obter sucesso no processo de descentralização de políticas sociais.

No âmbito das relações entre os três níveis de governo - governo federal e o estadual, o governo federal e o municipal e o governo estadual e municipal – supunha-se, também, que o sucesso da descentralização de uma política social poderá ser influenciado pela capacidade de o nível de governo mais abrangente

desenvolver ações e serviços de saúde que incentivem os governos de nível menos abrangente a assumirem de forma efetiva as responsabilidades descentralizadas.

Arretche (2000) ressalta que nenhuma das três ordens de fatores isoladamente é determinante para o sucesso de uma política de descentralização. O sucesso, segundo a autora, está associado à decisão pela implantação de regras de operação que efetivamente incentivem a adesão do nível de governo ao qual a política foi descentralizada.

Essas regras terão que conter, por exemplo, ações que:

- a) reduzam custos financeiros envolvidos na execução das funções de gestão;
- b) minimizem custos de instalação da infra-estrutura necessária ao exercício de funções necessárias a serem descentralizadas;
- c) transfiram recursos, em uma escala que se torne atraente;
- d) revertam as condições adversas derivadas do legado das políticas prévias e dos atributos estruturais do Estado.

Portanto, quanto mais as ações minimizarem custos e maximizarem benefícios, ao nível de governo que assumirá a gestão de uma dada política, maior será a probabilidade desse nível de governo aderir a essa política descentralizada.

Então, a revelação dos fatores determinantes da descentralização da política pública de saúde no Estado do Piauí passa pela análise tanto dos condicionantes estruturais quanto dos ligados a ação política em dois momentos históricos: primeiro de 1997 a 2001, marcado pelo governo de Francisco de Assis Moraes Sousa (Mão Santa), pertencente ao PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro); segundo de 2002 a 2005, marcado pelo governo Wellington Dias<sup>3</sup> do PT (Partido dos Trabalhadores).

### 3.1 COMPORTAMENTO DA RIQUEZA ECONÔMICA PRODUZIDA NO ESTADO DO PIAUÍ

---

<sup>3</sup> O ano de 2002 foi marcado pelo afastamento do governador do Estado do Piauí - Mão Santa - e ascensão do candidato derrotado do PFL (Partido da Frente Liberal), Hugo Napoleão, ao cargo de governador do Estado até o final do ano de 2002.

A análise do indicador riqueza econômica tem como objetivo mostrar o comportamento da atividade econômica piauiense, através da ótica do produto e da renda no período de 1997-2005 e, ainda, traçar um comparativo do desempenho do indicador, nos períodos 1997-2001 e 2002-2005.

Existem três formas diferentes de mensurar o resultado econômico de um país ou região, todas conduzindo a um mesmo resultado. O resultado é expresso pela ótica da produção (Produto Nacional), da renda (Renda Nacional) e da despesa (Despesa Nacional) (VASCONCELOS, 2002),

Pela ótica da produção, o “Produto Nacional é o valor de todos os bens e serviços finais produzidos em determinado período de tempo” (VASCONCELOS, 2002, p. 206). Isso significa dizer que o Produto Nacional (PN) é expresso em valores monetários, não se consideram no cálculo os bens e serviços intermediários e, é definido em um fluxo de tempo.

Pela ótica da despesa, o PN é igual à Despesa Nacional (DN). “Despesa Nacional é a soma das despesas das famílias com bens de consumo, despesas com investimentos das empresas, gastos do governo e gastos do setor externo com PN” (VASCONCELOS, 2002, p. 207). Portanto, a DN é a soma das despesas dos vários agentes na compra de bens e serviços finais.

Pela ótica da renda, o PN é igual à Renda Nacional. “A Renda Nacional é a soma dos rendimentos pagos às famílias, [...], pela utilização de seus serviços produtivos, em determinado período de tempo” (VASCONCELOS, 2002, p. 207).

O PN também pode ser mensurado pelo valor adicionado ou agregado por setor. O cálculo consiste em medir “o que cada ramo de atividade adicionou ao valor do produto final, em cada etapa do processo produtivo” (VASCONCELOS, 2002, p. 208). Isso significa dizer que o Valor Adicionado é igual à receita de vendas de cada setor produtivo menos os gastos com as compras de bens intermediários. É uma forma alternativa e mais operacional de calcular o valor do produto e da renda nacional.

O Produto Nacional pode ser calculado tanto a preço de mercado quanto a custo de fatores. O PN a preços de mercado é “medido a partir dos valores transacionados no mercado (ou seja, medido pelo preço pago pelo consumidor final)” e o PN a custo de fatores, “medido a partir dos valores que refletem os custos de produção, a remuneração dos fatores [...]. É um preço de fábrica, antes dos

impostos, e não considerando preços dos insumos intermediários” (VASCONCELOS, 2002, p. 214).

O Produto Nacional pode ser medido, também, em termos nominal ou real. O PN nominal “mede o valor do produto em dado período, aos preços do período [...]. Assim, o PNB nominal de 1980 mede o valor dos bens produzidos em 1980, a preços de mercado de 1980” e o PN real é “uma medida que tenta isolar variações do produto físico da economia, entre diferentes períodos, pela avaliação de todos os bens produzidos nos dois períodos, aos mesmos preços” (DORNBUSH; FISCHER, 1982, p. 52).

Dentre as três formas de mensurar o resultado da atividade econômica de um país ou região, a pesquisa escolheu duas delas. A primeira, pela ótica do produto, com base nas seguintes variáveis: Produto Interno Bruto (PIB) nominal a preços de mercado e PIB per capita e a segunda, pela ótica da renda, baseado no Rendimento Médio Mensal da População Ocupada.

O PIB a preço de mercado é a renda gerada pelo somatório de tudo que é produzido dentro dos limites territoriais de um país ou região, a partir dos valores transacionados no mercado, ou melhor, a partir do preço pago pelos consumidores finais (VASCONCELOS, 2002).

O PIB a preço de mercado pode ser expresso em valores nominais e, aos preços de cada ano (preços correntes).

Então, tomando como base a análise da atividade econômica piauiense pela ótica do produto, questiona-se qual foi o comportamento do PIB nominal a preço de mercado ( $PIB_{pm}$ ), nos períodos 1997 a 2001 e 2002 a 2005, no Brasil, Nordeste e Estado do Piauí?

Os dados da tabela 3 mostram que o PIB nominal a preço de mercado ( $PIB_{pm}$ ) do Brasil, que em 1997 era de R\$ 870.743 milhões, passou para R\$ 1.198 bilhões em 2001, verificando-se um crescimento nominal de 37,66%, isto é, uma média de 7,53% ao ano. Na região Nordeste, esse crescimento foi similar, aumentou 38,05%, passando de R\$ 113.942 milhões para R\$ 157.302 milhões, o que equivale a uma taxa média de 7,61% ao ano.

Tabela 3 – Evolução do PIB a preço de mercado, no Brasil e na Região Nordeste - 1997-2001 R\$ (1.000.000)

Discriminação	1997	1998	1999	2000	2001
Brasil	870.743	914.187	973.845	1.101.255	1.198.736
Nordeste	113.942	119.319	127.673	144.135	157.302
Maranhão	7.410	7.224	7.918	9.207	10.293
<b>Piauí</b>	<b>4.225</b>	<b>4.413</b>	<b>4.734</b>	<b>5.330</b>	<b>5.575</b>
Ceará	17.589	18.836	19.511	20.800	21.581
Rio Grande do Norte	6.669	6.844	7.648	9.293	9.834
Paraíba	6.989	7.262	7.937	9.238	10.272
Pernambuco	23.439	24.810	26.021	29.127	31.725
Alagoas	5.756	6.141	6.429	7.023	7.569
Sergipe	4.843	5.031	5.434	5.921	8.204
Bahia	37.021	38.759	42.040	48.197	52.249

Fonte: IBGE, Contas Regionais do Brasil, 2002 – 2003.

O PIB<sub>pm</sub> piauiense, por seu turno, cresceu 31,95%, saindo de R\$ 4.225 milhões para R\$ 5.575 milhões, o que significa um crescimento médio de 6,39% ao ano. Assim, como se demonstra no gráfico 2, enquanto o crescimento nominal nordestino superou o nacional, o desempenho da economia piauiense, segundo esse indicador, foi inferior à média nacional.

Além do crescimento do PIB<sub>pm</sub> piauiense ficar abaixo da média nacional e regional, no período 1997-2001, vale salientar que, em valores absolutos, o produto piauiense iniciou e terminou o período como o menor PIB<sub>pm</sub> da região Nordeste, bem atrás dos Estados de Alagoas e Sergipe, que juntamente com o Piauí detém os piores resultados do PIB na região.

Os dados da tabela 4 mostram que o PIB<sub>pm</sub> do Brasil, que em 2002 era de R\$ 1.477 bilhões, passou em 2005 para R\$ 2.147 bilhões, verificando-se um crescimento nominal de 45,30%, isto é, uma média de 11,32% ao ano. Na região Nordeste, esse crescimento foi similar, pois aumentou 46,46%, passando de R\$ 191.522 milhões para R\$ 280.504 milhões, o que equivale a uma taxa média de 11,61% ao ano.

Tabela 4 – Evolução do PIB a Preço de Mercado no Brasil e na Região Nordeste – 2002 - 2005 (R\$ 1.000.000,00)

Discriminação	2002	2003	2004	2005
Brasil	1.477.822	1.699.948	1.941.498	2 147 239
Nordeste	191.522	217.037	247.043	<b>280 504</b>
Maranhão	15.449	18.483	21.605	25 326
<b>Piauí</b>	<b>7.425</b>	<b>8.777</b>	<b>9.817</b>	<b>11 125</b>
Ceará	28.896	32.565	36.856	40 923
Rio Grande do Norte	12.198	13.515	15.580	17 862
Paraíba	12.434	14.158	15.022	16 864
Pernambuco	35.251	39.308	44.011	49 904
Alagoas	9.812	11.210	12.891	14 135
Sergipe	9.454	10.874	12.167	13 422
Bahia	60.672	68.147	79.083	90 943

Fonte: IBGE, Contas Regionais do Brasil, 2007.

O PIB<sub>pm</sub> piauiense, por seu turno, cresceu 49,83%, saindo de R\$ 7.425 milhões para R\$ 11.125 milhões, o que significa um crescimento médio de 12,45% ao ano. Assim, como demonstra o gráfico 2, enquanto o crescimento nominal nordestino superou o nacional, o desempenho da economia piauiense, segundo esse indicador, foi superior à média nordestina.

Em 2003, o crescimento do PIB<sub>pm</sub> piauiense, em relação ao ano anterior, foi de 18,21%, a segunda maior taxa de crescimento do Nordeste, inferior apenas à taxa de 19,64% do Estado do Maranhão. Em 2004, o crescimento recuou para 11,85%, em relação ao ano de 2003, o terceiro pior desempenho da região, ficando acima apenas do Estado de Alagoas com a taxa de 15% e da Paraíba com 6,1%. Em 2005, a taxa de crescimento voltou a aumentar, em relação a 2004, atingindo 13,32%, o quarto melhor desempenho entre os estados da região.

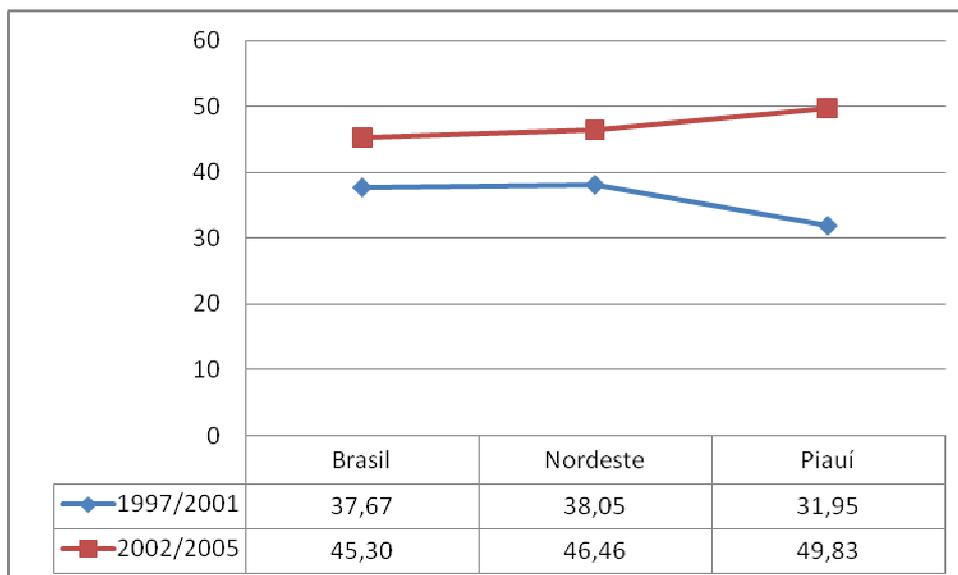


Gráfico 2 – Taxa de Crescimento do PIB a Preço de Mercado no Brasil, Nordeste e Piauí nos períodos: 1997-2001 e 2002-2005

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Balanço Geral do Estado – 1997 - 2005

O Estado do Piauí, ao longo do período 2002-2005, obteve o terceiro melhor desempenho entre todos os estados da região Nordeste, no que diz respeito à taxa de crescimento nominal do PIB<sub>pm</sub>, quando comparado ao resultado do primeiro e do último ano do período.

O bom desempenho da economia piauiense, principalmente em 2003, pôde ser notado mais ainda, quando se comparam os valores absolutos do PIB registrados e a taxa de variação do valor agregado em cada ano, no período de 1998 a 2003, como mostra o Gráfico 3.

O crescimento relativo do PIB de 1998 a 2000 aumentou de 1,75% para 3,27%. Em 2001, diminuiu para 1,25% e chegou ao piso de 0,52% em 2002. Em 2003, o crescimento alcançou o teto de 6%, o maior crescimento relativo desta série histórica.

Apesar do ritmo mais acelerado de crescimento do produto estadual, principalmente nos anos 2003 e 2005, em relação aos demais estados da região, o Piauí registrou de 2002 a 2005, em valores nominais, o menor PIB<sub>pm</sub> do Nordeste do Brasil.

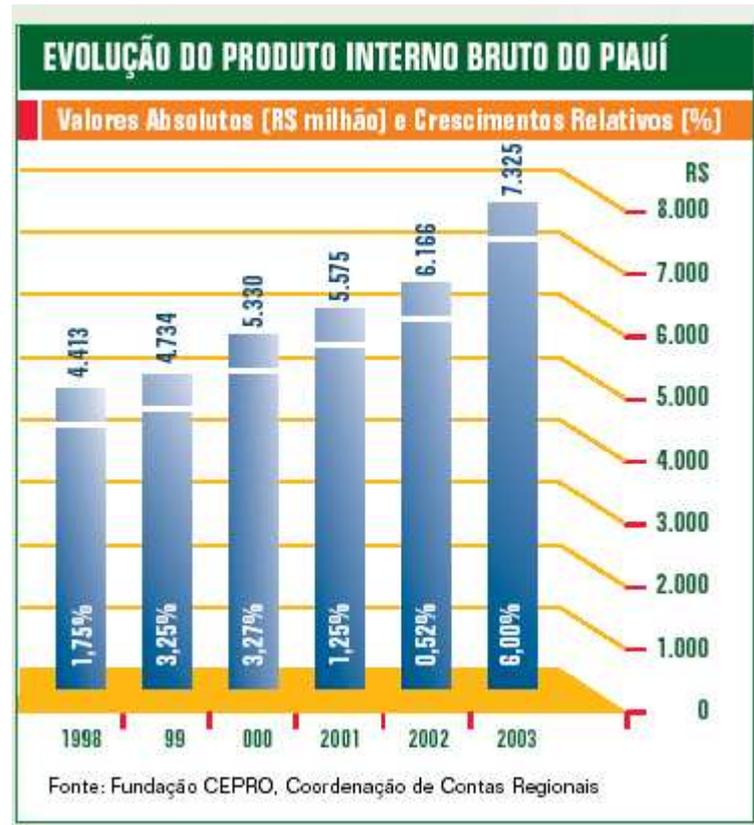


Gráfico 3 – Evolução do PIB do Piauí em Valores Absolutos e Crescimento Relativo – 1998 - 2003  
 Fonte: PIAUÍ, Secretaria de Planejamento, Balanço de Realizações 2003 - 2005

Diante desse quadro, em termos per capita, pergunta-se: como se comportou a variável PIB, nos períodos 1997 a 2001 e 2002 a 2005, no Brasil, Nordeste e Estado do Piauí?

O PIB per capita é a renda gerada pelo PIB dividida pela população de um país ou região (VASCONCELOS, 2002).

O PIB per capita do Brasil, de acordo com a tabela 5, em 1997 era R\$ 5.327 reais e atingiu em 2001 R\$ 6.954 reais. O PIB per capita da região Nordeste, no mesmo período, era R\$ 2.461 reais e alcançou R\$ 3.255 reais e, o do Estado do Piauí era R\$1.524 reais e atingiu R\$ 1.941 reais.

Ao comparar os valores nominais do primeiro e último ano do PIB per capita brasileiro e nordestino, no período 1997 a 2001, verificou-se que o produto per capita nacional cresceu 30,54% e o da região Nordeste cresceu 32,26%.

Tabela 5 – Evolução do PIB per capita do Brasil e Região Nordeste - 1997-2001  
(R\$ 1,00)

Discriminação	1997	1998	1999	2000	2001
Brasil	5.327	5.518	5.800	6.473	6.954
Nordeste	2.461	2.549	2.699	3.014	3.255
Maranhão	1.359	1.308	1.416	1.626	1.796
<b>Piauí</b>	<b>1.524</b>	<b>1.578</b>	<b>1.678</b>	<b>1.872</b>	<b>1.941</b>
Ceará	2.465	2.602	2.657	2.793	2.858
Rio Grande do Norte	2.492	2.524	2.784	3.340	3.490
Paraíba	2.071	2.136	2.318	2.680	2.959
Pernambuco	3.044	3.190	3.313	3.673	3.938
Alagoas	2.103	2.219	2.298	2.484	2.649
Sergipe	2.842	2.904	3.087	3.310	4.514
Bahia	2.905	3.015	3.241	3.682	3.957

Fonte: IBGE, Contas Regionais do Brasil, 2002 - 2003.

A taxa de crescimento nominal do produto per capita da região nordeste, nesse período, ficou acima da taxa nacional.

Em 1997, o PIB per capita piauiense era R\$ 1.524 reais e alcançou em 2001 R\$ 1.941 reais, o que representou um crescimento nominal de 27,36%.

O incremento do produto foi mais forte nos anos de 1998 a 2000, quando atingiu, de forma crescente, taxas de crescimento respectivas de 3,5%, 6,3% e 11,5%. Mas, em 2001, a taxa de crescimento recuou e atingiu 3,7%.

Entretanto, apesar de a taxa de crescimento nominal do PIB per capita nordestino ter sido superior à nacional, no período 1997-2001, o Estado do Piauí apresentou um desempenho abaixo da média regional e nacional, como pode ser visualizado no gráfico 4.

Além da taxa de crescimento nominal do PIB per capita piauiense ter ficado abaixo da taxa de crescimento nacional e nordestino, no período 1997-2001, o valor do produto per capita do Estado foi o segundo menor do Nordeste, em termos de valores absolutos, superado apenas pelo Estado do Maranhão.

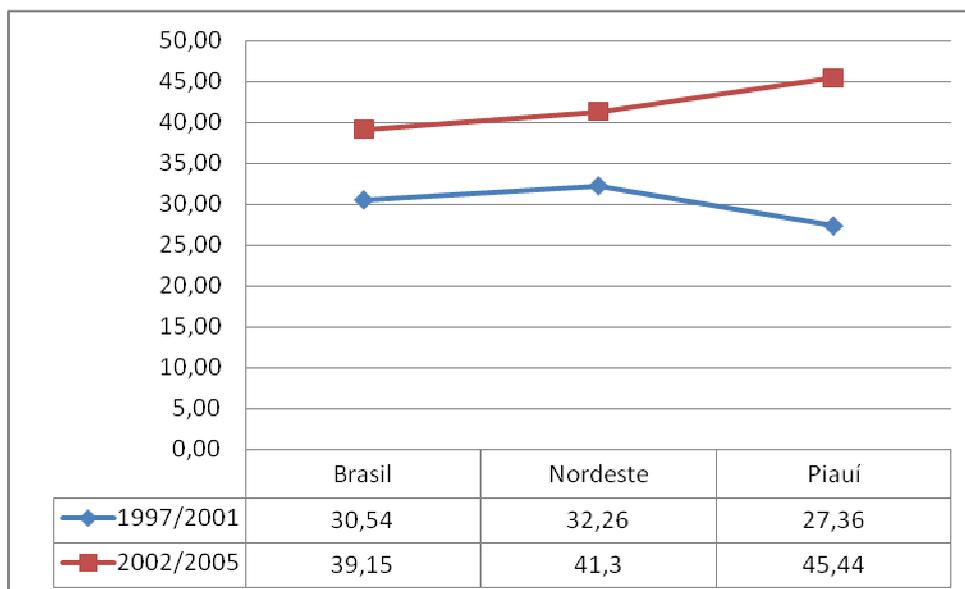


Gráfico 4 – Taxa de Crescimento do PIB Per Capta no Brasil, Nordeste e Piauí nos Períodos: 1997-2001 e 2002-2005

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE - Contas Regionais do Brasil – 1997 - 2005

No período 2002-2005, conforme a tabela 6, o PIB per capita do Brasil era R\$ 8.378 reais em 2002 e atingiu R\$ 11.658 em 2006. No mesmo período, o PIB per capita da região Nordeste era R\$ 3.891 reais e alcançou R\$ 5.498 reais e, o do Estado Piauí era R\$ 2.544 reais e terminou o período com R\$ 3.700 reais.

Ao comparar os valores nominais do primeiro e último ano do PIB per capita brasileiro, verificou-se um crescimento de 39,15%, no período 2002-2005. O PIB per capita da região Nordeste cresceu 41,30%, no mesmo período analisado.

Tabela 6 – Evolução do PIB per Capta do Brasil e Região Nordeste – 2002-2005 (R\$1,00)

Discriminação	2002	2003	2004	2005
Brasil	8.378	9.498	10.692	11.658
Nordeste	3.891	4.355	4.899	5.498
Maranhão	2.637	3.112	3.588	4.150
<b>Piauí</b>	<b>2.544</b>	<b>2.978</b>	<b>3.297</b>	<b>3.700</b>
Ceará	3.735	4.145	4.622	5.054
Rio Grande do Norte	4.234	4.626	5.260	5.948
Paraíba	3.539	3.998	4.210	4.690
Pernambuco	3.962	4.774	5.287	5.931
Alagoas	3.371	3.805	4.324	4.687
Sergipe	5.060	5.718	6.289	6.821
Bahia	4.525	5.031	5.780	6.583

Fonte: IBGE, Contas Regionais do Brasil, 2007.

Assim, o crescimento nominal do PIB per capita da região Nordeste superou o crescimento do PIB per capita brasileiro, como mostra o gráfico 4.

No Estado do Piauí, o desempenho do PIB per capita não foi muito diferente do desempenho do PIB per capita da região Nordeste. A taxa de crescimento nominal do PIB per capita piauiense foi de 45,44%, comparando os anos de 2002 e 2005. Essa taxa superou a taxa de crescimento nacional e nordestina.

No entanto, as taxas mais elevadas de crescimento do PIB per capita piauiense nos últimos três anos da pesquisa, principalmente em 2003 e 2005, em relação ao período 1997-2001, não foram suficientes para retirar o Estado das últimas colocações, quanto ao desempenho dessa variável no cenário regional e nacional.

Além do crescimento do PIB per capita não ter sido suficiente para melhorar a posição do Estado do Piauí em relação ao PIB per capita dos outros Estados, em 2002, o Estado do Maranhão ultrapassou, em valores absolutos, o PIB per capita piauiense, deixando o Piauí na condição de Estado com o menor PIB per capita da região Nordeste.

Como o PIB per capita é a renda gerada pela produção da riqueza econômica de uma região dividida por sua população, é importante verificar como a renda gerada pela produção foi distribuída no Estado do Piauí, nos períodos 1997-2001 e 2002-2005.

Para entender como a renda da população piauiense foi distribuída nos dois períodos em questão, a pesquisa analisou o comportamento da variável Rendimento das Pessoas Ocupadas, no Brasil e na região Nordeste.

O rendimento das pessoas ocupadas foi analisado, a partir do rendimento médio mensal de todos os trabalhos das pessoas ocupadas, de 10 anos ou mais de idade, com rendimento, exclusive a população rural, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

As pessoas ocupadas são aquelas com trabalho durante toda ou parte da semana de referência, ainda que afastada por motivo de férias, licença, falta, greve. Semana de referência é o espaço de tempo fixado para a investigação dos rendimentos. E o rendimento mensal é a soma do rendimento mensal de trabalho com rendimento proveniente de outras fontes (IBGE, 2006).

Tabela 7 – Distribuição dos Rendimentos\* das Pessoas Ocupadas, no Brasil e Região Nordeste – 1997 – 2001 (R\$ 1,00)

Discriminação	1997	1998	1999	2001
Brasil	521,38	533,4	525,1	595,4
Nordeste	301,54	314,7	314,7	354,4
Maranhão	228,32	241,4	266,3	332,7
<b>Piauí</b>	<b>231,17</b>	<b>250,4</b>	<b>253,3</b>	<b>288,1</b>
Ceará	287,05	302,5	293,6	334,4
Rio Grande do Norte	326,04	348,9	349	402,4
Paraíba	330,08	388,3	430,8	364,1
Pernambuco	323,84	341,3	339,8	399,9
Alagoas	361,32	335	316,7	321,8
Sergipe	335,57	363,8	337,9	373,2
Bahia	312,67	314,7	306,6	354,1

Fonte: IBGE, Síntese de Indicadores Sociais – 1997 – 2001

\* do rendimento médio mensal de todos os trabalhos das pessoas ocupadas de 10 anos ou mais de idade com rendimento.

(1) Exclui a população rural. (2) A PNAD de 2001 não foi realizada, por isso os dados relativos aos rendimentos das pessoas ocupadas do ano 2000 não foram apresentados.

O rendimento médio mensal das pessoas ocupadas na semana de referência no Brasil era R\$ 521,38 reais em 1997 e atingiu R\$ 595,40 em 2001. Na região Nordeste, nesse mesmo período, o rendimento era R\$ 301,54 reais e alcançou R\$ 354,4 reais e, no Estado do Piauí, era R\$ 231,17 reais e atingiu no final do período R\$ 288,10 reais, como evidencia a tabela 7.

No período 1997-2001, a taxa de crescimento nominal do rendimento médio mensal das pessoas ocupadas no Brasil, comparando o primeiro e último ano do período, foi 14,20%, enquanto a taxa da região Nordeste foi 17,53%, no mesmo período analisado. Assim, o crescimento do rendimento médio da população ocupada nordestina foi superior ao da nacional, de acordo com o gráfico 5.

Em 1997 e 1998, a população ocupada do Estado do Piauí possuía o segundo pior rendimento médio mensal da região Nordeste, que era de R\$ 231,17 reais e R\$ 250,40 reais, respectivamente, conforme a tabela 7. Esses rendimentos eram superiores apenas aos rendimentos médios da população ocupada do Estado do Maranhão.

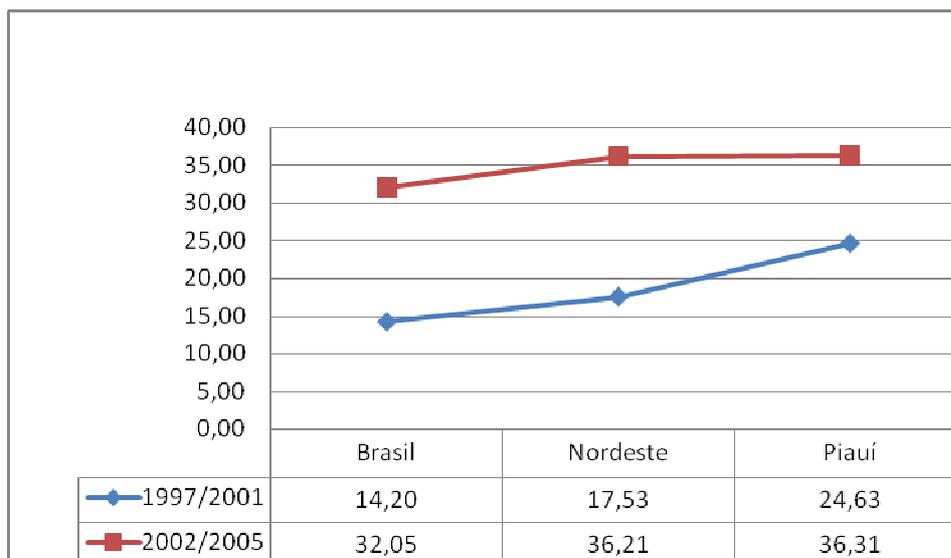


Gráfico 5 – Taxa de crescimento do Rendimento Médio Mensal da População Ocupada, no mês de Referência no Brasil, Nordeste e Piauí - 1997-2001 e 2002-2005

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE - Síntese de Indicadores Sociais – 1997 – 2005

Em 1999, o rendimento médio da população ocupada piauiense aumentou para R\$ 253,3 reais, mesmo assim o aumento não foi suficiente para melhorar a posição do Estado no cenário regional. Pelo contrário, o Estado perdeu uma posição e sua população ocupada passou a ter o menor rendimento médio mensal da região.

Apesar do crescimento do rendimento médio mensal da população ocupada mais acentuado em 2001, o Piauí terminou o período 1997-2001 com o rendimento médio de R\$ 288,1 reais, o menor valor da região Nordeste. Portanto, mesmo com uma taxa de crescimento de 24,63%, proporcionalmente acima das taxas, nacional e regional, o rendimento médio mensal da população ocupada piauiense, no período de 1997-2001, foi o mais baixo da região.

No período de 2002-2005, o rendimento médio mensal das pessoas ocupadas na semana de referência no Brasil era R\$ 636,5 reais em 2002 e atingiu R\$ 840,5 em 2005. Na região Nordeste, nesse mesmo período, o rendimento era R\$ 378,6 reais e alcançou R\$ 515,7 reais e, no Estado do Piauí, que era R\$ 321,1 reais, atingiu no final do período R\$ 437,7 reais.

Tabela 8 – Distribuição dos Rendimentos\* das Pessoas Ocupadas, no Brasil e Região Nordeste – 2002 - 2005 (R\$ 1,00)

Discriminação	2002	2003	2004	2005
Brasil	636,5	692,1	765,9	840,5
Nordeste	378,6	409,4	472,9	515,7
Maranhão	333,2	387,9	472,8	419,8
<b>Piauí</b>	<b>321,1</b>	<b>333,9</b>	<b>388,5</b>	<b>437,7</b>
Ceará	362,1	377,4	438,9	491,9
Rio Grande do Norte	452,6	434,9	508,7	635,5
Paraíba	401,1	418,5	477,9	557,8
Pernambuco	421,3	428,1	538,7	569,9
Alagoas	354,6	416,5	419,6	495,6
Sergipe	405,4	466,7	536,4	563,0
Bahia	375,6	425,5	465,1	516,1

Fonte: IBGE, Síntese de Indicadores Sociais – 2002 - 2005

\* do rendimento médio mensal de todos os trabalhos das pessoas ocupadas de 10 anos ou mais de idade com rendimento.

(1) Excluída a população rural.

No período 2002-2005, a taxa de crescimento nominal do rendimento médio mensal das pessoas ocupadas no Brasil, comparando o primeiro e último ano do período, foi 32%, enquanto a taxa da região Nordeste foi 36,2%, no mesmo período analisado. Assim, o crescimento do rendimento médio da população ocupada nordestina foi superior ao da nacional.

Em 2002, 2003 e 2004, a população ocupada do estado do Piauí possuía o pior rendimento médio mensal da região Nordeste, que correspondia, respectivamente, aos valores de R\$ 321, R\$ 333,9 e R\$ 388, conforme tabela 8.

Em 2005, o rendimento médio da população ocupada piauiense aumentou mais ainda e atingiu o valor de R\$ 437,7, superando o valor do rendimento médio da população ocupada maranhense, que era R\$ 419,8, em 2005, como mostra a tabela 8.

No Estado do Piauí, o rendimento médio mensal da população ocupada aumentou numa proporção maior que a média nacional e, praticamente, aumentou na mesma proporção da média nordestina, no período de 2002-2005. A taxa de crescimento nominal do rendimento médio da população ocupada piauiense foi 36,3%, conforme mostra o gráfico 5.

O Estado do Piauí, ao final do período 2002-2005, aumentou em valores absolutos os rendimentos da população ocupada, como também melhorou sua posição relativa no cenário regional. Mesmo assim, a população ocupada do Estado continuou a possuir o segundo pior rendimento médio mensal do Nordeste.

Analisados os indicadores de riqueza econômica como o PIB a preço de mercado, PIB per capita e o rendimento médio mensal da população ocupada piauiense, o próximo passo é verificar a capacidade de gasto público do governo estadual, bem como o seu grau de dependência econômico-financeira ao governo federal em dois momentos históricos: 1997-2001 e 2002-2005.

### 3.2 CAPACIDADE DE GASTO PÚBLICO DO ESTADO

O indicador capacidade de gasto público do Estado tem como objetivo identificar a capacidade de dispêndio do governo estadual, nos períodos 1997-2001 e 2002-2005, a partir da receita arrecadada, tendo em vista suas diversas fontes de recursos.

Para analisar o comportamento do indicador, foi construída uma série histórica sobre a evolução das Receitas Orçamentárias Totais do Estado, a partir da coleta de dados primários contidos no Balanço Geral do Estado.

#### 3.2.1 Classificação dos Gastos Públicos

Os gastos públicos podem ser classificados quanto à finalidade do gasto, quanto à natureza do dispêndio e quanto ao agente encarregado da execução do gasto (REZENDE, 2006).

Quanto à finalidade, os gastos são classificados em função, subfunção, encargos especiais, programa, projeto, atividade e operações especiais, como pode ser observado no quadro 2.

A classificação das despesas por funções tem por objetivo melhorar a eficiência e a eficácia na programação dos dispêndios governamentais,

Quanto à natureza do gasto, as despesas são classificadas em quatro categorias econômicas: Custeio, Investimento, Transferências e Inversões Financeiras (REZENDE, 2006).

A classificação das despesas públicas por categoria econômica obedece ao esquema estabelecido pela Contabilidade Nacional. O que significa dizer que as despesas públicas dividem-se em dois grupos: Despesas Correntes e Despesas de Capital.

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA	DEFINIÇÕES
Função	Maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público.
Subfunção	Partição da função, visando agregar determinado subconjunto de despesa do setor público.
Encargos especiais	Englobam as despesas em relação às quais não se possa associar um bem ou serviço a ser gerado no processo produtivo corrente, tais como: dívidas, ressarcimentos e outras afins.
Programa	Instrumento de organização da ação governamental que visa a concretização dos objetivos pretendidos, sendo mensurado por indicadores estabelecidos no plano plurianual.
Projeto	Instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou o aperfeiçoamento da ação do governo.
Atividade	Instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, que envolve um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente, das quais resulta um produto necessário à manutenção da ação do governo.
Operações especiais	Despesas que não contribuem para manutenção das ações de governo, das quais não resulta um produto, e não geram contraprestação direta sob a forma de bens e serviços.

Quadro 2 – Classificação e Definição da Despesa  
Fonte: Rezende, 2006.

As Despesas Correntes refletem os gastos com pessoal e encargos sociais, juros e encargos da dívida e outras despesas correntes (transferências a estados, municípios e Distrito Federal; benefícios previdenciários; outras despesas correntes).

As Despesas de Capital são compostas pelos investimentos, inversões financeiras, amortização da dívida e outras despesas de capital.

Quanto ao agente encarregado da execução do gasto, de acordo com o Decreto-lei nº 200, de 25 de Fevereiro de 1967, as despesas podem ser realizadas pela Administração Direta, “que se constitui dos serviços integrados na estrutura administrativa da Presidência da República e dos Ministérios” e pela Administração Indireta “que compreende entidades dotadas de personalidade jurídica própria e

organizadas sob a forma de Autarquias, Fundações, Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista” (REZENDE, 2006, p. 68).

### 3.2.2 Classificação das Receitas Públicas

As receitas orçamentárias públicas podem ser classificadas quanto à captação de recursos, quanto à origem dos recursos e quanto ao orçamento que estão vinculadas (REZENDE, 2006).

Quanto à captação de recursos, as receitas são divididas em próprias ou de transferências.

As receitas próprias são arrecadadas pelas próprias entidades encarregadas de sua aplicação – por exemplo, o Imposto de Renda é uma receita própria da União e o ICMS é uma receita própria dos Estados - enquanto, as receitas de transferências são as provenientes de repasse de recursos captados por outras instituições, por exemplo, o Fundo de Participação dos Estados e Municípios, que são receitas transferidas pela União a essas esferas (REZENDE, 2006, p. 151)

As receitas próprias do Estado e do Distrito Federal, de acordo com a Constituição de 1988, são compostas pela arrecadação dos seguintes impostos: ICMS – imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestação de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, ainda que as operações e as prestações se iniciem no exterior; IPVA – imposto sobre a propriedade de veículos automotores; ITCD – imposto sobre a transmissão *causa mortis* e doação, de quaisquer bens ou direitos. Além dos impostos, as taxas, também fazem parte das receitas próprias.

As receitas de transferências recebidas por estados, municípios e o Distrito Federal, cujo objetivo é minimizar as desigualdades sociais e regionais, mediante descentralização fiscal do governo, são compostas, segundo a atual Constituição Federal, pelos seguintes mecanismos: Fundo de Participação dos Estados – FPE; Fundo de Participação dos Municípios – FPM, Fundos Constitucionais Regionais); Fundo de Manutenção e de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério – FUNDEF (substituído através da Emenda Constitucional nº 53/2006 pelo FUNDEB); Fundo de Incentivo a Exportação; Contribuição de Intervenção sobre

o Domínio Econômico – CIDE e outras transferências correntes (transferências destinadas ao SUS e à Previdência Social, dentre outras) (LEITE, 2007).

Quanto à origem dos recursos, as receitas dividem-se em:

- a) Tributária, que inclui as receitas definidas como tributos pelo Código Tributário Nacional, a saber, os impostos, taxas e contribuições de melhoria;
- b) de contribuições, que inclui as contribuições sociais (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social, Contribuição do Salário-Educação, Contribuição de Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade Social, etc.), as contribuições econômicas [...];
- c) patrimonial, que se refere ao resultado financeiro da exploração do patrimônio, dividindo-se em receitas imobiliárias [...], receitas de valores mobiliários [...] e receitas de concessões e permissões [...];
- d) industrial, que é proveniente da venda de mercadorias ou serviços relativo a atividades de natureza empresarial, incluindo a receita da indústria de transformação e da comunicação;
- e) agropecuária, que inclui a receita da produção vegetal e da produção de animais e derivados;
- f) de serviços, que inclui serviços comerciais, financeiros, de transporte, de comunicação, de saúde etc. (REZENDE, 2006, p.152).

Quanto ao orçamento a que estão vinculadas, as receitas dividem-se em receitas do orçamento da seguridade social ou em receitas do orçamento fiscal.

As receitas vinculadas à seguridade social estão relacionadas às contribuições sociais definidas no art. 195 da Constituição de 1988 e às receitas diretamente arrecadadas pelos órgãos da seguridade social.

As receitas vinculadas ao orçamento fiscal estão relacionadas às receitas de impostos, de contribuições econômicas e às demais receitas dos órgãos não ligados à seguridade social.

As receitas próprias e de transferências são classificadas, também, em correntes e de capital, como pode ser visualizado no quadro 3 (REZENDE, 2006).

As receitas correntes são compostas pelo somatório das receitas tributárias, de contribuição, patrimoniais, industriais, de serviços, de transferências correntes e de outras receitas correntes, enquanto as receitas de capital são compostas pelas receitas de operações de crédito, alienações de bens, amortizações de empréstimos, transferências de capital e outras receitas de capital.

<b>ESPECIFICAÇÃO</b>
<b>1 – RECEITAS DO TESOURO</b>
1.1 – RECEITAS CORRENTES
Receita Tributária
Receita de Contribuições
Receita Patrimonial
Receita Agropecuária
Receita Industrial
Receita de Serviços
Transferências Correntes
Outras Receitas Correntes
1.2 – RECEITAS DE CAPITAL
Operações de Crédito Internas
Operações de Crédito Externas
Alienação de Bens
Amortização de Empréstimos
Outras Receitas de Capital
<b>2 – RECEITAS DE OUTRAS FONTES DE ENTIDADES DA ADMINISTRAÇÃO INDIRETA, INCLUSIVE FUNDOS E FUNDAÇÕES</b>
2.1 RECEITAS CORRENTES
2.2 RECEITAS DE CAPITAL
<b>3 – SUBTOTAL (1+2)</b>
<b>4 – REFINANCIAMENTO DA DÍVIDA PÚBLICA FEDERAL</b>
<b>5 – TOTAL (3+4)</b>

Quadro 3 – Estrutura da Receita Orçamentária Federal – 2000  
Fonte: Rezende, 2006.

O somatório das receitas correntes e das receitas de capital arrecadadas pela administração direta (recursos do tesouro) e pela administração indireta federal (outras fontes), somadas aos recursos para o refinanciamento da dívida pública federal é igual ao total da receita orçamentária federal em determinado período de tempo.

### 3.2.3 Comportamento da Receita Orçamentária do Estado do Piauí

A receita orçamentária do Estado do Piauí, quanto à captação de recursos, é composta por receitas próprias e por receitas de transferências.

As receitas próprias ou do tesouro, arrecadadas pela administração direta estadual, são classificadas por categoria econômica em Receitas Correntes e Receitas de Capital.

As receitas de transferências ou de outras fontes de entidades da administração indireta, inclusive fundos e fundações públicas são, também, classificadas em Receitas Correntes e Receitas de Capital. Portanto, o somatório das receitas correntes e das receitas de capital arrecadadas pela administração direta e indireta estadual é igual à receita orçamentária do Estado do Piauí.

Diante da estrutura da receita estadual, debatida anteriormente, questiona-se: como se comportou a Receita Orçamentária do Estado do Piauí no período 1997-2001?

A Tabela 9 mostra o comportamento da Receita Orçamentária do Estado, segundo as categorias econômicas das receitas correntes e de capital arrecadadas tanto pelo tesouro estadual quanto por outras fontes de entidades da administração indireta, ao longo do período 1997 a 2001.

Tabela 9 - Evolução da Receita Orçamentária Total do Estado do Piauí, por Categoria Econômica – 1997-2001 (R\$ 1.000,00)

DISCRIMINAÇÃO	1997	1998	1999	2000	2001
<b>1.Receita Corrente</b>	<b>986.284</b>	<b>1.072.562</b>	<b>1.166.075</b>	<b>1.385.963</b>	<b>1.561.773</b>
1.1 Receitas Correntes da Administração Direta	856.038	936.413	1.022.725	1.225.245	1.385.636
1.2 Receitas Correntes da Administração Indireta	129.232	136.149	143.350	160.717	176.136
<b>2. Receita de Capital</b>	<b>150.015</b>	<b>90.910</b>	<b>90.804</b>	<b>246.155</b>	<b>57.483</b>
2.1 Receitas de Capital da Administração Direta	129.795	60.163	74.318	224.638	42.268
2.2 Receitas de Capital da Administração Indireta	20.220	30.747	16.486	21.516.	15.215
<b>3. Receita Total do Estado(1+2)</b>	<b>1.136.299</b>	<b>1.163.473</b>	<b>1.256.880</b>	<b>1.632.119</b>	<b>1.619.257</b>

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Balanço Geral do Estado – 1997-2001

A receita total do Estado era R\$ 1.136 milhões em 1997, foi para R\$ 1.163 milhões em 1998, alcançou R\$ 1.256 milhões e R\$ 1.632 milhões em 1999 e 2000 e terminou o período com R\$ 1.619 milhões.

Se comparados os anos de 1997 e 2001, a receita orçamentária total do Estado cresceu 42,5%. Esse crescimento ocorreu de forma contínua e progressiva

de 1998 a 2000, com as respectivas taxas de 2%, 8% e 30%, quando comparado os valores ano a ano. Em 2001 o crescimento perdeu “fôlego”, e a receita total arrecadada no Estado caiu 1% em relação ao ano anterior.

O incremento da receita total do Estado, no período, foi influenciado, em grande parte, pelo aumento de suas receitas correntes, principalmente, às arrecadadas pela administração direta, como mostra o gráfico 6.

As receitas correntes do Estado apresentaram um crescimento de 58,35%; passaram de R\$ 986 milhões em 1997 para R\$ 1.561 milhões de reais. Esse crescimento aumentou sua participação na receita orçamentária total do Estado, de 86,8%, em 1997, para 96,45%, em 2001. Nesse mesmo período as receitas de capital foram reduzidas em 61,68% e sua participação na receita total do Estado decresceu de 13,2% em 1997 para 3,55% em 2001.

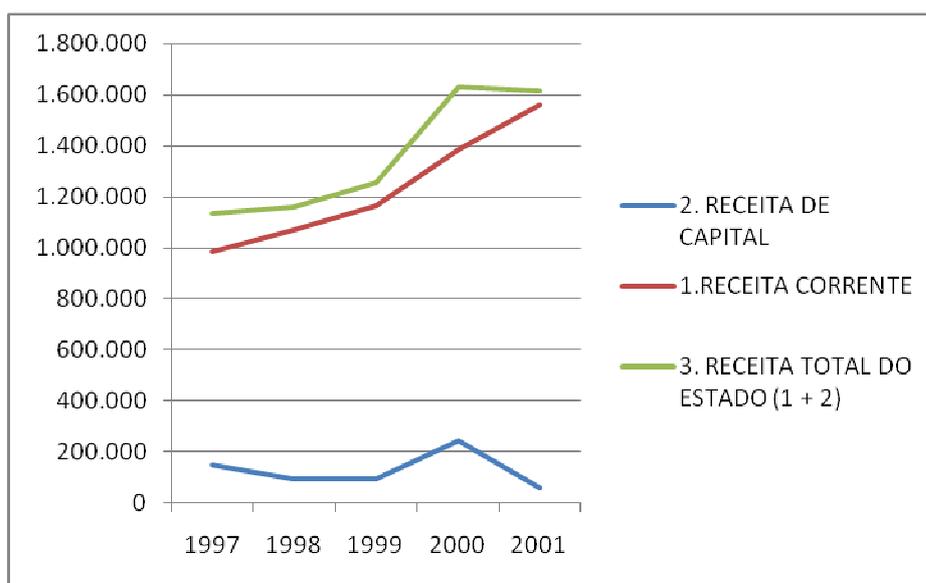


Gráfico 6 – Evolução da Receita Orçamentária do Estado do Piauí, por Categoria Econômica - 1997-2001

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Balanço Geral do Estado – 1997 - 2001

O aumento da participação das receitas correntes na receita total do Estado foi motivado, principalmente, pelo crescimento da participação das receitas arrecadadas pela administração direta, que passou de 86,72% em 1997, para 88,72% em 2001, como evidenciado na tabela 9.

Portanto, o crescimento da receita orçamentária do Estado do Piauí, no período 1997 a 2001, foi influenciado, mais pelo incremento das receitas correntes

arrecadadas pelo tesouro estadual do que por qualquer outro tipo de receita arrecadada pela administração direta ou indireta.

Tabela 10 - Evolução da Receita Orçamentária Total do Estado do Piauí, por Categoria Econômica – 2002-2005 (R\$ 1.000)

DISCRIMINAÇÃO DAS RECEITAS	2002	2003	2004	2005
<b>1.RECEITA CORRENTE</b>	<b>1.893.891</b>	<b>2.050.661</b>	<b>2.471.176</b>	<b>2.689.455</b>
1.1 RECEITAS CORRENTES ADM DIRETA	1.688.388.	1.810.717	2.130.135	
1.2 RECEITAS CORRENTES ADM INDIRETA	205.502	239.943	341.040	
<b>2. RECEITA DE CAPITAL</b>	<b>75.282</b>	<b>38.172</b>	<b>87.974</b>	<b>71.155</b>
2.1 RECEITAS DE CAPITAL ADM DIRETA	71.096	30.772	62.824	
2.2 RECEITAS CAPITAL DA ADM INDIRETA	4.186	7.400	25.150	
<b>3. RECEITA TOTAL DO ESTADO (1 + 2)</b>	<b>1.969.173</b>	<b>2.088.834</b>	<b>2.559.151</b>	<b>2.760.610</b>

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do Balanço Geral do Estado – 2002 – 2005

No período de 2002-2005, conforme a Tabela 10, a receita orçamentária do Estado iniciou o período com R\$ 1.893 milhões, depois atingiu R\$ 2.050 milhões e R\$ 2.471 milhões nos anos de 2003 e 2004. Terminou o período atingindo o patamar de R\$ 2.760 milhões de reais.

Se comparados os anos de 2002 e 2005, a receita total do Estado cresceu 40,19%. Esse crescimento ocorreu de forma contínua e progressiva em 2003 e 2004, com as respectivas taxas de 6,08% e 22,52%, quando comparado os valores ano a ano. Em 2005 o crescimento desacelerou, e a receita total arrecadada no Estado aumentou 7,87% em relação ao ano anterior.

O crescimento da receita orçamentária total do Piauí, no período, foi influenciado, em grande parte, pelo aumento das receitas correntes do Estado, como mostra o gráfico 7.

As receitas correntes do Estado apresentaram um crescimento de 42%, passando de R\$ 1.893 milhões, em 2002, para R\$ 2.689 milhões de reais, em 2005.

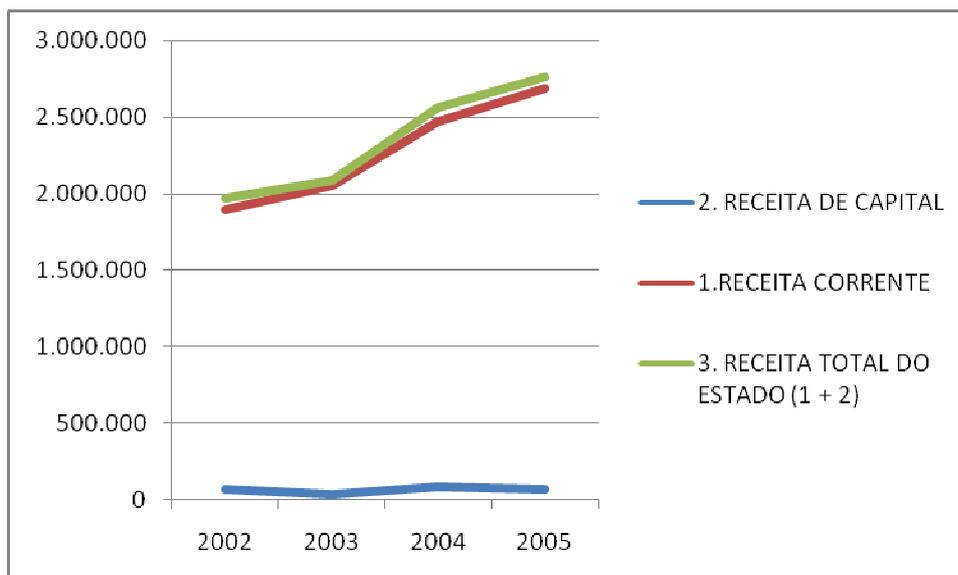


Gráfico 7 – Evolução da Receita Orçamentária do Estado do Piauí, por Categoria Econômica – 2002 - 2005

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Balanço Geral do Estado – 2002 - 2005

A participação na receita orçamentária total do Estado aumentou de 96,18% em 2002 para 97,42% em 2005. Nesse mesmo período as receitas de capital foram reduzidas nominalmente em 5,48% e sua participação na receita total do Estado decresceu de 3,82% para 2,58%.

Os números apresentados sobre a evolução da receita orçamentária do Estado do Piauí, no período de 1997 a 2005, revelaram a importância das Receitas Correntes no total da Receitas Orçamentárias estaduais. Nesse sentido, é importante analisar as receitas tributárias e as transferências correntes, pois constituem duas das principais fontes arrecadoras na categoria econômica das Receitas Correntes.

As receitas tributárias são compostas por impostos e taxas. O componente mais representativo na arrecadação destas receitas no Piauí são os impostos. E na arrecadação dos impostos é o Imposto Sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços, Transportes e Comunicação (ICMS).

As transferências correntes correspondem às receitas da União, repassadas pelo governo federal aos estados, via cota-parte do Fundo de Participação dos Estados – FPE, cota-parte do Fundo Especial, transferência do Imposto de Renda retido na fonte, cota-parte da contribuição do salário educação, cota-parte do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI, convênios e cota-parte do ICMS

exportação. O componente mais representativo das transferências correntes no Estado do Piauí é a cota-parte do FPE.

Tabela 11 – Comportamento das Receitas de ICMS e do FPE do Estado do Piauí – 1997 - 2001

Exercício	Valor em R\$		Variação Nominal sobre o Exercício Anterior e o Exercício de 1997 (%)			
	FPE	ICMS	Ano anterior		Exercício de 1997	
			FPE	ICMS	FPE	ICMS
1997	423687915,90	305551587,98				
1998	471912086,52	320629125,58	11,38	4,93	11,38	4,93
1999	522659917,99	340619589,33	10,75	6,23	23,36	11,48
2000	619356191,52	426821064,56	18,50	25,31	46,18	39,69
2001	728867552,38	467972606,19	17,68	9,64	72,03	53,16

Fonte: SEFAZ, Balanço Geral do Estado - 2005.

A tabela 11 mostra a evolução do ICMS e do FPE, os dois principais componentes da Receita Corrente do Estado do Piauí no período 1997-2001.

Em 1997, os valores do ICMS e do FPE eram da ordem de R\$ 305 milhões e R\$ 423 milhões de reais, respectivamente. Nos anos, subsequentes, aumentaram e, em 2001, atingiram R\$ 467 milhões e R\$ 728 milhões de reais.

O ICMS e o FPE, quando comparado aos valores do início e do final do período analisado, obtiveram crescimentos respectivos de 53,16% e 72,03%.

Quando analisado o crescimento das duas variáveis ano a ano, mais uma vez a tabela 8 mostra que a taxa de crescimento do FPE foi maior que a taxa de crescimento do ICMS, exceto no ano de 2000.

Apesar do crescimento das receitas próprias do governo estadual via incremento do ICMS, foram as receitas de transferências via incremento do FPE que se constituíram no componente mais representativo das receitas correntes do Estado ao longo do período analisado. As receitas oriundas de transferências correntes enviada pela União ao Estado do Piauí através do FPE foram fundamentais para o financiamento dos gastos públicos do governo estadual no período de 1997 a 2001.

Tabela 12 – Comportamento das Receitas de ICMS e do FPE do Piauí - 2002 - 2005

Exercício	Valor em R\$		Variação Nominal sobre o Exercício Anterior e o exercício de 1997 (%)			
	FPE	ICMS	Ano anterior		Exercício de 1997	
			FPE	ICMS	FPE	ICMS
2002	902034776,15	540797415,77				
2003	938389899,35	610695028,01	4,03	12,92	4,03	12,92
2004	1034367884,60	760498178,54	10,23	24,53	14,67	40,63
2005	1294564437,13	901060847,00	25,16	18,48	43,52	66,62

Fonte: SEFAZ, Balanço Geral do Estado – 2005.

No período 2002-2005, o ICMS e o FPE iniciaram a série histórica com valores de R\$ 540 milhões e R\$ 902 milhões de reais, respectivamente. Nos anos subsequentes, os valores das duas variáveis cresceram e alcançaram cada uma delas em 2005, R\$ 901 milhões e R\$ 1,29 bilhões de reais, respectivamente, conforme a tabela 12.

A taxa de crescimento do ICMS e do FPE, ao se comparar o ano de 2005 com o ano base de 2002, foi respectivamente de 66,62% e 43,52%.

Quando comparado às taxas de crescimento ano a ano das duas variáveis, fica evidente um maior crescimento percentual do ICMS, em relação ao crescimento percentual do FPE, principalmente nos anos de 2003 e 2004. Em 2005, a taxa de crescimento do FPE foi maior que a do ICMS, como mostra a tabela 12.

Em relação ao período 2002 a 2005, ficou claro que as transferências correntes, principalmente as do FPE, ainda se constituíam uma das principais fontes de financiamento do gasto público do governo estadual, embora as receitas provenientes de arrecadação do ICMS tivessem crescido, em 2003 e 2004, numa proporção maior que as do FPE.

O crescimento da arrecadação do ICMS de forma mais expressiva, nesse período, sinalizou um fortalecimento da arrecadação própria do Estado.

Entretanto, o aumento da arrecadação própria do Estado induzido, em grande parte, pelo componente tributário do ICMS, não foi suficiente para reduzir sua dependência às transferências correntes da União. O FPE continuou a ser o componente mais representativo das Receitas Correntes para o financiamento dos gastos públicos do governo estadual, no período de 2002 a 2005.

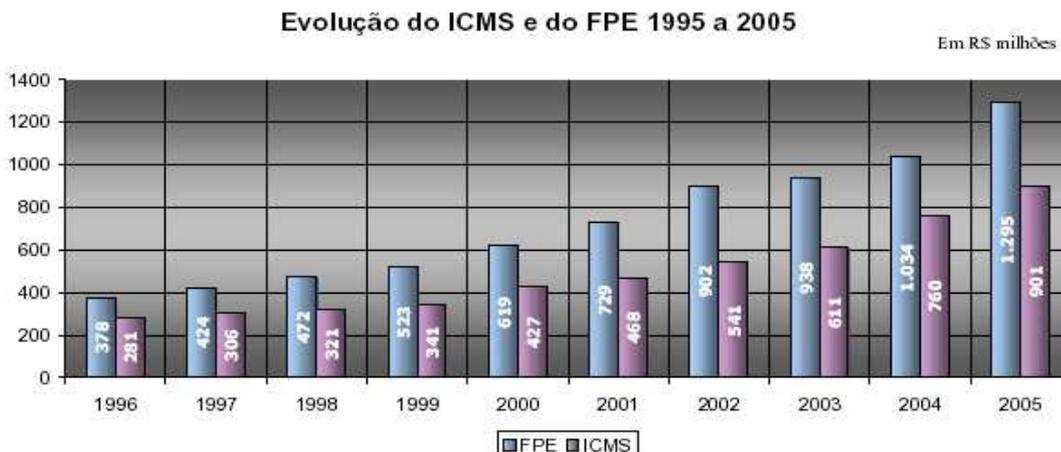


Gráfico 8 – Evolução do ICMS e do FPE do Estado do Piauí – 1996 - 2005  
 Fonte: PIAUÍ, SEFAZ, Balanço Geral do Estado - 2005.

O gráfico 8 mostra a evolução das receitas próprias (ICMS) do Estado, em detrimento da evolução das receitas de transferências (FPE), no período 1996-2005.

Mesmo com o aumento das receitas de ICMS, de R\$ 306 milhões em 1997 para R\$ 901 milhões em 2005, o Estado do Piauí continuou a depender sobremaneira dos recursos federais para execução de suas despesas, pois, como o ICMS, o FPE praticamente triplicou no mesmo período, mantendo a situação de grande dependência do Estado à União.

A situação da capacidade de gasto público do governo do Estado do Piauí fica mais comprometida quando se analisa a participação dos gastos com pessoal e encargos sociais na Receita Corrente Líquida do Estado, objeto de discussão do próximo item.

### 3.3 COMPORTAMENTO DAS TRANSFERÊNCIAS CORRENTES DA UNIÃO NA COMPOSIÇÃO DA RECEITA ORÇAMENTÁRIA DO ESTADO DO PIAUÍ

Como visto no item anterior, as receitas de transferências, principalmente, às oriundas do FPE, constituíram-se em um dos principais componentes da receita orçamentária do Estado do Piauí e, por conseqüência, uma das principais fontes de financiamento do gasto público estadual.

Diante da importância das transferências na receita estadual, analisar seu comportamento na composição da receita orçamentária piauiense evidencia-se

como estratégia fundamental para aferir o nível de dependência econômico-financeira do Estado à União.

Para analisar o grau de dependência econômico-financeira do governo estadual em relação ao governo federal, o pesquisador construiu uma série histórica que mostra a evolução da participação das transferências correntes da União na Receita orçamentária do Estado, em dois períodos: 1997 a 2001 e 2002 a 2005. .

Além de analisar a relação transferências correntes e receita estadual, o pesquisador analisou, também, a participação dos gastos com pessoal e encargos sociais na Receita Corrente Líquida (RCL), nos dois períodos.

A receita orçamentária total do Estado mais que duplicou em nove anos, que era R\$ 1,13 bilhões em 1997, atingindo 2,76 bilhões em 2005. Tal aumento da receita foi influenciado, sobremaneira, pelo aumento na categoria econômica das receitas correntes, haja vista que as receitas de capital diminuíram ao longo da série analisada.

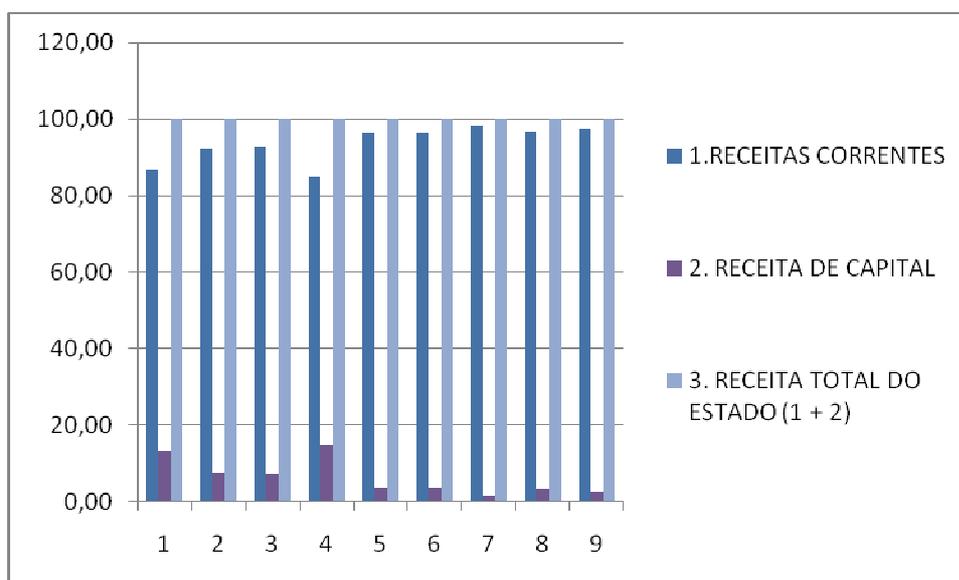


Gráfico 9 – Evolução da Participação das Receitas Corrente e de Capital na Receita Orçamentária Total do Estado do Piauí – 1997 – 2005

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Balanço Geral do Estado – 1997 - 2005

As receitas correntes, no primeiro ano do período 1997-2005, tinham uma participação de 86,8% na receita orçamentária total do Estado e, no último ano da série, passaram a ter 97,42%, enquanto as receitas de capital tinham uma

participação de 13,2% e passaram a ter 2,58%, no mesmo período, conforme mostra o gráfico 9.

As receitas correntes do estado são compostas por receitas arrecadadas pela administração direta e pela administração indireta.

No Piauí, as receitas correntes da administração direta representaram, em média, 87,8% das receitas correntes do Estado, no período de 1997-2005. Números que evidenciam a importância dessas receitas na composição da receita orçamentária do estado.

Tomando como base as receitas correntes da administração direta estadual e as transferências correntes para administração direta estadual, foi desenvolvida a base de cálculo para exprimir percentualmente o comportamento da participação das transferências correntes da União na composição das receitas correntes do Estado do Piauí, ao longo dos períodos 1997-2001 e 2002-2005.

Tabela 13 – Participação das Transferências Correntes da União nas Receitas Correntes da Administração Direta Estadual – 1997-2001 (R\$ 1.000,00)

DISCRIMINAÇÃO	1997	1998	1999	2000	2001
Receitas Correntes da Administração Direta Estadual	857.051	936.413	1.022.725	1.225.245	1.385.636
Transferências Correntes para a Administração Direta Estadual	525.602	587.094	654.012	760.886	871.820
Participação das Transferências Correntes nas Receitas Correntes da Administração Direta	61,33%	62,70%	63,95%	62,10%	62,92%

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do Balanço Geral do Estado – 1997-2001

Em 1997, as receitas correntes da administração direta estadual totalizavam R\$ 857 milhões, sendo que R\$ 525 milhões eram transferências correntes. Nos anos, subsequentes, tanto as receitas correntes da administração direta quanto as transferências correntes para a administração direta cresceram, atingindo em 2001 patamares, respectivos, R\$1,38 bilhões e R\$ 871 milhões de reais, conforme a tabela 13.

Além do aumento nominal dos valores das transferências correntes, a participação percentual das transferências no total das receitas correntes da administração direta do Estado também aumentou no período.

Em 1997, as transferências correntes representavam 61,33% das receitas correntes do Estado. Em 1998 e 1999, aumentaram sua participação para 62,70% e

63,95%, respectivamente. Em 2000 a participação foi reduzida para 62,1% e no ano seguinte, voltou a aumentar, alcançando 63,92% do total das receitas correntes.

Os dados apresentados na tabela 10 revelaram uma leve tendência de aumento da participação das transferências correntes nas receitas correntes da administração direta estadual, ao longo do período 1997 a 2001.

Tabela 14 – Participação das Transferências Correntes da União nas Receitas Correntes da Administração Direta Estadual – 2002 – 2005 (R\$ 1.000,00)

DISCRIMINAÇÃO	2002	2003	2004	2005*
Receitas Correntes da Administração Direta Estadual	1.688.380	1.810.717	2.471.176	2.689.455
Transferências Correntes para a Administração Direta Estadual	1.064.950	1.108.377	1.201.563	1.767.678
Participação das Transferências Correntes nas Receitas Correntes da Administração Direta	63,07%	52,28%	48,62%	65,73%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Balanço Geral do Estado – 2002 – 2005

\*Aos valores das Receitas e Transferências Correntes da administração direta relacionados no ano de 2005 foram adicionados os recursos vinculados à administração indireta.

Como no período anterior, os anos 2002 a 2005 são marcados pelo incremento nominal das receitas correntes e das transferências correntes, como podem ser visualizadas na tabela 14.

Entretanto, nesse período, houve uma redução da participação das transferências correntes nas receitas correntes da administração direta estadual, nos três primeiros anos, embora no último ano a participação das transferências tenha aumentado consideravelmente, em relação ao ano anterior.

Em 2002, as transferências correntes eram responsáveis por 63,07% das receitas correntes arrecadadas pela administração direta estadual. Em 2003, esse percentual diminuiu para 52,28%; em 2004 diminuiu mais ainda para 48,62% e, no ano seguinte, ao contrário dos outros anos, aumentou para 65,73%.

O que ficou evidente quanto aos números apresentados na tabela 11 é que houve uma redução no nível de participação das transferências correntes da União nas receitas correntes da administração direta estadual, em quase todo o período analisado.

Mesmo com a redução da participação das transferências correntes na receita corrente estadual, de 2002 a 2004, o Estado do Piauí continuou a depender muito das transferências do governo federal para realização de suas despesas.

A incapacidade de o Estado reduzir o grau de dependência econômica em relação a União, evidenciado pelo nível de participação das transferências correntes na receita estadual, pode ser justificada não apenas pelo desempenho do PIB estadual, mas também, pela ineficiência do gasto público do governo estadual.

Tal ineficiência pode ser comprovada, a partir da análise da participação dos gastos com pessoal e encargos sociais na RCL do Estado.

A RCL do Estado é o somatório das receitas correntes menos as transferências constitucionais para os municípios (50% do IPVA, 25% do ICMS, 25% do IPI Exportação, 25% da CIDE) menos 25% da receita da dívida tributária, menos 100% das contribuições previdenciárias do regime próprio e menos as transferências do Fundo de Desenvolvimento da Educação Fundamental (FUNDEF).

A RCL é um dos indicadores mais realistas para revelar a capacidade de gasto do Estado, pois ele mostra a quantidade de recursos disponíveis para a execução das despesas correntes do Estado, depois de deduzidas as transferências constitucionais para os municípios.

No que diz respeito ao gasto público piauiense, o componente das despesas correntes que mais se destacou no período pesquisado foram os gastos com pessoal e encargos sociais.

Sabendo disso, a pesquisa analisou o comportamento dos gastos com pessoal e encargos sociais na receita corrente líquida, com o objetivo de verificar o grau de comprometimento da RCL com tais despesas.

Tabela 15 – Participação dos Gastos com Pessoal e Encargos Sociais na Receita Corrente Líquida da Administração Direta do Estado do Piauí – 1997-2001 (R\$ 1.000,00)

<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
RECEITA CORRENTE LÍQUIDA DA ADM. DIRETA	773285	848776	930685	1155252	1290514
GASTOS COM PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS DA ADM. DIRETA	555343	566648	591943	667673	752974
GASTOS COM PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS NA RCL (%)	71,82%	66,76%	63,60%	57,79%	58,35%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Balanço Geral do Estado – 1997 – 2001

No período de 1997-2001, conforme a tabela 12, os valores absolutos da RCL e dos gastos com pessoal e encargos sociais da administração direta estadual aumentaram.

Em 1997, os valores da RCL e dos gastos com pessoal eram, respectivamente, R\$ 773 milhões e R\$ 555 milhões de reais e, em 2001,

aumentaram para R\$ 1,29 bilhões e R\$ 752 milhões de reais, marcando o crescimento nominal de 66,89% para a RCL e 35,59% para os gastos com pessoal.

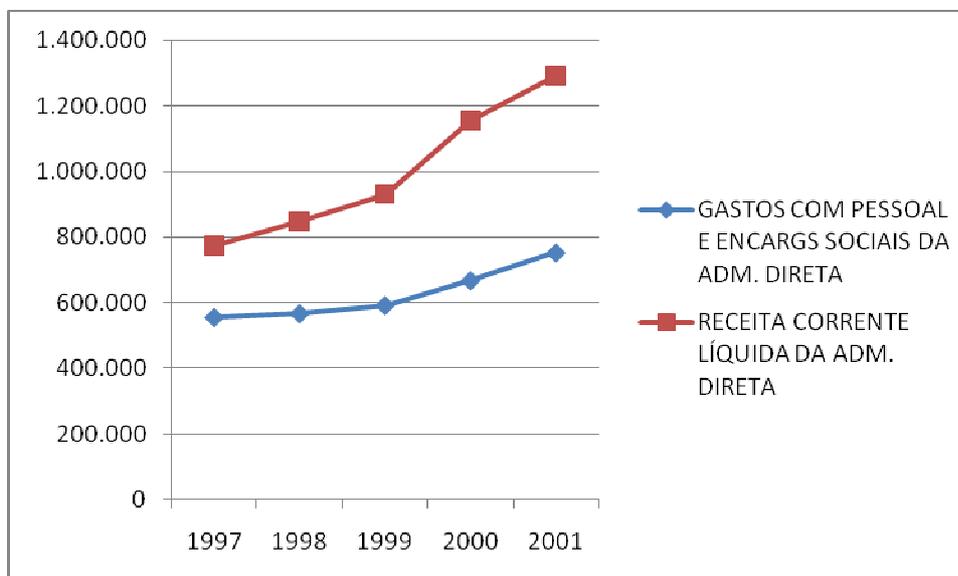


Gráfico 10 – Comportamento da Receita Corrente da Administração Direta e dos Gastos com Pessoal e Encargos Sociais da Administração Direta do Estado do Piauí – 1997 – 2001.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Balanço Geral do Estado – 1997 - 2001

De 1997 a 2000, o crescimento da RCL proporcionalmente foi maior que o dos gastos com pessoal, provocando uma queda gradual da participação dos gastos na receita corrente líquida do Estado. A participação, que era de 71,92% em 1997, reduziu para 66,76% em 1998, e mais ainda para 63,60% em 1999, atingindo o piso de 57,79% em 2000, como pode ser visto na tabela 15 e no gráfico 10.

Em 2001, há uma interrupção na tendência de queda da participação dos gastos na RCL. Os gastos aumentam e atingem uma participação de 58,35%.

Muito embora a participação dos gastos com pessoal e encargos na RCL tenha caído gradativamente no período, os números ainda foram elevados, pois em média 63% da RCL do Estado foi destinado ao financiamento de despesas com a folha de pagamento no período de 1997 a 2001.

Os elevados gastos com pessoal e encargos contribuíram para o agravamento da situação de dependência econômica do Estado do Piauí, em relação à União no período, pois a escassez de recursos próprios para os investimentos em áreas estratégicas do Estado exigia do governo estadual mais

captação de recursos financeiros junto, ao governo federal, fortalecendo o ciclo da dependência econômico-financeira do Estado em relação à União.

Tabela 16 – Participação dos Gastos com Pessoal e Encargos Sociais da Receita Corrente Líquida da Administração Direta do Estado do Piauí – 2002 - 2005 (R\$ 1.000)

DISCRIMINAÇÃO	2002	2003	2004	2005*
RECEITA CORRENTE LÍQUIDA DA ADM DIRETA	1586525	1647131	1938899	2357829
GASTOS COM PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS DA ADM DIRETA	921788	1031664	945543	1102964
GASTOS COM PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS NA RCL (%)	58,10%	62,63%	48,77%	46,78%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Balanço Geral do Estado – 2002 – 2005

No período de 2002-2005, como mostra a tabela 16, os valores absolutos da RCL e os dos gastos com pessoal e encargos sociais da administração direta estadual aumentaram, quando comparado o primeiro e último ano do período.

Em 2002, os valores eram, respectivamente, R\$ 1,58 bilhões e R\$ 921 milhões de reais e, em 2005, aumentaram para R\$ 2,35 bilhões e R\$ 1,10 bilhões de reais, marcando o crescimento de 48,62% para a RCL e de 19,65%, para os gastos com pessoal, quando comparado o primeiro e último ano do período.

O crescimento da RCL proporcionalmente foi menor que o dos gastos com pessoal, no biênio 2002-2003, provocando um aumento na participação dos gastos na receita corrente líquida do Estado. A participação, que era de 58,10% em 2002, aumentou para 62,63% em 2003.

Em 2004, houve uma redução tanto dos valores absolutos, quanto da participação dos gastos com pessoal e encargos da administração direta, em relação ao ano anterior. A participação dos gastos foi reduzida para 48,77%.

Em 2005, os valores absolutos da RCL e dos gastos com pessoal aumentaram, sendo que o aumento na RCL foi proporcionalmente maior que o aumento dos gastos com pessoal, refletindo uma participação menor de 46,78% dos gastos com pessoal na RCL.

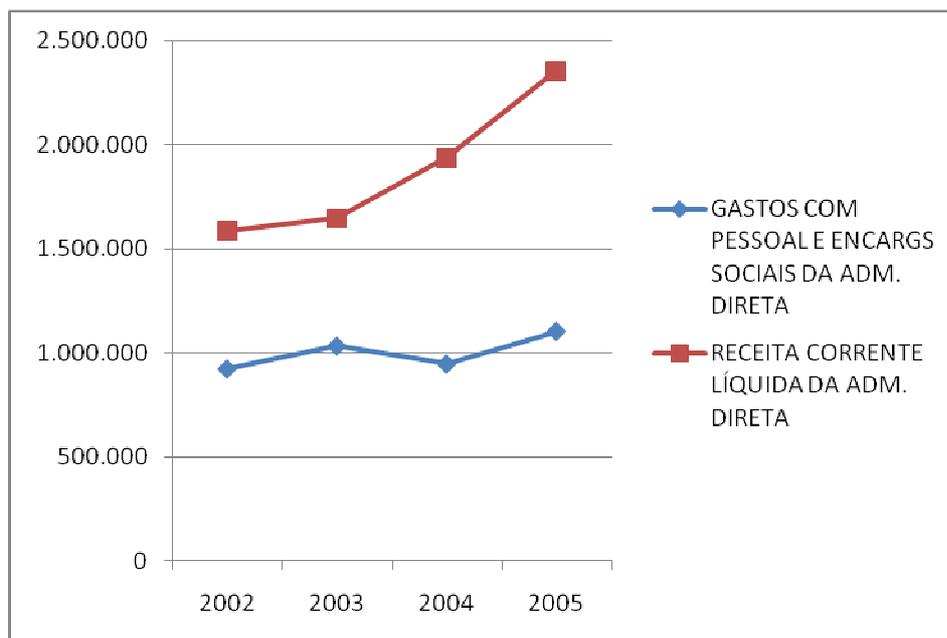


Gráfico 11 – Comportamento da Receita Corrente da Administração Direta e dos Gastos com Pessoal e Encargos Sociais da Administração Direta do Estado do Piauí - 2002 – 2005

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Balanço Geral do Estado – 2002 - 2005

Portanto, a participação dos gastos com a folha de pagamento na RCL da administração direta do Estado, no período 2002-2004, foi marcado por dois momentos: o primeiro, 2002 a 2003, com altos gastos com a folha de pagamento, continuando a política do período anterior: o segundo, 2003 a 2004, um contraponto à política de gastos dos primeiros anos do período, com forte redução e controle dos gastos com pessoal e encargos, como pode ser visto no gráfico 11.

### 3.4 CONDICIONANTE ESTRUTURAL E A HABILITAÇÃO DO ESTADO NA GPSE

Tendo em vista o comportamento dos condicionantes estruturais da descentralização da saúde no Estado do Piauí - riqueza econômica, capacidade de gasto público e dependência econômica - em dois momentos históricos, pergunta-se: quão determinantes foram os condicionantes estruturais, no sentido de influenciar a decisão tomada pelos governos, Mão Santa (1997-2001), em não habilitar o Estado na condição de GPSE e Wellington Dias (2002-2005), em habilitar o Estado na condição de GPSE?

DETERMINANTES ESTRUTURAIS DA DESCENTRALIZAÇÃO									
RIQUEZA ECONÔMICA			CAPACIDADE DE GASTO PÚBLICO				DEPENDÊNCIA ECONÔMICA		
PIB Preço de Mercado R\$ 1.000.000	PIB Per Capta R\$ 1,00	Rendimento Médio mensal Pessoas Ocupadas R\$ 1,00	Receita Orçamentária Total R\$ 1.000.000	Receita Corrente Total R\$ 1.000.000	Evolução ICMS R\$ 1.000.000	Evolução FPE R\$ 1.000.000	Participação das Transferências Correntes na Receita Corrente (%)	Participação dos Gastos com Pessoal e Encargos Na RCL (%)	
1997	4225	1524	231,17	1136	986	305	423	61,33	71,82
1998	4413	1578	250,40	1163	1072	320	471	62,70	66,76
1999	4734	1678	253,30	1256	1166	340	522	63,95	63,6
2000	5330	1872		1632	1385	426	619	62,10	57,79
2001	5575	1941	288,10	1619	1561	467	728	62,92	58,35
2002	7425	2544	321,10	1969	1893	540	902	63,07	58,1
2003	8777	2978	333,90	2088	2050	610	938	52,28	62,63
2004	9817	3297	388,50	2559	2471	760	1034	48,73	48,77
2005	11125	3700	437,70	2760	2689	901	1294	65,73	46,78

Quadro 4 – Matriz Comparativa dos Condicionantes Estruturais da Descentralização da Saúde no Estado do Piauí – 1997-2001 e 2002 - 2005

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Balanço Geral do Estado – 1997 - 2005

Para responder a tal questionamento, foi construída uma matriz situacional que mostra as condições econômico-financeiras do Estado do Piauí, envolvendo o comportamento dos indicadores de riqueza econômica, de capacidade de gasto e de dependência econômica em dois períodos: 1997-2001 e 2002-2005.

No que diz respeito a riqueza econômica do Estado do Piauí, a situação encontrada foi a seguinte: o PIB a preço de mercado cresceu de forma contínua ao longo do período analisado, muito embora o crescimento do PIB a preço de mercado tenha sido mais lento no período 1997 a 2001 do que no período 2002 a 2005, como pode ser observado no gráfico 12.

O que significa dizer que houve uma melhora no desempenho do PIB a preço de mercado, no segundo período analisado, frente ao primeiro período, muito embora esse melhor desempenho do PIB, no período 2002-2005, atribua-se em parte à mudança imprimida pelo IBGE, no cálculo do PIB, a partir de 2002.

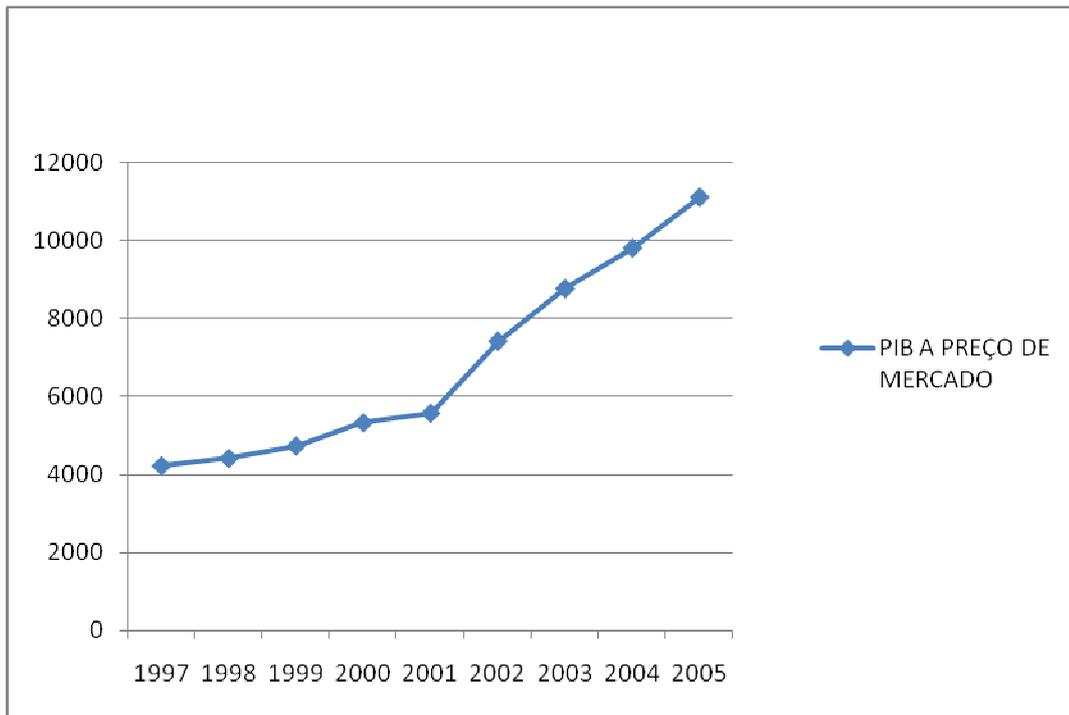


Gráfico 12 – Comportamento do PIB a Preço de Mercado do Estado do Piauí, no Período de 1997 a 2005

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Balanço Geral do Estado – 1997 - 2005

No que diz respeito ao PIB per capita, este cresceu de forma contínua ao longo do período analisado. Entretanto, o crescimento do produto no primeiro período foi muito mais lento do que no segundo, como pode ser visto no gráfico 13.

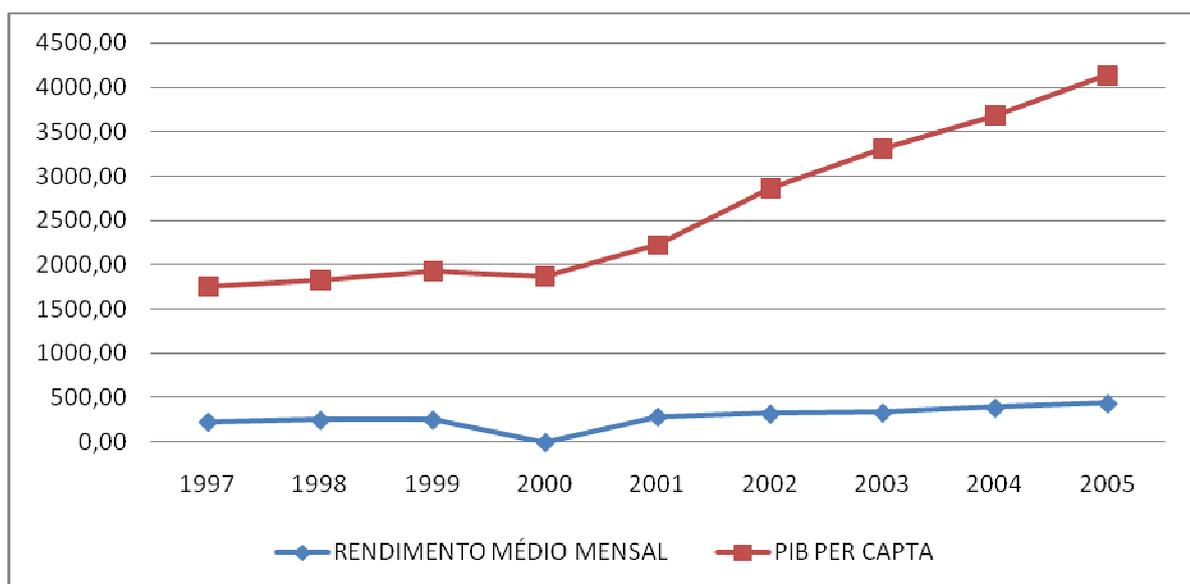


Gráfico 13 – Comportamento do PIB Per Capta e do Rendimento Médio Mensal da População Ocupada no Mês de Referência – Piauí - 1997 a 2005

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Balanço Geral do Estado – 1997 - 2005

O que implica dizer que houve uma melhora no desempenho do PIB per capita no segundo período analisado, em relação ao primeiro período. Como no PIB a preço de mercado, parte do crescimento do PIB per capita foi influenciado pela mudança no cálculo do produto, realizado pelo IBGE.

No que diz respeito ao Rendimento Médio Mensal da População Ocupada, este cresceu de forma contínua ao longo do período analisado. É bom ressaltar que os dados do rendimento médio mensal da população ocupada no ano de 2000 não podem ser considerados, pois nesse ano não houve coleta dos dados pelo IBGE.

O crescimento da renda nos dois períodos foi muito lento, com uma leve tendência de melhora no crescimento do segundo período analisado.

Portanto, no que diz respeito ao indicador de riqueza econômica do Estado do Piauí, comparando-se os dois períodos analisados, perceberam-se alterações, mas nada de muito significativo

O Estado do Piauí, em termos nominais, melhorou seus resultados do PIB a preço de mercado, PIB per capita e rendimento médio da população ocupada, ao longo do período analisado, mas em termos relativos, quando comparado esses resultados com os dos outros Estados da região Nordeste, verificou-se que o Piauí não melhorou sua situação econômica, manteve-se na situação de Estado mais pobre do Nordeste, juntamente com o Maranhão, tanto no período de 1997 a 2001 quanto de 2002 a 2005.

No que diz respeito à capacidade de gasto público do Estado do Piauí, percebeu-se um aumento significativo das receitas orçamentárias estaduais, ao longo do período analisado.

A receita orçamentária total do Estado cresceu tanto no período 1997-2001 quanto no período 2002-2005, apesar de no segundo período ter havido um incremento mais forte no crescimento da receita, principalmente a partir de 2003, como pode ser visualizado no gráfico 14.

As receitas correntes acompanharam o mesmo desempenho da receita orçamentária total, pois cresceram nos dois períodos analisados, verificando-se no segundo período um crescimento nominal maior proporcionalmente, em relação ao primeiro período.

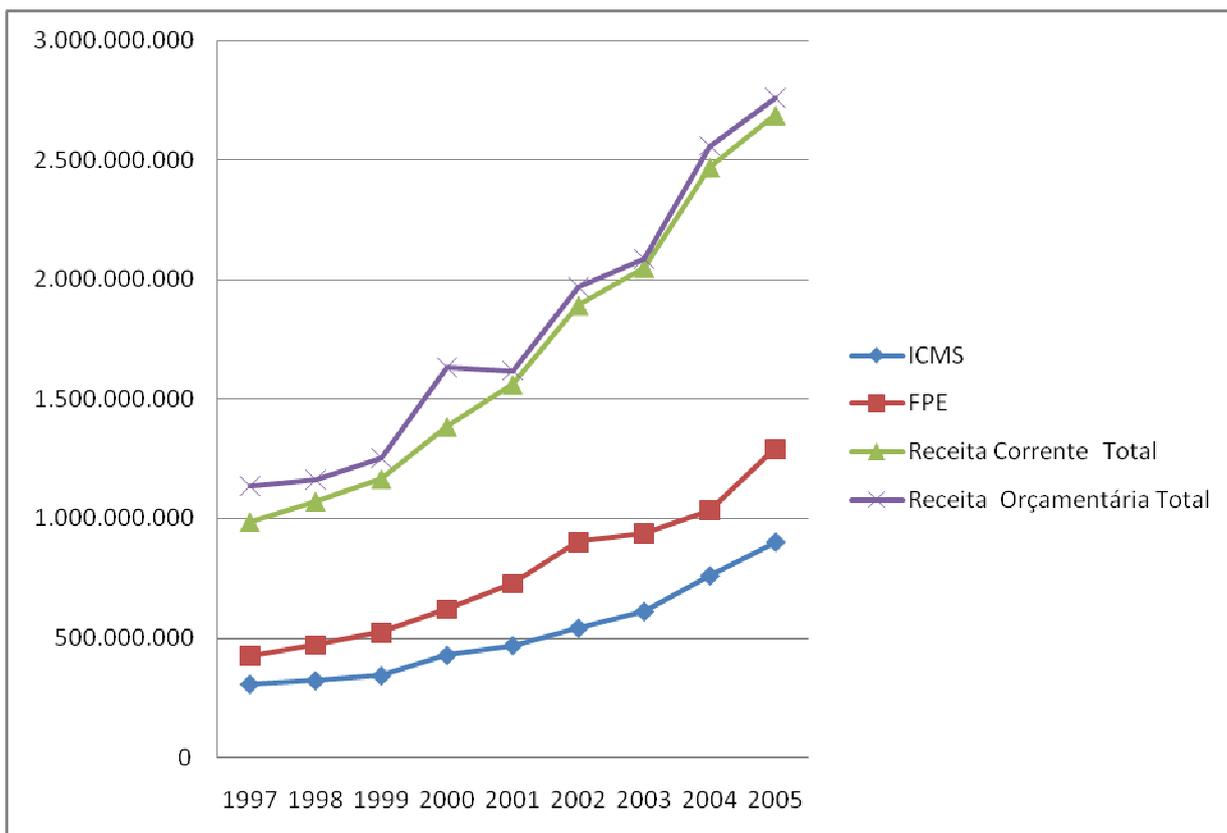


Gráfico 14 – Comportamento da Receita Orçamentária Total, Receita Corrente Total, Receita de ICMS e Receita do FPE – Piauí - 1997 a 2005

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Balanço Geral do Estado – 1997 - 2005

As receitas correntes refletem em grande parte o desempenho das receitas de ICMS e do FPE. Quando comparado o comportamento dessas duas variáveis, verificou-se que tanto o ICMS como o FPE cresceram, ao longo do período pesquisado, embora o FPE tenha crescido numa proporção maior que a do ICMS, em determinados anos do período, o que significa dizer que o aumento das receitas correntes, nos dois períodos, foi influenciado em grande parte pelo aumento das transferências federais via FPE.

Portanto, o aumento da receita orçamentária estadual, nos períodos pesquisados, não resultou em mudanças significativas na capacidade de gasto do governo. O Estado continuou, nos dois períodos, a depender dos recursos federais para financiamento dos seus gastos públicos, embora a partir de 2003 essa dependência começasse a reduzir.

É bem verdade que houve uma melhoria na situação econômico financeira do Estado, no período de 2002-2005, em relação ao período anterior, mas uma

melhoria que não exprime, na realidade, uma mudança perceptível na situação da riqueza econômica do Estado do Piauí.

Então, se o cenário econômico-financeiro do Estado do Piauí pouco se alterou nos períodos 1997-2001 e 2002-2005, como explicar as decisões diametralmente opostas dos governos Mão Santa e Wellington Dias quanto à habilitação do Estado na condição de GPSE, quando se sabe que o primeiro não habilitou e o segundo habilitou?

Isto posto, as decisões opostas num cenário econômico-financeiro muito parecido demonstram que, no Estado do Piauí, os condicionantes estruturais por si só não foram os elementos determinantes para o Estado se habilitar na condição de GPSE.

Ora, se os condicionantes estruturais não foram de forma independente os determinantes da descentralização da política pública de saúde no Estado do Piauí, quais outros determinantes exerceram influência na habilitação do Estado?

Na perspectiva de identificar os determinantes da descentralização da política de saúde no Estado, o próximo capítulo tem por objetivo analisar os fatores ligados à ação política do Estado, respondendo a seguinte indagação: até que ponto as relações entre Estado e União e as relações construídas pelo executivo estadual foram determinantes para a habilitação do Estado na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde?

#### **4 CONDICIONANTE POLÍTICO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO ESTADO DO PIAUÍ - PERÍODO DE 1997 – 2005**

O condicionante político é, no contexto da análise do processo de descentralização das políticas sociais no Brasil, um dos fatores determinantes para o sucesso de uma política social descentralizada. Inicialmente, explica-se seu significado e importância no processo de descentralização das políticas sociais, segundo a literatura e o debate nacional. Em seguida, apresenta-se uma breve descrição do processo de formação política do Piauí. Logo após, são expostos os fatores determinantes da descentralização da política de saúde no Piauí, a partir da análise do condicionante ligado a ação política, em dois períodos históricos: 1997 a 2001 e 2002 a 2005. E, por último, procede-se análise comparativa dos condicionantes nos dois períodos da pesquisa.

Segundo Arretche (2000), um processo de reforma do Estado que reorganize o Sistema de Proteção Social, no sentido de descentralizar a gestão das políticas sociais, poderia ser condicionado por fatores ligados à ação política: de um lado, a natureza das relações entre o Estado e a sociedade e, de outro, as relações entre os vários níveis de governo.

A natureza das relações entre o Estado e a sociedade é, em parte, reflexo da cultura cívica de cada região, que pode ser heterogênea dentro de um mesmo país e refletir relações de diferente natureza entre o governo e a sociedade civil organizada (SCHWARTZMAN, 1982). Isso significa que a efetividade das relações entre Estado e sociedade, ou melhor, a efetividade das instituições políticas é influenciada pelo contexto social, sendo a cultura cívica (política) o fator mais importante nesse contexto.

Nestes termos, as variações na disposição dos governos locais brasileiros para assumir funções de gestão de política social estariam colocadas do seguinte modo: encontraríamos taxas mais elevadas de descentralização naquelas regiões ou Estados em que a tradição de participação política for mais forte e, paralelamente, quanto mais verticalizadas as relações políticas em uma dada região ou Estado, mais baixas taxas de descentralização seriam encontradas (ARRETCHÉ, 2000, p. 32-33).

Assim, quanto maior a tradição de participação política de determinada região ou Estado, maior a chance de implementação de políticas sociais descentralizadas

pelo nível de governo interessado, e, quanto menor a tradição política, menor a chance dessa implementação.

O segundo fator relacionado à ação política é a natureza das relações entre os níveis de governo. Nesse sentido, o tipo de relação construída entre o governo central e os governos subnacionais pode influir na decisão de descentralizar políticas públicas.

Segundo a teoria do agente-principal, o governo federal é

o principal, com autoridade para desenhar seus próprios programas; nesta condição, escolheu os demais níveis de governo como seus agentes, conferindo-lhes responsabilidades para aplicar recursos federais e complementá-los com a ajuda de recursos locais. Na implementação de seus próprios programas, o governo federal tem poder de definir unilateralmente regras e procedimentos de ação pública às quais Estados e municípios devem respeitar, caso queiram aderir a programas federais e ter acesso aos recursos por ele oferecidos (PETERSON, 1995 apud ARRETCHE, 2000, p. 33).

Ora, se a ação dos governos locais é dependente, em grande parte, da ação do governo federal, segundo a teoria do agente-principal, uma estratégia de indução do nível de governo mais abrangente em relação ao outro nível menos abrangente pode ter impacto na produção de políticas públicas deste último. Portanto, em estados federativos, o sucesso da descentralização de uma política social depende, também, de estratégias deliberadas de indução do governo central em relação aos governos subnacionais. Quanto maior for o poder de indução das estratégias do governo, mais abrangente maiores são as chances de os governos menos abrangentes assumirem políticas sociais descentralizadas e, paralelamente, quanto menor for o poder de tal indução, menores são as chances de descentralização

Entretanto, em Estados federativos, a adoção de uma política descentralizada pelos governos subnacionais depende da adesão dos mesmos, pois, em uma federação, cujos Estados e Municípios são soberanos, nada impede ou obriga os governos a implementarem políticas públicas descentralizadas.

Na federação brasileira, dado que os Estados e Municípios são autônomos e que a descentralização pode tomar a forma de estadualização ou municipalização, é preciso considerar três tipos de relações: relação entre o governo federal e o estadual; relação entre o governo federal e o municipal e a relação entre governo estadual e municipal.

No entanto, para que a estratégia de indução seja bem sucedida é necessária e decisiva a ação do Executivo estadual ou municipal, a qual é influenciada pela orientação do governador ou prefeito junto com seu secretariado, pela ação da burocracia do setor, pela pressão de interesses organizados e pela própria pressão dos municípios (ARRETCHE, 2000).

Portanto, o condicionante ligado à ação política será analisado pela ótica das estratégias deliberadas de indução realizadas pelo governo federal e pela ótica da ação política do Executivo estadual, no sentido da promoção da descentralização no estado do Piauí.

#### 4.1 DESCENTRALIZAÇÃO E AÇÃO POLÍTICA

O estado do Piauí está localizado, geograficamente, na região Nordeste do Brasil, numa área de 251.529.186 km<sup>2</sup> (16,18% do território nordestino). Seus limites territoriais são, ao norte, o Oceano Atlântico (66 km); ao sul, os estados da Bahia (780 km) e do Tocantins (22 km); ao leste, os estados do Ceará (580 km) e de Pernambuco (240 km), e ao oeste, o estado do Maranhão (1492 km) (CEPRO, 2005, p. 11).

A divisão político-administrativa do estado em municípios, até a década de 1960, se deu de forma lenta. Em 1960, o Piauí tinha apenas 71 municípios, o que correspondia a 7,86% da totalidade dos municípios da região Nordeste.

Em 1970, o Piauí passou a ter 114 municípios, aumentando sua participação na totalidade dos municípios nordestinos para 8,28%. Em 1990, eram 118 municípios e, em 2000, esse número saltou para 221.

Já no período de 2001-2005, apenas 02 novos municípios piauienses foram criados, totalizando 223 municípios, o que fez o estado atingir uma participação de 12,44% na totalidade dos municípios do Nordeste (CEPRO, 2005, p.11).

Dos 223 municípios piauienses emancipados em 2005, 90,14% tinham, no máximo, vinte mil habitantes; 8,96% tinham entre vinte mil e cem mil habitantes, e 0,9% dos municípios tinha mais de cem mil habitantes (CEPRO, 2005, p. 35)

A população residente do estado, em 1997, era de 2.695.950 pessoas, número que passou, em 2005, para 3.006.885. Desses habitantes, 44,77% morava

em municípios com até vinte mil habitantes, 24,28% residia em municípios entre vinte mil e cem mil habitantes e 30,95% habitava municípios com mais de cem mil habitantes.

Em termos de infra-estrutura em saúde, em 2001, o estado apresentava uma disponibilidade de 2,98 leitos hospitalares por mil habitantes, sendo que os leitos públicos representavam 53,78%, e os privados, 35% do total. Do total dos leitos públicos, 54,92% eram estaduais. A rede hospitalar do SUS era composta por 198 hospitais, com os hospitais públicos representando 70,70%, e os privados, 24,74% do total. Do total dos hospitais públicos, 76,42% pertenciam à rede estadual (BRASIL, 2003c).

Em julho de 2003, o estado apresentava uma disponibilidade de 2,91 leitos hospitalares por mil habitantes, sendo que os leitos públicos representavam 54,16%, e os privados, 34,6% do total. Do total dos leitos públicos, 53,7% eram estaduais. A rede hospitalar do SUS era composta por 198 hospitais, com os hospitais públicos representando 67,17% e os privados 30,30% do total. Do total dos hospitais públicos, 77,44% pertenciam à rede estadual.

O sistema público de saúde era formado, nos dois períodos analisados, por uma rede de prestação de serviços básicos, distribuídos pelo interior do estado e na capital, organizada sob um modelo descentralizado e hierarquizado, sendo gerenciada no nível estadual pela SESAPI, pela CIB e pelo CES.

De acordo com os critérios da NOB 1/96, que regulamentou o processo de descentralização da gestão, o Estado apresentava, em 2001, 100% dos municípios habilitados em uma das condições de gestão: 221 municípios habilitados na gestão plena da atenção básica e 1 município habilitado na gestão plena do sistema municipal, enquanto o Estado não estava habilitado em nenhuma das condições preconizadas por essa NOB, sendo apenas um mero prestador de serviços de saúde.

Além desses dados, para uma configuração do Piauí como espaço no qual se institucionaliza a política de saúde do SUS, é necessário fazer um breve resumo de algumas questões principais que vem a caracterizar a sociedade piauiense interpretadas aqui a partir da sua formação histórica e daquilo que Bonfim e Irismar (2003, p. 110) chamam de “formação política do Piauí: o atraso como herança”.

Segundo os dois autores, a idéia de formação política está relacionada “à idéia de acúmulo, talvez mesmo progressão de experiências circunstanciais que

terminam por moldar um sistema, tornando-o inteligível e característico de uma determinada sociedade ou de parte dela”. A idéia de “atraso” está ligada a algo que é oposto a mudança, enquanto a de “herança” vincula-se à transferência, de geração para geração, de certos traços e características. É como se, no processo de formação política do Piauí, o presente de alguma maneira fosse influenciado pelo passado, deixando-nos marcas de origem, “como uma bagagem genética que nos lembraria incessantemente de nossa condição inicial, reafirmada no cotidiano de nossas vidas” (BONFIM; IRISMAR, 2003, p. 110).

Isso significa que a formação política do estado foi e continua a ser influenciada por relações oligárquicas de compadrio, de troca de favores e outras relações consideradas arcaicas dentro da atual dinâmica do sistema capitalista, mas que continuam a se reproduzir no seio da sociedade piauiense como forma de garantir a hegemonia de determinadas classes sociais.

Do ponto de vista político, uma característica importante e constante foi o fechamento do subsistema político piauiense, de forma que o acesso aos recursos ficavam concentrados nas mãos de poucos, os quais definiam quem teria a hegemonia na política estadual. Tal característica é bem típica de um sistema político oligárquico.

o acesso aos recursos de poder estiveram concentrados nas mãos de alguns poucos, que, a partir do controle à entrada, passaram a exercer a prerrogativa de definir quem, ou quem não, deveria ascender às posições de comando da política estadual. Esse é um dos muitos sentidos em que é possível falar de oligarquia, governo caracterizado por formas de recrutamento político baseadas em critérios de adstrição, ou seja, que erguem obstáculos àqueles que desejam participar da vida pública (BONFIM; IRISMAR, 2003, p. 110).

Esse sistema político oligárquico, aliado a uma posição geopolítica estadual durante muito tempo subordinada às capitânicas hereditárias vizinhas, com suas próprias características iniciais de exploração do território, à pecuária extensiva e, mais tarde, ao extrativismo vegetal deixaram algumas conseqüências que os autores chamam de herança: a terra como a principal fonte de riqueza e de poder político e uma forte debilidade econômica do estado no contexto regional e nacional.

A herança de que estamos a falar começa a tomar contornos nítidos. De um lado, uma sociedade que estrutura sua vida a partir da terra, do mundo rural e agrícola, que se impõe como alternativa política e econômica, embora por vezes em articulação forte com o comércio de exportação, nascido na

esteira do desenvolvimento do extrativismo. Por outra parte, dá-se a construção de uma relação entre estado e poder central, cujo ponto marcante pode ser traduzido pelo termo “servidão voluntária”. Concentração de riqueza e carência de dinamismo econômico geram como subproduto uma sociedade cujo destino estrutura-se a partir das possibilidades abertas por suas elites de extraírem recursos da União, de maneira que é o princípio da autoridade, e não o de mercado, o definidor das características básicas de suas instituições sociais, tais como a restrição da competição política e econômica (BONFIM; IRISMAR, 2003, p. 111).

Nessa perspectiva, institui-se no Piauí um forte vínculo de dependência econômica e política com a União, tanto no período imperial quanto na República, de modo que, frente à debilidade econômica da economia estadual, a saída das elites sempre foi buscar nas instâncias nacionais uma alternativa que lhes permitisse a consolidação de seu poder de mando. Assim, ao caráter hierárquico e autoritário da formação política do estado do Piauí e do Brasil somou-se uma posição de subserviência e marginalidade da Província e, mais tarde, do Estado, em relação ao governo nacional. Nesse sentido, essa herança é repassada para o interior da política, de tal forma que o sistema político estadual se organiza verticalmente, criando e recriando relações de dependência e subordinação dos cidadãos piauienses ao setor público.

Essa trajetória piauiense orientada por uma herança de atraso, no que diz respeito à recorrente subordinação ao poder federal e à hipertrofia do setor público, continua se configurar. Exemplo mais recente foram as eleições de 2002:

Nas eleições de 2002, a vitória de um candidato do Partido dos Trabalhadores (PT) ao Executivo estadual foi contrabalançada pela larga maioria de forças conservadoras que compõem as representações legislativas estadual e federal; a força que impulsionou o PT à vitória para o governo não se fez presente no que tange ao pleito proporcional. Nesse pleito, a coligação entre o PFL (Partido da Frente Liberal), o PSDB (Partido da Social-democracia Brasileira) e o PPB (Partido Progressista Brasileiro) conseguiu obter vitória expressiva, elegendo o Senador mais votado e as maiores bancadas federal e estadual. Mas o que é mais expressivo e representativo da política piauiense, em termos de permanência e continuidade, se expressa nos números que revelam o perfil dos eleitos para a Assembléia Legislativa e para a Câmara Federal. Dos dez deputados estaduais mais votados, sete são do PFL. Do ponto de vista da renovação da bancada, os números são ainda mais acauteladores: treze são filhos de ex-deputados, três são netos, quatro são irmãos de ex-membros do Legislativo, uma é esposa e seis têm parentesco com outros membros eleitos. Assim, só se pode considerar como renovação efetiva a situação de três cadeiras (BONFIM; IRISMAR, 2003, p. 112).

Do ponto de vista econômico, embora tendo aumentado consideravelmente o produto interno piauiense, do ponto de vista de sua distribuição, guarda uma característica de hiperconcentração, consagrada em índices superiores à média nacional em quase duas vezes. Além disso, o período de crescimento caracterizado pela atuação da Superintendência para o Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) no território nordestino não legou ao nosso estado qualquer investimento dinâmico ligado à indústria de bens intermediários que passou a caracterizar o ambiente econômico regional.

Adicionalmente, à hipertrofia do setor público estadual podem-se acrescentar suas características de ineficiência e ineficácia, aliadas à falta de planejamento e à intempestividade das orientações de política pública, cujos traços marcantes têm sido o assistencialismo ou a desconsideração de parâmetros nacionais estabelecidos pelo governo federal, a partir de sua política de descentralização. De um lado, como do outro, parecem abundar a improvisação e a deficiência na implementação de critérios técnicos como norteadores de decisão, além, é claro, do clientelismo e da orientação patrimonialista na utilização do recurso público, ressaltada pelas sucessivas denúncias de malversação de recursos públicos que são constantemente veiculadas pela imprensa

Nesse cenário de formação política do estado é que se insere o processo de descentralização da política de saúde do Estado do Piauí e seus determinantes.

#### **4.1.1 Estratégias Deliberadas de Indução do Governo Federal e a Ação do Executivo Estadual para a Habilitação do Estado do Piauí na Condição de Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde, no Período de 1997 a 2001**

Como já mencionado, as variações no nível de riqueza econômica, de capacidade de gasto dos estados, de dependência econômico-financeira dos estados e, até mesmo, de participação política dos cidadãos não são variáveis independentes no processo de determinação dos destinos da descentralização. Essas variações podem influenciar o processo de transferência de atribuições, mas “não são determinantes em si; seu peso e importância variam de acordo com os atributos institucionais da política que se pretende descentralizar” (ARRETCHE, 2000, p.68).

Ainda segundo a avaliação da autora, observando os casos do Rio Grande do Sul, Pernambuco, Bahia, São Paulo, Ceará e Paraná, os obstáculos de natureza econômica podem ser compensados pela ação política deliberada do governo, ressaltando a importância de estratégias eficientes. Não se trata de negar que o impacto das estratégias de indução sobre os governos pode tornar-se menos decisivo frente a um dado patamar de riqueza econômica e capacitação político-administrativa; porém, via de regra, a realidade dos municípios brasileiros caracteriza-se pela total dependência das instâncias superiores, seja para o repasse de recursos financeiros, seja para a capacitação de pessoal para prestação de serviços sociais.

Desse modo, o alcance ou extensão do processo de descentralização no Brasil não depende apenas da sua institucionalização. O cálculo das administrações locais para adesão a novas funções de gestão depende, principalmente, da relação custo/benefício fiscal e político definido para programas deliberados, bem como da continuidade de implementação das estratégias de indução aos governos (BONFIM; IRISMAR, 2003). Isso significa que o sucesso de uma política social descentralizada é influenciado pelos ganhos financeiros e políticos que os governos estadual ou municipal vão obter em relação aos custos que terão com a operacionalização da política e pela capacidade que tem o governo central de desenvolver ações deliberadas capazes de estimular, incentivar e até mesmo pressionar os governos subnacionais a assumirem tais políticas.

É certo, também, que o sucesso de uma ação política deliberada do governo federal para descentralizar políticas sociais para os estados, a chamada estadualização, depende da orientação do executivo estadual. Ainda sobre a observação dos casos do Rio Grande do Sul, Pernambuco, Bahia, São Paulo, Ceará e Paraná, Arretche concluiu que "(...) com relação a cada política social, a ação dos governos estaduais teve uma importância decisiva no grau de descentralização obtido por cada Estado da amostra" (ARRETCHE, 2000, p.70).

Portanto, além dos condicionantes de natureza estrutural, os ligados à ação política do Estado são também determinantes da descentralização de políticas sociais, sendo que os últimos têm a capacidade, de acordo com a eficiência da estratégia de indução, de superar obstáculos estruturais e, de maneira independente, influenciar o processo de descentralização.

Sabendo dessa capacidade de indução, o governo federal brasileiro, por meio do MS, começou a desenvolver uma estratégia de indução à descentralização da política de saúde, no início com a NOB 1/91 e a NOB 1/93, de forma tímida para os municípios e muito mais acanhada para os estados. Depois, com a NOB 1/96, investiu de forma mais determinada e efetiva, principalmente, para os municípios.

Para os estados os resultados dessa estratégia só começam a surgir a partir de 1998, quando os primeiros começam a aderir à gestão descentralizada dos seus sistemas de saúde, como preconizava a NOB 1/96.

O Piauí somente se insere no processo de gestão descentralizada a partir de 2003, quando preenche os requisitos mínimos e se habilita junto à CIT e, em 2004, quando passa a gestor pleno do sistema estadual de saúde, com todas as prerrogativas para tal.

Ora, se ação deliberada do governo federal foi uma estratégia indutora para a descentralização de políticas sociais no Brasil, desde a NOB 1/91 e, com mais vigor para os estados, a partir da NOB 1/96, indaga-se: como a estratégia de indução foi aplicada no Piauí, e quais foram às dificuldades enfrentadas pela SESAPI para preencher os requisitos necessários para a habilitação do estado na condição de GPSE, nos períodos de 1997 a 2001?

No período de 1997-2001, as principais dificuldades encontradas pela SESAPI, segundo os sujeitos da pesquisa, eram de ordem técnico-administrativa e política. A primeira estava vinculada a duas questões centrais: infra-estrutura organizacional e capacidade técnico-científica. A segunda estava relacionava-se à questão da política de saúde.

No que diz respeito à infra-estrutura organizacional, os sujeitos entrevistados responderam que uma das dificuldades da SESAPI era estruturar as ações e serviços de saúde de acordo com a NOB 1/96, pois sua estrutura organizativa estava muito voltada para a produção e processamento dos serviços produzidos e pouco para a gestão do sistema de saúde - planejamento, controle e avaliação e auditoria dos serviços.

As dificuldades eram muito grandes, porque o próprio Estado ainda não estava organizado, não estava preparado para assumir a gestão plena do Estado, ou seja, não que o Estado não tivesse condições, mas a própria infra-estrutura organizacional da secretaria não estava devidamente preparada, o que era natural, até porque o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde, apesar de já estar previsto na Constituição de 1988, de fato o processo de descentralização veio ocorrer fortemente a

partir de 1998, ou seja, não era só o estado do Piauí que não estava devidamente preparado, eram estados e municípios como um todo, no Brasil inteiro, ou seja, o processo da descentralização era muito novo, era muito recente. Então, daí as dificuldades naturais e o despreparo do ponto de vista técnico para que o próprio Estado ou o Município assumisse a gestão plena. [...]. Ou seja, ter o Fundo de Saúde organizado; ter o seu controle e avaliação plenamente funcionando; a sua rede, tanto estadual quanto municipal toda ela interligada. Esse era o grande desafio para o Estado do Piauí: organizá-lo para que ele pudesse assumir plenamente essas funções de coordenador geral, coordenador do Sistema Único de Saúde no estado e exercer o seu papel de ajudar os municípios também a fazer o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde local. (ENTREVISTADO 5/1997-2001).

A evolução da organização do Estado do Piauí na área da saúde foi lenta, muito lenta. Primeiro, por razões óbvias, que falei há pouco, técnica; outras: a extensão do estado, as dificuldades pecuniárias do estado, a distância, o poder de resolubilidade que tinham várias unidades. Eu coloco como um dos pontos de dificuldade foi o Estado não ter decidido o seu papel rapidamente, porque em função da quantidade de unidades que o Estado detinha sobre sua gestão era humanamente impossível você fazer um processo de descentralização mais efetivo. Na época, se não me engano eram 116 unidades menores, com hospitais, tudo sob a gestão do Estado. Então, isso dificultou, foi pesado demais para o Estado andar com esse monte de unidades. Complexidades baixas, muito baixas, uma grande maioria, talvez uns 70%, 80%, 90% das unidades eram unidades de porte de atenção básica. E, delas, poucos procedimentos realizados na questão da média complexidade e todas sob a gestão estadual, que, na visão da época, a secretaria já poderia ter uma decisão política de municipalizar todas essas unidades, coisa que só aconteceu alguns anos depois. Mas foi peculiaridade do Estado, um volume muito grande de unidades básicas, distâncias, falta de pessoal qualificado, profissionais mesmo que pudessem residir nas próprias unidades. Então, isso dificultou muito. Mesmo com boa vontade não foi possível ser realizado rapidamente como se desejou (ENTREVISTADO 2/1997-2001).

Nesse período, segundo relatos dos sujeitos, já existia na SESAPI a área de planejamento, mas não na lógica do SUS, ou seja, não se contava com as áreas de controle, avaliação, auditoria e nem com o fundo estadual de saúde, o qual existia legalmente, mas ainda não tinha sido estruturado e implantado.

Somadas às dificuldades organizativas da SESAPI, encontravam-se as de caráter técnico-científico, como relatam dois dos sujeitos entrevistados:

Um dos pontos principais do não avanço na época do Estado foi a carência técnica, que, se nós tínhamos técnicos, dois, de menor número em Teresina, no interior não tinha. Então, passar para quem, deixar quem? Então, esse foi um dos grandes fatores, um dos fatores limitadores com relação à descentralização (ENTREVISTADO 2/1997-2001).

Bem, quando comecei a acompanhar o Piauí, já tinha um relato das relações anteriores, porque toda a questão da habilitação em plena do sistema pela NOAS já tinha no desenho anterior, da gestão anterior do ministério, um departamento que era o DDGA, que era o departamento de descentralização, que já tinha técnicos que faziam esse papel de

acompanhar os estados. Então, assim a avaliação que se tinha subjetiva e muitas vezes até com notas técnicas, enfim, era de que existia no Piauí uma dificuldade, na verdade, da manutenção da referência técnica na secretaria estadual das políticas que eram discutidas, enfim no estado (ENTREVISTADO 8/2002-2005)

Para os sujeitos, foi um período de esvaziamento técnico na secretaria, pois havia poucos técnicos, nem todos qualificados, sendo que os mais bem preparados tecnicamente não tinham experiência e nem motivação para assumir um projeto complexo de reorganização do sistema de saúde estadual baseado nos princípios do SUS.

Essa dificuldade técnica e organizativa da SESAPI acabou por gerar grande dificuldade na formalização dos instrumentos técnicos básicos para a estadualização (GPSE) nesse período, como relatado no depoimento a seguir:

A primeira dificuldade que a gente teve foi para fechar as três estruturas básicas da estadualização, que era a PPI, o PDR e PDI. [...]. A experiência de descentralização era muito pouca e discutimos isso durante vários anos, algo mesmo na visão da descentralização para o estado, portanto na gestão plena do sistema estadual. A secretaria de Saúde, o próprio governo da época pediu mais tempo para analisar. Nessa análise, passaram vários anos, levantando dados, acompanhando a discussão a nível nacional e achou-se por bem esperar um pouco mais a questão da experiência de outros estados. O Piauí só veio praticamente ter vontade ou desejar a gestão plena muito depois, e a concretização só aconteceu em 2004, mas só que, para alcançar a gestão plena do estado, nós tínhamos vários documentos, instrumentos outros que o Estado teria que desenvolver para atender ao processo de descentralização. Nós tínhamos três documentos básicos, que eram o PDR - Plano Diretor de Regionalização; o PDI - o Plano Diretor de Investimento e a PPI - Programação Pactuada Integrada. Esses documentos, eles eram naquele momento uma novidade para nós, porque a gente não trabalhava na lógica dos três documentos: PDR, PPI, PDI. Logicamente, isso demorou tempo, até prontamente ser assimilado. Além do que a sua elaboração teria que ser uma elaboração em conjunto dentro do próprio estado. Então, o PDR – o Plano Diretor de Regionalização requereu muito mais de um ano para que gente desse um formato, nessa regionalização. Primeiro, nós tivemos que conhecer todos os caminhos dos pacientes que eram atendidos no Piauí. Então, isso foi um aprendizado muito importante, mas demorou algum tempo para gente consolidar isso daí. O documento na realidade foi consolidado ainda por 2002, por aí assim, mas não complementado com os outros. A PPI foi outro instrumento que a gente teve uma experiência nova, inovadora que é a Programação Pactuada Integrada. Discutir com todos os municípios, por que a visão da PPI era de dar uma lógica em cima do PDR – Plano Diretor de Regionalização. Todos os municípios foram envolvidos, difícil foi a compreensão, porque a PPI é um instrumento financeiro, de referência financeira, portanto, os municípios ficaram um tanto preocupados. [...]. O Plano Diretor de investimento, esse era casado em função da melhoria da qualidade do atendimento e investimento em todas as unidades que precisavam melhorar a qualidade no atendimento. Então, esse foi um plano difícil de transformar em realidade imediata, porque os investimentos eram valores relativamente altos para a adequação das nossas unidades dentro da proposta do Plano Diretor de Regionalização. Outra dificuldade foi o receio de que as coisas viessem com uma cobrança muito grande para o Estado e ele não tivesse condição de dar essa resposta de imediato. Esse

foi um período que analisamos muito se estávamos preparados para receber a questão da gestão plena do sistema. Agregado à questão assistencial, o Estado assumia outras responsabilidades em áreas não assistenciais: a vigilância epidemiológica, a questão da auditoria, uma série de outras responsabilidades do município (ENTREVISTADO 2/1997-2001).

A formalização dos instrumentos de gestão, como o PDR, a PPI e o PDI, era dificultosa porque eles desconhecidos dos poucos técnicos da secretaria. Além disso, obedeciam à nova lógica da pactuação integrada entre o estado e os municípios.

Essa experiência de pactuação, ou negociação, com os municípios para organização do sistema de saúde, era algo novo, ambiente de muitas incertezas e de muito temor para o Estado, tanto que havia receio por parte da SESAPI de que, ao se habilitar na GPSE, o Estado tivesse que assumir uma série de responsabilidades sem ter condições técnicas e de infra-estrutura para tal, como foi observado anteriormente, na fala do sujeito entrevistado 2.

Quanto à política de saúde, os sujeitos entrevistados responderam que a dificuldade estava na compreensão por parte da administração estadual da necessidade de se organizar um novo sistema de saúde que fosse integral, descentralizado e participativo, com o Estado, por meio da SESAPI, deixando de ser apenas executor direto de serviços e passando a ser o grande articulador da organização dos serviços, tendo o Município como o principal executor.

Tal dificuldade não ocorria por falta de entendimento dos técnicos quanto aos objetivos da política de saúde, mas pelo novo modelo afrontar a estratégia hospitalocêntrica, que vinha sendo executada com relativo êxito pela secretaria, não sendo objeto de críticas contundentes quanto aos seus resultados, nem por parte dos técnicos da SESAPI, nem do movimento sanitário piauiense e muito menos da população.

Bom, no primeiro período (1997-2001), a dificuldade era de que não existia priorização na questão da gestão. A compreensão da necessidade de organização de um novo sistema de saúde não era assumida pela administração daquele período. [...]. Agora, era um desafio muito interessante, você tinha um modelo muito baseado numa assistência hospitalocêntrica, paternalista, com gasto talvez excessivo de recurso para o resultado pequeno, pouco impacto para o tanto de recurso financeiro colocado. Muitos hospitais com muito pouca capacidade de resolução. [...]. Então a proposta primeira seria racionalizar a distribuição desses hospitais. Essa proposta enfrentou muito a resistência local, porque era muito comum os técnicos ficarem perplexos com a fala da população de que o hospital, mesmo não funcionando, era melhor daquele jeito do que não ter. Então, essa necessidade de mudança de modelo pouco assumida pela população,

acho que foi um problema bastante importante (ENTREVISTADO 3/1997-2001)

Essa falta de disposição da administração estadual para organizar um novo sistema, segundo os sujeitos, foi agravada mais ainda pela pouca importância que a secretaria dispensava à capacitação do seu quadro diretivo, no que diz respeito à gestão do sistema de saúde, como pode ser verificado na fala de um dos entrevistados:

Por exemplo, na questão de qualificação sobre gestão, nunca aconteceu. Nunca tivemos essa oportunidade. É aí onde que eu achava que era a grande dificuldade de avançar o estado. Não tínhamos a quantidade de técnicos suficientes e qualificados para poder reverter o quadro do modelo de gestão que não era adequado para o momento (ENTREVISTADO 2/1997-2001).

Portanto, segundo os sujeitos entrevistados, nesse período, a SESAPI tinha uma grande dificuldade organizativa, e sua estrutura administrativa era inadequada aos princípios de gestão descentralizada propostos pelo SUS, os quais eram requeridos no processo de habilitação. Havia também fortes dificuldades técnicas, o que fragilizava a compreensão do processo de descentralização e de reorganização do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que dificultava a formulação dos documentos necessários para a habilitação do estado na condição de GPSE.

Diante desse cenário de dificuldades para a habilitação descrito pelos sujeitos da pesquisa, a pergunta que se faz é a seguinte: qual foi a estratégia utilizada pelo governo federal para motivar o estado do Piauí a se habilitar na GPSE?

A estratégia que vinha sendo adotada pelo MS para incentivar a habilitação de estados e municípios, a partir da NOB 91, era a de desenvolver ações deliberadas que induzissem os estados e municípios a receberem políticas descentralizadas. E essa estratégia não foi diferente para o Piauí.

Ora, se realmente a estratégia era de indução, pergunta-se: o MS foi indutor da habilitação do Estado do Piauí em gestão plena do sistema estadual de saúde? Diante desse questionamento, vale ressaltar que a estratégia de indução pode ser influenciada pelo tipo de relação institucional que é estabelecida entre os níveis de governos.

No que diz respeito às relações institucionais, qual era o nível de relação mantido pelo governo federal e pelo governo estadual na área da saúde no período

de 1997 a 2001? Essa indagação se justifica porque o tipo de relação construída entre o governo central e os governos estaduais pode influir na adesão do estado a políticas públicas descentralizadas pela União.

Nesse período, as relações institucionais entre o governo federal e o governo estadual, representadas nesta pesquisa pelas relações entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde do Piauí, eram muito frágeis, segundo a maioria dos sujeitos entrevistados. Caracterizava-se pela dependência técnica ao MS, tanto do ponto de vista da quantidade limitada de técnicos, quanto da capacitação técnico-científica para a elaboração dos instrumentos de gestão necessários à habilitação do estado.

Primeiro, quero colocar uma característica pessoal. Eu tenho uma formação fora do Piauí, e a minha experiência profissional maior é fora do Piauí. Principalmente em 1997, nesse período, o meu olhar é meio de estrangeira ainda. Naquela época, o que me chamava muita a atenção era a relação de dependência, a dependência técnica da instituição Secretaria Estadual de Saúde, dependente do Ministério da Saúde (ENTREVISTADO 3/1997-2001).

Então, assim, a lembrança que tenho, e aí vale colocar esse reparo, está certo, é de que a FUNASA era um órgão que existia e não era percebido pela Secretaria de Saúde. Faziam uma atividade totalmente à parte daquilo que a Secretaria fazia, está certo. E que estava aqui cumprindo um papel, onde essa parceria não se fazia necessária. A relação com o núcleo do Ministério da Saúde, quero crer que também era uma relação muito impessoal, muito distante, de pouca interação. O núcleo também era um órgão meramente administrativo, burocrático e pouco técnico. Então, a inserção efetiva da FUNASA no âmbito do SUS, naquela perspectiva de integralidade, de visão sistêmica, ela vem se dar muito depois. Penso que, até hoje, ainda, as representações federais do Ministério da Saúde no estado, elas são colocadas como instituições que não fazem parte integralmente, ou seja, não estão inseridas de fato no Sistema Único de Saúde. A sensação que a gente tem é essa (ENTREVISTADO 1/1997-2001).

De acordo com os sujeitos, nesse período, além de frágeis, eram muito assimétricas as relações entre o MS e a SESAPI, primeiro porque o Ministério passou a ser um órgão mais normatizador e financiador e a Secretaria continuou a ser uma executora de ações e serviços de saúde, contrariando as orientações do Ministério quanto ao novo papel a ser desempenhada pela mesma

A Secretaria pouco se preocupava em atender às orientações do Ministério para organização do sistema estadual de saúde, no caso a implantação do fundo estadual de saúde, a criação da área de controle, a avaliação e a regulação do estado, a implantação do sistema de auditoria e a construção dos instrumentos de

gestão. O que a SESAPI se preocupava mesmo, e por isso seguia todas as orientações do MS, era com a eficiência na apresentação da produção de serviços e eficácia do seu recebimento, como pode ser visto nos depoimentos dos sujeitos:

No tocante às outras ações de responsabilidade do Estado e que dizem respeito à vigilância em saúde, que dizem respeito à atenção à saúde, a relação entre a secretaria estadual e o nível federal sempre foi uma relação em que o nível federal, ele era percebido como aquela instância viabilizadora das ações do âmbito federal para o âmbito estadual. É, nesse sentido que a Secretaria, ela não se subordinava, e a gente observava uma certa resistência do Estado em aceitar uma diretriz do Ministério da Saúde, principalmente no que diz respeito à gestão de recursos financeiros (ENTREVISTADO 1/1997-2001)

Sempre a gente teve algumas dificuldades na questão de colocar em prática as orientações do Ministério. Conseqüentemente, não era só do Ministério, eram orientações que vinham de um acordo que existia entre os secretários municipais através do CONASEMS e do CONASS, que era dos secretários estaduais (ENTREVISTADO 2/1997-2001)

Ela sempre seguiu as diretrizes colocadas pela organização do sistema de saúde, mas não tinha como prioridade. A prioridade da SESAPI foi sempre a execução direta do serviço, então, em certa parte, organizava o serviço, mas era um papel que já não deveria ser mais da Secretaria Estadual de Saúde. Deixar o hospital funcionando já não deveria estar sendo atividade da secretaria estadual. Agora, pensar a gestão e pensar a organização do serviço de saúde, ela não se colocava nesse papel naquela época (ENTREVISTADO 3/1997-2001).

Até então, todos os prestadores de serviços eram pagos nos modelos ainda preconizados pelo antigo INAMPS, ou seja, o Estado não tinha ainda uma infra-estrutura necessária para poder implantar a gestão plena. E, do ponto de vista econômico-financeiro, as dificuldades com o Estado, do tamanho do Piauí, o seu *per capita* muito abaixo do nacional, as dificuldades são maiores ainda. Então, a própria estrutura burocrática do estado naquele momento não estava organizada ainda, devidamente preparada, porque significaria, implicaria em maiores responsabilidades do ponto de vista orçamentário e do ponto de vista administrativo para que o próprio Estado pudesse assumir (ENTREVISTADO 5/1997-2001).

Na questão do financiamento, o que a gente pode observar é que seguia (as orientações) em relação não à estruturação do fundo de saúde, mas em relação aos próprios sistemas que a gente tinha. Porque eles tinham que ter implantado os sistemas que o DATASUS disponibilizava, porque, se eles não apresentassem produção de serviço, com isso não recebiam. Os estados tinham que estar bem organizados e os municípios também na questão da apresentação da produção, porque quem recebia mais é quem produzia mais. Então, se você apresentasse às vezes, um estado tinha uma produção altíssima, mas, na hora de apresentar, não sabia como apresentar a produção dele - do ambulatorial e do faturamento hospitalar - ele tinha uma queda no recebimento do recurso. Então, eles tinham que estar afinadíssimos em relação a isso. Então, nesse ponto, eu acredito que eles estavam bem organizados (ENTREVISTADO 6/1997-2001)

A relação entre os gestores e os técnicos do MS e SESAPI, segundo os sujeitos, eram boas, porém pontuais, principalmente, no que diz respeito à capacitação dos técnicos da Secretaria pelo Ministério. O MS capacitava e dava apoio aos técnicos da SESAPI de forma pontual, em áreas especificamente operacionais, mas não se preocupava em qualificar os técnicos nas áreas de gestão, como pode ser conferido nas falas dos sujeitos:

O apoio era muito mais assim por iniciativa do Ministério em querer ajudar, mas o Estado nem sempre absorveu ou aproveitou toda essa, vamos dizer, oferta de assessoramento técnico, por limitações de uma série de coisas. Não coloco aqui como falta de desejar, aceitar, foi por falta de técnicos. [...]. Do ponto de vista de relacionamento técnico com o Ministério era muito bom, muito bom. Acho que o Ministério não colocou obstáculos. Sempre que se pediu tecnicamente, ele atendeu. A evolução da organização do Estado é que não estava ainda preparada para uma absorção rápida e de resultados, esse foi o grande momento. A gente recebeu apoio do Ministério, mas o Estado não estava organizado ao ponto de absorver rapidamente e dar passos mais largos em relação à questão da descentralização. [...]. Na questão da capacitação, ele não deu tudo que se pensava. São coisas muito pontuais, muito pontuais. Numa política de capacitação em larga escala, vamos dizer em grande volume, não foi dado. Teve alguns projetos, mas muito mais pontuais em algumas áreas. Por exemplo, na questão de qualificação sobre gestão, nunca aconteceu. Nunca tivemos essa oportunidade (ENTREVISTADO 2/1997-2001).

Me lembro de muitas idas ao Ministério da Saúde como técnica para ser orientada em relação a determinados procedimentos de gestão. Então, eu lembro de uma relação de aprendizado e de dependência. [...]. Uma administração não preocupada com gestão. Então, nós, como técnicos, éramos encaminhados ao Ministério da Saúde para aprender a resolver problemas focais. Então, vai mudar o sistema de informação da mortalidade, então, como vai mudar? Então, nós éramos treinados para aquela mudança focal, está certo (ENTREVISTADO 3/1997-2001).

O Ministério, nesse ponto de vista, a meu ver, tinha processos de apoio, mas não tão fortemente. Por quê? Porque, a partir da organização da pactuação, é que o ministério começou a atuar. Também para o Ministério da Saúde era algo novo, ou seja, foi importante aquele momento da descentralização dos recursos, ao mesmo tempo que o Ministério pudesse começar a avaliar os seus processos de descentralização. Isso foi um processo de aprendizado ao longo dos anos, que, se nós formos levar em consideração, vem acontecendo até hoje. O ministério na realidade, ele vinha se preparando, se organizando, criando comitês, criando grupos técnicos de apoio a estados e municípios, para que eles pudessem assumir a gestão plena (ENTREVISTADO 5/1997-2001).

Olha, enquanto técnico do Fundo Nacional de Saúde em relação à transferência (Fundo a Fundo), nós não tínhamos quase que contato nenhum. Ah, só quando dava algum problema no pagamento, porque eles eram prestadores de serviços. [...]. Mas, em relação à gente na questão do financiamento, isso tudo só começou no processo de habilitação do Estado. Então, antes disso, a gente não tinha qualquer contato. Eu ficava surpresa como técnica, que às vezes eu via alguns municípios se habilitando em gestão plena e não tinham a experiência de pagar prestador de serviço e

nunca ligavam, e nem ligavam para gente. Nenhum telefonema para perguntar como que a coisa acontecia. Eu aqui ficava preocupada. Eu levei uma vida para aprender isso, e o pessoal vai lá se habilita em gestão plena, e como é que fica a questão dos prestadores de serviços? A gente recebia muitas reclamações, então, a gente vê assim que não houve uma preparação para que eles assumissem a gestão. Não houve apoio aqui aos municípios pelo menos nas áreas nossa aqui: financeira, orçamentária e contábil não foi. Tanto por falta de iniciativa do Fundo Nacional de Saúde como falta de iniciativa também dos estados e municípios de procurar o apoio (ENTREVISTADO 6/1997-2001).

Ainda sobre as relações institucionais entre o governo federal e o governo estadual, no que diz respeito a estímulos concedidos pelo MS para habilitação do Estado na condição de gestão plena do sistema de saúde, até que ponto os estímulos oferecidos pelo governo federal influenciaram a decisão do governo piauiense no processo de habilitação do Estado, de 1997 a 2001?

Nesse período, vale ressaltar que havia um forte estímulo para o fortalecimento da gestão municipal, tanto que, ao final da vigência da NOB 1/96, em 2001, mais de 99% dos 5.516 municípios brasileiros estavam habilitados em pelo menos uma das condições de gestão.

No Piauí, do total dos 222 municípios, 221 estavam habilitados na gestão plena da atenção básica e 1 estava habilitado na gestão plena do sistema municipal.

No que diz respeito a estímulos para o fortalecimento da gestão estadual, segundo a maioria dos sujeitos entrevistados, não havia estímulos, além daqueles contidas na NOB 1/96. Pelo contrário, havia uma preocupação dos estados quanto a possíveis perdas de recursos por conta da mudança de gestão.

Ela (GPSE) foi vista muito pela questão financeira. Os números prevaleceram muito. E, na realidade, o que se queria não era só o financeiro, quer dizer, administrar o financeiro é parte da responsabilidade. Ao lado dessa, tem outra maior: a responsabilidade da organização do próprio sistema. E o Estado parece que, não estou falando apenas do Piauí, estou falando de todos os estados, esqueceu dela. Quando as responsabilidades começaram a ser cobradas, nós ficamos meio preocupados, porque não estava organizado ainda em termos de quantidade suficiente para isso. E isso foi uma preocupação de vários Estados, que até pararam o processo, [...], não aderiram com medo. [...]. A responsabilidade era muito grande, pois o Estado teria que assumir a gestão de toda a questão da saúde do estado. Então, eu acho que os incentivos que foram dados, não foram muito em quantidade, em valores agregados e sim, muito mais, em dar a oportunidade do Estado a se organizar e saber como melhor gastar. Eu acho que o grande ganho da questão da estadualização foi esse. Não é que tenha vindo grandes valores agregados. Foi muito mais, dar a oportunidade do Estado ser o gestor dos recursos financeiros, aplicar onde ele achava que era melhor e tentar utilizar bem o recurso que era repassado (ENTREVISTADO 2/1997-2001).

A prioridade do Ministério foi sempre a descentralização, mas pela municipalização, para montar o sistema a partir do fortalecimento da gestão municipal. Nós passamos por essa época, principalmente de 1996 até 2002. Então, nós vimos um forte incentivo financeiro para o fortalecimento da gestão municipal. Para o fortalecimento da gestão estadual, o que se tentou o tempo todo era não perder recursos. Não havia proposta de incentivo, a preocupação era de que existisse uma possibilidade muito grande de perda de recursos por conta da mudança de gestão. Então, a preocupação sempre foi de manter a capacidade financeira da época, da série histórica (ENTREVISTADO 3/1997-2001).

Existiam pré-condições até então para que o Estado pudesse assumir a GPSE. Os recursos estaduais que eram administrados pela União, para o pagamento de seus prestadores de serviço, esses recursos já pertenciam ao Estado, mesmo estando sob a gestão ainda centralizada do Ministério. No momento que o Estado assume a gestão plena, o teto financeiro dele passa a ser descentralizado automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde. [...]. Mas as dificuldades do ponto de vista de financiamento do sistema como um todo, até hoje tem. Eram enormes, mas, do ponto de vista orçamentário-financeiro, aquele teto financeiro já estava reservado ao estado do Piauí (ENTREVISTADO 5/1997-2001)

Anterior a esse período que você está pesquisando, aqui a gente tinha um recurso que se chamava fator de estímulo à municipalização e o fator de estímulo aos estados. Era o FAN e o FAI que nós tínhamos, mas depois aquilo não aconteceu mais. Então, morreu naquela época do INAMPS, acabou aquilo e, que eu me lembre, não existia qualquer incentivo financeiro para que os estados e municípios se habilitassem (ENTREVISTADO 6/1997-2001).

Então, neste período, segundo a versão da maioria dos sujeitos pesquisados, as relações institucionais entre MS e a SESAPI eram verticais, frágeis, de dependência técnica ao Ministério e de resistência, por parte da Secretaria, às mudanças no modelo de organização do sistema estadual de saúde. Não houve apoio técnico efetivo do MS às ações e serviços de saúde desenvolvidos pela Secretaria, e nem a SESAPI estava preparada, técnica ou administrativamente, para mudar sozinha a lógica do modelo de organização do sistema estadual de saúde. Não houve, também, por parte do Ministério estímulos financeiros suficientes para induzir o estado a se habilitar na GPSE.

Já que, nesse período, as relações institucionais entre MS e SESAPI eram pouco afins, dificultando o processo de habilitação do Estado, questiona-se: como o Executivo estadual agiu nesse processo de habilitação, isto é, qual foi sua ação no sentido de promover a habilitação do Estado na condição de gestão plena do sistema de saúde, no período 1997 a 2001?

A primeira questão a ser colocada, segundo todos os cinco sujeitos entrevistados, é que não havia uma orientação política por parte do Executivo estadual, governador e secretário de Saúde para habilitar o Estado na condição de

GPSE, nem do ponto de vista do discurso político partidário, de compromisso de campanha; nem do ponto de vista de ação política, no sentido da necessidade de mudança no modelo de sistema de saúde vigente no estado.

O certo, segundo a fala dos sujeitos, é que não houve uma decisão política do governo em favor da GPSE, muito por se tratar de um projeto novo, algo desconhecido pelo Estado e que exigia mudanças profundas na organização da saúde estadual, num momento em que o Estado tinha dificuldades econômicas, técnicas e administrativas.

Não houve decisão política. [...], a decisão política ainda não tinha sido tomada. O que aconteceu foi primeiro, saber o que era isto: o que é, qual é a responsabilidade do Estado com relação à gestão plena; outro, nós estávamos com todo esse instrumental preparado para tal. Essa fase não pode ser esquecida, mesmo não tendo acontecido a questão da estadualização, mas houve todo o início do processo. Na realidade não era curto, ele precisava de médio prazo para que as coisas acontecessem. Então, isso foi realmente nesse período. [...]. O primeiro período (1997-2001), a idéia da gestão plena já existia, mas, mesmo se tivesse tido a decisão política, o tempo era curto, porque ela requeria, como falei, vários instrumentos outros que não foram só os três (PPI, PDI, PDR), inúmeros outros. Tem que ter estrutura básica para poder isso acontecer. Agora, não foi feito por falta, por força de decisão política, mas, mesmo assim, se tivesse tido uma decisão política na época, teria tido alguns entraves, ainda porque nós não estávamos no ponto para tal (ENTREVISTADO 2/1997-2001).

No primeiro período (1997-2001), certamente não existia (decisão política), mas também não existia o Ministério da Saúde pressionando para esse movimento. O Ministério da Saúde ainda estava num movimento anterior, que era o fortalecimento dos municípios, da gestão municipal (ENTREVISTADO 3/1997-2001).

Eu acho que, entre 1997 e 2001, eram processos extremamente novos. E imagino eu que o governo de então com todas as implicações necessárias a implantar um projeto novo não se sentiu, vamos dizer, a organização do Estado não estaria ainda preparada para assumir a gestão plena. É tanto que não só foi o Estado do Piauí que não se tornou gestor pleno, foram vários. Isso foi um processo contínuo, diversos estados foram ao longo dos anos se habilitando para serem gestores plenos, ou seja, eram as dificuldades naturalmente do ponto de vista econômico, do ponto de vista administrativo para implantar um novo modelo de gestão. Não esqueçamos, não devemos esquecer sempre que, até 1998, nós não tínhamos praticamente nenhum estado em gestão plena. Existiam sim, alguns movimentos de gestões semiplenas, que era em torno de cem municípios brasileiros, mas todos eles ainda sob a égide antiga do modelo convenial. Não existiam praticamente ainda transferências fundo a fundo, isso que motivou a fazer um forte processo de descentralização que já estava previsto lá na Constituinte, lá em 1988. Então, o próprio processo foi demorado e longo. Essa questão, a gente sempre fala, não é que o Estado não quisesse ser gestor pleno, mas é que o Estado tinha que ter uma série de pré-requisitos necessários para ele se tornar gestor pleno (ENTREVISTADO 5/1997-2001)

Olha, o que eu posso dizer assim, de longe, observando de longe sem conhecer a realidade lá, do que a gente percebia das demandas que vinha para gente do período de 1997 a 2001, a gente não percebia nenhuma orientação (política), que não existia nenhuma (ENTREVISTADO 6/1997-2001).

A segunda questão aventada pelos sujeitos é que não houve uma ação política efetiva por parte dos diretores e técnicos da SESAPI no sentido de habilitar o Piauí na condição de GPSE. Quando se fala em ação política efetiva, está se tratando da capacidade dos diretores e técnicos de induzirem e de aglutinarem forças capazes de promover a habilitação do Estado.

A ação política era limitada, pois não havia na SESAPI um corpo técnico em quantidade suficiente e com a qualidade necessária capaz de assimilar e implantar as novas diretrizes de organização do SUS, a partir da gestão descentralizada. Havia o esforço único do diretor de planejamento da SESAPI no sentido de buscar orientações para a implantação da descentralização no Estado, mas não era prioridade para o secretário de Saúde. Isso pode ser confirmado nas falas dos sujeitos:

Ação política limitada. [...], a gente sabe que a viabilidade técnica era limitada. Hoje penso que, para poder organizar qualquer projeto na linha pública, tem que ter o lado técnico e também tem que ter o lado político. O lado político é que materializa a questão técnica. Eu não tive a oportunidade de discutir na época com o governador. Falava com o secretário e ele sempre nos deu oportunidade da gente discutir. Mas o que eu queria era a decisão política, que ela não aconteceu (ENTREVISTADO 2/1997-2001).

No primeiro período (1997-2001), nós temos uma figura que é o diretor de planejamento, Dr. Geraldo Magela, que trabalhava junto com o Ministério da Saúde para se municiar de orientações para trazer para o Estado do Piauí, essas orientações. Tenho notícias de que essas discussões não tinham muito, um andamento muito, muito rápido no gabinete do secretário. Quer dizer, certamente não era prioridade na época (ENTREVISTADO 3/1997-2001).

No primeiro período (1997-2001) a gente não observou nada. Não existia uma relação entre os técnicos da SESAPI e o Fundo Nacional de Saúde (ENTREVISTADO 6/1997-2001).

Verifica-se que, segundo todos os entrevistados, nesse período, a ação política do Executivo estadual e do corpo de diretores e técnicos da SESAPI não foi favorável à habilitação do Estado em gestão plena.

Analisadas as estratégias de ação política do governo federal e do governo estadual no sentido de promover a habilitação do Estado na condição de GPSE no

período de 1997 a 2001, o próximo passo é verificar como essas estratégias foram conduzidas pelos dois governos, agora no período de 2002 a 2005.

#### **4.1.2 Estratégias Deliberadas de Indução do Governo Federal e a Ação do Executivo Estadual para a Habilitação do Estado do Piauí na Condição de Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde, no Período de 2002 a 2005**

No que diz respeito ao período de 2002 a 2005, quais foram as dificuldades enfrentadas pela SESAPI para preencher os requisitos necessários à habilitação do Estado do Piauí na condição de GPSE?

É importante destacar que esse período foi marcado por duas mudanças no cenário político partidário do Estado do Piauí. Em 2002, assume o poder político no Estado do Piauí o Partido da Frente Liberal, com o governador Hugo Napoleão em substituição a Mão Santa, destituído do cargo por decisão judicial.

Hugo Napoleão ocupou o cargo até o final de 2002, quando foi substituído por força da vontade popular pelo até então deputado federal Wellington Dias, do Partido dos Trabalhadores. Dias cumpriu seu mandato até 2006, sendo reeleito para governar por mais quatro anos.

Na Secretaria de Saúde assumiu a pasta, em 2003, o médico Nazareno Fonteles, também filiado ao Partido dos Trabalhadores, permanecendo no cargo até novembro do mesmo ano. A partir daí assumiu o cargo de secretário Bruno Figueiredo, médico e assessor técnico da gestão anterior, filiado também ao Partido dos Trabalhadores, que ocupou o cargo até janeiro de 2005. Depois o cargo ficou com a farmacologista Tatiana Chaves, até então diretora da vigilância sanitária estadual, a qual permaneceu durante o ano de 2005.

No período de 2002 a 2005, as principais dificuldades encontradas pela SESAPI, segundo os sujeitos da pesquisa, estavam relacionadas a questões de gestão e de ordem técnico-administrativa. A primeira, vinculada à construção dos instrumentos de gestão necessários para a habilitação, já a segunda relacionava-se tanto à quantidade, qualidade, compromisso e motivação do seu corpo técnico, quanto à construção de instrumentos administrativos necessários à organização da Secretaria.

Quanto à construção dos instrumentos de gestão, essa foi a principal dificuldade relatada pelos sujeitos entrevistados, nesse período, apesar de, em sua maioria, os instrumentos terem sido discutidos no período anterior. Segundo alguns dos sujeitos entrevistados, o PDR, a PPI, o PDI, instrumentos organizativos do SUS para a habilitação do estado em GPSE, mesmo com a discussão prévia, só vieram a ser construídos a partir de 2002.

O PDR iniciou o seu processo de construção em 2002, na gestão do governador Hugo Napoleão e do secretário Paulo Henrique Paes Landim, sendo efetivamente consolidado em 2003, na gestão do governador Wellington Dias e do secretário de Saúde Nazareno Fonteles. A PPI e o PDI, por seu turno, só foram construídos e consolidados em 2003.

Outros instrumentos da Secretaria, como os documentos referentes ao Plano Estadual de Saúde e ao Relatório de Gestão, não existiam até 2002 e também só foram construídos em 2003, segundo o depoimento dos entrevistados.

Ainda segundo os sujeitos, o Fundo Estadual de Saúde, outro pré-requisito para a habilitação, embora já criado legalmente pelo governo, não existia de fato na SESAPI até 2002, tendo que ser ativado e reestruturado para que pudesse efetivamente cumprir algumas das exigências normativas e das exigências legais estabelecidas para a gestão plena. Isso só aconteceu em 2003.

Portanto, construir todos esses instrumentos em um tempo tão curto (praticamente um ano), para que o Estado preenchesse os requisitos necessários à habilitação foi o principal obstáculo relatado por quase todos os sujeitos entrevistados, muito embora já existisse um certo nível de discussão e entendimento sobre esses instrumentos, como pode ser verificado nas falas a seguir:

Olha, (dificuldade) principalmente nos requisitos de natureza organizativa e administrativa da própria secretaria. [...]. Os instrumentos de gestão exigidos para habilitação: plano estadual de saúde, relatório de gestão. Nós, quando chegamos à Secretaria de Saúde, nunca encontramos nenhum documento desses. Não existiam na Secretaria de Saúde esses documentos. Outro aspecto também importante, o fundo estadual de saúde. Embora o fundo já tivesse sido instituído por uma exigência legal há vários anos, ele não existia de fato na Secretaria Estadual de Saúde. Então, esse fundo estadual de saúde, um dos requisitos exigidos, um dos requisitos legais, ele teve que ser ativado, ele teve que ser reestruturado para que ele pudesse efetivamente cumprir algumas das exigências normativas e das exigências legais estabelecidas para a gestão plena. Outros instrumentos de planejamento e de programação também exigidos para que a Secretaria se habilitasse não existia na Secretaria à época. O Plano Diretor de Regionalização, que embora tivesse sido criado em 2002, de fato ele só

veio a ser um eixo condutor do modelo de organização das ações de saúde no estado a partir de 2003. O Plano Diretor de Investimento, também um documento que não existia e que disciplina, de acordo com o PDR, quais os instrumentos que a Secretaria de Saúde do estado deveria fazer no sentido de viabilizar a organização do sistema estadual de saúde, também não existia, foi construído em 2003. A Programação Pactuada Integrada da assistência à saúde que também é outro instrumento de gestão que disciplina a distribuição dos recursos destinados ao custeio da assistencial ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Esse foi um processo que foi construído ao longo de 2003 e que era um dos requisitos indispensáveis para que o Estado se habilitasse (ENTREVISTADO 1/2002-2005)

Nessas duas etapas, a primeira etapa (1997-2001) foi muito mais difícil porque tivemos que começar a preparar tudo isto (instrumentos de gestão) que eu lhe falei. Já na segunda etapa, essa discussão já tinha acontecido. A Secretaria de Saúde teve uma sensibilidade muito grande de não fazer grandes mudanças do corpo técnico. Esse é um fato concreto. A Secretaria, no segundo período e em grande parte do primeiro, portanto, já vinha acompanhando toda essa questão da proposta de mudança para gestão plena. Foi mais fácil, o avanço foi mais rápido, porque se pegou tudo que já tinha. Não se criou novas coisas, apenas se organizou e começou a trabalhar em cima disso, e o avanço foi mais rápido. Talvez não tivesse acontecido na mesma velocidade, se tivesse ocorrido uma mudança muito grande na equipe técnica, que não aconteceu. Isso é um fato verdadeiro (ENTREVISTADO 2/2002-2005)

O problema é a questão da transparência da distribuição de recursos financeiros, que era a proposta pela Programação Pactuada Integrada, a PPI. Era necessário a apresentação de um resultado de um processo mais participativo de planejamento financeiro, que era uma situação completamente inusitada. Acho que não era só para Piauí, era situação nova para muitos estados. Eu sei que, em São Paulo, nunca fizeram a PPI, porque era muito difícil quebrar feudos anteriores, hegemonias, feudos não, hegemonias já instaladas. Tirar recursos de uma cidade com grande aporte de recursos como nós tínhamos em Parnaíba, em Campo Maior, ainda temos em Teresina, São Raimundo Nonato e redistribuir de uma maneira mais participativa, eu acho que isso foi um problema muito sério (ENTREVISTADO 3/2002-2005).

Então, a maior dificuldade que eles tinham era na questão da organização do fundo. Por quê? Nós observamos que eles tiveram uma preocupação de organizar o Fundo de Saúde para poder se habilitar em gestão plena. Era uma coisa que a gente não vinha observando nos estados e nos municípios. Mas que a gente pôde observar no estado do Piauí foi essa necessidade de organizar o fundo, de saber exatamente qual que seria o papel do Estado. Em assumindo a gestão plena, o que ele teria que fazer? E buscou saber isso com a gente. O que eu tenho que fazer, quais são as responsabilidades e as prerrogativas que estão escritas nas normas operacionais? Mas, na prática, o que que significa isso? E eles procuraram saber mesmo, porque, além dos contatos oficiais que nós tivemos, os técnicos tiveram também contato com área de informática, através de contato telefônico. [...]. No segundo período foi que nós pudemos observar a preocupação com a organização do Fundo Estadual de Saúde, não só com o Piauí, mas com todos os estados. É nesse período que a gente observou que eles (estados) realmente procuraram o Fundo. Houve uma conscientização maior de que eles teriam que fazer, e nós observamos que o estado do Piauí realmente procurou isso com bastante afinco (ENTREVISTADO 6/2002-2005).

Eu não vou me lembrar de cabeça de todos os requisitos, mas assim alguns deles a SESAPI até já tinha os instrumentos legais, por exemplo, da vigilância sanitária, que era muito bem organizado no estado, mas que estava assim desvinculada de certa forma da SESAPI como um todo. Então, eu acho que o mais difícil de todos foi a própria PPI, Programação Pactuada Integrada, que tem diretamente a ver com o desenho de gestão dos estados e dos municípios. A fragilidade da gestão dos municípios, quer dizer, o estado do Piauí tinha sete municípios que eram plenos do sistema, significa que os recursos de todos os duzentos e tantos demais estavam sob gestão estadual. Numa lógica muitas vezes muito frágil, quer dizer, aqueles recursos que estavam nos municípios não diziam respeito exatamente às necessidades de saúde da população de cada município e das referências. Então, no meu entendimento o mais frágil, inclusive foi o que mais demorou, foi o processo de habilitação, foi a PPI. [...]. A PPI precisava terminar aquele processo para habilitação, porque era ela que determinava quais os recursos e o teto estadual e quanto que ia para Teresina, e qual era a relação inclusive política, que se dava da capital como grande executora, como concentradora de ações e serviços de saúde no estado. Então, tinha toda a discussão dos próprios termos de compromisso, entre os estabelecimentos de saúde, os hospitais que eram de gerência estadual, cujo financiamento passava pelo Fundo Municipal de Saúde de Teresina, já que Teresina era habilitado também. Então, para mim esse foi o ponto mais frágil de todo o processo de habilitação (ENTREVISTADO 8/2002-2005).

Quanto à quantidade, qualidade, compromisso e motivação do corpo técnico e à construção de instrumentos administrativos necessários à organização da Secretaria, essas foram dificuldades marcantes relatadas pelos sujeitos nesse período.

Ainda segundo os sujeitos da pesquisa, havia uma dificuldade técnica na SESAPI, pois eram poucos os técnicos, e os que eram do quadro da Secretaria precisavam de qualificação para o desafio da gestão plena. Além disso, tinha-se um quadro técnico extremamente desmotivado, haja vista todo o movimento de desvalorização da categoria nas duas últimas gestões da Secretaria, quando esses profissionais foram preteridos, em favor de pessoas apadrinhadas politicamente por determinados grupos políticos que estavam no poder em determinados momentos na SESAPI.

Essa fragilidade técnica e o pouco comprometimento das pessoas implicou em dificuldades de gestão, principalmente em se formatar uma gestão técnica, motivada, comprometida e focada na construção da política de saúde, como consta nos relatos dos sujeitos que participaram desse processo.

Tinha dificuldades técnicas. Como muitos técnicos não tinham, vamos dizer, sido estimulados a ocupar sua função, pois a gestão anterior tinha dado uma dimensão, vamos dizer, mais politiqueria, talvez não sei se é a expressão mais adequada, mas eu quero dizer assim, onde a parte técnica foi atrofiada. Então, terminaram tomando decisões políticas que não tinham

um planejamento, uma organização técnica maior, e eu acho que esse foi um dos grandes gargalos. Estimular os poucos técnicos que estavam até, vamos dizer, distanciados do *front*, mas que, no passado, tinham dado sua contribuição, gostariam de ajudar. E como alguns que estavam ali recém-chegado, ou há pouco tempo, mas não tinha aquele clima do trabalho profissionalizado. Eu acho que nesse ponto, como secretário, contribuí muito para mostrar minha presença, ficava lá de manhã, de tarde, às vezes de noite. Era até criticado por ficar muito tempo, às vezes nas reuniões técnicas e acompanhando, tentando intermediar o máximo que podia com o Ministério da Saúde, dialogando com o governador para que ele compreendesse cada vez mais essas dificuldades. E gente foi vendo que tinha carência muito grande de pessoal. Treinar os que já estavam, que tinham um potencial, mas, precisava novos em áreas que é da própria necessidade da gestão plena, que você não tinha. Posso botar, por exemplo, áreas de regulação, auditoria, as próprias regionais tinham que ser estruturadas. Precisava concurso público, e aí uma das primeiras decisões foi ter que fazer um concurso público. A princípio nós sonhamos com um número muito grande e terminou tendo as dificuldades financeiras, o governador liberando só um, vamos dizer, um quarto do que mais ou menos a gente gostaria que fosse feito. E assim, foi um alívio porque fizemos o concurso, mas não foi chamado a tempo, por isso se retardou parte daquilo que nós poderíamos ter concluído no primeiro ano. Terminou indo para o segundo ano por causa das dificuldades financeiras (ENTREVISTADO 4/2002-2005)

A dificuldade básica é a inexistência de uma política de saúde organizada no estado do Piauí, mas, para ter política, precisa um corpo de pensadores de política, um corpo, um corpo técnico que possa efetivar as políticas de saúde, um corpo técnico que possa reorganizar uma gestão, e nós não tivemos isso. Nós entramos em gestão com um processo andando, quer dizer que nós fomos aprender, muitos meses depois, que existiam complicações na gestão plena que nós nem imaginávamos. [...]. Então, o grande problema foi de gestão, na gestão de pessoas técnicas motivadas, comprometidas e focadas na construção da política de saúde. Eu acho que foi o grande problema. Quem é que entendia de SUS? Quem é que entendia de um fundo de saúde? Quem é o gestor automático do fundo? Quem que entendia de convênios? Quem é que entendia de repasse? Quem é que entendia de prestação de conta? Simplesmente, o secretário de Saúde recebia o informe que o Ministério repassava e pronto. Quer dizer, em um período muito curto. Os três, quatro primeiros meses não se trabalhou a questão dos recursos, só começou a trabalhar essa questão em abril, maio de 2003. Nós tivemos em cinco, seis meses de fazer um esforço grande para poder entrar em gestão (ENTREVISTADO 7/2002-2005).

(...). Existia um descrédito, porque muito dos técnicos da Secretaria eram técnicos que já eram da gestão anterior da SESAPI, então, tinha um descrédito. Assim, eles não acreditavam que os processos técnicos que estavam sendo levados a cabo iam resultar numa operacionalização. Isso era histórico. Vários: mas isso a gente fez, nesse momento a gente já fez, a gente já foi até aí, isso não vai dar em nada, depois muda. No gabinete, aquele processo que a gente viveu vai ser revestido, e a gente não consegue e tal. Então, eu acho que isso era uma fala constante assim. E acho que nós (técnicos do MS) tivemos um papel importante nisso, porque, como a gente fazia esse engate, digamos assim, político, com que os técnicos diziam e se comprometiam conosco, com aquilo que a gente vivenciava. A gente tentava que o secretário, tomador de decisão, também assumisse aquilo que estava sendo colocado. Era uma forma de garantir isso, claro que isso não foi uniforme, não foi em todas as diretorias. Mas, de uma maneira geral, eu acho que isso é uma coisa cultural. Muitas vezes mesmo as coisas positivas que se alcançava, mesmo os processos que

terminavam, digamos assim, que iam até o fim, não tinha assim uma comemoração do nível técnico, da diretoria como uma coisa, então a gente conseguiu isso. Muitas vezes o nosso papel era também dizer “Parabéns! Vocês fizeram isso, vocês conseguiram!”. Assim, tinha uma coisa do descrédito tão grande dos processos anteriores que não conseguia nem ver aquilo que conquistavam no processo (ENTREVISTADO 8/2002-2005).

Percebe-se que, de acordo com os sujeitos, a construção e consolidação dos instrumentos de gestão, somadas à fragilidade e à falta de motivação do corpo técnico, constituíram-se nas principais dificuldades encontradas pela SESAPI no processo de habilitação do Estado, no período de 2002 a 2005.

Ora, se a SESAPI tinha essas dificuldades relatadas pelos sujeitos da pesquisa, que fragilizavam o processo de descentralização no estado, qual foi a estratégia do governo federal para incentivar o Piauí a superar os obstáculos e conseguir se habilitar na condição de GPSE?

A estratégia, como no período anterior, era de indução dos estados a se habilitarem, e seu sucesso estava relacionado ao tipo de relação institucional estabelecida entre os níveis de governo, no sentido de um nível estimular, incentivar e até mesmo pressionar o outro para que se habilite. Nesse sentido, do ponto de vista das relações institucionais, como essas relações foram estabelecidas entre o MS e a SESAPI, no período de 2002 a 2005?

Até 2002, segundo relatos dos sujeitos entrevistados, as relações do MS com a SESAPI foram muito verticais e pouco afinadas na condução da política de saúde no estado.

Vale ressaltar que, a partir de 2003, há uma mudança nos destinos políticos da nação brasileira, com a ascensão ao poder do Partido dos Trabalhadores (PT), sob a égide de Luís Inácio Lula da Silva, o novo presidente da República. No Ministério da Saúde assume a pasta Humberto Costa, médico e deputado federal pelo PT.

Humberto Costa promove uma reorganização interna do MS, que passa a ter um viés mais técnico do que político na condução da política de saúde. Desse modo, há uma intensificação do processo de normatização técnica, passando o Ministério a fortalecer as instâncias colegiadas de gestão (CIB e CIT) e a promover um amadurecimento técnico-político dos três níveis de governo. Isso coloca o MS no seu real papel de gestor do SUS, mudando radicalmente sua relação com os estados e municípios.

A mudança na gestão estadual da Secretaria de Saúde, em 2003, também imprime um caráter mais técnico do que político na condução da política de saúde, segundo o depoimento dos sujeitos entrevistados, inibindo de imediato quaisquer movimentos contrários aos princípios preconizados pelo SUS.

Essa perspectiva de mudança na política de saúde do estado, alinhada às diretrizes da política nacional, que reforçava mais ainda a importância do princípio constitucional da descentralização, ou seja, da habilitação dos estados na GPSE, tornou-se mais concreta no início de 2003 e, a partir de então, foi sendo fortalecida ao longo do processo de habilitação. Essas relações, conforme os sujeitos entrevistados, passaram a ser tão fortes ao longo do processo que, em determinado momento, foi feita uma agenda conjunta do MS com a SESAPI, a fim de habilitar o estado na gestão plena.

Em 2003, com a ascensão do PT ao governo, e aí não vai nenhuma defesa ideológica, não vai nenhuma defesa política, mas apenas uma constatação. O que que a gente começa a observar? No que pesa ao processo de reorganização interna administrativa do próprio Ministério da Saúde, a questão das políticas de saúde, da política de saúde nos seus diversos desdobramentos no âmbito do Ministério, elas passam a ter um viés e um olhar muito mais técnico. Até porque o acesso dos grandes mentores, dos grandes difusores, das pessoas que realmente encabeçaram o movimento da reforma sanitária nesse país, essas pessoas passam a ter mais acesso, do ponto de vista político, gerencial, administrativo ao Ministério da Saúde, como instância normatizadora e disciplinadora da política de saúde do país. Então, o que a gente observa é que a transição, a mudança interna do Ministério da Saúde do ponto de vista da normatização técnica, ela se intensifica muito mais a partir de 2003. É como se o Ministério da Saúde passasse a perceber qual o real papel que ele teria que ter na consolidação dessa política pública como instância de fiscalização, de normatização, de supervisão, de financiamento mesmo do Sistema Único de Saúde. O próprio amadurecimento político que a gente começa a observar na sociedade, ele vem corroborar e vem fortalecer esse novo momento técnico vivido pelo Ministério da Saúde, e aí eu não estou colocando administrativo, organizativo do Ministério da Saúde, porque a gente tem percebido que nesses últimos seis anos, nós temos uma descontinuidade em processos administrativos, na rotina, nos processos burocráticos, nos controles, nas rotinas do Ministério da Saúde, que tem criado algumas dificuldades para as secretarias estaduais e para as secretarias municipais. [...]. Então, esse movimento, ele mudou radicalmente a relação do Ministério da Saúde com os estados e com os municípios. O acesso à mudança na gestão estadual da secretaria também trouxe repercussões e mudanças significativas na coordenação estadual, na gestão estadual do SUS. Algumas iniquidades, de cara, elas foram percebidas pela gestão estadual. A alguns movimentos que iam na direção totalmente contrária aos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde também foram percebidos tanto internamente, na gestão da Secretaria Estadual de Saúde, como na relação da Secretaria Estadual de Saúde com os municípios (ENTREVISTADO 1/2002-2005).

Olha, no período que eu administrei, houve todo um entrosamento do Ministério, da equipe do Ministério, que tinha à frente o ministro Humberto

Costa, portanto alguém que eu já conhecia antes de ser ministro. E a equipe da Secretaria foi se entrosando. Havia evidentemente dificuldades anteriores, mas, como a nossa ênfase era no aspecto técnico-gerencial de tentar fazer o melhor possível, aproveitando aquilo que o Ministério queria e aquilo que nós desejávamos - a gestão plena do sistema. E nisso a gente encontrou boa vontade de muitos técnicos que passavam dias ajudando a nossa equipe. O governador esteve sempre, vamos dizer assim, a nosso pedido, intermediando, facilitando os caminhos junto ao Ministério e a qualquer outra relação de governo que pudesse ter, tipo uma relação com o presidente da República para recomendar que o Ministério desse o apoio possível ao estado do Piauí (ENTREVISTADO 4/2002-2005).

O que a gente pôde observar é que as relações se estreitaram mesmo no processo de habilitação de gestão plena. E aí já vieram algumas pessoas aqui, foram feitas visitas também no Fundo Estadual lá, eles organizaram o fundo. A gente viu que houve um interesse muito grande em se organizar esse Fundo. Inclusive, hoje Fundo Estadual de Saúde, ele usa um sistema disponibilizado pelo Fundo Nacional de Saúde. É um dos estados que usa. Eu acho que está usando de maneira parcial, mas está usando. Então, nós temos uma relação muito estreita que começou nesse período, uma relação estreita onde eles têm dúvidas e eles estão sempre em contato com a gente, ligando aqui para saber como é que faz, como é que executa. Quando eles têm dificuldade em alguma coisa na interpretação da legislação, na própria execução de como fazer eles estão sempre em contato com a gente (ENTREVISTADO 6/2002-2005).

O Estado ficou muito na relação vertical com o Ministério de verbas até 2002, isso a gente percebeu um pouco. Apesar do que, quando houve a mudança, foi uma mudança de governo muito radical. Se passou de um governo do PFL para um governo do PT, com aliados mais no primeiro ano do governo Wellington. Foi um governo basicamente do PT, os aliados ainda estavam esperando um pouco o que iria acontecer para ver se o governo ia se viabilizar ou não. Nós, quando chegamos em 2003, eu digo o grupo, a gente não teve muita memória da Secretaria. O que a gente teve foi a constatação de que existia uma profunda incapacidade técnica da Secretaria da Saúde, de formular projetos, de até de pensar a política de saúde. Quer dizer, nós não obtivemos a memória, então a relação do Ministério da Saúde com a Secretaria, até 2002, pelo que nós possamos perceber, era uma relação extremamente vertical. A Secretaria recebia a portaria, cumpria, mandava um mapa com o que os municípios produziam e recebia programas. Enfim, era uma relação de uma via só. Bom, em 2003, o próprio grupo do Ministério da Saúde mudou. O primeiro ministro da saúde do governo Lula foi Humberto Costa, que é ligado ao PT e sempre teve um viés muito descentralizador, muito municipalista. Então, o grupo dirigente do Ministério da Saúde começou a implementar políticas de cunho descentralizador e começou a estimular alguns estados, principalmente da região Norte e Nordeste, a participarem um pouco mais das decisões. De duas formas: primeiro, mandava um grupo de apoio descentralizado que pudessem discutir com as secretarias, cursos para formação de pessoas, de profissionais e, por outro lado, houve uma certa pressão, digamos assim, institucional, porque, enfim, o governo Lula fez um movimento muito interessante na saúde. O que ele fez? Ao passo que ele descentralizou para os estados e muito para os municípios, foi uma questão muito comentada, as obrigações e deveres com relação à saúde, ele não descentralizou os recursos. Então, assim, ele passou para os estados a gestão, estimulou os estados a passar para os municípios, por sua vez, só que a carga de recursos não foi descentralizada, então, foi um movimento bem interessante. Quer dizer, ele não perdia recurso, mas, de certa maneira, ele abria mão de algumas instâncias decisórias. Foi nesse contexto que, em 2003, a gente começou a discutir um pouco mais com o Ministério do ponto

de vista, o que se quer de saúde aqui no Piauí, o que se quer de política de saúde no Piauí. [...]. Por outro lado, essa relação com o Ministério da Saúde passou a mudar por um simples motivo: porque o governo, o governo do estado passou a ser conveniado junto com o governo federal. Logo, Humberto Costa é deputado federal na mesma época que o governador do estado do Piauí era deputado federal. Então, houve mudança qualitativa de relação no sentido, não de verbas especiais, mas assim de um pouco mais de acesso às pessoas formuladoras de políticas. Que foi nessa brecha que a gente começou a discutir um pouco mais de política, e a descentralização desse sistema para o estado foi uma das primeiras coisas colocadas (ENTREVISTADO 7/2002-2005).

O fortalecimento dessa relação, segundo os sujeitos entrevistados, foi percebido no apoio bem definido dado pelo Ministério da Saúde à Secretaria, a tal ponto de serem formados vários grupos de trabalho para apoiar o estado a conseguir os requisitos para a habilitação. Essas equipes de apoio estavam à disposição da Secretaria para discutir os mais diversos temas.

Então, nessa época, eu senti mais esse apoio do Ministério da Saúde, principalmente, porque o Ministério montou um esquema de apoio com equipes, com responsabilidades por regiões do país. E então, sempre um técnico estava à disposição da Secretaria de Saúde para discussão de seus temas (ENTREVISTADO 3/2002-2005).

Procurou (MS) dar apoio tanto com equipe, como capacitação técnica, como dentro do possível que a lei permitia, a partir de infra-estrutura que fosse necessária. É claro que a burocracia muitas vezes respondia mais lento do que o que ambos queriam, tanto o Ministério como a Secretaria de Saúde, mas, fora isso, a gente viu um esforço grande das equipes e do Ministério com a Secretaria para fazer o melhor possível (ENTREVISTADO 4/2002-2005).

É importante ressaltar que, nesse período (2002-2005), foram criados vários grupos de trabalho, como já existia, anteriormente também, para apoiar outros estados. Foram criados vários grupos de apoio para que o estado pudesse organizar as suas diversas frentes, para que ele pudesse assumir a gestão plena estadual. Grupos relativos da organização do modelo de atenção básica; da gestão de alta e média complexidade; do processo de regionalização do estado; da sua própria PPI; do seu plano diretor de investimento e da organização da gestão do Fundo Estadual de Saúde, ou seja, houve um movimento conjunto naquele momento, para que o estado pudesse se organizar, se preparar tanto do ponto de vista econômico quanto também do ponto de vista administrativo para assumir a gestão plena, ou seja, foi um trabalho em conjunto, Ministério da Saúde com o governo do estado do Piauí para que o estado efetivamente assumisse as condições de ser o gestor pleno do estado do Piauí (ENTREVISTADO 6/2002-2005).

Desse modo, segundo depoimento dos entrevistados, as relações institucionais entre o MS e a SESAPI se tornaram muito mais simétricas nesse período. O Estado procurou seguir a maioria das orientações do MS, CONASS e

CONASEMS, no sentido de descentralizar as ações de saúde e habilitar-se na GPSE, mas, no que diz respeito à descentralização da atenção hospitalar e da organização do modelo de atenção básica, o Estado não conseguiu avançar da forma como o MS desejava, como foi descrito nas falas dos sujeitos entrevistados.

Eu acho que, em vários pontos, sim (seguiu as orientações do MS). Foi um momento muito interessante assim de reordenamento da SESAPI no estado. A maior fragilidade, eu acho, foi no modelo de atenção, inclusive, no organograma mesmo da SESAPI, na época, não tinha essa área, a área da assistência, da atenção à saúde. Não tinha uma discussão do modelo de atenção, e essa para mim era a maior fragilidade, então não é que não seguia as orientações, mas que vinha de um modelo centrado no hospital, um estado que tinha mais de 110 municípios com hospitais sob gestão estadual. Então, por mais que tenha tido um esforço, por exemplo, na época da própria política dos pequenos hospitais, houve uma divergência, uma dificuldade muito grande na municipalização desses hospitais. Nós entendíamos que o Estado tinha que assumir a gerência dos grandes hospitais, isso já era muito para organização estadual. [...]. Então, isso, no nosso entendimento, foi uma fragilidade muito grande que era o desenho do modelo de atenção. A própria atenção básica e o estímulo à organização, quer dizer, qual era o papel da Secretaria Estadual no apoio à atenção básica dos municípios? Também era muito frágil. Aquilo que era esperado do papel da Secretaria Estadual, que era fazer monitoramento e avaliação, fazer os introdutórios, o processo de capacitação para as equipes, nunca tinha sido feito no estado do Piauí [...]. Então, tinha um problema do modelo de atenção. Eu acho que, de uma maneira geral, essa era a fragilidade principal, o modelo de atenção e os demais processos, eu acho que seguiram sim uma lógica do que estava sendo colocado (ENTREVISTADO 8/2002-2005).

Existia a intenção de seguir essas diretrizes, mas nós temos que notar que foi um período para o Piauí de uma dificuldade muito grande, pois teria que superar um modelo hospitalocêntrico, modelo que era assumido pela própria Secretaria Estadual, então, ela teria que se desconstruir, então era um movimento muito difícil, um período de mudança de um modelo assistencial e um período de mudança de responsabilidades. Então, existia a tentativa de seguir essas diretrizes de mudança, mas, como era um grupo técnico, em que não tinha história anterior de pensar o sistema, a Secretaria, ela foi muito morosa em seguir as recomendações do Ministério da Saúde (ENTREVISTADO 3/2002-2005).

Ainda sobre as relações institucionais entre o governo federal e o governo estadual, no que diz respeito a estímulos concedidos pelo MS para habilitação do estado na condição de gestão plena do sistema de saúde, questiona-se até que ponto os estímulos federais influenciaram ou não a decisão do governo piauiense no processo de habilitação do Estado, no período de 2002 a 2005?

É preciso ressaltar, que a partir de 2002, principalmente, em 2003 e 2004, o MS volta-se mais para incentivar os estados a se habilitarem, haja vista, praticamente, todos os municípios brasileiros já estarem habilitados em uma das condições de gestão da NOB 1/96 ou NOAS 1/2001. Quanto a esses incentivos,

segundo os sujeitos entrevistados, foram muito mais de cunho político do que financeiro.

Do ponto de vista financeiro, não havia mais recursos no teto financeiro dos Estados para a habilitação, o que existia era uma mudança na gestão desses recursos, que passaria do FNS para o FES. Logo, não havia um incentivo financeiro explícito para o estado se habilitar, e, de acordo com a fala de um dos sujeitos, o que ocorria era uma antecipação do pagamento do teto financeiro dos estados, que, assim, teriam os recursos, no início do mês, para pagar seus prestadores, geralmente, no final do mês. No espaço de tempo entre o recebimento e o pagamento, por volta de 20 dias, os estados aplicariam os recursos no sistema financeiro, obtendo ganhos financeiros.

Além disso, no mês em que entrasse em gestão plena, o estado receberia os recursos do mês anterior para pagar seus prestadores de serviço, bem como receberia de forma antecipada os recursos do teto financeiro referente à competência que estava iniciando. Portanto, no primeiro mês da gestão plena, os estados receberiam o dobro ou mais do dobro dos recursos que receberiam normalmente em um único mês.

No caso do Piauí, esse incentivo financeiro não era explícito, mas existiu informalmente, ao longo do processo de habilitação do estado, resultando em um ajuste do teto financeiro do estado. Isso aconteceu devido o MS ter concordado com a pactuação feita na PPI do estado, em que houve uma equalização dos tetos financeiros de várias áreas da saúde que estavam defasados, como pode ser observado nas falas dos sujeitos, a seguir:

Não existiam estímulos financeiros para os estados. A vantagem que existia para que um estado se habilitasse em gestão plena era que ele teria o recurso, ele adiantaria o recebimento desses recursos, porque hoje nós (FNS) pagamos o teto (financeiro) de média e alta complexidade, historicamente vem sendo paga nos primeiros dias úteis do mês. Então, o estado, com esse recurso na mão e ele tendo a produção da sua rede contratada e conveniada para ser paga por volta do dia vinte, ele poderia ficar com esses recursos aplicados. Nós passamos muito tempo pagando no segundo dia útil do mês ou no primeiro dia útil do mês. Então, eles ficavam com esses recursos aplicados até o dia que ele tivesse as condições para pagar os prestadores de serviço. Então, isso era um estímulo para que ele assumisse. Então, o incentivo financeiro era esse que existia (ENTREVISTADO 6/2002-2005).

Olha, recurso financeiro propriamente dito não. Quer dizer, se a gente esperava e havia, veja bem, havia essa expectativa inicial finalizado em 2003 ainda, é que, se o Piauí entrasse em gestão plena haveria um aporte maior de recursos. E é claro que aí a gente peca, o grupo todo peca pela

inexperiência de gestão, porque esse tipo de recurso é pactuado na tripartite e na bipartite. Se o Piauí tivesse na bipartite um acréscimo desse recurso, haveria acréscimo de outros estados que também estavam nesses processos. Mas, enfim, não houve o incentivo financeiro, isso é fato. [...]. Só fizeram repassar, ao invés do governo federal repassar direto para os prestadores, ele passava para o estado, e o estado repassava para as unidades prestadoras de serviços. (ENTREVISTADO 7/2002-2005).

Bom, eu acho que o básico do que acontecia era que, antes da habilitação do estado, os recursos para os hospitais, enfim, eles eram repassados diretos do Fundo Nacional para o próprio prestador de serviço. Quer dizer, não existia uma gestão da Secretaria Estadual da Saúde, nem do Fundo Estadual de Saúde sobre os recursos do SUS no estado. Então, é uma mudança na verdade do ponto de vista da gestão, quer dizer o que acontece é que o Estado passa a receber aquilo que concerne a todo o financiamento federal para o estado a partir dessa habilitação. Então, é uma mudança para mim importantíssima. Claro que, na época da habilitação, se negociava também a necessidade de novos recursos (ENTREVISTADO 8/2002-2005).

Do ponto de vista político, segundo os sujeitos entrevistados, houve dois movimentos explícitos de incentivo à habilitação do estado. O primeiro ligado à questão do poder político inerente ao processo de habilitação estadual, quando o estado passa a definir quem recebe o que e para onde se destinam os recursos, prerrogativa apenas dos estados habilitados em gestão plena. A relação de poder se altera em favor do Estado, passando a ter mais poder político na relação com os municípios e com os seus prestadores de serviços. Nesse sentido, o MS incentivou muito o estado a ter esse poder em suas mãos.

O segundo momento diz respeito à ação política do Estado no sentido de agir de forma transformadora e diferenciada, pois o Piauí era muito atrasado, e seria estratégico para o MS e para a SESAPI agir diferente das outras gestões federal e estadual. Dessa forma conseguiriam respaldar um projeto político ideológico que estava iniciando e que era comum aos dois governos. Também, esse aspecto foi muito exaltado pelo MS na relação com o Estado.

Essas duas questões podem ser comprovadas na resposta de um dos sujeitos entrevistados:

Não houve o incentivo financeiro, isso é fato. [...]. Só fizeram repassar, ao invés do governo federal repassar direto para os prestadores, ele passava para o estado, e o estado repassava para as unidades prestadoras de serviços. Então, o incentivo que eu diria foi um incentivo mais do ponto de vista - de dois lados: primeiro o político, você define quem recebe o quê. Qual unidade vai ser priorizada na política de saúde. Então, isso gera entorno de duas coisas: gera eficiência, melhor atenção à população e gestão de poder. Quanto ao poder, quem define para onde vai os recursos é

quem tem poder. Então, nesse sentido, houve esse movimento de apoio sim, mas apoio como se o ministério dissesse: olha, pega a gestão, que a gestão é boa. [...]. Eu acho que houve um incentivo assim, por parte do Ministério, o Piauí precisa entrar porque enfim pode ser útil, o Piauí está muito atrasado, precisa se modernizar. Então, houve um incentivo mais político, do ponto de vista de fazer as coisas. E casou muito com o interesse do governo, na época (ENTREVISTADO 7/2002-2005).

Então, neste período, segundo os depoimentos dos entrevistados, as relações institucionais entre MS e a SESAPI eram fortes, com troca de informações, capacitação técnica e uma quase total simetria na política a ser desenvolvida para implantar as mudanças no modelo de organização do sistema estadual de saúde. Havia um apoio técnico forte e dirigido do MS às ações e serviços desenvolvidos pela Secretaria, com o Ministério disponibilizando vários grupos técnicos de trabalho para auxiliarem o Estado a preparar os documentos necessários para a habilitação do estado. Havia também, um movimento de pressão bastante forte do Ministério para que os estados que não estavam habilitados ainda, como é o caso do Piauí, se organizassem e assumissem a condição de gestores plenos dos seus serviços.

Já que, nesse período, as relações institucionais entre MS e SESAPI estavam bem afinadas, facilitando o processo de habilitação do estado, indaga-se: qual foi o papel do Executivo estadual na consolidação do processo de habilitação, isto é, qual foi a ação política desse poder no sentido de promover a habilitação do Estado na condição de gestão plena do sistema de saúde, no período 2002 a 2005?

A primeira observação feita pelos sujeitos entrevistados foi que existia uma orientação política por parte do Executivo estadual (governador e secretário de saúde) para habilitar o estado na condição de GPSE. De acordo, com alguns dos sujeitos, desde 2002, no período de transição do governo Hugo Napoleão (PFL) para o governo Wellington Dias (PT), iniciaram-se às conversações entre o futuro secretário de Saúde, Nazareno Fonteles, e o governador eleito sobre a importância do estado se habilitar na condição de GPSE.

Na medida em que tanto o governador e o secretário passavam a conhecer as fragilidades do sistema de saúde estadual, no período de transição, e se aproximavam de assumirem os seus cargos na administração pública, compreendiam cada vez mais a importância da habilitação. Nesse sentido, quando Wellington Dias assumiu seu mandato de governador e o médico Nazareno Fonteles, a direção da Secretária de Saúde, tinham uma forte convicção, que virou determinação política do executivo estadual, de habilitar o Estado na condição de

GPSE, segundo relatos dos sujeitos entrevistados. Tanto que, nas primeiras reuniões do governador com seu secretariado e, depois, em particular com os gestores da SESAPI, ficou claro que preencher os requisitos para a habilitação do estado na gestão plena era o principal objetivo da SESAPI no ano de 2003, segundo o relato de todos os sujeitos entrevistados sobre esse período.

Essa foi a maior prioridade, tanto do poder Executivo, do Governo do Estado como do secretário estadual de Saúde. Era inconcebível que o estado do Piauí integrasse no *ranking* nacional o conjunto de um número mínimo de estados que ainda não eram gestores, não tinha alcançado a condição de gestão plena do sistema estadual de saúde. Então, todo o ano de 2003, ele foi direcionado para a preparação do ponto de vista organizativo, administrativo e financeiro do estado para pleitear a condição de gestão plena do sistema estadual de saúde. Isso era uma prioridade do governo do estado e era, conseqüentemente, também, uma prioridade do então secretário estadual de Saúde (ENTREVISTADO 1/2002-2005).

(...). Toda essa discussão já tinha ocorrido na fase anterior, e o que se fez foi a decisão política. Aí, é verdade, a decisão política aconteceu e aproveitamos o que já tinha sido discutido. Foi mais fácil. O tempo foi menor, mas já tinha tudo na cabeça: o que era isso, o que era a questão da gestão plena, então, foi mais fácil. Assim mesmo demorou tempo (ENTREVISTADO 2/2002-2005).

No segundo período, eu ouvi muitas vezes do secretário de saúde, a colocação de intenção política mesmo de descentralização. Mas também temos que lembrar que estava num movimento em que o Ministério da Saúde meio que finalizando o processo de fortalecimento da gestão municipal e se voltando para questão do fortalecimento da gestão estadual. Então, nós estávamos no segundo período já sofrendo fortes pressões do Ministério da Saúde para que a instância estadual se aprontasse para a gestão (ENTREVISTADO 3/2002-2005).

Olha, desde a transição, quando eu me dediquei mais à área da saúde, e a estudar e ver as necessidades que tinha o estado, que o governador começou a ter o diálogo e admitiu certo dia que então estaria me convidando para ser o secretário, a partir dali eu comecei a mostrar para ele o objetivo da gestão plena, a importância da regionalização, porque o estado precisa disso. A importância de no futuro ter que descentralizar os pequenos hospitais para municipalização, que o Estado tinha que ficar com apenas as unidades mais complexas. Então, foi na transição que o governador começou a ver a importância disso. E, durante a nossa gestão, na medida em que ele foi compreendendo, mais ele foi reforçando a importância, e via que era muitos desafios. [...]. Quer dizer, ao mesmo tempo, você é um secretário que está iniciando pela primeira vez, com muitos problemas. Nós tivemos uma grande greve no terceiro mês de gestão. Então, imagina nós, com um projeto enorme de gestão plena ter que atravessar isso. Por quê? Porque tinha uma ameaça da Justiça do Trabalho para que fosse exonerado todo serviço prestado. E, dentro do Hospital Getúlio Vargas, o setor de urgência e emergência dependia 90% desses. Então, dali surgiu o boato que em dezembro o pessoal da Justiça tinha se reunido conosco, e eu disse não tem condição de exonerar as pessoas porque senão a urgência do estado desaparece. As pessoas vão morrer e nós vamos ter que culpar a Justiça. Tomou uma decisão, houve até um diálogo nessa direção. O governador então compreendeu muito bem isso, portanto ele seguiu o serviço prestado na gestão toda. Agora, já no

meado do segundo mandato, é que parte daquilo que era para ter sido feito no começo de 2003 veio se concretizar, quer dizer, praticamente cinco anos depois. Então foi um esforço, mostrando o esforço de tentar aproveitar todo mundo, de fazer concurso, de dar oportunidade para aqueles que já tinham servido tanto ao Estado. Então, eu estou colocando isso para dizer assim, houve determinação política (ENTREVISTADO 4/2002-2005).

O Governo do Estado do Piauí colocou como bandeira sua transformar o estado em gestor pleno. Apesar de todas as dificuldades, foi feita uma agenda de trabalho em conjunto, não só para o estado do Piauí, mas para outros estados também. [...]. Então, é de ressaltar a importância, em que, a partir de 2002, apesar de ser um estado com todas as dificuldades, que teve a interpretação de que seria necessário implantar o Sistema Único de Saúde no estado do Piauí (ENTREVISTADO 5/2002-2005).

De 2002 a 2007, como houve a habilitação do Estado nesse período e houve também toda essa movimentação por parte do Estado e por parte do Ministério da Saúde. A gente pôde observar que houve uma orientação política. [...]. Observando mesmo, como ele (Piauí) chegou em 2004, e em 2005, a gente ainda tinha estados da região Sudeste, considerada a região mais desenvolvida, ainda sem habilitar em gestão plena. Então, a gente observa que houve uma orientação e uma boa vontade e um querer do governo, do chefe do Executivo estadual de querer realmente habilitar o estado em gestão plena, porque ele não foi o último. Ele foi naquela, onde muitos estados estavam se habilitando e muito outros sem nenhuma orientação ainda, e forçando a barra para ser em 2005, final de 2005. Para ser mais exato, pagamos faturamento de prestadores de serviço para estados e tinha estado ainda de regiões mais para o Sul e Sudeste. Em 2005, nós pagamos até conta de outubro de 2005, já final mesmo de 2005 (ENTREVISTADO 6/2002-2005).

Entrar em gestão plena o mais rápido possível, isso era uma determinação clara desde o começo do governo. [...]. Simplesmente as condições materiais de gestão de pessoas eram as mesmas de 2002. Quer dizer, se você me pergunta se nós avançamos na construção de um grupo, respondo sim, porém incipientemente. Mas, se houvesse havido a decisão em 2002, as condições de cenário não seriam muito diferentes. O que isso evidencia? Por que o Piauí não entrou em 2002? Já tinha o PDR em 2002, por que ele não entrou? Porque não houve decisão política. Porque não houve aquela necessidade. Agora, eu acho que o grande fato foi em 2003 ter sido eleito um governo que tinha uma formação diferente da história. Então, no começo do governo, ficou claro para o governador, para o então secretário que precisava fazer uma coisa diferente no sentido de dizer que nós estamos fazendo uma política de saúde diferente, voltada à população, onde o estado quer ser sujeito e não objeto. Desverticalizar essa relação com o Ministério da Saúde então fez bem, a gestão plena antes de se pensar em questões estruturais foi uma diretriz política, vamos fazer a gestão plena. Então, muito claramente, era mais ou menos assim, se nós não temos as condições vamos fazer as condições, mas o estado tem que entrar em gestão plena, não podemos ficar atrás. Talvez até a gente não entendesse bem as implicações posteriores, mas a determinação política foi muito clara: entrar em gestão plena (ENTREVISTADO 7/2002-2005).

Sempre existiu claramente a decisão política, desde as primeiras conversas em 2003. Sempre existiu claramente a decisão política por habilitar inclusive com o prazo que a gente trabalhou, com prazos, enfim, que até acho que foram razoavelmente cumpridos. A divergência era mais dos pontos frágeis, digamos assim, da gestão estadual, mas a decisão de habilitar sempre foi muito clara (ENTREVISTADO 8/2002-2005).

A segunda questão abordada pelos sujeitos entrevistados é que houve uma ação política efetiva por parte dos diretores e técnicos da SESAPI no sentido de habilitar o estado na condição de GPSE, embora tenha havido, no início, certa desconfiança e até mesmo resistência para a reorganização do modelo de assistência à saúde do Estado. Mesmo que a ação tenha ocorrido de forma desigual, alguns diretores e técnicos mais comprometidos com o processo de descentralização e outros cumpriram determinações verticais do governo para habilitar o Estado, mesmo com dificuldades técnicas. Desse modo, as resistências foram vencidas, e a Secretaria como um todo voltou-se, o longo de 2003, para a habilitar o Estado.

Os sujeitos também relataram que houve um esforço concentrado de todas as diretorias da SESAPI para a habilitação. As diretorias de planejamento, de controle e avaliação e de assistência hospitalar, bem como a assessoria técnica responsável pela estruturação do Fundo Estadual de Saúde eram as áreas indutoras, dentro da Secretaria, da formalização e viabilização do processo de habilitação do Estado. Também já havia mais técnicos envolvidos na tarefa de buscar o cumprimento dos requisitos para a habilitação.

Na verdade, existia um compromisso político de todas as diretorias no sentido de viabilizar a gestão plena do Estado, como pode ser comprovado nas falas dos sujeitos entrevistados, a seguir:

Olha, existiu um esforço, um movimento concentrado de todas as diretorias da Secretaria de Saúde do estado para habilitar o estado. [...]. O Ministério, a partir desse período, sofreu uma reformulação interna, ou seja, uma mudança em termos de estrutura do próprio Ministério da Saúde, e a Secretaria Estadual de Saúde seguindo esse exemplo também fez toda uma tentativa de adequação dessa estrutura ao novo momento, em que se encontrava o Sistema Único de Saúde a nível nacional. [...]. Então, assim, existia esse compromisso político das diretorias no sentido de viabilizar a gestão plena do estado (...) (ENTREVISTADO 1/2002-2005).

No segundo período (2002-2005), já mais pessoas, mais setores da Secretaria se envolveram. O doutor Geraldo continuou na Secretaria, na Diretoria de Assistência Hospitalar. Foi criado o controle e avaliação, o planejamento, então, nós tínhamos já mais técnicos envolvidos na tarefa de buscar o cumprimento dos requisitos para a habilitação para gestão plena, mas eu tenho certeza que os técnicos ainda não, não estavam capacitados para buscar a capacidade de gestão. Aliás, eu estou querendo dizer, assim, que nós técnicos estávamos, naquela época, muito preocupado para uma apresentação cartorial do preparo da Secretaria de Saúde para a gestão. Nós não tínhamos, na época, ainda acho que nem tempo e nem consciência do que tínhamos que estar priorizando (ENTREVISTADO 3/2002-2005).

Olha, eu acho que, na medida em que eles viram a decisão política do governo expressa pelo secretário de Estado, via na nossa pessoa uma força política determinada para aquela construção técnica da Secretaria, eles começaram, vamos dizer assim, as resistências começaram a desaparecer (ENTREVISTADO 4/2002-2005).

A partir de 2003, a gente pôde acompanhar mais do próprio envolvimento do próprio secretário estadual de Saúde e sua equipe em implantar a gestão plena no estado, apesar de todas as suas dificuldades, mas é importante ressaltar que houve uma adesão plena, eu acho que aí foi um processo pleno da Secretaria Estadual de Saúde, do seu corpo diretivo, dos seus servidores, da importância do Piauí se tornar gestor pleno. Então, essa foi uma bandeira, eu acredito, de toda a Secretaria de Saúde, do Governo do Estado do Piauí, principalmente ressaltando o papel dos seus técnicos, que abraçaram aquela causa com entusiasmo em dotar o estado do Piauí como gestor pleno (ENTREVISTADO 5/2002-2005).

Diretores e técnicos, a gente percebia uma preocupação grande deles. Eles queriam assumir, ao mesmo tempo, eles tinham a preocupação, que é uma coisa importante, porque todo mundo que tem responsabilidade, que assume fazer direito, tem uma preocupação muito grande, em fazer isso. Até hoje, eu não sei se diretor do fundo ainda é o mesmo que veio da época da habilitação. E não tem um mês que ele entrou em contato com a gente aqui, para tirar alguma dúvida que ele tinha. Então, a gente percebe que os técnicos, eles estavam realmente querendo, mas eles também queriam assumir com um sistema que favorecesse eles no pagamento do prestador de serviço, com o fundo organizado e com as dúvidas sanadas. Então, a gente via que os técnicos estavam disponíveis, estavam dispostos a assumir (ENTREVISTADO 6/2002-2005).

Olha, de maneira desigual, digamos assim, porque, enquanto nós tínhamos dois ou três técnicos comprometidos historicamente com essas mudanças, eu posso até citar, por exemplo, Dra. Marília Futini e Dr. Geraldo Magela, eles encarnavam a questão muito descentralizadora. O restante dos diretores da SESAPI, assessor, bem, enfim, o restante do grupo pensador, eles não tinham profundidade de política de saúde para defender ou não defender a descentralização, ou seja, eles faziam, cumpriam a determinação vertical do governo, que era colocar o estado em gestão plena. Então, isso prejudicou e fragilizou e fragiliza o estado até hoje (ENTREVISTADO 7/2002-2005).

Portanto, segundo todos os entrevistados, nesse período, a ação política do Executivo estadual e do corpo de diretores e técnicos da SESAPI foi plenamente favorável à habilitação do estado em gestão plena.

#### 4.2 CONDICIONANTE POLÍTICO E A HABILITAÇÃO DO ESTADO NA GPSE

Tendo em vista o comportamento dos condicionantes ligados à ação política no processo de descentralização da saúde no Estado do Piauí – estratégias

deliberadas de indução do Governo Federal e a ação do Executivo Estadual - em dois momentos históricos, pergunta-se: quão determinantes foram os condicionantes políticos no sentido de influenciar a decisão tomada pelos governos Mão Santa (1997-2001), em não habilitar o Estado na condição de GPSE, e Wellington Dias (2002-2005), em habilitar o Estado na condição de GPSE?

PERÍODO	DETERMINANTES POLÍTICOS DA DESCENTRALIZAÇÃO	
	ESTRATÉGIAS DE INDUÇÃO DO GOVERNO FEDERAL	AÇÃO DO EXECUTIVO ESTADUAL
1997 A 2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação institucional vertical, frágil e assimétrica com a SESAPI;</li> <li>• Apoio técnico pontual e voltado para eficiência da produção de serviços da SESAPI;</li> <li>• Orientações do MS a respeito da organização do SUS pouco seguidas pela SESAPI</li> <li>• Relações entre os gestores e técnicos do MS e da SESAPI praticamente não existiam;</li> <li>• A capacitação dos técnicos era pontual, ocorrendo na área operacional e não na área de gestão.</li> <li>• Não houve estímulos financeiros ou não-financeiros para a habilitação do Estado;</li> <li>• Não houve uma pressão política do MS para a habilitação do Estado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não houve uma orientação política do governador do Estado para a habilitação em GPSE;</li> <li>• Não houve uma orientação política do secretário estadual de Saúde para a habilitação em GPSE;</li> <li>• Não houve uma ação política dos diretores e técnicos da SESAPI para promover a habilitação do estado.</li> </ul>
2002 A 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação institucional menos vertical, forte e simétrica com a SESAPI;</li> <li>• Apoio técnico contínuo e voltado para todas as áreas necessárias à organização da SESAPI;</li> <li>• Praticamente, todas as orientações do MS eram seguidas pela SESAPI;</li> <li>• Relação entre os gestores e técnicos do MS e da SESAPI eram estreitas, fortes e intensas;</li> <li>• A capacitação dos técnicos foi contínua e voltada muito mais para áreas de gestão</li> <li>• Não houve estímulos financeiros, mas houve estímulos políticos para a habilitação do Estado;</li> <li>• Houve uma pressão política do MS para o Estado se habilitar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Houve uma orientação política do governador para a habilitação do estado em GPSE;</li> <li>• Houve uma orientação política do secretário estadual de saúde para a habilitação em GPSE;</li> <li>• Houve uma ação política dos diretores e técnicos da SESAPI para promover a habilitação do Estado.</li> </ul>

Quadro 5 – Matriz Comparativa das Ações Políticas do Estado, no período 1997 a 2005  
Fonte: Elaboração própria, a partir das falas dos sujeitos entrevistados na pesquisa

Para responder a tal questionamento foi construída, a partir das falas dos sujeitos entrevistados, uma matriz comparativa das ações políticas desenvolvidas

pelo governo federal e pelo governo estadual nos períodos de 1997 a 2001 e 2002 a 2005. Destaque-se que as dificuldades enfrentadas pela SESAPI para habilitar o Estado do Piauí em gestão plena, nos dois períodos analisados, não se apresentaram de maneira diversa, segundo os sujeitos entrevistados, pelo contrário eram semelhantes, mas com intensidades diferentes.

No primeiro período, as dificuldades eram de natureza técnico-administrativa e de compreensão da política de saúde, enquanto, no segundo, as dificuldades para a habilitação estavam mais centradas em questões de ordem técnico-administrativas e de gestão. Isso significa que, nos dois períodos, a SESAPI tinha uma infraestrutura administrativa despreparada para organizar o sistema estadual de saúde na perspectiva da gestão plena, muito embora, a partir do início do ano de 2003, na gestão do secretário Nazareno Fonteles, a Secretaria tenha realizado uma reforma administrativa para se adequar às orientações do MS a fim de poder, assim, iniciar de maneira efetiva o processo de habilitação junto ao Ministério. Tinha também um quadro técnico diminuto, desmotivado e pouco preparado tecnicamente para habilitar o estado.

Essa pouca capacidade organizativa e técnica da Secretaria, juntamente com a sua pouca capacidade de compreender a necessidade de mudança no sistema de saúde do estado provocaram, nos dois períodos, uma expressiva dificuldade de gestão, tanto que a maioria dos entrevistados apontou a construção e formalização dos instrumentos de gestão necessários para preencher os requisitos da habilitação como duas das principais dificuldades encontradas pela SESAPI, nos dois períodos. É bem verdade que todas essas dificuldades se apresentaram com maior intensidade no primeiro período, pois a idéia de descentralização e gestão plena estava iniciando ainda.

Entretanto, diante de um cenário semelhante em termos de dificuldades, a ação política do Estado se manifestou de forma diferente nos dois períodos analisados, como pode ser visto no quadro 5.

No primeiro período, além das dificuldades organizativas e de gestão da SESAPI, não houve por parte do MS uma ação deliberada no sentido de induzir o estado a se habilitar. Isso, por um lado, foi fruto de relações institucionais extremamente verticais, frágeis, assimétricas e de apoio técnico e de capacitação técnica pontuais, estabelecidas pelo MS e SESAPI. Por outro lado, também foi fruto da prioridade estabelecida pelo MS no sentido de habilitar os municípios em

detrimento dos estados. Tanto é verdade que, em 2001, mais da metade dos estados ainda não estavam habilitados em nenhuma das condições de gestão, enquanto a quase totalidade dos municípios brasileiros já se encontravam habilitados em pelo menos uma das condições de gestão estabelecidas pela NOB 1/96. Portanto, nesse período, a estratégia de indução do governo federal em relação aos estados foi inexpressiva, para não dizer inexistente.

Por parte do Estado, não houve uma orientação política do Executivo estadual, governador e secretário de saúde e nem uma ação política dos diretores e de técnicos da SESAPI dirigida à habilitação do estado. Dessa forma, sem o apoio técnico, sem uma estratégia de indução do MS, sem condições organizativas da SESAPI e ainda sem uma decisão política de Estado favorável a descentralização, o Piauí não conseguiu preencher os requisitos para sua habilitação na GPSE, no período de 1997 a 2001.

No segundo período, as dificuldades eram praticamente as mesmas, mas a ação política do Estado foi diferente, como pode ser visualizado no quadro 5. Sabendo dessas dificuldades, que eram históricas no Piauí, o MS, principalmente a partir de 2003, desenvolveu uma estratégia deliberada de induzir o estado a se habilitar em gestão plena. Por um lado, estreitou relações, realizou ações conjuntas, capacitou os diretores e técnicos na área de gestão e forneceu total apoio técnico para a construção dos instrumentos necessários para a habilitação do estado.

Por outro lado, monitorou o processo, incentivou e pressionou o estado para efetivar sua habilitação. Tal pressão deu-se no sentido de acompanhar de perto, de cobrar e de elaborar junto com os estados uma série de documentos necessários para a habilitação, formando-se um quadro completamente diferente do período de 1997 a 2001, quando o MS não deu o apoio necessário aos estados, se concentrando mais em incentivar a municipalização do que a estadualização.

Vale ressaltar que, no período de 2002 a 2005, havia um claro movimento por parte do MS em induzir os estados que não estavam habilitados ainda a se habilitarem na gestão plena do sistema de saúde. No Piauí, houve uma orientação política explícita do Executivo estadual, governador e secretário de saúde, a partir de 2003, assumida pela quase totalidade do corpo diretivo e técnico da SESAPI de habilitar o estado na GPSE. Desse modo, com o apoio técnico e com uma estratégia de indução por parte do MS, e ainda com melhores condições organizativas da SESAPI e uma decisão política de Estado favorável a descentralização, o Piauí

conseguiu preencher os requisitos para sua habilitação na GPSE no período de 2002 a 2005.

Assim, as estratégias deliberadas de indução realizadas pelo MS, juntamente com a ação do Executivo estadual favorável ao processo de descentralização da saúde no estado, superaram as dificuldades organizativas, técnicas e de gestão da SESAPI, sendo determinantes no processo de habilitação do Estado do Piauí na GPSE.

## 5 CONCLUSÃO

Esta pesquisa demonstrou como a descentralização da política pública de saúde no Estado do Piauí foi conduzida nos governos Mão Santa e Wellington Dias, identificando os fatores que favoreceram e os que desfavoreceram a habilitação do estado na condição de gestão plena do sistema estadual de saúde.

A matriz comparativa entre os dois governos, nos dois períodos estabelecidos pela pesquisa, considerando a realidade econômico-financeira e política do Estado, possibilitou as seguintes constatações: a primeira é que as condicionalidades estruturais do Estado — comportamento da riqueza econômica, da capacidade de gasto público e do grau de dependência econômico-financeira da União — pouco se modificaram.

A riqueza econômica do estado do Piauí, medida pelo PIB a preço de mercado, cresceu de forma contínua ao longo do período analisado, todavia, mais entre 2002 e 2005 do que de 1997 a 2001. A melhora, contudo, não alterou sua posição em relação aos outros estados do Nordeste. O Piauí continuou tendo o menor PIB da região.

O PIB *per capita* cresceu de forma contínua, entretanto, muito mais lento no primeiro do que no segundo período. Sua posição, contudo, frente aos demais estados nordestinos, alterou-se negativamente, passou da penúltima para a última: em 2001, tinha o segundo menor PIB *per capita* do Nordeste e, a partir de 2002, passa a ter o menor.

O rendimento médio mensal da população ocupada cresceu de forma contínua e muito lenta, tanto num período como no outro, todavia, no segundo foram registradas maiores elevações em termos nominais.

Assim, o Piauí, em valores nominais, melhorou seus resultados do PIB a preço de mercado, do PIB *per capita* e do rendimento médio da população ocupada, mas, comparativamente aos outros da região Nordeste, manteve-se, junto com o vizinho Maranhão, na situação de estado mais pobre do Nordeste.

As receitas orçamentárias estaduais, por seu turno, aumentaram significativamente ao longo dos dois períodos analisados, sendo o incremento maior no segundo, principalmente a partir de 2003, do que no primeiro.

As receitas correntes acompanharam o mesmo desempenho da receita orçamentária total, crescendo nos dois períodos analisados, mas, proporcionalmente, mais no segundo do que no primeiro. Isso, em grande parte, deveu-se ao desempenho das receitas de ICMS e do FPE que tiveram um incremento vertiginoso, de 294% e 305%, respectivamente. Portanto, mesmo com o elevado aumento do ICMS, as receitas correntes continuam sendo influenciadas em grande parte pelo aumento das transferências federais via FPE.

Assim, o aumento da receita orçamentária estadual, nos períodos pesquisados, não resultou em mudanças significativas na capacidade de gasto do governo, continuando o Estado a depender dos recursos federais para financiamento dos gastos públicos, muito embora, a dependência comece a reduzir a partir de 2003.

Sem dúvida, houve uma melhoria na situação econômico-financeira do Estado, no período de 2002-2005 em relação ao período anterior, mas essa melhoria não exprime, na realidade, uma mudança perceptível na situação da riqueza econômica do Piauí.

A segunda constatação foi que as condicionalidades ligadas à ação política, do ponto de vista da estratégia de indução do governo federal e da ação do Executivo estadual, para a habilitação do estado em gestão plena se apresentaram de forma bastante diferente nos dois períodos pesquisados, muito embora as dificuldades técnico-administrativas, de gestão e de compreensão da política de saúde encontradas pela SESAPI tenham sido praticamente as mesmas.

No primeiro, quanto à ação política do governo federal, verificou-se o seguinte: a estratégia de indução promovida pelo MS foi inexpressiva, não incentivando o estado a se habilitar. Nesse período, houve pouca articulação do MS com a Secretaria de Estado, principalmente, no que diz respeito à comunhão dos mesmos ideais de reorganização do SUS, à partilha de informações importantes para capacitação dos técnicos da secretaria, e à construção de instrumentos de gestão necessários para a SESAPI preencher os requisitos mínimos para a habilitação.

Quanto à ação política do Executivo estadual, percebeu-se o seguinte: a inexistência de uma orientação política do Executivo e de um compromisso dos quadros de direção e de técnicos da SESAPI para a habilitação do estado. De acordo com os depoimentos dos sujeitos entrevistados, não houve por parte do

governador e nem do secretário de Saúde uma ação deliberada no sentido de aglutinar forças, de incentivar e qualificar os técnicos e diretores da SESAPI e de preparar a Secretaria para a gestão plena. Do mesmo modo, também não houve por parte do diminuto quadro técnico da Secretaria um compromisso com a habilitação do estado.

No segundo período, percebeu-se que a estratégia de indução do MS foi determinante no sentido de incentivar o estado a se habilitar na GPSE. Nesse momento, houve maior articulação do MS com a SESAPI, principalmente a partir de 2003, quando o Ministério desenvolveu uma estratégia deliberada de induzir o estado a se habilitar em gestão plena. Para isso, estreitou relações, realizou ações conjuntas, capacitou os diretores e técnicos na área de gestão e forneceu total apoio técnico para a construção dos instrumentos necessários para a habilitação do estado, monitorando-o e pressionando-o.

Quanto à ação do executivo estadual, percebeu-se uma explícita orientação política, assumida pela quase totalidade do corpo diretivo e técnico da SESAPI, principalmente a partir de 2003, para habilitar o estado na condição de GPSE.

Nos depoimentos dos sujeitos entrevistados, ficou claro que, desde a transição do governo Hugo Napoleão para o governo Wellington Dias, em 2002, já havia uma forte convicção do governador e do secretário eleitos quanto à importância do estado se habilitar na gestão plena. Essa convicção, segundo depoimentos, se transformou em determinação do Executivo, pois o principal objetivo da SESAPI para o ano de 2003 era aprovar, na CIT, a habilitação do Estado em GPSE.

Essa determinação do governador e do secretário de Saúde acabou por envolver e induzir, durante o ano de 2003, o corpo técnico e diretivo da Secretaria, o qual, no início, se mostrou resistente, mas depois se comprometeu, construiu e desenvolveu, de forma efetiva, com o apoio do MS, todo um instrumental para habilitação, tanto que, no final do mesmo ano, em reunião da CIT, aprovou-se a gestão plena do estado do Piauí.

Portanto, no primeiro período, num cenário econômico-financeiro desfavorável para a habilitação do estado, sem condições organizativas da SESAPI, sem uma estratégia de indução do MS e sem uma decisão política de estado favorável a descentralização, o Piauí não conseguiu preencher os requisitos para sua habilitação na GPSE. No segundo período, por outro lado, num cenário econômico-

financeiro pouco favorável para a habilitação, já que havia praticamente as mesmas dificuldades organizativas da SESAPI, com uma estratégia deliberada de indução realizada pelo MS juntamente com uma ação política do Executivo estadual favorável ao processo de descentralização da saúde, o Piauí conseguiu preencher os requisitos mínimos para a sua habilitação.

Ora, se no primeiro período os obstáculos estruturais para habilitação eram praticamente os mesmos do segundo, e a ação política do Estado foi diferente nos dois períodos, com resultados, também diferente, há que se aceitar que os condicionantes ligados a ação política foram determinantes nesse processo.

Esse fato é revelador, pois a hipótese de que os condicionantes econômicos, também seriam determinantes no processo de habilitação do estado do Piauí não se comprovou. Na verdade, os condicionantes ligados à ação política foram os responsáveis pela habilitação do Piauí na GPSE. Nesse sentido, foram fundamentais a estratégia do MS, no sentido de promover ações indutoras para o estado se habilitar, quanto a do Executivo estadual, no sentido de se mobilizar e de induzir os técnicos e diretores da SESAPI a se comprometerem com a habilitação do estado.

Conclui-se, pois, que, no Piauí, os condicionantes ligados a ação política foram determinantes, tanto no primeiro quanto no segundo período, no que diz respeito às decisões tomadas pelos gestores do estado quanto à não habilitação ou à habilitação do estado na condição de GPSE. Sendo assim, a hipótese levantada de que os condicionantes estrutural e político seriam os determinantes do processo de habilitação do estado se comprovou parcialmente.

O resultado desta pesquisa reafirma estudos anteriores, que concluíram que os condicionantes ligados a ação política são variáveis independentes, no processo de descentralização das políticas sociais no Brasil, podendo superar obstáculos estruturais e até mesmo institucionais, e ser determinante para o sucesso ou fracasso do processo de descentralização de uma política social.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. Federalismo e Políticas Sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, ano 10, n. 28, p. 88-108, jun. 1995.

AMORIM, Ana Maria M. N. Eulálio. **Limites e Possibilidades de um Planejamento Descentralizado e Participativo nas Instâncias Colegiadas de Gestão do SUS – Piauí**. 2004, 207 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2004.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização**. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000. 304 p.

\_\_\_\_\_. Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: A Reforma de Programas Sociais. **Dados** – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.

BONFIM, Washington Luis de Sousa; SILVA, Irismar Nascimento da. Instituições Políticas, Cidadania e Participação: a mudança social ainda é possível? **Revista Sociologia Política**, Curitiba, n. 21, p. 109-123, nov. 2003.

BRAGA, Iracilda Alves. **Descentralização da Saúde em Teresina: movimentos sociais e sistema único de saúde (SUS) no período de 1988 a 1996**. 2005, 159 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas), Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília, DF, 2003a. 684 p.

\_\_\_\_\_. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, DF, 2007a.

\_\_\_\_\_. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF, 2006a. 300 p.

\_\_\_\_\_. **Assistência à Saúde no SUS: média e alta complexidade**. 2. ed. ampl. Brasília, DF, 2003c. 388 p.

\_\_\_\_\_. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002**. Brasília, DF, 2002a. 280 p.

\_\_\_\_\_. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília, DF, 2006b. 304 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 21. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2003b. 71 p.

BRAVO, Maria Inês Sousa; PEREIRA, Potyara Amazoneida (orgs.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso saúde. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 29-87.

COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 231-258.

CONTAS REGIONAIS DO BRASIL - 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. (Contas Nacionais, n. 8).

CONTAS REGIONAIS DO BRASIL – 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. (Contas Nacionais, n. 11).

CONTAS REGIONAIS DO BRASIL – 2002 - 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. (Contas Nacionais, n. 21).

CORNELIO, Renata Reis. **A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização pública**: um estudo sobre o processo decisório na SMS-RJ. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999. 131 p.

DORNBUSCH, Rudiger; FISCHER, Stanley. **Macro-Economia**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1982. 673 p.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FELICÍSSIMO, José Roberto. América Latina: movimentos sociais frente à descentralização do Estado. **RAP – Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 26-43, jul/set. 1994.

GASKELL, George. G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 64-89.

GIAMBIAGI, Fábio; ALÉM, Ana Cláudia Duarte de. **Finanças Públicas**: teoria e prática no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000. p. 305-340.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

GUIMARÃES, Luisa; GIOVANELLA, Lígia. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Panam Salud Publica**, v. 16, n. 4, p.283-288, 2004.

IMMERGUT, Ellen M. As regras do Jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, ano 11, n. 30, p. 139-165, fev. 1996.

JOVCHELOVITCH, Marlova. O processo de descentralização e municipalização no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano XIX, n. 56, p. 34-49, mar. 1998.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKEL, G. (Org). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003.

LEITE, Cleber Ferreira Nunes. **Transferências federais ao Piauí: muito benefício e pouco resultado?** 2007, 116 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas), Universidade Federal do Piauí, Teresina.

MARTIN, André Roberto. Dilemas do Federalismo: entre o “estadualismo oligárquico” e o “regionalismo burocrático”. **Perspectivas** – Revista de Ciências Sociais da Universidade Estadual Paulista. São Paulo, v. 27, jan/jun 2005.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Política de saúde no Brasil: entraves para a universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano XXVI, n. 87, p. 59-146, 1997.

MOTTA, Paulo Roberto. Participação e descentralização administrativa: lições de experiências brasileiras. **RAP** – Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 174-194, jul./set. 1994.

PASSOS, Guiomar de Oliveira. **A Universidade Federal do Piauí e suas marcas de nascença**: conformação da Reforma Universitária de 1968 à sociedade piauiense. 2003, 302 f. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. **Ação dos atores institucionais na organização da saúde pública do Piauí** - espaço e movimento. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1997.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS: PIAUÍ 1997. Rio de Janeiro: IBGE, v. 19, n. 15, 1998. 68 p.

PIAUÍ. Fundação CEPRO. **Piauí em Números**. 7. ed. Teresina, [2006 ou 2007]. 539 p.

PIAUÍ. Secretaria de Fazenda. **Balanco Geral do Estado**. Teresina, 1997.

PIAUÍ. Secretaria de Fazenda. **Balanco Geral do Estado**. Teresina, 1998.

PIAUÍ. Secretaria de Fazenda. **Balanco Geral do Estado**. Teresina, 1999.

PIAUÍ. Secretaria de Fazenda. **Balanco Geral do Estado**. Teresina, 2000.

- PIAUÍ. Secretaria de Fazenda. **Balanco Geral do Estado**. Teresina, 2001.
- PIAUÍ. Secretaria de Fazenda. **Balanco Geral do Estado**. Teresina, 2002.
- PIAUÍ. Secretaria de Fazenda. **Balanco Geral do Estado**. Teresina, 2003.
- PIAUÍ. Secretaria de Fazenda. **Balanco Geral do Estado**. Teresina, 2004.
- PIAUÍ. Secretaria de Fazenda. **Balanco Geral do Estado**. Teresina, 2005.
- PIAUÍ. Secretaria de Planejamento. **Balanco de Realizações no ano de 2003 e 2005** – Economia do Piauí. Teresina. Disponível em: [http://www.seplan.pi.gov.br/upe/balanco/balanco\\_realizacoes\\_2003\\_2005\\_02\\_economia\\_piauiense.pdf](http://www.seplan.pi.gov.br/upe/balanco/balanco_realizacoes_2003_2005_02_economia_piauiense.pdf). Acesso em: 12 jan. 2007.
- REZENDE, Fernando. **Finanças Públicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006. 382 p.
- RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1989.
- RODRIGUES, Miguel Ramos. **Municipalização Plena da Saúde no Piauí: uma utopia a ser realizada**. 2004, 241 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas), Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2004.
- ROVERSI-MONACO, Fábio. Descentralização e Centralização. In BOBBIO, N. et al. **Dicionário de Política**, 5. ed. Brasília: UNB, 1993.
- SCHWARTZMAN, Simon. **Bases do Autoritarismo Brasileiro**. Brasília: Universidade de Brasília, 1982.
- SÍNTESE DE INDICADORES SOCIAIS: UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA. Rio de Janeiro: IBGE, 1998-2005. Anual.
- SOUSA, Rosângela Maria Sobrinho. **Conferências de Saúde: intermediação de interesses no município de Teresina-PI**. 2001, 314 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo. cap. 2 e 3, p. 56-132.
- SOUZA, Manoel Tibério de. Argumentos em Torno de um “Velho” Tema: A Descentralização. **Dados** – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, 1997.
- SOUZA, Maria do Carmo Campelo de. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 7-40, jun. 2006.
- STEIN, Rosa Helena. A descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias (revisão teórico-conceitual). **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano XVIII, n. 54, p. 75-96, Julho, 1997.
- TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. **RAP** – Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 78-99, fev/abr. 1990.

TENDLER, Judith. **Bom governo nos trópicos** – uma visão crítica. Rio de Janeiro: Revan; Brasília: ENAP, 1998.

THIOLLENT, M. A falsa neutralidade das enquetes sociológicas. In: \_\_\_\_\_. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Polis, 1997. p. 31-40.

VASCONCELOS, Marco Antonio Sandoval de. **Economia: micro e macro** – teoria e exercícios. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 202-254.

## APÊNDICE

### ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

DATA DA ENTREVISTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Nome do Entrevistado.
2. Quais eram o cargo que ocupava e o órgão que estava lotado na Administração Pública, no período de 1997 a 2001 e 2002 a 2005?
3. Quanto tempo (em anos) ocupou esse cargo na administração pública?
4. O senhor ou a senhora era funcionário(a) de carreira da administração pública federal, estadual ou municipal ou exercia função comissionada no cargo que ocupava?
5. No seu período de gestão, como percebia as relações institucionais estabelecidas entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde?
  - a. O MS apoiava, com infra-estrutura e corpo técnico, as ações e os serviços de saúde planejados e executados pela SESAPI?
  - b. A SESAPI seguia as orientações do MS, no que diz respeito à organização do SUS no Estado?
  - c. Como eram as relação dos gestores e técnicos da SESAPI com os gestores e técnicos do MS?
  - d. O MS capacitava ou apoiava institucionalmente a SESAPI na capacitação dos seus técnicos?
6. Existiam estímulos (financeiros ou não-financeiros) do governo federal para a habilitação do Estado do Piauí na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE)?

7. Existiam uma série de requisitos para a habilitação do Estado do Piauí na condição de GPSE. Na sua opinião, quais foram as dificuldades enfrentadas pela SESAPI para cumprir com esses requisitos?
8. Existia uma orientação política do Executivo estadual (governador e secretário de Saúde) para a habilitação do Estado na condição de GPSE? Qual era a orientação?
9. Como o senhor ou a senhora via a ação política dos diretores e técnicos da SESAPI, no sentido de habilitar o Estado na condição de GPSE?
10. No período em que ocupava o cargo na administração pública, o Estado do Piauí já era habilitado na condição de GPSE?
11. Na sua visão, o que contribuiu para a habilitação ou não-habilitação do Estado do Piauí na condição de GPSE?

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)