

EFEITOS DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE LONDRINA

HEALTH EFFECTS OF DECENTRALIZATION IN LONDRINA

Aylton Paulus Júnior¹, Neio Lucio Peres Gualda², Luiz Cordoni Junior³

¹ Economista. Mestre em Economia. Docente do Departamento de Economia da Universidade Estadual do Paraná/Campus FECEA; Economista do Hospital Universitário/UEL, Londrina, PR. Doutorando em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

² Economista. Doutor em Economia. Docente. Departamento de Economia, Universidade Estadual de Maringá/UEM, Maringá, PR.

³ Médico. Doutor em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, UEL, Londrina, PR.

Correspondência: (ayltonpaulus@gmail.com)

RESUMO

Trata de uma avaliação localizada no município de Londrina (PR) quanto aos efeitos da descentralização ocorrida especialmente na aplicação da NOB1993, que desenhou e permitiu um avanço na descentralização na saúde, passando para os municípios a gestão do sistema no modelo denominado de semiplena. O trabalho destaca os principais eventos da nova forma de gestão e analisa dados de produção antes e depois da semiplena. Destaca a possibilidade da contratação de prestadores a partir dos municípios o que favorece a visualização do sistema de saúde com mais força pela demanda e com menos força pela oferta. Considera que a descentralização é integrante do processo de construção do SUS

Palavras-chave: Descentralização. Gestão em saúde. Administração municipal. Municipalização.

Abstract

This is an evaluation carried out in the municipality of Londrina (PR) concerning the effects of the decentralization that occurred especially in the application of the NOB1993 which designed and made a breakthrough in the health decentralization possible, leaving the municipalities in charge of the system management in a model denominated as semi-complete. The paper highlights the main events of the new way of managing and analyzing production data before and after administration of semi-complete. The possibility of hiring service providers through the municipalities must be highlighted, which favors the visualization of the health system with more strength for the demand and less strength for the bidding. Considers that the decentralization is part of the construction of SUS (Acronym for National Health System in Brazil).

Keywords: Decentralization. Health management. Municipal management. Municipalization.

INTRODUÇÃO

O SUS foi implantado legalmente com a Constituição Federal de 1988¹. As Leis 8.080/90² e 8.142/90³, o Decreto 99.438/90⁴ e as Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991⁵, 1993⁶ e 1996⁷ formaram o arcabouço legal para a viabilização do direito à saúde. O sistema foi complementado pelas NOAS 2001⁸ e NOAS 2002⁹ e, desde então, vem sendo regulado por diversas portarias. Mais recentemente, a Lei 12.401/11¹⁰ introduziu alterações na Lei 8.080/90² e o Decreto 7.508/11¹¹ a regulamentou. Para este artigo destacamos a NOB-1993⁶ que permitiu relevante avanço na descentralização do SUS.

Nos anos de 1990 parece ter ocorrido um encontro de duas reformas históricas no Brasil. A primeira reconhecida como reforma sanitária que se consolida em idéias a partir da oitava conferência nacional de saúde e a segunda, vem de carona com a onda mundial reformadora do Estado para fazer frente à crise fiscal do estado de bem estar. Esta ficou conhecida como gerencialismo ou Nova Gestão Pública (NGP). Especificamente ainda debate-se o entrelaçamento destas duas reformas e as alternativas para o SUS. De qualquer forma, a descentralização é conceito integrante da NGP e do SUS.

O objetivo deste artigo é tratar de efeitos da NOB-1993⁶ no que se refere ao processo de descentralização no Município de Londrina. Especialmente busca destacar os principais eventos da nova forma de gestão e analisar dados de produção antes e depois da gestão semiplena⁶ bem como evidenciar o comportamento do Município enquanto provedor dos serviços. A importante inovação é a transferência automática dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais permitindo ao gestor compreender a saúde de seu espaço mais pelo lado da demanda e menos pela oferta. A norma institucionalizou as formas de gestão incipiente, parcial e semiplena que atribuem direitos e responsabilidades crescentes aos estados e municípios.

O modelo de gestão semiplena foi avaliado positivamente nos aspectos de melhor gerência, criatividade e controle social na aplicação dos recursos¹². O trabalho de dissertação de mestrado de Paulus Júnior¹³ avaliou o modelo da gestão semiplena a partir do caso do município de Londrina. Os resultados práticos foram maior criatividade com o surgimento de novos programas, real participação da comunidade, melhor capacidade de planejamento verificado pela maior regularidade de oferta dos serviços, melhor gerenciamento de custos, e aumento

de atividades relacionadas com a atenção primária. O presente artigo é baseado em parte da referida dissertação.

O Conceito de Descentralização

O conceito de descentralização, já foi entendido como desconcentração e até de privatização¹⁴. Entretanto, a descentralização pressupõe transferência de poder, ou seja, há distinção entre descentralização e desconcentração. Desconcentrar uma atividade é muito menos que descentralizá-la. É preciso que haja uma transferência de poder e que este poder seja realmente aceito e exercido no nível de ocorrência da descentralização. A responsabilidade da despesa pública passa a ser da esfera que assumiu a descentralização o que necessariamente não acontece com a desconcentração.

A ideia de descentralização está associada ao objeto a ser descentralizado. No caso estamos tratando de saúde pública e a referência da descentralização são as esferas de governo. Nem todas as ações de saúde podem ser objeto da descentralização. Programas que exigem alguma coordenação nacional parecem ser mais operacionais em nível central como é o caso das vacinas.

Os registros das vantagens da descentralização são muitos, embora existam observações quanto às eventuais desvantagens. Abrucio¹⁵ alerta que a solução local dos problemas pode aumentar as iniquidades nacionais, caso não seja acompanhada de mecanismos de coordenação e de políticas compensatórias.

Espera-se com a descentralização a melhor alocação de recursos com reflexos positivos nas ações de saúde. As decisões tomadas em nível local devem dar a ordem certa das prioridades, maximizando os benefícios dos recursos aplicados e obtendo maior controle e planejamento das atividades.

A descentralização não deve acontecer de forma rígida e inflexível. Ela deve se adequar às peculiaridades regionais. Deve ser gradual e progressiva para não "sufocar" os agentes locais com as novas funções. Deve permitir a livre adesão e estabelecer mecanismos de efetiva participação social¹⁶.

A descentralização pode ocorrer de forma autônoma ou dependente de acordo com a origem dos recursos¹⁷. A descentralização autônoma caracteriza-se por serem os recursos de origem local permitindo autonomia e uma maior flexibilidade em sua aplicação. A descentralização dependente é aquela em que os recursos não provêm da

arrecadação local. Ela pode ocorrer de duas formas: tutelada e vinculada. A tutelada mantém uma relação de dependência baseada em negociações e em laços políticos, técnicos e institucionais. A vinculada refere-se às transferências automáticas, definidas em lei e, portanto, menos sujeita aos humores de quem repassa o recurso.

Os modelos de saúde adotados pelo antigo INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, com suas superintendências estaduais e depois as regionais bem como a implantação do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde foram no sentido da desconcentração. O SUS está no caminho da descentralização. Foi uma decisão de Estado implementada de forma induzida principalmente pelas normas operacionais de 1993 e 1996.

A descentralização política, administrativa e financeira para os municípios e estados aumentou a autonomia das instâncias sub-nacionais e permitiu espaços de participação bem como o surgimento de experiências inovadoras em programas sociais¹⁸. Em ambientes mais remotos e pobres a descentralização produziu importantes benefícios quando comparados com a precariedade existente¹⁹.

Quanto aos recursos da saúde, a abordagem dos instrumentos de racionalização feitas por Médice¹⁷ incluem estudos sobre a forma de remuneração dos procedimentos médicos envolvendo os casos de pagamentos por ato, por assalariamento e por capitação. O autor cita também os estudos sobre a racionalização do comportamento dos usuários abrangendo taxas moderadoras, co-pagamento, taxas diferenciadas por grupos e demais possibilidades.

Outro enfoque refere-se à modificação das formas de gestão tendo como questão central a autonomia. São os contratos de gestão, método dos orçamentos globais e o mercado administrado¹⁷.

O método do orçamento global refere-se a um montante fixo por instituição prestadora tendo como referência parâmetros externos globais de eficiência. A administração do serviço de saúde deve definir os meios para garantir a cobertura e a eficiência almejada, limitando os gastos ao orçamento dado. Este conceito é semelhante ao utilizado para balizar a municipalização da saúde onde a descentralização segue o critério de orçamentos fixos para as unidades municipais, segundo os seus tetos financeiros, (e não por prestador) e esta administra/fiscaliza seus prestadores na realização de ações de saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O artigo trata do processo da municipalização da saúde em Londrina sob dois focos: um, mais geral, abrangendo o processo como um todo a partir de sua aceleração rumo à implementação do Sistema Único de Saúde e, o outro, mais específico, voltado a uma análise comparativa de dados produzidos pelo sistema de saúde antes e depois da gestão semiplena.

As informações obtidas para identificação das alterações no sistema local foram encontradas nas publicações sobre a saúde e seus programas no Município de Londrina e em visitas à Autarquia Municipal dos Serviços de Saúde. A observação participativa em algumas reuniões dos Conselhos Municipal, Estadual, e em conferências de saúde contribuíram para a melhor compreensão dos canais de ligação da comunidade ao controle do sistema.

O acesso à base de dados do Ministério da Saúde - DATASUS²⁰ foi de grande relevância para os objetivos deste artigo. Os registros da assistência à saúde e de seus valores monetários permitiram uma sistematização dos dados de forma a evidenciar os resultados pretendidos. O estudo do fluxo financeiro de recursos para o Município de Londrina no, período considerado, visou verificar a existência de saldos financeiros antes e depois da gestão semiplena.

A análise que utilizou as séries históricas obtidas junto ao DATASUS²⁰ ocorreu após a realização de um corte temporal abrangendo o período de julho de 1994 até julho de 1997. O intervalo de tempo escolhido para trabalhar os dados teve uma conveniência de disponibilidade associada ao principal evento do processo de municipalização que foi a instalação da forma de gestão semiplena em dezembro de 1995. Os dados dos procedimentos de ambulatório e seus valores financeiros estavam disponíveis desde julho de 1994, mês e ano de início do Plano Real resultando em séries temporais mensais relevantes ao estudo.

Para melhor compreensão do comportamento da produção ambulatorial por grupos de programação e das internações no período de análise fizemos um primeiro corte temporal de julho/94 até novembro/95. Este primeiro conjunto de dados corresponde ao período de tempo que antecedeu à implantação da gestão semiplena no Município e foi denominado de Conjunto 1. O segundo conjunto de dados refere-se ao período após a implantação da gestão semiplena abrangendo

o intervalo de janeiro/96 até julho/97 sendo denominado no estudo de Conjunto 2.

Calculamos a média e a variância de cada conjunto de dados - Conjunto 1 e Conjunto 2 - e comparamos os resultados antes e depois da gestão semiplena. Este procedimento permitiu a informação sobre alterações na média mensal de atendimentos bem como relacionar as alterações nas variâncias encontradas ao controle dos serviços pelo gestor. Conduta semelhante produziu informações comparáveis sobre os custos médios por grupo de procedimentos, uma vez que os valores dos atos nas tabelas de remuneração do SUS não sofreram reajustes no período de análise.

Foram agrupamos os prestadores nas categorias de públicos e privados, incluindo nestes as entidades filantrópicas de forma a poder visualizar e medir uma possível expansão das atividades dos prestadores públicos em relação à rede contratada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de variáveis envolvidas e a complexidade do sistema não permitem afirmações conclusivas sobre os aspectos qualitativos do serviço de saúde. Entretanto, o processo de implementação da NOB-1993⁶ em Londrina produziu alterações concretas na estrutura da saúde do município e vários eventos podem ser mencionados. Apresentamos no Quadro 1 as principais ocorrências que exemplificam as mudanças ocorridas.

Importante destaque deve ser dado à ampliação da participação da Comunidade. Os eventos relacionados com o controle social ganharam forte impulso com a NOB 1993 uma vez que os recursos do SUS passaram para a gestão local, no Fundo Municipal de Saúde. Esta norma motivou a intensificação da participação dos usuários nos Conselhos e Conferências e ganhou força com o tempo, na medida em que as pessoas se reconhecem como agentes políticos em um processo de aprendizado contínuo. Vários líderes comunitários surgiram e tomaram assento nos Conselhos Locais, que foi uma inovação, e no Conselho Municipal de Saúde.

O Fluxo de Recursos para o Sistema Oficial de Saúde do Município – SUS: Antes e Depois da Gestão Semiplena

No Município de Londrina a forma de repasse dos recursos, que financiam a Saúde Estatal, sofreu modificações com a implantação da gestão semiplena ocorrida em dezembro de 1995. O novo conceito é o

orçamento global por Município. É uma nova lógica para o sistema local de saúde. Antes mais doentes equivaliam a mais recursos de saúde e agora, mais atenção à saúde equivale a menor número de doentes e, portanto, significa mais recursos para melhor tratar os doentes. O montante financeiro destinado ao Município foi determinado com base nas despesas históricas e passaram a ser transferidos mensalmente para o Fundo Municipal de Saúde (FMS).

A partir desta alteração as transferências para cobrir as despesas dos sistemas ambulatorial e hospitalar deixam de ser vinculada aos serviços realizados pelos prestadores, ficando sob a administração do Município um valor global para as ações de saúde. Percebe-se então a possibilidade de “sobras” no sistema, que de fato ocorreram. A análise dos valores das contas ambulatoriais e hospitalares no período de julho de 1994 até julho de 1997, mostrou as transferências mensais para o Município segundo o conceito proposto pela gestão semiplena. O valor médio do saldo resultante entre o montante recebido pelo FMS e o gasto com as contas ambulatoriais e hospitalares no período de dezembro/95 até julho/97 foi de R\$ 282.292,76. Este valor é decorrente de um aumento de 10,37% na média mensal dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o Município de Londrina, após a implantação da gestão semiplena. As despesas ambulatoriais e hospitalares somadas tiveram um acréscimo médio de apenas 2,36%.

A Produção Ambulatorial Antes e Depois da Descentralização

O conceito de produção ambulatorial compreende a soma de todos os procedimentos passíveis de remuneração pelo SUS constantes na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA³⁵.

Nesta seção avaliar-se-ão as alterações de dados referentes aos atendimentos ambulatoriais, a partir da implantação da gestão semiplena no Município de Londrina, tendo o período anterior como referência.

a) A Produção Ambulatorial no Período de Julho/94 a Julho/97

A avaliação dos atendimentos do Sistema Único de Saúde – SUS referentes à produção ambulatorial de julho de 1994 até julho de 1997, mostra que a quantidade de procedimentos registrados neste período foi crescente. A média de procedimentos ambulatoriais registrados que era de

418.388,9 no período anterior à semiplena, passou para 585.113,2, representando um acréscimo de 39,84% (Figura 1).

Quadro 1: Ocorrências observadas com o processo de implementação da NOB-1993⁶.

Ocorrências	Mudanças
Municipalização do serviço de epidemiologia	Melhora na capacidade de planejamento com informações desagregadas ²¹
Instalação do Controle Social e a participação da comunidade nos conselhos e conferências	A elaboração do primeiro plano municipal de saúde com a participação da comunidade do biênio 1996/1997 com base na terceira e quarta conferência municipal de saúde ²² Aumento da participação da comunidade ²³⁻²⁴ Aumento da participação da comunidade organizada em associações ²⁵ Propostas das conferências sendo objeto de ante-projetos de leis ²⁵
Demanda da sociedade no Conselho Municipal de Saúde	Reivindicações de saúde da população sendo encaminhadas por meio do Conselho Municipal de Saúde ¹²
O Conselho Municipal fiscalizando os repasses aos prestadores filantrópicos	Anteriormente à existência do Conselho, os critérios de repasse de recursos públicos as entidades não-públicas não eram muito claros ¹²
Criação de conselhos locais de saúde	Aumento da possibilidade de participação da comunidade ²⁶⁻²⁷
Ações localizadas nas unidades básicas de saúde	Planejamento descentralizado, compreensão da área de abrangência, ações inovadoras na saúde do trabalhador ^{26,28}
Controle da mortalidade infantil em áreas críticas – Unidade Básica de Saúde - UBS Orlando Cesári – Jardim União da Vitória	Em 1994 era de 59,32/1000 e em 1995 caiu para 12,82/1000 nascidos vivos. A interação da UBS com a comunidade resultou, inclusive, na formação de um Conselho Local de Saúde ²⁶
Transferências fundo a fundo a partir de dez/95 – semiplena	Planejamento, a avaliação e o controle realizados localmente com redução de gastos ¹²
Serviços novos: utilização de recursos poupados	a) serviço de internação domiciliar (set/96) – custo coberto pelo Fundo Municipal de Saúde ^{12,22} b) atendimento à demanda reprimida de cirurgias eletivas ¹² c) Melhoria no agendamento de consultas especializadas ¹² d) Sistema de informações sobre morbi-mortalidade com tratamento estatístico ^{12,22} e) Programa de detecção precoce de câncer de pulmão e de câncer de próstata - proposta vinda dos prestadores e acordada no Conselho Municipal de Saúde ¹² f) Realização de obras de infra-estrutura para a rede física das unidades básicas de saúde ^{12,22}
Outros serviços que foram melhorados com a saúde descentralizada	a) núcleo de atenção psicossocial para adultos 24 horas ^{22,29} b) Programa de saúde da família - PSF (Médico de Família) com a identificação de áreas críticas ^{21,30} c) Ações específicas para evitar a propagação do vírus HIV e tratar a doença com base nos dados municipalizados da vigilância epidemiológica ³¹ d) Informações sobre acidentes de trânsito e decisão para implantar o SIATE ^{22,32} e) Programa nascer com futuro – mapas de risco e acompanhamento das crianças ³³⁻³⁴

Segundo o Departamento de Planejamento, Programação, Avaliação e Controle - DPPAC do Serviço Municipal de Saúde de Londrina o dado atípico do mês de maio de 1995 foi decorrente da produção extra dos agentes comunitários contratados para realizar visitas domiciliares para fins de cadastramento.

O salto de produção dos procedimentos em dezembro de 1995 foi parcialmente explicado pela possibilidade do município faturar alguns serviços que já estavam sendo realizados, mas não estavam

sendo cobrados por restrições orçamentárias e, em parte, pela expansão na quantidade dos serviços básicos. O DPPAC informou que o número menor de procedimentos registrados a partir de dezembro de 1996 foi devido à orientação de não mais anotar-se pré e pós consultas realizadas por auxiliares de enfermagem. Observou ainda que no final e início de ano ocorre concentração de férias dos servidores o que contribui para um nível de produção menor. De qualquer forma ocorreu acréscimo de aproximadamente 40% na produção ambulatorial.

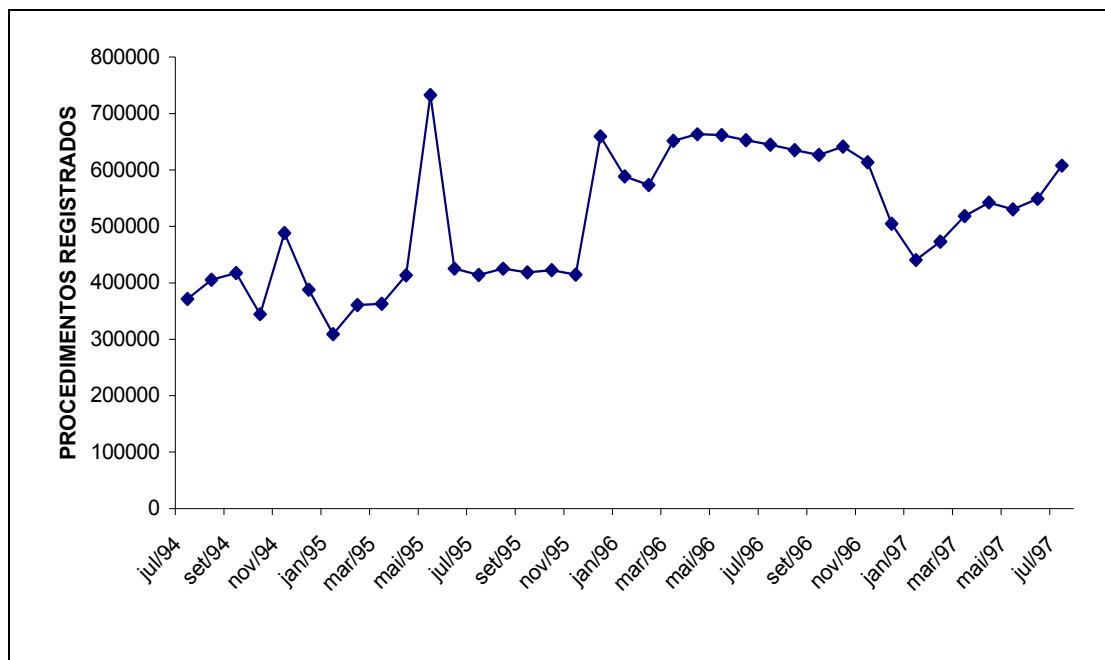


Figura 1: Produção ambulatorial do município de Londrina (Jul./94-Jul./97).

O grupo de programação das Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunizações e Atos não Médicos (AVEIANM) foi o principal responsável pela alteração nos dados de produção ambulatorial. Estes procedimentos, em termos de quantidade, são os que têm a maior participação na produção total. Passaram de 23,3% da produção ambulatorial em julho/94 para 42,63% em julho/97.

A idéia de prevenção implícita nos registros de AVEIANM e os números apresentados neste item parecem refletir um maior distanciamento do modelo centrado na especialização e uma aproximação ao modelo que ressalta a importância da prevenção.

b) A Produção Ambulatorial por Grupo de Programação

Os resultados da análise da produção ambulatorial por item de programação, segundo metodologia proposta, mostraram que 12 dos 17 itens apresentaram um volume médio menor de procedimentos após a

implantação da semiplena. A tabela 1 apresenta esta comparação.

A redução na média mensal em doze itens de programação, entre outras possibilidades, pode refletir um planejamento mais criterioso dos serviços de saúde que passaram a ser controlados diretamente pelo gestor local após a semiplena. Corroborando neste sentido a observação de que em 11 itens a variância calculada para o segundo conjunto de dados tendeu a diminuir mostrando que os dados do segundo conjunto estão mais estáveis em relação ao primeiro conjunto.

c) A Produção Ambulatorial na Rede Pública e na Rede Contratada

O Município de Londrina, segundo dados do Ministério da Saúde de julho de 1997, apresenta mais de 80% da atenção ambulatorial do SUS sendo realizada por unidades públicas.

No período de análise, a rede pública, em contraste com a rede privada, incluindo nesta as filantrópicas, aumentou sua participação relativa na quantidade da produção ambulatorial. Em julho de 1994,

65,31% do total dos atendimentos ambulatoriais eram realizados por unidades públicas. Em julho de 1997 este percentual subiu para 81,62%.

Tabela 1: Variação da média mensal dos registros de atendimentos.

Item de programação	Média conjunto 1	Média conjunto 2	Variação percentual
AVEIANM	133.640,53	301.005,37	125,54**
Atendimento médico (consulta)	106.331,53	102.171,63	(3,91)**
Atendimento médico(procedimento)	6.536,88	6.105,37	(6,60)**
Atendimento odontológico(proc)	56.171,06	59.049,89	5,13
Radiodiagnóstico	8.864,06	8.147,68	(8,08)**
Medicina nuclear	1.651,53	1.938,95	17,40**
Ultrassonografia	1.395,00	1.309,36	(6,14)**
Outros exames – imagenologia	377,76	346,21	(8,35)**
Patologia clínica	50.095,53	54.959,89	9,71
Exames hemodinâmicos	42,71	36,00	(15,70)**
Outros exames especializados	15.470,24	15.040,42	(2,78)
Terapia renal substitutiva	2.673,71	3.543,00	32,51
Radioterapia	5550,23	5109,63	(7,93)
Quiquioterapia	569,24	535,89	(5,86)**
Fisioterapia	12.303,35	11.367,37	(7,61)
Outras terapias especializadas	14.162,06	12.162,32	(14,12)**
Prótese e ortese	(*)2712,56	495,42	(81,74)**

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS²⁰

(*) Média calculada de agosto/95 até novembro/95 por problemas nos dados anteriores.

(**) Itens em que a variância se apresentou menor quando calculada para o segundo conjunto de dados

Os dados mostram uma maior regularidade do percentual de participação da rede pública a partir da semiplena, ficando este indicador estabilizado pouco acima de 80% da produção ambulatorial até julho de 1997.

Em termos de valores, os prestadores públicos também aumentaram sua participação nos recursos de assistência ambulatorial no período de análise. O percentual médio de participação antes da semiplena foi de 36,69% dos recursos gastos com assistência ambulatorial. Para o período da semiplena este percentual subiu para 39,53%.

Nos procedimentos de ambulatório, em análise por item de programação, confirmamos a tendência de aumento do espaço de atuação do setor público como prestador de serviços. No período de julho/94 a julho/97, apenas 4 dos 17 itens de programação não apresentaram aumento na participação da rede pública nos atendimentos totais. As exceções foram os serviços de radiodiagnóstico, ultra-sonografia, terapia renal e fisioterapia.

A tabela 2 mostra os itens de programação com destaque para a

participação de prestadores públicos em relação ao total de cada item.

Custo Médio Mensal Unitário da Produção Ambulatorial

O custo médio mensal da produção ambulatorial para este trabalho é o resultado do valor pago, em reais, aos prestadores dividido pela quantidade da produção registrada em cada mês. Após a implantação da nova forma de gestão no Município de Londrina o custo médio unitário dos procedimentos ambulatoriais apresentam-se em níveis mais baixos indicando uma tendência à realização de uma maior quantidade de procedimentos menos valorados na tabela de remuneração do SUS. O valor médio mensal por procedimento passou de R\$ 4,56 antes da semiplena para R\$ 3,17 após a semiplena o que representa uma redução de 30,26%. A figura 2 ilustra também a maior regularidade do custo médio no período de janeiro/96 a julho/97, o que nos encoraja a supor um maior controle sobre a oferta destes serviços a partir da instalação da gestão semiplena no Município.

Tabela 2: Participação dos prestadores públicos do Município de Londrina nos itens de programação ambulatoriais (Jul./94, Dez./95, Jul./97).

Item de programação	Jul./94	Dez./95	Jul./97
AVEIANM	74,23%	95,04%	96,97%
Consulta medica	73,85%	73,32%	76,46%
Procedimento medico	29,01%	37,06%	41,47%
Atend odontológico	85,33%	89,53%	90,35%
Radiodiagnóstico	46,46%	51,93%	45,17%
Medicina nuclear	89,82%	94,60%	96,65%
Ult.sonografia	68,77%	58,88%	50,89%
Outros de imagem	14,57%	24,24%	30,77%
Patologia clinica	69,34%	73,34%	74,99%
Outros exames especializ.	13,37%	17,47%	21,46%
Terapia renal	10,83%	10,32%	4,14%
Quimeoterapia	7,28%	8,12%	9,16%
Fisioterapia	11,49%	9,22%	9,35%
Outras terapias especializ	20,20%	22,91%	20,30%
Protesses e orteses	0,0%	0,0%	95,65%

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS²⁰

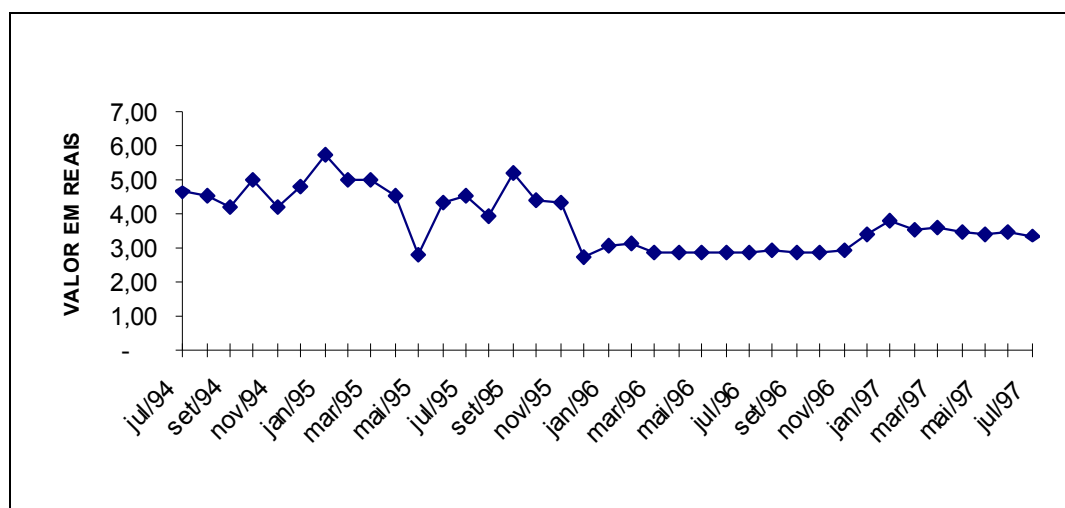


Figura 2: Valor médio unitário em reais por procedimento registrado na produção ambulatorial do município de Londrina

Analisando-se os custos médios mensais por item de programação, após a implantação da gestão semiplena no Município de Londrina, segundo a metodologia proposta, verifica-se uma redução no custo médio mensal em 11 dos 17 itens. Este fato indica para o segundo conjunto de dados a realização de procedimentos menos valorados na tabela SIA/SUS nos grupos de programação. Os procedimentos ambulatoriais são contabilizados tendo como parâmetro único a tabela SIA/SUS. As possíveis alterações no custo unitário nos grupos de procedimentos acontecem em função da realização de procedimentos diferentes em um mesmo grupo.

A Tabela 3 resume os resultados encontrados e mostra os percentuais de variação entre os dois conjuntos de dados.

AS INTERNAÇÕES HOSPITALARES ANTES E DEPOIS DA DESCENTRALIZAÇÃO

Apresentamos nesta seção o comportamento do número de internações hospitalares no Município e o custo médio destas internações por clínica, analisando-se o período antes e depois da semiplena segundo a metodologia proposta.

As Internações Hospitalares no Município de Londrina

No período de julho de 1994 a julho de 1997 ocorreram poucas oscilações nas AIH – autorização de internação hospitalar - pagas no Município de Londrina. Neste período, a média mensal após a implantação da gestão semiplena apresenta-se 2,60 % maior, ou

seja, os números passaram de 3.578,65 AIH no primeiro conjunto de dados, para 3.671,68

AIH mensais após a semiplena.

Tabela 3: Média mensal em reais dos custos unitários por grupo de procedimentos

Item de programação	Conjunto 1	Conjunto 2	Variação percentual
AVEIANM	1,32	0,61	(53,63)**
Consulta médica	2,20	2,17	(1,59)**
Procedimento médico	21,37	19,62	(8,20)**
Atendimento odontol.	0,98	0,89	(8,87)
Radiodiagnóstico	6,54	6,75	3,29**
Medicina nuclear	16,03	12,39	(22,73)**
Ultrassonografia	5,49	5,53	0,63**
Outros exames - imagenologia	84,88	84,00	(1,04)
Patologia clínica	3,49	3,38	(3,18)**
Exames hemodinâmicos	376,28	376,28	-
Outros exames especializ.	4,32	4,27	(1,12)
Terapia renal substitutiva	73,64	65,33	(11,28)
Radioterapia	11,28	11,87	5,24
Quiimioterapia	381,67	412,60	8,10
Fisioterapia	1,86	1,85	(0,16)**
Outras terapias especializ.	4,83	5,31	9,96
Prótese e ortese	385,52	139,50	(63,82)**

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS¹⁸

(**) Ítems em que a variância se apresentou menor quando calculada para o segundo conjunto de dados

A análise das internações por clínica revelou que apenas duas das oito clínicas do SUS apresentaram redução na média mensal das AIH após a implantação da semiplena. (pediatria e psiquiatria). A redução das internações em psiquiatria foi de 22,91% para o segundo conjunto de dados.

Observou-se para o segundo conjunto de dados uma maior variância nas internações. Uma possível explicação para a maior variabilidade dos dados após a semiplena e para o aumento na média mensal das AIH pode ter sido a boa imagem que o Município de Londrina construiu como pólo regional, atraindo outras populações para atendimento médico com internação. O trabalho de Vecina Neto³⁶ mostrou que 26,9% dos pacientes internados em Londrina eram de outros Municípios e os dados de dezembro de 1995 mostraram que este percentual se elevou para de 28,7%²².

O Custo Médio Mensal das Internações

Para este trabalho o custo médio mensal das internações foi definido como o resultado da divisão do valor das AIH – autorização de internação hospitalar – pagas aos prestadores, pelo número delas no mês. As variações nos custos médios das

internações ocorrem pela possibilidade de opções de procedimentos relativos a cada clínica visto que a tabela básica SIH/SUS, referente aos procedimentos passíveis de cobrança para pacientes internados, não sofreu reajuste no período de julho/94 a junho/97.

O custo médio mensal no período anterior à gestão semiplena foi calculado em R\$ 452,90 reais. Após a semiplena esta média elevou-se para R\$ 469,32 reais representando um acréscimo de 3,63%.

A tendência geral dos custos unitário das AIH, de julho de 1994 até dezembro de 1995 foi crescente, indicando o uso progressivo de procedimentos mais caros. Nota-se, entretanto, uma mudança de trajetória neste crescimento com uma inflexão que coincide com a implantação da gestão semiplena em Londrina em dezembro de 1995. A partir desse mês parece haver uma estabilização dos valores médios das AIH que pode estar associado à maior proximidade do sistema de auditoria. Com a semiplena, a auditoria passou a ser de responsabilidade do gestor local e este evento parece produzir reflexos positivos no comportamento do valor médio das internações. A figura 3 ilustra o custo médio das internações no período de análise.

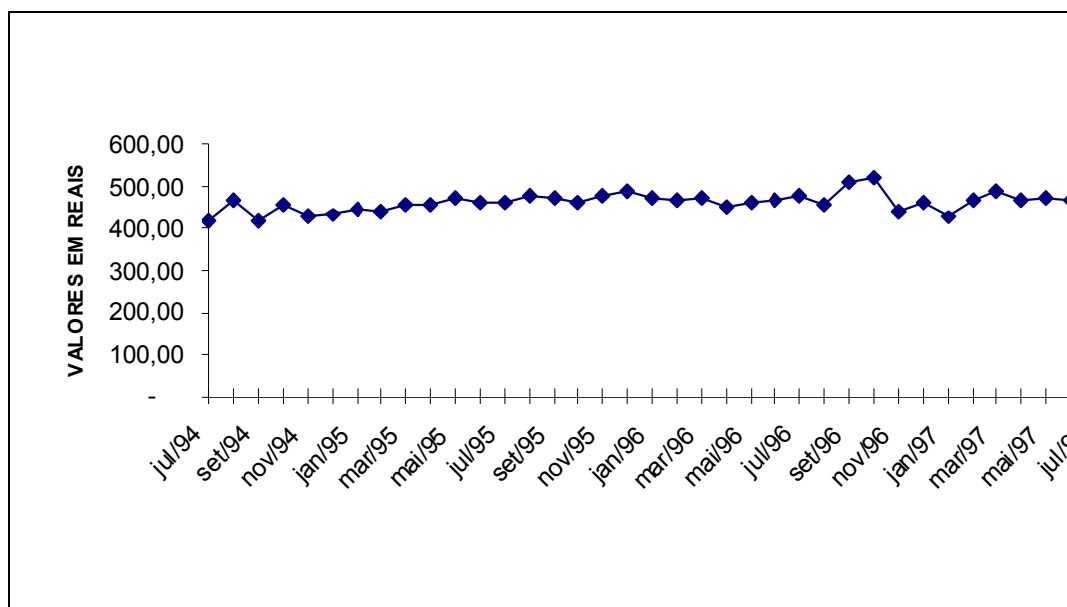


Figura 3: Valor médio em reais das AIH pagas no Município de Londrina

No município de Londrina foi possível observar redução no valor médio mensal das AIH em apenas duas clínicas quando comparamos com os dados anteriores à gestão semiplena. Foram as clínicas de psiquiatria e fisiologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização e a participação da comunidade nas decisões referentes à alocação dos recursos da saúde, na medida das prioridades locais, trazem implícita a ideia de maximização da utilidade. Assim, os recursos estarão sendo aplicados de forma mais eficiente e eficaz, com acréscimos nos níveis de satisfação do cidadão.

A descentralização vem implicando maior autonomia. Ela tem permitido ao Município a realização de intervenções em áreas de interesse específicas de forma mais rápida, tanto nas falhas de assistência quanto nas ações de prevenção e promoção da saúde. Por outro lado verificou-se no período de análise uma centralização na execução de algumas atividades pelo município.

O processo de descentralização da saúde em Londrina provocou alterações nos serviços e na capacidade de ação do sistema de saúde no Município. Especialmente importante foi a municipalização do serviço de vigilância epidemiológica. As ações de saúde passaram a ter maior flexibilidade e alcance, pelo fato de as informações serem processadas localmente. As ações nas unidades básicas da saúde permitiram uma intensificação da interação entre saúde pública e população. Os resultados divulgados dos

programas de saúde ressaltam os benefícios da administração descentralizada da saúde.

A aprovação da gestão participativa parece ser consenso das pessoas que a experimentaram. Trata-se de um amadurecimento da democracia e de um avanço no conceito de cidadania que está saindo do discurso para a prática da administração pública. Em Londrina os canais de participação da comunidade estão sendo consolidados com os conselhos regionais e locais de saúde. A participação organizada da comunidade nas conferências com tendência para a hegemonia dos usuários, e as atividades nos conselhos, tem mostrado a existência de mecanismos viáveis para a o envolvimento da comunidade. Estes canais, embora não sejam perfeitos, revelam que há uma influência da comunidade para o estabelecimento das prioridades na área da saúde.

O aumento da média mensal dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, no período de análise viabilizou a ativação de novos programas e melhorias, inclusive na infra-estrutura do sistema de saúde local. Não ocorreu, de forma geral, redução nas despesas ambulatoriais e hospitalares somadas.

A análise dos atendimentos ambulatoriais, por tipo de prestador, revelou que no período de julho/94 a julho/97, ocorreu um aumento dos atendimentos realizados por unidades de saúde de regime jurídico público o que não se alinha com as idéias da NGP. Observou-se que foram as unidades municipais de saúde as que mais contribuíram para esta expansão, indicando que além do município assumir o controle da gestão da

saúde, ele também passou a praticar mais ações de saúde.

Os resultados obtidos para a avaliação dos atendimentos ambulatoriais mostram importante acréscimo no item de programação de ações de vigilância epidemiológicas e atos não médicos. Este grupo de programação ambulatorial tem como conceito principal o registro das atividades preventivas. O aumento na quantidade destes serviços aponta para uma maior atenção do Município com estes procedimentos a partir da gestão semiplena.

Os dados dos atendimentos ambulatoriais do período da semiplena sugerem uma maior capacidade de planejamento na aplicação dos recursos. Estes dados, quando comparados com o período anterior à implantação da gestão semiplena, parecem assumir uma maior regularidade. O valor médio da produção ambulatorial por procedimento após a implantação da semiplena apresentou uma redução. Esta foi decorrente da realização de uma maior quantidade de procedimentos menos valorados na tabela SUS. A maior regularidade deste valor no período de semiplena corrobora o indicativo de maior controle sobre estas ações pelo gestor local.

A análise das internações no período de julho/94 a julho/97 mostrou poucas alterações; entretanto, no que se refere aos custos representados pelos valores médios das AIH ocorreram modificações. A tendência de custos crescentes nos dados de julho/94 a dezembro/95 foi interrompida a partir da semiplena, podendo sugerir maior eficácia do sistema relacionado à municipalização da auditoria médica.

Os resultados encontrados nesta pesquisa podem ser associados a outros trabalhos para considerações mais abrangentes. Finalmente, ficou claro que a descentralização e a participação da comunidade são processos que produzem resultados concretos, passíveis de verificação, como os apresentados neste artigo.

A partir da NOB 96⁷ o Município de Londrina passou para a modalidade de gestão plena do sistema. Esta NOB generalizou a modalidade plena para todos os municípios como plena do sistema ou plena da atenção básica. O foco agora é o de fazer o sistema funcionar. A NOAS 2001⁸ e NOAS 2002⁹, o Pacto pela Saúde³³ que inclui o Pacto de Gestão redefinindo as responsabilidades entre os entes federados e agora o Decreto 7.508/11¹¹, representam esforços de organização e regulação do SUS no sentido de integrar e instrumentalizar a gestão do sistema.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. **Constituição da República Federativa**. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 1990.
3. Brasil. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Segunda Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 1990.
4. Brasil. **Decreto n 99.438**, de 7 de agosto de 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. [citado 2011 Jun 9]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/de_c99438_070890.htm. Substituído pelo Decreto 5.839 de 11 de julho de 2006.
5. Brasil. **Resolução nº 258**, de 7 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica - SUS no 01/91, sobre a nova política de financiamento do SUS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] 10 jan 1991; Seção I, p. 641.
6. Brasil. **Portaria nº 545**, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS no 01/93. [citado 2011 Jun 7]. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/GM_P545_93gest.doc.
7. Brasil. **Portaria nº 2.203**, de 6 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica–SUS 01/96. [citado 2011 Jun 10]. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/GM_P2203_96gest.doc.
8. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 95**, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS-SUS 01/01. [citado 2011 Jun 10]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 373**, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS-SUS 01/02. [citado 2011 Jun 9]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>.

10. Brasil. **Lei nº 12.401**, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [citado 2011 Jul 4]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm.
11. Brasil. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. [citado 2011 Jul 4]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>.
12. Silva SF, Sugmyama LCY. Os rápidos avanços da gestão simplificada (e plena) da saúde. In: Silva SF. **A construção do SUS a partir do município**: etapas para a municipalização plena. São Paulo: Hucitec; 1996. p.76-82.
13. Paulus Júnior A. **Municipalização da saúde e a implantação da gestão simplificada no Município de Londrina**. Dissertação [Mestrado]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá; 1998.
14. Teixeira CF. A municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Saúde Debate**. 1991; (33): 27-31.
15. Abrucio FL. Os avanços e dilemas do modelo pós burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In: Bresser-Pereira LC, Spink PK, organizadores. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 5ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2003. p.21-37.
16. Mendes EV. **O processo de construção da nova Secretaria Estadual de Saúde no Sistema Único de Saúde**. [S.l.: s.n]: 1993. Mimeo.
17. Médice AC. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1994.
18. Souza C, Carvalho I. Reforma do Estado, descentralização e desigualdades. **Lua Nova**. 1999; (48):187-212.
19. Matos CA. **Os descaminhos da implementação do SUS em Rondônia**: contexto de federalismo predatório, de reformas gerenciais e de maus governos na floresta. Tese [Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2007.
20. Brasil. Ministério da Saúde. **Datasus**. [citado 2011 Jun 2]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
21. Melhoria da saúde diminui morte infantil. **BIS**. (Londrina). 1995 Jun/Jul; (16):3.
22. Londrina. Prefeitura do Município. Autarquia do Serviço Municipal de Saúde. **Rumos da saúde para Londrina**: plano municipal para o biênio 1996-1997. Londrina: [s.n.]; 1996. 240 p.
23. Londrina. Serviço Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Documento básico para a Quinta Conferência Municipal de Saúde**. Londrina: [s.n.]; 1997.
24. Conselho Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 1993-1996**. Londrina: [s.n.]; [19-]. 207 p.
25. Conhecer o território onde mora, e o que a população atendida pelos postos é dever dos trabalhadores de saúde. **BIS**. (Londrina). 1993 Maio; (3). Editorial.
26. Tomazi Z. Conhecer a realidade local para o planejamento descentralizado. In: Silva SF. **A construção do SUS a partir do Município**: etapas para a municipalização plena. São Paulo: Hucitec; 1996. p.29-34.
27. Reforço ao controle social. **BIS**. (Londrina). 1996 Abr-Maio; (21):2.
28. Planejamento local o fio da meada. **BIS**. (Londrina)1996 Fev-Mar; (18):2. Editorial
29. Londrina na frente: implantação do 1º Programa de Atenção Psico-social público para crianças e adolescentes do município. **BIS**. (Londrina). Set-Out 1994; (12):4.
30. Silva SF, Sugmyama LCY, Tomazi ZFT. Programa de saúde da família. In: Silva SF. **A construção do SUS a partir do Município**: etapas para a municipalização plena. São Paulo: Hucitec; 1996. p.83-87.
31. Silva SF, Melchior R, Zucoli M. Aids: luta por uma assistência contra o estigma e o preconceito. In: Silva SF. **A construção do SUS a partir do Município**: etapas para a municipalização plena. São Paulo: Hucitec; 1996. p.91-94.
32. Silva SF, Maffei AS. Acidentes de trânsito. In: Silva SF. **A construção do SUS a**

- partir do Município:** etapas para a municipalização plena. São Paulo: Hucitec; 1996. p.95-99
33. Silva SF. A Assistência à saúde na área básica. In: Silva SF. **A construção do SUS a partir do município:** etapas para a municipalização plena. São Paulo: Hucitec; 1996. p.50-61.
34. Melchior R. Nascer com futuro: avanços do programa através de estratégias locais. **BIS.** (Londrina). 1996 Ago/Set; (23):3.
35. Brasil. **Portaria n.º 156** de 14 de setembro de 1994. Aprova a tabela descritiva dos procedimentos ambulatoriais do SIA/SUS. [citado 2011 Jun 15]. Disponível em: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/tab_sia/SAS_P156_94tab_sia.doc.
36. Vecina Neto G. **Cobertura de leitos hospitalares de Londrina e região.** Londrina: [s.n.]; 1993. Relatório de consultoria encomendado pela Organização Pan-Americana da Saúde.
37. Brasil. **Portaria nº 399/GM** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.

Enviado em 30/07/2011.

Aceito em 30/09/2011.