

**JANEIRO DE 2002**

**INDICADORES,  
TIPOLOGIA E ANÁLISE  
DA GESTÃO PLENA  
MUNICIPAL**

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO PLENA DO  
SISTEMA MUNICIPAL**

## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>2</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>3</b>
<b>HIPÓTESE CENTRAL.....</b>	<b>4</b>
<b>HIPÓTESES ESPECÍFICAS.....</b>	<b>5</b>
<b>CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA: DISTRIBUIÇÃO REGIONAL, POR ESTADO, PORTE POPULACIONAL E APRENDIZADO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>6</b>
<b>INDICADORES DA GESTÃO PLENA MUNICIPAL.....</b>	<b>11</b>
<b>TIPOLOGIA DESENHADA PELA PESQUISA.....</b>	<b>13</b>
<b>RESULTADOS DA ANÁLISE DE AGRUPAMENTO (CLUSTER ANALISYS).....</b>	<b>17</b>
<b>EXPANSÃO/RETRAÇÃO E MIGRAÇÃO INTERGRUPOS 1998-2000.....</b>	<b>13</b>
<b>COMPOSIÇÃO POR NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA 1998-2000 .....</b>	<b>20</b>
<b>CONDICIONANTES DO DESEMPENHO DOS GRUPOS: APRENDIZADO INSTITUCIONAL, DISPONIBILIDADE FINANCEIRA E DIMENSÃO DAS MÁQUINAS ADMINISTRATIVAS.....</b>	<b>22</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
<b>QUESTIONÁRIO AUTOAPLICADO PARA OS 523 MUNICÍPIOS E 26 ESTADOS.....</b>	<b>25</b>

## **Apresentação**

Nos anos 90, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) é marcada por um acelerado processo de descentralização das responsabilidades de gestão e de recursos financeiros da esfera federal para os municípios. Esse processo foi fortemente induzido pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) editadas ao longo da década de noventa, com destaque para as NOBs 93 e 96. Assinale-se que ambas distinguem-se pela forma como formulam a estratégia descentralizante: enquanto a primeira caracteriza-se por uma concepção municipalista da descentralização, a segunda, já imprime uma visão federativa, no sentido que a transferência de recursos não se apóia mais em critérios setoriais (produção de serviços), mas federativos (população), com ênfase em ações e programas de atenção básica.

Este estudo compreende uma análise da gestão descentralizada do SUS no período da implantação da NOB 96, ou seja, a partir de 1998, com ênfase na avaliação dos 523 municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) até o final de 2000, bem como a formulação de uma estratégia sistemática de monitoramento da gestão descentralizada do SUS.

Os municípios habilitados em GPSM apesar de formalmente iguais perante a NOB 01/96, do ponto de vista de suas responsabilidades e atribuições, são muito desiguais quanto às suas condições sócio-econômicas e demográficas, às suas capacidades fiscais, à sua trajetória no SUS e às suas disponibilidades de recursos de saúde (incluindo recursos financeiros, capacidade instalada e capacidade de produção de ações e serviços). Além disso, a gestão municipal plena dos recursos de saúde está condicionada pelos acertos e negociações definidos em nível estadual pelas respectivas instâncias intergestoras (CIBs).

A classificação dos 523 municípios em gestão plena do sistema municipal, desenvolvida pela pesquisa, objetiva estabelecer uma tipologia dos municípios enquadrados nessa modalidade de gestão, de forma a avaliar o grau de interferência dessas características e do processo de habilitação na evolução e maior adensamento dos sistemas municipais de saúde.

***Objetivo geral***

- Avaliar o processo de implementação da Gestão Plena do Sistema Municipal; produzir novos conhecimentos acerca do processo de descentralização em saúde e formular recomendações de políticas, especialmente voltadas para construção da regionalização e de sistemas de saúde, em um país com acentuadas diferenças de ordem regional e sócio-econômica e com diferentes capacidades administrativas/institucionais no plano municipal.

### ***Objetivos específicos***

- Conhecer, de modo sistemático, as características dos municípios em GPSM;
- Conhecer o processo de implantação da GPSM;
- Conhecer a extensão e os modelos de municipalização em saúde desenvolvidos na GPSM, de forma a apreender:
  - os tipos desenvolvidos de municipalização, segundo capacidades de gestão municipal;
  - os impactos dos modelos de municipalização nos resultados da gestão;
  - os benefícios e os limites da municipalização, principalmente em relação à integração dos níveis de assistência;
  - os condicionantes do exercício do poder gestor municipal;
- Identificar e sistematizar os fatores institucionais que condicionam positiva ou negativamente a municipalização em saúde;
- Avaliar comparativamente os municípios em GPSM.

### ***Hipótese central***

As variações no desempenho da gestão plena dos sistemas municipais são resultado da combinação de três fatores:

- as variações nas características estruturais do municípios;
- as variações nas características dos sistemas de saúde implantados;
- as regras de implantação da GPSM definidas pelas instâncias estaduais (CIB/SES).

### ***Hipóteses específicas***

As variações nas características dos sistemas de saúde implantados dependem:

- da capacidade de atenção segundo níveis de assistência e poder gestor municipal.
- das capacidades municipais de gasto;
- da dimensão da máquina administrativa municipal;
- do aprendizado institucional prévio.

### ***Características dos municípios em gestão plena: distribuição regional, por estado, porte populacional e aprendizado institucional***

Do total de municípios habilitados até dezembro de 2000, 86,4% foram habilitados em 1998 e menos de 15% em 1999 e 2000, como pode ser visto na tabela 1.

**Tabela 1**

Habilitação dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal

Ano	Frequência	%
1998	452	86,4
1999	38	7,3
2000	33	6,3
Total	523	100,0

Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.

A população dos municípios plenos congrega quase 64 milhões de habitantes, ou seja, cerca de 35% da população brasileira. Quanto à distribuição dos municípios habilitados segundo as regiões do País (Tabela 2), é na região sudeste que se concentra a maior parte dos municípios habilitados em gestão plena (51,4%), seguido da região nordeste (24,9%). Observe-se que é na região centro-oeste que foi habilitado o menor número de municípios, representando menos de 5% do total das habilitações.

**Tabela 2**

Habilitação dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal

Regiões	Frequência	%
Norte	57	10,9
Nordeste	130	24,9
Sudeste	269	51,4
Centro Oeste	24	4,6
Sul	43	8,2
Total	523	100,0

Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.



O estado de São Paulo concentra 30,4% dos municípios plenos do Brasil, seguido pelos estados de Minas Gerais (10,5%) e do Maranhão (8,4%). Todos os demais estados representam sempre menos de 7% do total. Portanto, há uma grande pulverização dos municípios plenos entre os estados brasileiros, excetuando o caso de São Paulo.

**Tabela 3**

Distribuição de municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal segundo unidade da federação.

UF	Freqüência	%
AC	1	0,2
AL	14	2,7
AM	6	1,1
AP	1	0,2
BA	12	2,3
CE	29	5,5
ES	35	6,7
GO	15	2,9
MA	44	8,4
MG	55	10,5
MS	8	1,5
MT	1	0,2
PA	33	6,3
PB	6	1,1
PE	14	2,7
PI	1	0,2
PR	13	2,5
RJ	20	3,8
RN	10	1,9
RO	11	2,1
RR	1	0,2
RS	10	1,9
SC	20	3,8
SP	159	30,4
TO	4	0,8
<b>Total</b>	<b>523</b>	<b>-</b>

Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.

Quanto ao porte dos municípios plenos (Tabela 4), quase 54% dos municípios possuem população entre mais de 20 a 100 mil habitantes, e 17% entre mais de 10 mil e 20 mil. Isso evidencia uma forte presença (ao redor de 70%) de municípios de pequeno e médio portes dentre os municípios habilitados nesse tipo de gestão.

**Tabela 4**

Distribuição de municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal segundo porte populacional.

Porte Populacional	Freqüência	%
Até 10.000 habitantes	25	4,8
Mais de 10.000 a 20.000	86	16,4
Mais de 20.000 a 50.000	174	33,3
Mais de 50.000 a 100.000	107	20,5
Mais de 100.000 a 200.000	63	12,0
Mais de 200.000 a 500.000	43	8,2
Mais de 500.000	8	1,5
Capitais	17	3,3
Total	523	100,0

Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.

A trajetória dos municípios habilitados em gestão plena indica que quase 50% desses municípios foram enquadrados em médio aprendizado institucional, considerando as possíveis combinações entre as modalidades de gestão previstas pelas NOBs 93 e 96.

O aprendizado institucional do município foi medido através de sua trajetória nas NOB 01/93 e NOB 01/96. Assim, foi considerado Aprendizado Institucional Baixo: municípios que passaram diretamente para a Gestão Plena do Sistema Municipal (NOB 96) ou ainda da habilitação PAB (NOB 96) para a Plena; Aprendizado Institucional Médio: municípios que passaram de Incipiente e/ou Parcial (NOB 93) para Plena, municípios que passaram de Incipiente e/ou Parcial para PAB e depois para a Plena, ou, ainda, municípios que passaram de Incipiente e/ou Parcial para Semiplena (NOB 93), em seguida PAB e posteriormente Plena; Aprendizado Institucional Alto: municípios que passaram pela Semiplena e posteriormente Plena ou pela Semiplena, PAB e posteriormente a Plena.

Somente 21% dos municípios plenos foram habilitados na modalidade mais avançada da NOB 93, como pode ser visto na Tabela 5.

**Tabela 5**

Distribuição de municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal segundo aprendizado institucional.

Aprendizado Institucional	Frequência	%
Baixo	159	30,4
Médio	254	48,6
Alto	110	21,0
Total	523	100,0

Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.

Quanto à distribuição das trajetórias de habilitação por região (Tabela 6), é na região sul que se concentram os municípios com alto aprendizado institucional (35%) seguido da região centro-oeste (33%). Inversamente, é na região norte onde ocorre a menor presença de alto aprendizado institucional.

**Tabela 6**

Distribuição de municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal segundo regiões.

Região	Aprendizado Institucional			Total
	Baixo	Médio	Alto	
Norte	78,9	19,3	1,8	100,0
Nordeste	29,2	50,0	20,8	100,0
Sudeste	26,4	51,7	21,9	100,0
Centro Oeste	16,7	50,0	33,3	100,0
Sul	2,3	62,8	34,9	100,0
Total	30,4	48,6	21,0	100,0

Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.

Os municípios de alto aprendizado institucional foram aqueles que se habilitaram em 1998 e os de baixo aprendizado em 1999 e 2000, como pode ser visto na Tabela 7.

**Tabela 7**

Distribuição de municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal segundo ano de habilitação e aprendizado institucional.

Ano	Aprendizado Institucional			Total
	Baixo	Baixo	Baixo	
1998	27,0	49,1	23,9	100,0
1999	55,3	42,1	2,6	100,0
2000	48,5	48,5	3,0	100,0
Total	30,4	48,6	21,0	100,0

Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.

## ***Indicadores da Gestão Plena Municipal***

Entende-se, neste estudo, por gestão municipal (ou sob gestão municipal), a autonomia administrativa e financeira do município para a programação, controle, avaliação e pagamento de prestadores de serviços públicos e privados localizados em seu território.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram criados 156 indicadores referentes às condições da oferta assistencial (capacidade instalada, produção, financiamento e gasto)<sup>1</sup> nos municípios, objeto da investigação. As informações, para 1998 e 2000, permitiram a formação de dois bancos de dados: um relativo aos 424 municípios habilitados em GPSM até o final de 1998 e outro incluindo o universo dos 523 municípios habilitados até o final de 2000. Os dados foram organizados em 7 eixos principais:

1. Padrão da oferta ambulatorial existente no município;
2. Padrão da oferta hospitalar existente no município;
3. Padrão da oferta ambulatorial sob gestão municipal;
4. Padrão da oferta hospitalar sob gestão municipal;
5. Padrão do financiamento e gasto federal;
6. Padrão do financiamento e gasto municipal;
7. Modelo de atenção à saúde adotado no município.

---

<sup>1</sup> As bases de dados utilizadas para a construção dos indicadores foram: cadastro de estabelecimentos de saúde ambulatorial e hospitalar (SIA e SIH-SUS); produção ambulatorial e hospitalar (SIA e SIH-SUS); recursos federais do SUS; Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e FIBGE.

Esses mesmos indicadores foram analisados por região, porte populacional, aprendizado institucional e por agrupamentos (tipologia).

Nesse CD-ROM apresentamos tanto os indicadores segundo região, porte e aprendizado institucional por eixo de análise com respectivos gráficos, quanto a tipologia desenhada pela pesquisa.

## ***Tipologia desenhada pela pesquisa***

A partir do tratamento estatístico de 54 variáveis representativas do padrão de oferta assistencial nos municípios em GPSM em 1998 --- tipos de serviços existentes (ambulatorial e hospitalar), nível de complexidade dos serviços ambulatoriais (básica, média e alta complexidade) e grau de autonomia de gestão municipal – através da utilização da técnica de análise multivariada (*factor analysis*), foram gerados cinco indicadores sintéticos.

Esta técnica estatística tem como objetivo justamente reduzir o número de variáveis selecionadas para a análise, transformando-as em componentes de indicadores compostos. Uma redução do número de variáveis envolvidas no problema foi realizada sem uma perda significativa de informação, já que os indicadores gerados pela análise fatorial são combinações lineares das variáveis originais. A diferença deste tipo de técnica em relação aos métodos usuais de criação de indicadores é de que neste caso os “pesos”, de cada um dos componentes do indicador composto, não são arbitrados de forma subjetiva pelo pesquisador, mas obtidos através dos próprios dados pela análise fatorial.

Deve-se destacar, portanto, que dentre as 54 variáveis tratadas originariamente, nem todas foram utilizadas no modelo devido a:

- não contribuíam significativamente para a explicação da variabilidade dos dados;
- variáveis muito correlacionadas implicando na entrada do modelo de apenas uma;
- variáveis para as quais muitos municípios possuíam valor “*missing*”, isto é, não se aplicavam em todos os municípios <sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Um exemplo deste tipo de situação é o valor médio da internação em hospitais públicos em municípios onde não existe este tipo de hospital, neste caso o valor correto para esta informação é “branco” ou “*missing*”.

O Quadro 1 encontram-se as variáveis utilizadas no estudo.

### Quadro 1

Relação das variáveis utilizadas no estudo.  
1998

Descrição	Ano	Unidade
Número de ações básicas por 1000 habitantes	1998	Em 1000 habitantes
% de ações básicas no total de atendimentos em unidades públicas	1998	Porcentagem
% de atendimentos básicos no total de atendimentos sob gestão municipal	1998	Porcentagem
Número de ações básicas por habitantes sob gestão municipal	1998	Em 1000 habitantes
Transferências federais de atenção básica por habitante	1998	Em reais por habitante
Número de ações de média complexidade por 1000 habitantes	1998	Em 1000 habitantes
Número de ações de média complexidade por habitantes sob gestão municipal	1998	Em 1000 habitantes
Número de ações de alta complexidade por 1000 habitantes	1998	Em 1000 habitantes
Número de ações de alta complexidade por habitantes sob gestão municipal	1998	Em 1000 habitantes
Transferências federais de MC e AC por habitante	1998	Em reais por habitante
Número de internações por habitantes	1998	Em habitante
Número de internações em hospitais sob gestão municipal por habitantes	1998	Em habitante
% de internações em hospitais sob gestão municipal no total de internações realizadas	1998	Porcentagem
% de internações de não residentes no total de internações	1998	Porcentagem

Fonte: DATASUS

Os cinco fatores gerados pela análise multivariada podem ser interpretados como:

- **Fator 1 – Capacidade Municipal em Média Complexidade:** este fator expressa a produção de procedimentos de média complexidade. Valores altos neste indicador significam uma maior produção de procedimentos de média complexidade no total e sob gestão municipal;
- **Fator 2 – Capacidade Municipal em Atenção Básica:** neste fator as maiores correlações estão presentes com as variáveis referentes aos procedimentos de atenção básica. Analogamente ao fator 1, altos valores neste indicador implicam em



uma maior produção de procedimentos de atenção básica total e sob gestão municipal;

- **Fator 3 – Capacidade Hospitalar:** expressa o número de internações totais e a participação dos não residentes no total das internações realizadas no município, independentemente da capacidade de gestão municipal ;
- **Fator 4 – Capacidade Municipal em Alta Complexidade:** expressa a produção de procedimentos de alta complexidade. Valores altos neste indicador significam uma maior produção de procedimentos de alta complexidade total e sob gestão municipal;
- **Fator 5 – Capacidade Municipal Hospitalar:** expressa a capacidade de gestão do município em relação à atenção hospitalar.

Assinale-se que as mesmas variáveis utilizadas para criação dos agrupamentos em 1998 foram atualizadas para 2000, tornando possível comparar a evolução desses municípios intergrupos.

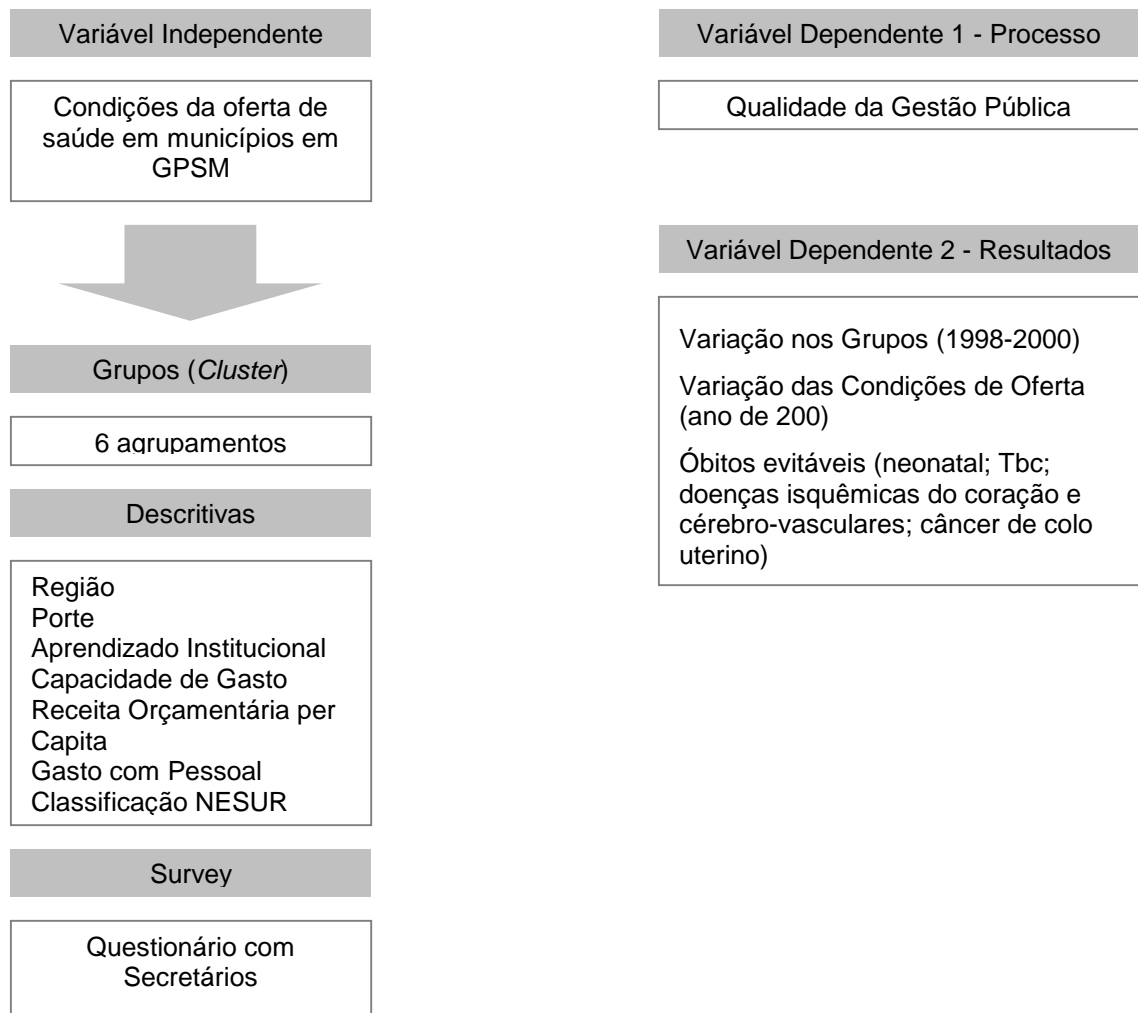
Posteriormente, com a finalidade de identificar grupos homogêneos de municípios nos anos selecionados, utilizou-se a técnica de análise de agrupamentos (*cluster analysis*). Esta técnica permitiu a geração de seis grupos ou tipos de municípios em GPSM segundo a capacidade de oferta assistencial em 1998 e 2000, descritos a partir de sua localização (estado/região); do porte populacional; do aprendizado institucional; da capacidade de gasto municipal (medido através do índice de capacidade de gasto e da receita orçamentária *per capita*); do percentual de gasto com pessoal no gasto total municipal e da classificação desenvolvida pelo Núcleo de Economia Social Urbano e Regional (NESUR/UNICAMP).

Outra variável independente desenhada foi o processo de implementação da gestão do sistema municipal. Este foi medido por sete blocos de questões referentes aos modelos de gestão, planejamento, financeiro, recursos humanos e de atenção à saúde adotados pelos municípios, e a trajetória do processo de habilitação - avaliada através da elaboração de um questionário auto-aplicável para o universo dos municípios estudados. Assinale-se que também foi aplicado um questionário para os gestores estaduais.

A variável dependente selecionada refere-se ao desempenho e aos resultados da gestão municipal em saúde. Os resultados da gestão foram apreendidos a partir da variação das condições de oferta e de autonomia gerencial dos sistemas municipais de saúde, o que

denominamos de capacidade de evolução e adensamento dos sistemas municipais de saúde (variação cluster 1998-2000).

**Figura 1**  
Modelo Causal



## ***Resultados da análise de agrupamento (cluster analysis)***

Como já foi abordado anteriormente, utilizou-se a técnica de análise de agrupamentos com a finalidade de identificar grupos homogêneos de municípios, segundo os cinco fatores gerados pela análise fatorial. Os municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal foram então agrupados a partir das médias apresentadas por cada um nos fatores.

Resumidamente pode-se apresentar os seis agrupamentos finais como tendo as seguintes características:

- **Grupo 1 - Alta Capacidade de Oferta e Gestão Municipal na Atenção Básica:** composto por municípios que possuem a maior média do fator 2 - produção em atenção básica, e médias baixas em todos os outros fatores. Nos fatores 3, 4 e 5 apresentam as menores médias;
- **Grupo 2 - Alta Capacidade de Oferta e Gestão Municipal em Alta Complexidade:** composto por municípios que possuem a maior média para o fator 4, isto é, maior capacidade de produção em alta complexidade. Todos os outros fatores apresentam também médias bem altas;
- **Grupo 3 - Alta Capacidade de Oferta Hospitalar:** composto por municípios que apresentam a maior média no fator 3, médias altas nos fatores 1 e 2 e médias baixas nos fatores 4 e 5 ;
- **Grupo 4: Alta Capacidade de Gestão Municipal Hospitalar com Maiores Transferências Federais per capita:** engloba os municípios que apresentam a maior média no fator 5 e a menor média no primeiro fator, correspondente à produção em média complexidade e, tendo médias baixas nos fatores 1 e 3;

- **Grupo 5 - Baixa Capacidade de Oferta e de Gestão Municipal:** constituído por municípios que possuem as médias negativas, sendo que a média do fator 2 – produção em atenção básica - é a menor de todos os grupos;
- **Grupo 6 - Alta Capacidade de Oferta e Gestão Municipal em Média Complexidade:** engloba municípios que possuem a maior média do fator 1 e os demais fatores abaixo da média global, exceto no fator 5 – capacidade municipal hospitalar.

A seguir apresentamos (Quadro 2) o perfil de cada agrupamento para os anos de 1998 e 2000, segundo região, porte populacional, aprendizado institucional, receita orçamentária *per capita*, capacidade de gasto e gasto com pessoal.

**Quadro 2**

Comparação da situação dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal em 1998 e 2000.

Grupo	Municípios				% da população		Região		% de municípios até 50.000 habitantes		Aprendizado Institucional (alto)		Receita Orçamentária Per Capita (R\$)		Capacidade de Gasto(*)		Gasto com Pessoal	
	1998		2000		1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000
	N	%	N	%														
Alta Capacidade de Oferta e Gestão Municipal na Atenção Básica	75	18%	121	23%	15%	8%	95% (SE)	36% (NE) 33% (SE)	51%	80%	8%	4%	420,38	230,62	0,44	0,22	51%	37%
Alta Capacidade de Oferta e Gestão Municipal em Alta Complexidade	40	9%	77	15%	37%	53%	60% (SE)	48% (SE) 22% (CO)	0%	10%	40%	30%	388,99	320,91	0,40	0,22	49%	47%
Alta Capacidade de Oferta Hospitalar	46	11%	29	6%	7%	3%	57% (SE) 33% (NE)	55% (SE) 35% (NE)	65%	52%	65%	10%	471,97	263,66	0,30	0,30	45%	48%
Alta Capacidade de Gestão Municipal Hospitalar com Maiores Transferências Federais Per Capita	89	21%	95	18%	13%	7%	56% (SE) 23% (NE)	39% (NE) 30% (SE)	50%	75%	5%	30%	264,75	237,80	0,33	0,27	48%	42%
Baixa Capacidade de Oferta e de Gestão Municipal	99	23%	11	2%	12%	1%	47% (SE) 27% (NE)	55% (NE) 27% (SE)	60%	73%	4%	0%	269,60	201,39	0,32	0,21	42%	33%
Alta Capacidade de Oferta e Gestão Municipal em Média Complexidade	75	18%	190	36%	16%	29%	35% (SE) 33% (NE)	76% (SE)	41%	45%	60%	27%	291,77	405,86	0,29	0,39	43%	49%

Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.

(\*) Calculado com base no ISS e IPTU somados e divididos pela receita orçamentária per capita.

Obs.: Agrupamento de 1998: 424 municípios classificados e 99 municípios não classificados. Agrupamento de 2000: 523 municípios classificados.

### ***Expansão/retração e migração intergrupos 1998-2000***

A partir da análise do comportamento dos municípios nos agrupamentos em 1998 e 2000 pode-se observar a existência de forte movimento de expansão/retração dos grupos cujas características evidenciam o que segue: o grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM MÉDIA COMPLEXIDADE foi o que mais se expandiu (1,5 vezes), seguido do grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM ALTA COMPLEXIDADE (quase 1,0 vez), como pode ser visto na tabela abaixo. No outro extremo, estão os grupos de BAIXA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL e de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA HOSPITALAR que mais se retraem. Isso indica que houve um movimento no sentido de uma melhor homogeneidade intergrupos, tendo em vista que alguns grupos passam a concentrar a maior parte da população dos municípios plenos.

#### **Quadro 3**

Índice de expansão/retração dos grupos entre os anos de 1998 e 2000.

<b>Grupos</b>	<b>Expansão/Retração (%)</b>
6	153
2	92
1	61
4	6
5	(90)*
3	(40)*

Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.

Nota: \* Retração

O grupo 2 -- caracterizado pela ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM ALTA COMPLEXIDADE -- por outro lado, é o que retém quase 90% dos municípios do seu agrupamento em 1998, seguido do grupo 6 (ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM MÉDIA COMPLEXIDADE). Os grupos 2 e 6 são os grupos mais densos que

conseguem reter a maior parte do seus municípios originais; no outro extremo, estão os grupos menos densos justamente os com menor capacidade de retenção (Quadro 4)

#### Quadro 4

Percentual de retenção dos municípios nos grupos entre os anos de 1998 e 2000.

Grupos	%
2	88
6	47
4	18
1	8
5	4
3	0

Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.

Em suma, podemos afirmar que no período ocorreu:

- Expansão de 1,5 vezes do grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM MÉDIA COMPLEXIDADE (153%);
- expansão de quase 1,0 vez no grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM ALTA COMPLEXIDADE (92%);
- expansão de 61% do grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL NA ATENÇÃO BÁSICA;
- diminuição em quase 90% do grupo de BAIXA CAPACIDADE DE OFERTA E DE GESTÃO MUNICIPAL;
- diminuição em quase 40% do grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA HOSPITALAR.

O grau de permanência dos municípios nos grupos, em ordem decrescente, é caracterizado pela manutenção de 88% dos municípios existentes em 1998 no grupo ALTA CAPACIDADE DE OFERTA EM ALTA COMPLEXIDADE (Grupo 2); manutenção de 47% dos municípios no grupo ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM MÉDIA COMPLEXIDADE (Grupo 6); manutenção de 18% dos municípios no grupo ALTA CAPACIDADE DE OFERTA HOSPITALAR SOB

GESTÃO MUNICIPAL COM MAIORES TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS *PER CAPITA*; manutenção de 8% dos municípios no grupo ALTA CAPACIDADE DE OFERTA NA ATENÇÃO BÁSICA (Grupo 1) e manutenção de 4% dos municípios no grupo BAIXA CAPACIDADE DE OFERTA E DE GESTÃO MUNICIPAL (Grupo 5). Todos os municípios do grupo ALTA CAPACIDADE DE OFERTA HOSPITALAR (Grupo 3) em 1998, por sua vez, não permaneceram no mesmo grupo em 2000.

O perfil de migração intergrupos, responsável pela saída e entrada de municípios entre 1998 e 2000 se caracteriza, para cada um deles, da seguinte maneira:

- O grupo da ALTA CAPACIDADE DE OFERTA HOSPITALAR (Grupo 3) foi extinto na sua composição original - os municípios que passaram a compor este grupo vieram do grupo de ALTA CAPACIDADE DE GESTÃO MUNICIPAL HOSPITALAR COM MAIORES TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS *PER CAPITA* (62%), do grupo dos não classificados (31%) e do grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM MÉDIA COMPLEXIDADE (7%);
- O grupo de BAIXA CAPACIDADE DE OFERTA E DE GESTÃO MUNICIPAL (Grupo 5) foi praticamente extinto, sendo que os municípios migraram majoritariamente para os grupos de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL NA ATENÇÃO BÁSICA (42%) e ALTA CAPACIDADE DE GESTÃO MUNICIPAL HOSPITALAR COM MAIORES TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS *PER CAPITA* (30%). Os municípios que passaram a compor este grupo vieram dos municípios não classificados em 1998 (36%) e do grupo de ALTA CAPACIDADE DE GESTÃO MUNICIPAL HOSPITALAR COM MAIORES TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS *PER CAPITA* (27%);
- O grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL NA ATENÇÃO BÁSICA (Grupo 1) migrou majoritariamente para o grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM MÉDIA COMPLEXIDADE. O atual grupo de Atenção Básica é formado majoritariamente pelos municípios que anteriormente estavam no grupo dos municípios não classificados em 1998 (41%) e pelos que apresentavam BAIXA CAPACIDADE DE OFERTA E DE GESTÃO MUNICIPAL (35%);
- Permaneceram no grupo de ALTA CAPACIDADE DE GESTÃO MUNICIPAL HOSPITALAR COM MAIORES TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS *PER CAPITA* (Grupo 4) apenas 20% dos municípios originais; migraram 28% para o grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM MÉDIA COMPLEXIDADE, 20% para o grupo de ALTA CAPACIDADE



DE OFERTA HOSPITALAR e 19% para o grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL NA ATENÇÃO BÁSICA. Vieram compor este grupo 34% dos municípios que compunham o grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM MÉDIA COMPLEXIDADE e 15% do grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA HOSPITALAR;

- O grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM MÉDIA COMPLEXIDADE (Grupo 6) foi o de maior expansão, tendo permanecido 47% dos municípios originais e migrado 43% para o grupo de ALTA CAPACIDADE DE GESTÃO MUNICIPAL HOSPITALAR COM MAIORES TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS *PER CAPITA*. Os municípios que passaram a compor este grupo vieram majoritariamente do grupo dos não classificados em 1998 (36%), de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL NA ATENÇÃO BÁSICA (33%) e de ALTA CAPACIDADE DE GESTÃO MUNICIPAL HOSPITALAR COM MAIORES TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS *PER CAPITA* (13%);
- O grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM ALTA COMPLEXIDADE (Grupo 2) manteve-se praticamente inalterado (90%). Como ocorreu, porém, uma expansão de quase 1,0 vez (90%), os municípios que passaram a compor este grupo vieram do grupo dos não classificados em 1998 (17%) e de ALTA CAPACIDADE DE GESTÃO MUNICIPAL HOSPITALAR COM MAIORES TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS *PER CAPITA* (13%);
- Os municípios não classificados em 1998 foram para os grupos de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL NA ATENÇÃO BÁSICA (50%) e de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL NA MÉDIA COMPLEXIDADE (23%).

O Quadro 5 resume o movimento migratório intergrupos.

**Quadro 5**

Migração dos municípios nos grupos entre os anos de 1998 e 2000.

Grupo	Saíram para	Vieram de
3	48% para o grupo 6 30% para o grupo 4	62% do grupo 4 31% do grupo não classificado
5	42% para o grupo 1 30% para o grupo 4	36% do grupo não classificado 27% do grupo 4
1	83% para o grupo 6	41% do grupo não classificado 35% do grupo 5
4	28% para o grupo 6 20% para o grupo 3 19% para o grupo 1	34% do grupo 6 32% do grupo 5
6	43% para o grupo 4	33% do grupo 1
2	13% para o grupo 6	17% do grupo não classificado 13% do grupo 4

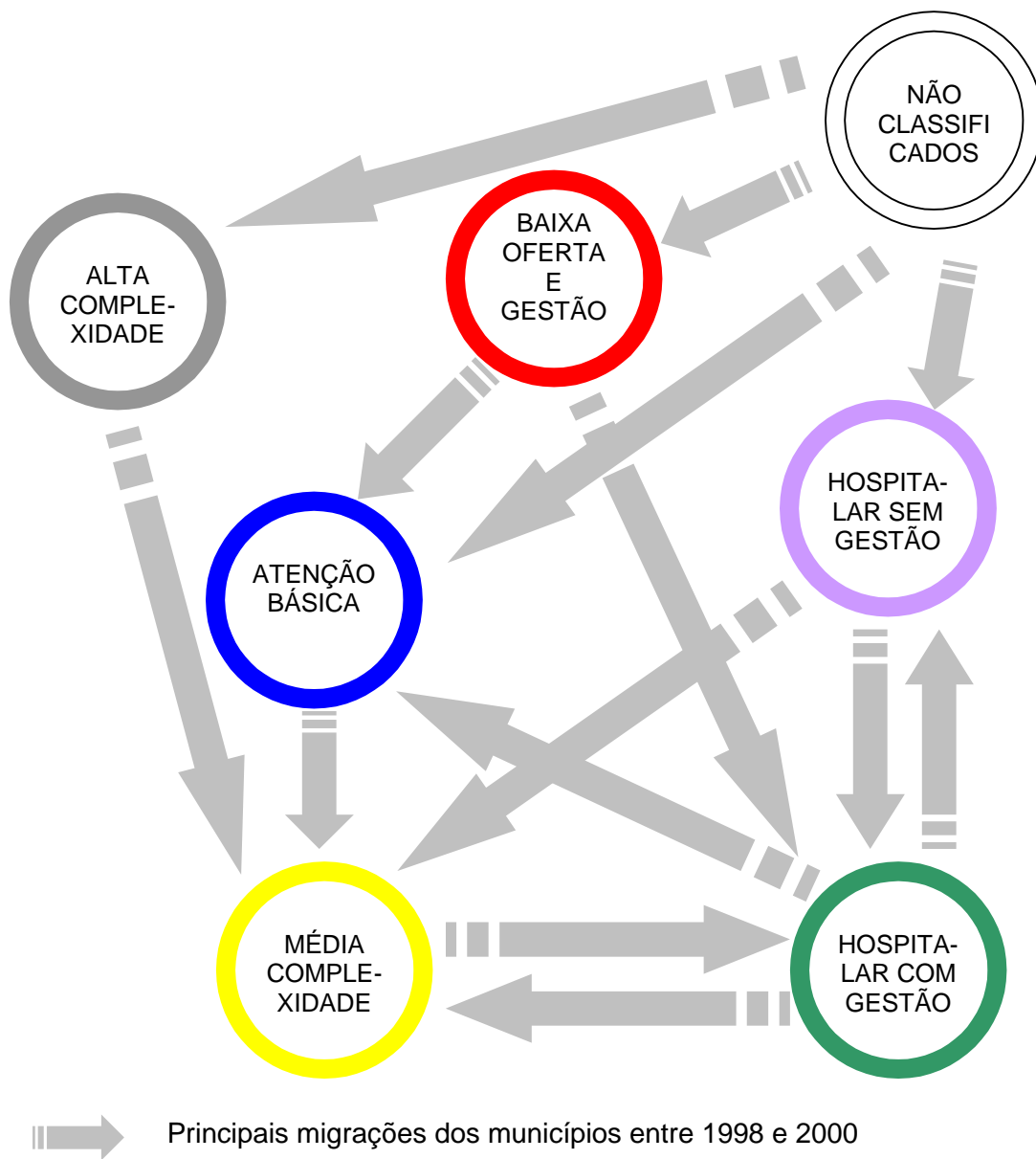
Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.

Os resultados preliminares do estudo indicam que houve significativa mudança no perfil de caracterização dos grupos dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, segundo suas capacidades de oferta por níveis de assistência e gestão municipal. Dessa forma, é possível identificar uma tendência de evolução que segue a trajetória abaixo descrita:

- O grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM ALTA COMPLEXIDADE é estável, no sentido que consegue, por um lado, reter quase 90% dos municípios; por outro foi o segundo grupo em expansão;
- O grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL NA ATENÇÃO BÁSICA evolui para o grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM MÉDIA COMPLEXIDADE;
- Os grupos de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA HOSPITALAR E DE ALTA CAPACIDADE DE GESTÃO MUNICIPAL HOSPITALAR COM MAIORES TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS *PER CAPITA* mudam significativamente de perfil sem, entretanto, expandirem-se (o primeiro perde municípios e o segundo cresce muito pouco).
- Ambos migram para o grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM MÉDIA COMPLEXIDADE, porém o grupo de ALTA CAPACIDADE DE GESTÃO MUNICIPAL HOSPITALAR COM MAIORES TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS *PER CAPITA*, além de migrar para o grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA EM MÉDIA COMPLEXIDADE, direciona-se, também, para o grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA HOSPITALAR;

- Os municípios do grupo de BAIXA CAPACIDADE DE OFERTA E DE GESTÃO MUNICIPAL evoluem para os grupos de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA EM ATENÇÃO BÁSICA E DE CAPACIDADE INSTALADA HOSPITALAR COM MAIORES TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS *PER CAPITA*;
- Os municípios do grupo de ALTA CAPACIDADE DE OFERTA E GESTÃO MUNICIPAL EM MÉDIA COMPLEXIDADE comportam-se de forma semelhante, isto é, metade permanece no mesmo grupo e a outra metade migra para o grupo de ALTA CAPACIDADE DE GESTÃO HOSPITALAR COM MAIORES TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS *PER CAPITA*.

**Figura 2**  
Movimentação intergrupos no período de 1998 a 2000.



**Composição por níveis de assistência 1998-2000**

A composição por níveis de assistência (distribuição e avaliação dos fatores), em 1998 e 2000, pode ser vista no Quadro 6. Este quadro define os fatores de destaque em cada grupo, isto é, define em que fatores mais do que 50% dos municípios relacionados apresentam valores altos além do fator que define o próprio grupo.

**Quadro 6**

Composição dos grupos por níveis de assistência.

Grupo	Ano	
	1998	2000
1 (Atenção Básica)	-	-
2 (Alta Complexidade)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção Básica (75%)</li> <li>Capacidade de Gestão Municipal Hospitalar (60%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção de Média Complexidade (74%)</li> <li>Atenção Básica (79%)</li> <li>Capacidade de Gestão Municipal Hospitalar (50%)</li> </ul>
3 (Capacidade Hospitalar)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção Média Complexidade (52%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção Básica (97%)</li> <li>Atenção Média Complexidade (62%)</li> </ul>
4 (Capacidade de Gestão Municipal Hospitalar)	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção Básica (90%)</li> </ul>
5 (Baixa Capacidade de Atenção e Gestão)	-	-
6 (Média Complexidade)	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção Básica (87%)</li> </ul>

Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.

(\*) Para qualquer fator a avaliação foi Alta para igual ou maior 50% dos municípios integrantes do grupo

(\*\*) Entre parênteses o percentual de municípios no grupo com avaliação alta no fator ou nível de assistência.

Em 1998, somente os Grupos 2 e 3 se destacam também em mais de um nível de atenção, além do nível de atenção que os caracterizam (alta oferta municipal em alta complexidade e alta oferta hospitalar). O Grupo 2 agrega mais dois níveis de atenção em que o fator correspondente a esse tipo de ação teve igual ou mais de 50% do municípios do grupo com avaliação alta, e o grupo 3 somente um nível mais (atenção ambulatorial de média complexidade). Assinale-se que em 1998 somente o grupo 2 se destaca também em Atenção Básica. Em suma, em 1998, o grupo 2 combina três níveis de atenção (alta complexidade, atenção básica e capacidade municipal hospitalar) e o grupo 3, dois níveis (capacidade hospitalar e atenção em média complexidade).

Já em 2000, observe-se, em primeiro lugar, que todos os grupos, exceto o grupo 5, incorporam a Atenção Básica. Em segundo, pode-se afirmar que amplia-se a abrangência da composição dos níveis de atenção. Assim, o grupo 2 combina 4 níveis (alta complexidade, atenção básica, capacidade municipal hospitalar e média complexidade); o Grupo 3, combina três níveis (capacidade municipal hospitalar, média complexidade e atenção básica); e os Grupos 4 e 6, combinam dois níveis --atenção básica e os níveis que os definem – capacidade municipal hospitalar e média atenção ambulatorial).

Pode-se afirmar, portanto, que houve um ganho sistêmico dos municípios em gestão plena, de 1998 a 2000. Reforçando essa conclusão, observa-se o que segue:

- a) Expandiu-se a abrangência de composição por níveis de assistência em quatro grupos;
- b) Todos os grupos incorporaram a Atenção Básica.

***Condicionantes do desempenho dos grupos: aprendizado institucional, disponibilidade financeira e dimensão das máquinas administrativas***

Os condicionantes do desempenho dos municípios habilitados em gestão plena pode ser visto pela posição dos grupos no *ranking* estabelecido para aprendizado institucional, disponibilidade financeira e dimensão da máquina administrativa.

**Quadro 7**

Classificação, em ordem crescente, dos grupos de municípios (1 a 6), segundo variáveis condicionantes.

2000

Variáveis	Ranking dos grupos					
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>
Aprendizado Institucional (apenas Alto)	2 e 4	6	3	1	5	-
Receita Orçamentária (per capita)	6	2	3	4	1	5
Capacidade de Gasto	6	3	4	1 e 2	5	-
Gasto com Pessoal (% despesas municipais)	6	3	2	4	1	5

Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.

Como evidencia o quadro acima, o mais alto nível de aprendizado institucional é auferido pelos grupos 2 e 4, isto é, pelos grupos que possuem os municípios que passaram pela habilitações mais qualificadas das NOBs 93 e 96. No outro extremo, estão justamente os municípios que só ofertam atenção básica ou se destacam por um baixo desempenho em todos os níveis de assistência e que possuem os mais baixos percentuais de alto

aprendizado institucional. Chama a atenção, portanto, como o aprendizado institucional é altamente correlacionado com o maior adensamento dos sistemas municipais de saúde.

Quanto à disponibilidade financeira e dimensão da máquina administrativa, da mesma forma, são os grupos de formados por municípios médios (na classificação NESUR), seguido dos municípios que agregam as capitais (Grupo 2) que possuem a maior disponibilidade financeira e maiores gastos com pessoal, isto é, máquinas administrativas mais robustas, o que pode sugerir maior capacidade institucional. Os grupos de pior desempenho ou menos adensados (1 e 5), por sua vez, são justamente aqueles que dispõem de menos recursos e menor capacidade institucional.



## **Considerações finais**

Houve uma evolução positiva dentre os municípios habilitados em gestão plena, entre 1998 e 2000, ou seja, ocorreu um maior adensamento dos sistemas municipais de saúde ou ganho sistêmico e, portanto, uma melhoria nos padrões de cobertura, financiamento e gasto dos diferentes níveis de atenção.

O ganho sistêmico é perceptível tanto pela evolução dos grupos de menor nível para os de maior resolutividade (medido pela expansão dos grupos 6 e 2), quanto pela maior abrangência dos níveis de assistência interna aos grupos: maior número de combinações inter níveis de assistência aumentando, portanto, a composição e a abrangência da atenção: em 2000, todos os grupos têm avaliação alta no fator que mede a capacidade de cobertura da atenção básica e dois grupos conseguem atingir um alto grau de suficiência sistêmica, isto é, obtêm valores altos em pelo menos três fatores.

Dessa forma, a habilitação serviu como estímulo para um ganho de eficiência do sistema de saúde.

É interessante observar que a maior resolutividade está correlacionada com alto aprendizado institucional, maior receita orçamentária, maior capacidade de gasto e maior gasto com pessoal, isto é, máquinas administrativas mais robustas.

Por isso, esse perfil mais homogêneo do sistema de saúde, em 2000, não significa necessariamente uma melhoria nos padrões de igualdade, considerando a igualdade como a capacidade do sistema em oferecer mais recursos (*latu sensu*) para aqueles que mais necessitam de assistência, pois a despeito da melhoria da distribuição regional dos grupos (regiões mais pobres adentram em grupos mais resolutivos), são os grupos menos resolutivos que possuem menor disponibilidade financeira e menor capacidade de gasto.

## Questionário autoaplicado para os 523 municípios e 26 Estados

O processo de implementação da gestão plena também foi avaliado a partir de um inquérito com o gestores dos 523 municípios habilitados. Esse questionário autoaplicado foi incluído nesse cd, assim como as respostas obtidas e os indicadores de processo de gestão plena. Esse instrumento contemplou os seguintes blocos de questões:

### Quadro 8

Blocos do questionário dirigido aos Secretários Municipais de Saúde.

Bloco	Número de Questões
Perfil do Secretário Municipal de Saúde	10
Incentivo à Habilitação, Trajetória e Impactos (Percepção do Gestor)	7
Estrutura Organizacional e Caracterização da Administração da Saúde	3
Origem dos Recursos	9
Movimentação dos Recursos	7
Planejamento	5
Gestão do Sistema	14
Modelo e Estratégia de Gestão da Assistência	13
Recursos Humanos	11
Qualidade da Gestão e dos Serviços de Saúde	4
Programação Regional/Parcerias	11
Controle e Avaliação	9
Intersetorialidade	5
Controle Social	13
NOAS SUS 01/2001	13
Total de questões do questionário	134

Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.

As taxas de retorno, discriminadas por Estado, encontram-se na Tabela 8:

**Tabela 8**

Taxas de retorno dos questionários enviados para os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal.

UF	enviados	recebidos	% retorno
AC	1	1	100,0
AL	14	8	57,1
AM	6	4	66,7
AP	1	1	100,0
BA	12	9	75,0
CE	29	16	55,2
ES	35	24	68,6
GO	15	13	86,7
MA	44	26	59,1
MG	55	35	63,6
MS	8	3	37,5
MT	1	-	-
PA	33	17	51,5
PB	6	6	100,0
PE	14	11	78,6
PI	1	1	100,0
PR	13	12	92,3
RJ	20	11	55,0
RN	10	7	70,0
RO	11	7	63,6
RR	1	1	100,0
RS	10	7	70,0
SC	20	16	80,0
SP	159	124	78,0
TO	4	2	50,0
<b>Total</b>	<b>523</b>	<b>362</b>	<b>69,2</b>

Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.

Foram também aplicados questionários para os gestores estaduais e esse instrumento de pesquisa contempla os seguintes blocos de questões:

**Quadro 9**

Blocos do questionário dirigido aos Secretários Estaduais de Saúde.

Bloco	Número de Questões
Perfil do Secretário Estadual de Saúde	10
Incentivo à Habilitação, Trajetória e Impactos (Percepção do Gestor)	14
Descentralização	8
Programação Regional/Parcerias	6
Financiamento	6
NOAS SUS 01/2001	10
Total de questões do questionário	54

Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.

**Tabela 9**

Taxas de retorno dos questionários enviados para os Secretários Estaduais de Saúde.

UF	Recebidos
AC	1
AL	1
AM	1
AP	-
BA	1
CE	-
ES	-
GO	1
MA	1
MG	1
MS	1
MT	-
PA	1
PB	1
PE	-
PI	-
PR	1
RJ	-
RN	1
RO	1
RR	1
RS	-
SC	1
SP	1
TO	1
<b>Total</b>	<b>17 (68%)</b>

Fonte: Pesquisa Avaliação da Gestão Plena do Sistema Municipal, 2001.