

# MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE: A TRAJETÓRIA NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Ângela Maria Blatt Ortega<sup>1</sup>  
Leonor Minho Conill<sup>2</sup>

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde foi implantado com o objetivo de proporcionar o reordenamento dos serviços e ações de saúde. Por diversidade de características e de realidades locais, a descentralização vem ocorrendo de forma gradual, heterogênea, conflituosa e inovadora em todo o território nacional, o mesmo se dando em Santa Catarina. Assim sendo, esse estudo descreve a trajetória da municipalização no Estado de Santa Catarina e, para tanto, realizou-se uma revisão documental e análise das Normas Operacionais Básicas e da habilitação dos municípios. A análise das Normas Operacionais Básicas - mostra uma tendência à ampliação da autonomia. São três as etapas que caracterizaram o processo da municipalização no estado: descentralização de recursos, formas convenientes e negociação pactuada. O estímulo à autonomia local é uma das propostas para diminuir o centralismo do poder e de recursos, permitindo uma nova forma de relacionamento entre poder público e sociedade.

**Palavras-chave:** Municipalização da Saúde; Descentralização da Saúde; Sistema Único de Saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

Experiências de formulação de políticas locais de saúde e de organização de redes municipais, baseadas nos princípios da atenção primária surgiram em algumas cidades brasileiras, tais como Londrina, Campinas e Niterói. Em Santa Catarina, o primeiro projeto para viabilizar o processo de municipalização foi o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), implantado na região de Lages em 1982. Os municípios de Lages, Criciúma, Joinville, Itajaí e Blumenau foram os primeiros a possuir rede de saúde própria e, na década de 80, sediaram encontros para discutir o processo de municipalização, com a participação de outros municípios catarinenses. Em decorrência, deu-se a organização dos secretários municipais com a formação, em 1986, da Associação dos Serviços Municipais de Saúde do Estado de Santa Catarina (ASSESC), posteriormente Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), e, atualmente, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde. (SANTA CATARINA, 1986, 1994a).

Em 1987, implantaram-se as Bases do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), disciplinado, em 1988, pela Constituição Federal que definiu a coordenação do setor, para implantar a gestão única e seus desdobramentos em nível

---

<sup>1</sup> Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1986). Especialização em Administração Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo (1987), e em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (1987). Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999). Enfermeira e Gerente da Secretaria de Estado de Santa Catarina. Professora da Universidade do Vale do Itajaí/Biguaçu. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Gerenciamento dos Serviços de Saúde e Saúde Pública. Email: angelablatt@saude.sc.gov.br.

<sup>2</sup> Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (1975). Residência em Medicina Interna no Hospital de Clínicas/UFRGS (1977). Mestrado em Santé Communautaire - Université de Montréal (1982) e doutorado em Développement Economique Et Social - Université Paris I (Panthéon-Sorbonne) (1982). Editora Associada da Revista Ciência e Saúde Coletiva da ABRASCO; Consultora (Advisory Editor) dos Cadernos de Saúde Pública e Membro do corpo editorial da Revista Saúde em Debate do CEBES.

municipal (SANTA CATARINA, 1995). Ainda em julho de 1987, iniciou-se sua implantação, com a descentralização de recursos físicos, humanos e financeiros do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) para os estados. Nesse momento estruturou-se o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Durante a vigência do SUDS, de 1987 a 1990, 90% dos municípios catarinenses participaram da “municipalização”, o mesmo acontecendo em outros estados brasileiros, como São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná. A saúde foi inscrita na nova carta magna, no seu artigo 196 como direito de todos e dever do Estado, com a criação do Sistema Único da Saúde (SUS). (BRASIL, 1988).

Contudo, a Lei Orgânica da Saúde, ao regulamentar os princípios constitucionais do setor, atribuiu à esfera municipal a responsabilidade de gestão e gerência dos serviços de assistência individual e coletiva. O município passou a ser a base do sistema, cabendo a ele a formulação das políticas aplicáveis em seu âmbito, assim como o planejamento, o controle e a avaliação das ações e serviços públicos e privados estabelecidos em sua esfera de atuação (BRASIL, 1990a; 1990b).

Com isso, ficou possível visualizar os contornos, ainda que de forma tênue, de um processo de descentralização como estratégia para a superação do atual modelo assistencial hospitalocêntrico, dicotômico entre a prevenção e a cura, com sensível perda da integralidade da assistência à saúde.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, que discutiu o tema “Municipalização é o Caminho”, enfatizou a necessidade do processo de municipalização não restringir-se ao repasse direto de recursos financeiros, para viabilizar igualmente a efetiva gestão da atenção à saúde pelo município, com direção única e controle social. **A 10ª Conferência Nacional de Saúde**, o tema central era: SUS: Construindo um Novo Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida. Em 2000 na **11ª Conferência Nacional de Saúde**, o tema central foi: Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social. Foi promulgada pelo Congresso Nacional a **emenda constitucional (PEC-29)** que vinculou verbas para o setor saúde e estabeleceu metas de aumento a serem atingidas até 2004. **A 12ª Conferência Nacional de Saúde**, realizada em 2003 o tema foi: Saúde: um direito de todos e dever do estado - a saúde que temos, o SUS que queremos. (BRASIL, 2008).

## 2 AS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS (NOBS)

O Ministério da Saúde adotou Normas Operacionais Básicas (NOBs) como instrumento tático para a regulação do processo de descentralização e para a definição dos repasses de recursos financeiros entre a União, os estados e os municípios e para acompanhamento do processo.

As normas NOB 01/91 e NOB 01/92, editadas pelo INAMPS em 1991 e em 1992, respectivamente, tiveram como característica a transformação dos serviços de natureza pública tanto estaduais quanto municipais em prestadores ressarcidos, conforme a produção, igualando-os àqueles de natureza privada e filantrópica, o que possibilita o relacionamento direto do Ministério da Saúde com as Secretarias Municipais de Saúde por meio de convênios de municipalização (BRASIL 1991; 1992).

O marco que se pode considerar um ato efetivo no sentido da descentralização foi a publicação, pelo Ministério da Saúde, do documento intitulado “A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”. (BRASIL, 1993a).

Após negociação e aprovação no Conselho Nacional de Saúde, foi editada a Portaria n.º. 545, de 20 de maio de 1993. A Norma Operacional Básica 01/93, estabelecia as normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1993b).

Instituiu-se um novo organismo colegiado de gestão do SUS em nível estadual e municipal. Na esfera estadual, as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) foram compostas, paritariamente, por representantes das Secretarias de Estados e da entidade representativa dos Secretários Municipais de Saúde. Em nível federal, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) formou-se, paritariamente, por representante do Ministério da Saúde, da entidade de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e da entidade de representação dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Nessa Norma foram previstas as seguintes formas de gestão municipal: **incipiente, parcial e semiplena**. Na gestão semiplena, o município passa a receber diretamente a totalidade de recursos para o custeio ambulatorial e hospitalar dos serviços públicos e privados, passando a ser o pagador das instituições privadas conveniadas ao SUS, sendo de sua responsabilidade a definição, a execução, o acompanhamento, o controle e a avaliação da política no âmbito de seu território. (BRASIL, 1993b).

A Norma Operacional Básica 01/96 trouxe novas alterações importantes, principalmente na forma do financiamento que passa a ser feito, em parte, pelo Piso de Atenção Básica (PAB) e por incentivos por cobertura populacional, estabelecendo-se duas modalidades de habilitação para o município: a **gestão plena da atenção básica** e a **gestão plena do sistema municipal** (BRASIL, 1996). A partir da sua operacionalização, a condição de gestão semiplena passou a ser chamada de gestão plena do sistema municipal.

A análise dessas normas permite verificar a sua evolução. As duas primeiras foram feitas dentro do antigo INAMPS e discutidas apenas por técnicos deste órgão e do Ministério da Saúde. A Norma de 1996 foi ainda mais amplamente discutida, inclusive pela sociedade civil, apresentada durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde para apreciação, sendo posteriormente publicada.

Segundo Castro (1991), a forma convencional existente nas duas primeiras normas mantinha o mecanismo de controle (convênio) junto a prefeituras, com a centralização de recursos e de poder decisório na esfera federal e sérias implicações para o modelo de gestão descentralizado. Nas últimas duas normas houve uma evolução favorável da forma de ingresso dos municípios com a publicação de instruções normativas (BRASIL, 1997; 1998b), passando a habilitação a ser decidida pelas Comissões Intergestores Bipartite. Retirou-se assim, o poder que tinham os estados de decidir, de forma unilateral, quem poderia ser habilitado e eliminou-se a forma convencional realizada anteriormente entre estados e municípios.

É verdade, no entanto, que com o advento da NOB 01/93, o processo de descentralização assume uma dinâmica renovadora abrindo-se oportunidade para diferentes propostas de reorganização do sistema nascidas em nível mais local. Descentralizar implica outorgar legalmente poderes para o nível local que passa assim, a gozar de poder de decisão sobre as políticas e procedimentos, segundo Vieira; Médici (apud TEIXEIRA, 1990).

Para Ugá (1991), o conceito de descentralização expressa por definição, um processo democratizante ao se supor que os novos núcleos de poder serão exercidos pela comunidade participante. Mas o processo de descentralização em si não viabiliza a participação popular. Torna-se necessário que os setores populares ganhem poder

garantindo, por exemplo, assento de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde.

Na condição de gestão semiplena da NOB/SUS 01/93, o município recebia, mensalmente, por transferência fundo a fundo, o total dos recursos financeiros para custeio correspondente ao teto ambulatorial e hospitalar estabelecido. Na condição plena do sistema municipal da NOB/SUS 01/96 recebe, também mensalmente, por transferência fundo a fundo, o total dos recursos financeiros divididos em Piso de Atenção Básica (PAB) e o Teto Financeiro da Assistência (TFA), correspondendo aos recursos da assistência ambulatorial e hospitalar, não contemplados no PAB.

Os repasses fundo a fundo, previstos na NOB 01/93, somente puderam ser viabilizados a partir do Decreto Presidencial nº. 1232, de 30 de agosto de 1994 (.BRASIL, 1994). A efetivação da habilitação na condição gestão semiplena aconteceu, portanto, a partir de setembro de 1994, atrasando o processo em mais de quinze meses (BRASIL apud LUCHESE, 1996). Dentre as dificuldades para efetivar esta sistemática, destacam-se:

- a resistência do CONASS em aceitar tetos financeiros para as atividades hospitalares, que até o momento só dispunham de tetos físicos (número de autorizações para internações hospitalares que não estavam limitadas ao recurso financeiro). Havia uma preocupação de que essa estratégia trouxesse achatamento de recursos e resistência dos hospitais conveniados e contratados em limitar as internações hospitalares a um teto financeiro fixo;
- a não implantação integral das condições estabelecidas pela NOB/SUS 01/93;
- a não regularidade no repasse dos fatores de estímulos a estados e municípios que dificultaram o avanço do processo de municipalização nesse período.

Tais fatores foram criados para estimular a adesão dos municípios à nova estratégia. Para a condição de gestão parcial, os municípios que implementassem ações para evitar internações hospitalares desnecessárias receberiam, de três em três meses, o repasse dos saldos financeiros previstos. Saldo financeiro este que nunca foi repassado, tampouco foi o teto financeiro global para os estados que assumiram a condição de gestão semiplena.

Mas a implantação da gestão semiplena nos municípios exigia maior definição de tetos financeiros para sua operacionalização, o que pressionou a CIT a chegar a um consenso aprovando, finalmente, os tetos financeiros globais para os estados e para os municípios incluídos nesse tipo de gestão (LUCHESE, 1996).

Há evidências de que a NOB 01/93 estimulou o processo de descentralização, pois colocou o município na obrigação de cumprir os requisitos exigidos para poder receber os recursos financeiros. Para alguns, o que estimulou a cumprir esses requisitos foi a perspectiva da nova forma de financiamento. A gestão mais avançada prevista nessa NOB era a única maneira de receber a totalidade dos recursos do seu teto. Caso fossem implantadas medidas para diminuir os gastos com internação hospitalar, os recursos poupados ficariam no próprio município e poderiam ser investidos em outras áreas do setor, não necessariamente na assistência hospitalar. Caberia ao gestor municipal a definição, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde, configurando-se assim, a entrada de novos atores na formulação de políticas locais. É provável, por esse conjunto de premissas, que o CONASEMS tenha pressionado o Ministério para que a gestão semiplena fosse efetivada.

Em 1994, no Brasil, 24 municípios assumiram essa condição fazendo parte do grupo, no Estado de Santa Catarina, os municípios de Blumenau e Joinville nessa ordem de ingresso (LUCHESE, 1996).

Independentemente da existência de recursos para a efetivação das condições de gestão descentralizada, estados e municípios aderiram à sistemática e mobilizaram-se para o cumprimento dos requisitos na NOB 01/93. Porém, foram acrescentados novos requisitos, principalmente, no que se refere aos sistemas de informação e à criação do componente municipal nas áreas de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e no sistema municipal de controle e avaliação.

Os municípios que não se habilitam a nenhuma condição de gestão permanecem na condição de prestadores de serviço ao sistema único de saúde. A opção de um gestor por entrar na condição de gestão plena da atenção básica não significa que esta situação seja definitiva. Na medida em que seu sistema de saúde evoluir e adquirir capacidade de cobertura, de operacionalização e de gerenciamento, poderá assumir condição mais avançada, prevista na Norma Operacional Básica 01/96. De acordo com a condição de gestão, são estabelecidas responsabilidades do gestor municipal, requisitos próprios e prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

Um dos componentes novos que a NOB 01/96 trouxe foi a necessidade de se fazer a avaliação e a conseqüente criação de estruturas municipais de avaliação para desenvolver essas novas atividades, com a incorporação de conceitos dessa área aos serviços.

### 3 ETAPAS DA MUNICIPALIZAÇÃO EM SANTA CATARINA

Um marco do processo de descentralização em Santa Catarina foi o início da transferência, em 1988, de recursos humanos vinculados ao quadro de pessoal da União (INAMPS) ao quadro do Estado, bem como de unidades prestadoras de serviços de saúde, com total transferência de responsabilidade pela execução dos serviços básicos de saúde aos municípios. Essa etapa ocorreu quando da implantação do SUDS e convencionou-se chamar o processo de **primeira etapa da municipalização**.

A **segunda etapa da municipalização** refere-se ao cumprimento dos dispositivos legais da Lei Orgânica da Saúde, dos dispositivos da Lei nº 8.142/90 e à implantação das Normas Operacionais Básicas. No ano de 1992, o Estado possuía 217 municípios, sendo que destes, 51 assinaram convênio referente à segunda etapa da municipalização. No ano de 1993 foram criados 43 novos municípios, totalizando 260, dos quais 84 assinaram o convênio (SANTA CATARINA, 1994a).

Com a NOB/SUS 01/93, a habilitação dos municípios passou a ser realizada pela Comissão Intergestores Bipartite, possuindo o estado em 1996, 214 municípios o que equivale a 82% habilitados, em uma das condições de gestão nela previstas. É a seguinte a divisão dos municípios nesse período: 29 (11,1%) ingressaram na gestão incipiente, 174 (66,9%) foram habilitados na gestão parcial e 11 (4,2%) na gestão semiplena.

Onze municípios catarinenses habilitaram-se a ingressar na gestão semiplena, destacando-se como pioneiros Blumenau e Joinville, no ano de 1994, e Jaraguá do Sul, no início do ano de 1995. Os demais a habilitarem-se, o fizeram no transcorrer de 1996, formando o segundo grupo de habilitação, composto pelos municípios de Concórdia, Criciúma, Rio do Sul, Itajaí, Chapecó, Lages, Laguna e Balneário Camboriú. Uma síntese das principais características demográficas e socioeconômicas dos municípios em gestão semiplena no Estado de Santa Catarina no período de 1994 a 1996 é apresentada no Quadro 1:

Regional	Município	Publicação	Pólo regional	População	Característica
----------	-----------	------------	---------------	-----------	----------------

		DOU	Sim	Não	1991	Socioeconômica
07	Balneário Camboriú	01/11/96		X	44.257	Turismo
09	Blumenau	11/94	X		231.067	Indústria
03	Concórdia	01/07/96	X		64.585	Indústria
10	Chapecó	30/08/96	X		122.599	Indústria
12	Criciúma	01/07/96	X		160.728	Indústria
07	Itajaí	30/08/96	X		130.777	Portuária
17	Jaraguá do Sul	26/04/95	X		84.506	Indústria
13	Joinville	11/ 94	X		388.579	Indústria
15	Lages	30/08/96	X		161.711	Agricultura
14	Laguna	01/11/96		X	47.839	Portuária
04	Rio do Sul	30/08/96	X		50.154	Comércio
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>		<b>09</b>	<b>02</b>		

**Quadro 1:** Síntese das principais características dos municípios catarinenses habilitados na gestão simplena de 1994 a 1996.

**Fonte:** Santa Catarina, 1995.

Os três primeiros municípios que assumiram a condição de gestão simplena destacavam-se como municípios de características industriais e representavam referência microrregional na área da saúde. Blumenau e Joinville tinham população superior a duzentos mil habitantes, e Jaraguá do Sul, superior a oitenta mil habitantes. São municípios que possuem uma parte da população atendida por plano de saúde ou pelo serviço de saúde das próprias indústrias (SANTA CATARINA, 1994b).

O segundo grupo que assumiu essa condição no transcorrer no ano de 1996 foi formado por municípios que apresentavam características heterogêneas, pois se localizam em pontos distintos do estado. Todos representavam referência microrregional na área da saúde, mas possuíam características populacionais e socioeconômicas bem distintas. Ao contrário do primeiro grupo, a maioria destes municípios atendia quase a sua totalidade da população através do Sistema Único de Saúde.

Na vigência da NOB/SUS 01/96, a habilitação dos municípios iniciou-se no ano de 1998, apresentando o estado, no final desse ano, duzentos e oitenta e cinco municípios habilitados (97,2%) em uma das condições de gestão previstas. Dos onze municípios que estavam na gestão simplena assumiram seu reenquadramento na gestão plena do sistema municipal, ingressando no grupo mais onze novos municípios, a saber: Rio Negrinho, São Bento do Sul, São Francisco, Fraiburgo, Seara, Urussanga, Orleans, Imbituba, Brusque, Quilombo e Ibirama, por ordem de ingresso. O que diferencia este terceiro grupo dos demais, é que são municípios de menor porte, pois não se destacam como municípios de importância regional e, alguns são referência para os municípios circunvizinhos em alguma área específica. Na Gestão Plena da Atenção Básica estão habilitados 263 (89,7%) dos municípios catarinenses.

A gestão simplena é apontada como uma modalidade que favorece a descentralização de fato. A municipalização é a ação político-administrativa com a qual a direção nacional e a direção estadual do SUS promovem a descentralização dos serviços e das ações de saúde, até então sob suas gerências, para os municípios. É parte de uma estratégia para a concretização dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social, com a devolução de poderes ao município e a transformação da relação entre o poder público e a sociedade. É, portanto, uma estratégia para a reorganização da atenção à saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1994).

Vianna (apud HORTALE; CONILL; PEDROZA, 1999) critica a interpretação contraditória que se dá à descentralização dos serviços de saúde com desconcentração,

delegação e privatização. Para este autor, a descentralização deveria se caracterizar não só pelo fato de a tomada de decisão estar situada no nível local, onde o controle social seria maior, mas também pela autonomia das diversas instâncias na operacionalização de competências previamente definidas nos postulados constitucionais e legislativos.

Demonstram que as inovações mais frequentes se situam na dimensão político social. Estão relacionadas com um melhor controle social, razão de uma presença forte do Conselho de Saúde, com a prestação de contas, com a permeabilidade às demandas da sociedade e com o fornecimento de informações. Apontam ainda para um número menor de inovações na área gerencial e assistencial, alertando para as conseqüências negativas desse desequilíbrio, já que as mudanças sociais não são acompanhadas por outras que garantam maior qualidade nos serviços de saúde. Teixeira (apud HORTALE; CONILL; PEDROZA, 1999).

#### 4 CONCLUSÃO

Desde a NOB 01/91 são definidos os pré-requisitos a serem cumpridos para a condição de “municipalizado”. A cada NOB esses requisitos foram sendo aperfeiçoados criando-se novos critérios, alguns difíceis de serem cumpridos pelos municípios de pequeno porte. Em conseqüência, percebeu-se que os municípios ficavam a mercê de normas definidas de forma centralizada pelas Secretarias Estaduais e pelo Ministério da Saúde. As mudanças de regras, muito frequentes, quando acabavam de cumprir requisitos de uma Norma, ocorriam novas mudanças que os levavam a iniciar novo processo. Este fato demonstra que estado e União mantêm ainda com o nível municipal, uma importante relação de poder, ancorada em grande parte no controle dos recursos financeiros e, em conseqüência, os esforços em direção a uma autonomia municipal se consolidam muito lentamente. Não se opera uma descentralização de fato, pois na realidade se delegam, principalmente, competências ao município para execução de serviços de saúde, sem que haja um grande deslocamento de poder.

Para que essa autonomia realmente exista torna-se necessário que o processo seja acompanhado por uma correspondente descentralização de recursos. Porém, a descentralização financeira isolada também não é eficaz, tornando-se necessária uma definição legal da competência do nível local uma vez que a autonomia possui três aspectos principais: político, administrativo e financeiro.

Nessa situação, o objetivo principal da descentralização pode ter sido o de repassar tensões sociais, impedindo o acúmulo nos níveis mais elevados do sistema. Essa estratégia oferece um leque de opções para as negociações das organizações, pois existem diversas instâncias de conciliação. Permitiria ao usuário do sistema sentir-se valorizado ao fazer sua reclamação, às vezes, até diretamente ao secretário municipal de saúde.

Devido à diversidade das realidades locais, a descentralização vem ocorrendo de forma gradual, heterogênea, conflituosa e inovadora, em todo o território brasileiro, o mesmo se dando em Santa Catarina.

A restauração da autonomia é uma das propostas para combater o centralismo de recursos financeiros, técnicos e humanos, o que permite uma nova forma de relacionamento entre o poder político e a sociedade. O município, sendo o principal gestor da implantação do SUS, teria maiores chances de torná-lo uma conquista real.

A adequada atuação dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências Municipais de Saúde em nível municipal, estadual e nacional, vem contribuindo para uma maior visibilidade dos atos dos gestores, com acesso às informações necessárias à

ação de controle. Um dos instrumentos que traz visibilidade é a avaliação dos serviços de saúde. A pesquisa intitula a municipalização da saúde e o poder local no Brasil.

Existem, no entanto, poucos trabalhos abordando a avaliação com o enfoque dos efeitos do modelo assistencial. Nos últimos anos, a municipalização da saúde tem ocupado espaço privilegiado enquanto objeto de discussão, intervenção e avaliação por parte de diversos atores sociais envolvidos com a questão da saúde no Brasil. Tem apresentado diferentes graus de implantação e tem sido desenvolvida dentro dos limites impostos pela legislação, pelas normas e pelas ações do poder central, mas implementados de maneira diversa nos municípios e estados brasileiros.

A diversidade de situações permite a observação de que os municípios e os estados se apropriam de políticas definidas nacionalmente e as traduzem e/ou as adaptam de maneira própria em cada realidade, levando em conta as especificidades locais, as articulações de interesses corporativos, institucionais, econômicos e políticos.

Não cabe avaliar, de forma conclusiva, o sucesso ou o fracasso de um projeto com características tão complexas como o SUS, que apenas completou vinte anos, mas se torna necessário desenvolver análises parciais de sua implementação, principalmente as que contribuam para o aperfeiçoamento e/ou a redefinição das estratégias e diretrizes da política de saúde.

## **MUNICIPALIZATION OF THE HEALTH: THE PATH IN THE STATE OF SANTA CATARINA**

### **ABSTRACT**

The last decades have been marked by intense changes in the Brazilian health unique system . The Health Unique System (SUS), is established with the goal of putting in order again the health services and actions. Due to differences in local realities, the decentralization has happened in a gradual, heterogeneous, conflicting and innovative way all over the country and the same thing is happening in Santa Catarina. The stimulus to local autonomy is one of the proposals to reduce the power and resources centralism, creating a new way of relationship between the public administration and society. The Basic Operational Rules analysis shows a tendency to enlarge autonomy. There are three stages that characterize the municipalization process in the state of Santa Catarina: Resources decentralization covenants and agreements. The study evaluates the municipalization effects in the attendance pattern as decentralization policy.

**Keys Words:** Municipalization of the Health; Decentralization of the Health; Unique System of Health.

### **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição Federal**. Brasília: Gráfica do Congresso Nacional, 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 8.080**. Brasília: Gráfica do Congresso Nacional, 1990a.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 8.142**. Brasília: Gráfica do Congresso Nacional, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS 01/1991**. Brasília: MS, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS 01/1992**. Brasília: MS, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Descentralização da ação de saúde: a ousadia de fazer cumprir a lei**. Brasília: MS, 1993a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/545 de 20 de maio de 1993 - Norma Operacional Básica SUS 01/1993. **Diário Oficial da União**, 24 maio 1993b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual avançando para a municipalização plena da saúde: o que cabe ao município**. Brasília: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/1742 de 30 de agosto de 1996 - Norma Operacional Básica do SUS 01/1996. **Diário Oficial da União**, 30 ago. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha do tempo da saúde. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/06.htm>. Acesso em: 06 out. 2008.

CASTRO, M. H. G. Descentralização e políticas de saúde: tendências recentes. Planejamento e Políticas Públicas. **Revista Desafios do Desenvolvimento**, Brasília, n. 5, jun. 1991.

HORTALE.V., CONILL, E. M., PEDROZA, M. Desafios na construção de um método para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p.79-88, jan./mar, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n1/0038.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2008.

LUCHESE, P.T.R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do sistema único de saúde-retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, v. 4, n. 14, dez. 1996. p.76-156. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp14/patricia.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2008.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Estatuto da ASSESC: Associação de Serviços Municipais de Saúde do Estado de Santa Catarina**. Florianópolis: ASSESC, 1986.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Estatuto do COSEMS: Conselho de Secretários Municipais de Saúde**. Florianópolis: COSEMS, 1994a.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: SUS**. Florianópolis: 1994b.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório gerencia de descentralização das unidades ambulatoriais das portarias de habilitação dos municípios catarinenses na Norma Operacional Básica 01/93**. Florianópolis, 1995.

TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. **Rev. adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.78-99, fev./abr., 1990.

UGA, M. A. D. Descentralização e democracia: o outro lado da moeda. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, v.5, jun. 1991.