

# Perspectivas da descentralização na saúde pública

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA<sup>1</sup>

O debate sobre a descentralização das funções do Estado, inserido em conjunto amplo de propostas de reformas econômicas e sociais, ganhou grande impulso nas últimas décadas. As principais causas do revigoramento dessa discussão estão relacionadas à falência de diferentes modelos de desenvolvimento, tanto nas economias capitalistas centrais (*Welfare State*), como nas capitalistas periféricas (Estado desenvolvimentista), e nas socialistas. (Affonso, 2000). Esses modelos se caracterizaram por forte ingerência estatal nos campos econômico e social, seja o Estado como agente direto ou como regulador das relações econômicas e sociais. Mas não conseguiram superar o aguçamento de crises fiscais repetidas e o aumento do desemprego, gerando novos focos de pobreza. Tampouco conseguiram encontrar uma inserção mais satisfatória na nova economia globalizada.

A discussão sobre descentralização tem como um dos pontos fundamentais a redefinição das relações Estado-sociedade. Entre os grupos conservadores, passou-se a defender uma descentralização radical, com o objetivo de reduzir o Estado a funções mínimas – proteção contra a força, o roubo, a fraude, além da garantia dos contratos (Nozick, 1974). A ação do Estado nas áreas sociais, segundo essa visão, ficaria restrita a um pequeno conjunto de bens públicos e a programas assistenciais para a população mais pobre (Mendes, 2001).

Em outra vertente, a redefinição dessas relações passaria por uma reorganização do Estado, tornando-o menor, mais ágil, forte e eficiente. Nas palavras de Castells (1995):

*“um Estado flexível e aberto para o sistema mundial e para a sociedade, capaz de descentralizar-se e diversificar-se em direção ao local e ao regional, conectando-se não com a sociedade civil, mas com as sociedades civis”.*

Na América Latina, em particular, a descentralização vem associada não somente à crise fiscal e a problemas de governabilidade, mas também aos processos de redemocratização a partir dos anos 1980 (Affonso, 2000). O que faz com que seja, muitas vezes, tomada como um componente essencial ao exercício da democracia.

No campo da provisão de serviços públicos, os grupos defensores da descentralização apontam a aproximação do poder decisório da população como fator facilitador de definição de prioridades e maior controle, pela sociedade, da qualidade dos serviços e da correta aplicação dos recursos. Além de permitir uma melhor integração entre atividades intersetoriais e entre agências governamentais e não-governamentais.

Entre as debilidades, citam-se as ineficiências por perda de escala e de escopo de algumas atividades ou políticas; as fragilidades administrativas da maioria dos governos locais; as

possibilidades de incremento do *clientelismo*; e o aumento das desigualdades entre as unidades federadas, se o processo não for acompanhado por políticas federais redistributivas.

Uma consideração importante diz respeito às distintas formas através das quais a descentralização pode se expressar:

- no sentido do Estado para a sociedade civil, tanto pode ser do Estado para organizações da sociedade civil (associações de moradores e moradoras, sindicatos, organizações sociais etc.) ou a privatização de serviços públicos; e
- entre esferas de governo, a transferência de poder da União para os governos subnacionais (estados e/ou municípios).<sup>2</sup>

## Mobilização reformadora

O processo de descentralização na área da Saúde é um movimento que começou a se estruturar ao longo da década de 1980. Porém, ganhou contornos mais definitivos na Constituição de 1988 e na legislação infraconstitucional subsequente (Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, normas e portarias regulamentadoras).

Institucionalmente, as primeiras iniciativas buscavam não mais do que uma maior participação dos estados e municípios na prestação de serviços. Como ocorreu na proposta não implementada do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – Prevsaude –, em 1980. Entre outras ações, incluía proposta de significativa expansão das redes estaduais e municipais.

A descentralização, a integralidade da assistência e a regionalização dos serviços constituíram os principais fundamentos da estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS), criada em 1984, como um desdobramento do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, de 1982.

<sup>1</sup> Médico sanitário, pesquisador do Ipea (Instituto de Política Econômica Aplicada).

<sup>2</sup> Neste artigo será tratada apenas a descentralização da União para os governos subnacionais, no caso da Saúde.

Finalmente, em 1987 foi instituído o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), que, de forma mais efetiva:

*“antecipou a formulação de várias propostas no campo da descentralização, como a transferência da gestão de unidades próprias do Inamps para estados e municípios mediante convênio, a cessão de bens, inclusive imóveis, e de recursos humanos, repasse de recursos para outras instâncias de governo e, ainda, a representação popular nos seus colegiados gestores (Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS; Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde – Cris e Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde – Cims)”* (Guedes, 1988: 15).

Essas iniciativas, ao longo da década de 1980, objetivavam, na verdade, contornar outros problemas igualmente prementes do sistema público de saúde, como a falta de unicidade de comando e as desigualdades no acesso aos serviços.

Politicamente, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um marco para a reorganização setorial. O relatório dessa conferência foi referência para os/as constituintes que participaram da elaboração da Carta de 1988 e para os/as militantes do “movimento sanitário brasileiro”. Na verdade, o sucesso do movimento descentralizador na área da Saúde pode ser atribuído, em boa medida, à presença de uma coalização reformadora, capaz de elaborar um projeto, de mobilizar os atores setoriais e de negociá-lo com as autoridades governamentais e constituintes (Almeida, 1995).

## O que diz a legislação

A Constituição de 1988 revela nítida propensão descentralizadora, tanto em relação a temas gerais, quanto, em particular, à área da Saúde. No âmbito geral, essa tendência se manifesta em vários dispositivos, como na atribuição ao município do *status* de ente federado dotado de autonomia (Arts. 1º e 18); na determinação de que, nos casos de competências concorrentes, a União limitar-se-á a estabelecer normas gerais; e no estabelecimento de uma nova partilha tributária, que aumentou a participação de estados e municípios nos tributos federais e ampliou o poder de tributação dessas instâncias.

Para a área da Saúde, esta orientação também está claramente colocada: a descentralização (Art. 198, I) e a participação da comunidade (Art. 198, II) passaram a ser diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde; a competência concorrente das três esferas de governo – cuidar da Saúde e da Assistência Pública (Art. 23, II) – é genérica; apenas o município – o ente federativo com o qual cidadãos e cidadãs têm relações mais próximas, freqüentes e imediatas – recebeu a missão específica de prestar serviços de atendimento à saúde da população. À União e ao Estado cabe prover a cooperação técnica e financeira necessária ao exercício desse encargo (Art. 30, VII) (Barros *et alii*, 1996).

Foram necessários três anos, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080, de 1990), para que fosse desenhada uma estratégia mais clara para o processo de descentralização. A Norma Operacional Básica (NOB/SUS 01/93), aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde (nº 545), de 20 de maio de 1993, que estabeleceu *“normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde”*, formalizou essa estratégia.

Diante da diversidade de situações (populacional, econômica e administrativa) que caracteriza o perfil dos municípios brasileiros, foram estabelecidos pela NOB 01/93 estágios de gestão – incipiente, parcial e semiplena. Estes representavam diferentes níveis de responsabilidades e autonomia de gestão. No entanto, somente na condição de gestão semiplena é que os estados e municípios passavam a ter responsabilidade integral sobre a gestão da prestação de serviços. Em contrapartida, passavam a receber mensalmente do Ministério da Saúde o total de recursos correspondente aos tetos estabelecidos para o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar.

Um dos entendimentos básicos então pactuado foi o de que a descentralização deveria se efetivar de forma negociada e gradual, com liberdade de adesão por parte das unidades federadas. Essas poderiam escolher em que condição de gestão queriam se enquadrar, desde que atendidos requisitos estabelecidos na norma operacional. Para instrumentalizar e dar continuidade ao processo de negociação, na esfera federal foi instalada a Comissão Intergestores Tripartite – CIT (composta por gestores do SUS dos três níveis de governo).

Em cada estado, passou a funcionar uma Comissão de Intergestores Bipartite – CIB (representantes das secretarias estaduais e municipais de Saúde). Às CIBs foi atribuída a seguinte função:

*“adequar as normas nacionais às condições específicas de cada estado e propor medidas reguladoras da relação estado/municípios e município/município na implementação do sistema único de saúde, conduzindo, assim, o processo de descentralização na esfera estadual”* (Lucchesi, 1996).

Ressalte-se, entretanto, que essas comissões têm o papel de fóruns técnicos de negociação. As decisões nelas pactuadas devem ser referendadas pelos Conselhos de Saúde e pelos gestores do sistema (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de Saúde).

A NOB 01/93 tinha, no entanto, uma grande limitação por tratar apenas da descentralização da assistência médico-hospitalar. Não incorporava no esforço descentralizador a execução de outras atividades, como a vigilância sanitária, epidemiológica e o controle de doenças. Ademais, à época, vivia-se grande insegurança em relação à estabilidade do financiamento setorial. Isto porque o repasse de recursos da Previdência Social para o Ministério da Saúde havia cessado e

ainda não tinha sido instituída a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF – como uma das fontes de financiamento da área da Saúde.

Em novembro de 1996, com a aprovação da NOB 01/96, mudanças fundamentais foram introduzidas na sistemática definida pela NOB 01/93. As formas de gestão municipal reduziram-se a duas: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde. A criação do *status* de gestor da atenção básica permitiu que inúmeros municípios brasileiros – que não tinham condições de assumir a gestão integral do sistema – pudessem, ao menos, habilitar-se à gestão do nível mais básico da atenção à saúde. Outros aspectos positivos foram:

- manutenção do processo democrático inaugurado pela NOB 01/93;
- ampliação da descentralização de recursos ao incluir, como objeto de repasses automáticos, além dos recursos destinados à assistência médica, outros destinados ao controle de doenças transmissíveis, vigilância sanitária e epidemiológica;
- criação do Piso Assistencial Básico (PAB), valor *per capita* que passou a ser transferido diretamente aos municípios habilitados e destinado ao custeio de serviços básicos de saúde;
- sinalização para mudança do modelo assistencial, ao intensificar o apoio à adoção de estratégias como o Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde;
- criação da Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumento central para definição da oferta dos serviços e critérios de alocação dos recursos para os estados e municípios.

Apesar de aprovada em 1996, a NOB 01/96 passou por um período de indefinições – durante o ano de 1997 e boa parte do ano de 1998 – devido a discussões a respeito dos valores do PAB. Nesse período, foram inseridas algumas modificações e o PAB passou a ser denominado Piso da Atenção Básica, composto de uma parte fixa (PAB original) e de uma parte variável, composta por incentivos financeiros à implantação do Programa de Saúde da Família, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, bem como à vigilância sanitária, ao combate a carências nutricionais e à aquisição de medicamentos básicos (Oliveira Jr., 2000).

Este primeiro momento do processo de descentralização do Sistema de Saúde Brasileiro (período das Normas 01/93 e 01/96) caracterizou-se por um forte viés municipalizante, no qual o papel das secretarias estaduais de Saúde era apenas residual. Ademais, intensificou-se o conflito horizontal entre as municipalidades com o cerceamento de demandas de assistência advindas de municípios vizinhos, instaurando uma tendência de fragmentação do sistema, com comprometimento da solidariedade e do compartilhamento das responsabilidades de gestão (MS/SAS - Secretaria de Assistência à Saúde – 2002). Significa que a NOB 01/96 não propiciou a construção solidária

de redes hierarquizadas de serviços nos espaços supramunicipais e não criou mecanismos que efetivamente facilitassem o acesso de cidadãos e cidadãs a serviços de maior complexidade tecnológica (Campos, 2001).

A heterogeneidade dos municípios brasileiros em relação ao tamanho populacional e as condições econômicas e de oferta de serviços agravavam esse quadro, uma vez que poucos municípios têm condições de montar, em suas bases territoriais, sistemas auto-suficientes em relação às necessidades de atendimento da população.

Na tentativa de solucionar esse problema, foram criados Consórcios Intermunicipais de Saúde, situação em que diversos municípios se associam para prover determinados serviços. Contudo, essas formas associativas mostraram-se instáveis e incapazes de resolver o problema da falta de uma coordenação/articulação sistêmica mais geral no âmbito estadual.

Para enfrentar essas dificuldades foi negociada a Norma Operacional da Assistência Saúde – NOAS/SUS 01/01, instituída pela Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Os objetivos declarados dessa Norma foram incrementar a resolutividade da atenção básica e aumentar a acessibilidade a uma atenção mais integral, mediante a regionalização e hierarquização da rede assistencial, reforçando o propósito de organização dos sistemas estaduais.

Paralelamente, a responsabilidade dos municípios na provisão da atenção básica foi ampliada com a criação da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA). De acordo com a NOAS 01/01, todos os municípios deverão assumir os procedimentos do atual Piso de Atenção Básica (PAB), mais um elenco mínimo de procedimentos ambulatoriais de menor complexidade. Além disso, conforme a NOAS 01/01:

“o gestor municipal deverá participar ativamente do processo de regionalização e de Programação Pactuada Integrada no estado, visando garantir o acesso de sua população aos outros níveis de atenção cujos serviços não estejam em seu território”.

A NOAS também instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como “*instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e Distrito Federal*”.

O PDR deve ser elaborado de forma a garantir “*o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências municipais*”.

Devem ser definidas regiões/microrregiões de Saúde como território-base para o planejamento da atenção à saúde. O município-sede de módulo assistencial deve ofertar, além dos procedimentos de atenção básica ampliada, um conjunto mínimo de serviços de média complexidade para sua população e para a população de outros municípios a ele vinculados – como radiografia simples, ultra-sonografia obstétrica, primeiro atendimento em clínica médica e pediatria, entre outros.

## Perdas e ganhos

Apesar da descentralização ser uma das diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde, medidas mais concretas para dar início ao processo só começaram a ser tomadas com a Norma Operacional 01, de 1993.

Sua grande virtude foi estabelecer gradualidade, flexibilidade e pactuação como condições essenciais ao desenvolvimento do processo de descentralização. Seus resultados, dessa forma, não devem ser avaliados com base no número de municípios ou de estados que assumiram responsabilidades com a condição mais avançada de gestão descentralizada – semiplena. Mas em função do desenvolvimento de um ambiente de discussão permanente entre as três esferas de governo e da criação de instrumentos de negociação representados pela Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito federal, e pelas Comissões Intergestores Bipartites, no âmbito dos estados.

Efetivamente, entre 1993 e 1997, período de vigência da NOB 01/93, apenas 144 municípios (cerca de 2,5% do total) habilitaram-se à gestão semiplena, condição em que recebiam repasses diretos do Fundo Nacional de Saúde e se responsabilizavam integralmente pela assistência à saúde de suas populações.

A maioria dos municípios (2.941 – cerca de 54% do total) habilitou-se na condição de gestão parcial, situação na qual não recebiam repasses fundo a fundo, além de lhes serem transferidas poucas responsabilidades. Um dos requisitos para a habilitação em qualquer uma das formas de gestão descentralizada era a existência de Conselhos de Saúde em funcionamento. Assim, a NOB 01/93 exerceu o importante papel de estímulo à formação, em quase todos os municípios brasileiros, desse instrumento de participação da sociedade.

Ao final de 1996, e durante todo o ano de 1997, as habilitações pela NOB 01/93 haviam praticamente estancado, fosse em decorrência das incertezas quanto ao financiamento do sistema, fosse pelo fato de já terem sido iniciadas as negociações para edição de uma nova Norma Operacional.

A NOB 01/96, que começou a ser efetivamente implantada em 1998, trouxe inovações importantes. As principais foram a criação do Piso Ambulatorial Básico (PAB), com a definição de apenas duas formas de gestão descentralizada para os municípios: gestão plena da atenção básica e plena do sistema municipal, e a ampliação de recursos para a descentralização de outras atividades, além da intensificação de programas como o *Saúde da Família* e de *Agentes Comunitários de Saúde*.

A criação da condição de gestor pleno da atenção básica, criticada inicialmente como uma diminuição das competências municipais, mostrou-se uma medida adequada, diante das desigualdades existentes entre os municípios brasileiros. Foi graças à sua instituição que um grande número de municipalidades passou a gerir, pelo menos, seus serviços básicos de saúde.

Até o início de 2000, mais de 99% dos municípios brasileiros já haviam aderido a um dos dois tipos de gestão descentralizada previstos na NOB/SUS 01/96. O processo permitiu o desenvolvimento e amadurecimento de experiências exitosas nos municípios e a formação de um importante contingente de profissionais qualificados nas diversas áreas do SUS.

Mais de 4.950 municípios se habilitaram à Gestão Plena da Atenção Básica e 564 municípios, à Gestão Plena de seus sistemas de saúde. No tocante às secretarias estaduais de Saúde, os números são menos expressivos: Alagoas, Distrito Federal, Santa Catarina, Pará e Ceará estavam habilitados à Gestão Plena do Sistema Estadual, e São Paulo, Bahia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraíba à Gestão Avançada do Sistema Estadual.

Como decorrência da NOB 01/96, a descentralização de recursos para estados e, principalmente, para municípios sofreu grande incremento. A intensidade desse processo pode ser constatada na **Tabela 1**. Nela se observa a evolução das formas de utilização dos recursos do Ministério da Saúde destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, que correspondem, em média, a 60% dos recursos para Outros Custeios e Capital (OCC) daquele órgão, no período 1998 a 2000.

Tabela 1 (em R\$ milhões/dez. de 2000)

**SUS: distribuição dos recursos com assistência hospitalar e ambulatorial, segundo a forma de utilização orçamentária e destinação, 1998 a 2000**

ESPECIFICAÇÃO	1998		1999		2000	
	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%
Pagamentos diretos	6.476	55,3	5.957	45,9	5.066	39,1
Transferências (total)	5.232	44,7	7.027	54,1	7.927	61,1
<b>Total</b>	<b>11.708</b>	<b>100,0</b>	<b>12.984</b>	<b>100,0</b>	<b>12.993</b>	<b>100,0</b>

Fonte: MS/SE/Datasus

Os pagamentos diretos representam, basicamente, a remuneração de serviços de provedores estaduais e municipais, públicos ou privados, que ainda é feita diretamente pelo Ministério da Saúde. As transferências correspondem aos repasses *fundo a fundo*, feitos pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios que se encontram na condição de gestão plena do sistema e aos municípios na condição de gestão plena de atenção básica.

Nesses repasses, no caso dos municípios habilitados na gestão plena da atenção básica, são transferidos os recursos da parte fixa do PAB e recursos para programas e atividades que são objeto dos "incentivos", tais como: *Programa da Saúde da Família*, *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*, *Farmácia Básica*, *Controle Descentralizado de Endemias* etc. (PAB-variável). No caso dos municípios em gestão plena do sistema municipal, os repasses incluem tanto recursos para a assistência

de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC), como recursos para a Atenção Básica (PAB-fixa e PAB-variável).

Os pagamentos diretos, que representavam 55,3% do gasto total em assistência hospitalar e ambulatorial em 1998, passam a responder por 39% dos gastos em 2000, demonstrando que o relacionamento direto Ministério da Saúde/provedor está em decréscimo. Em valores monetários, verifica-se que há uma diminuição nessa forma de execução dos recursos.

O crescimento das transferências *fundo a fundo* é notório, tanto em termos percentuais em relação ao gasto total, quanto em valores absolutos. No primeiro caso, as transferências, que representavam 44,7% do gasto total em 1998, passam a responder por 61% do gasto em 2000. Em valores constantes passa-se de cerca de R\$ 5,2 bilhões, em 1998, para R\$ 7,9 bilhões, em 2000. As transferências específicas para a Atenção Básica também apresentam grande crescimento: de R\$ 1,8 bilhão, em 1998, para cerca de R\$ 3,2 bilhões, em 2000 (Tabela 2).

Tabela 2 - (em R\$ milhões/dez. de 2000)  
SUS: distribuição das transferências por estados e municípios, segundo destinação, 1998 e 2000

ESPECIFICAÇÃO	1998		1998		2000	
	VALOR	%	VALOR	%	VALOR	%
Transferências	5.232	100,0	7.027	100,0	7.927	100,0
Atenção Básica	1.833	35,0	2.772	39,4	3.196	40,3
Média e alta complexidade	3.399	65,0	4.255	60,6	4.731	59,7

Fonte: MS/SE/Datasus

Esses dados demonstram o grande incremento dos repasses de recursos federais para as gestões estadual e municipal. Para os grupos defensores mais ferrenhos da descentralização, entretanto, tais números escondem algumas peculiaridades que necessitam ser esclarecidas – sobretudo no item referente às transferências para a “Atenção Básica”. Nesse item, está incluída a “parte fixa do PAB”, que corresponde ao valor transferido para o desenvolvimento de uma série de ações, basicamente de assistência individual, antes remuneradas segundo o tipo de procedimento realizado, e cujo montante transferido corresponde a um per capita mensal.

Para esta parcela, o gestor subnacional pode fazer a utilização que julgar mais adequada, desde que seja na prestação de atenção básica. Em outras palavras, tem liberdade de alocação. Esta parcela, que corresponde a cerca de R\$ 1,7 bilhão a partir de 1998, não tem recebido quase nenhum acréscimo, ou seja, o *per capita* estabelecido em 1998 (mínimo de R\$ 10 por habitante/ano) não foi reajustado desde sua criação.

Com o montante do PAB-fixa praticamente congelado, todo o crescimento observado nas transferências para a atenção básica é de responsabilidade de recursos repassados para o desenvolvimento de programas ou atividades determinadas. Alguns exemplos: Programa de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Farmácia Básica, Combate a Carências Nutricionais etc. Para os grupos defensores da descentralização, isso retiraria do gestor municipal a competência de decidir sobre o uso local mais adequado para os recursos.

No âmbito local, são significativos alguns resultados obtidos no processo de descentralização. Sobretudo naqueles municípios que assumiram responsabilidade integral pela gestão do sistema. A gestão municipal tem permitido negociações com os provedores de serviços com reorientações na oferta assistencial, adequando-a às prioridades e necessidades locais.

Paralelamente, a municipalização da operação dos bancos de dados referentes a internações (SIH) e atendimentos ambulatoriais (SIA) permitiu a criação de sistemas informatizados de marcação de internações e consultas médicas em vários municípios. Conferiu assim maior comodidade e presteza no acesso a esses serviços. Resultados também começaram a aparecer na diminuição de internações suscetíveis de prevenção, como nos casos de doença diarreica, infecções respiratórias em crianças, em decorrência de um melhor atendimento ambulatorial.

Pesquisa feita pela Organização Pan-Americana de Saúde no Ceará, numa amostra de municípios de vários tamanhos, constatou que as quedas da mortalidade infantil foram maiores nos municípios com gestão descentralizada em relação aos não-descentralizados (de 16% a 26%). A produtividade média das consultas médicas foi 21% maior nos municípios com gestão descentralizada em relação aos com gestão não-descentralizada (Soares, 1993).

Apesar das inúmeras experiências exitosas – que podem ser facilmente identificadas em todas as regiões do país – o processo de descentralização deixa transparecer uma série de problemas. Estão relacionados à eficiência, à integralidade do atendimento e à equidade na alocação de recursos e na utilização dos serviços que, em parte, podem ser atribuídos à forma com que se vem dando sua implementação.

As Normas Operacionais 01/93 e 01/96, ao privilegiarem o contato direto entre a União e os municípios, conferiram, sem dúvida, maior velocidade ao processo de descentralização. Porém também desvendaram novos desafios. Propiciaram que a quase totalidade dos municípios brasileiros assumisse alguma responsabilidade na gestão da atenção à saúde de suas populações. Mas também criaram uma tendência de fragmentação do sistema, com comprometimento da solidariedade entre as esferas de governo e do compartilhamento nas

responsabilidades de gestão. Além disso, a orientação do processo, tendo como ator preferencial os municípios, implicou uma retração das secretarias estaduais de Saúde no seu papel coordenador do SUS no âmbito do Estado.

Começou a ocorrer um cerceamento, nos municípios em gestão plena do sistema municipal, da demanda por atendimento de populações residentes nos municípios vizinhos. Na verdade, a excessiva autonomização, não solidária, dos subsistemas municipais acarreta dois comportamentos oportunistas. Parte dos municípios com gestão plena do sistema reclama e até dificulta o atendimento de pacientes que chegam de outros municípios – sob a alegação de que esses/as pacientes consomem recursos destinados à sua população; e a postura daqueles municípios que adotam a *empurroterapia*, transferindo, seguidamente, as suas responsabilidades assistenciais para outros centros.

O pequeno porte da maioria dos municípios brasileiros torna inviável atender no seu próprio território, até mesmo por motivos de eficiência, escassez de recursos humanos especializados e de recursos financeiros, todas as demandas por serviços, especialmente os de maior custo e complexidade. Essa situação requer o estabelecimento, de forma planejada, de espaços supramunicipais de assistência à saúde, sem os quais, recursos públicos serão aplicados de forma pulverizada e a população, sobretudo a dos pequenos municípios, continuará com dificuldades de acesso ao atendimento integral de suas necessidades de saúde.

A NOAS 01/2001 procura responder a alguns dos desafios citados. A ênfase na regionalização assistencial, através do reforço do papel indutor da Programação Pactuada Integrada (PPI) e do Plano Diretor de Regionalização (PDR), e também o estabelecimento de Termos de Compromissos entre secretaria estadual e municipais, para o ordenamento e garantia da assistência dos casos que necessitam ser transferidos para outras localidades, são esperanças de reordenamento da oferta assistencial com a superação dos problemas detectados. Mas a reorganização da rede e sua expansão planejada requerem um plano consistente de investimentos estratégicos em infra-estrutura, sem o que o esforço de desenhar a regionalização/hierarquização da rede de serviços poderá se revelar infrutífero.

Um dos problemas da descentralização do Sistema Único de Saúde é a complexa e intrincada rede de relações funcionais presentes no federalismo brasileiro, que, somada aos processos de crescente autonomia dos municípios, gera problemas para a construção de um sistema de saúde minimamente coordenado. Agravam esse quadro as heterogeneidades entre estados e entre municípios e o fato de que os limites territoriais e administrativos desses entes de governo muito raramente

correspondem, ou mesmo podem vir a corresponder, a uma rede de serviços capaz de oferecer atendimentos de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

No Brasil, a maioria dos municípios não tem condições, por razões econômicas e de tamanho populacional, de possuir sistemas auto-suficientes, o que requer o estabelecimento de redes assistenciais supramunicipais e, até mesmo, interestaduais articuladas, capazes de propiciar acesso integral às necessidades de saúde da população.

Numa primeira etapa, 1993-2001, a orientação do processo de descentralização foi nitidamente municipalizante. De um lado, possibilitou a transferência de funções gestoras para a quase totalidade dos municípios. De outro, resultou numa fragmentação da oferta de serviços sem maior articulação intermunicipal, dificultando, em muitos casos, o acesso dos/as pacientes, a diferentes níveis de atendimento,

A tendência com a NOAS 01/01 é a criação de um ambiente mais cooperativo, no qual uma organização regionalizada dos serviços, sem a perda da autonomia municipal, contribua para a construção de redes assistenciais capazes de fornecer serviços de forma mais integral e equitativa. ■

## Referências bibliográficas

- AFFONSO, R. B., A. - Descentralização e reforma do Estado: a Federação Brasileira na encruzilhada. In: *Economia e Sociedade*, Campinas (14), jun. 2000.
- ALMEIDA, M. H. T. - Federalismo e Políticas Sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol 10 n. 28, p. 88-108, 1995.
- BARROS, M, E *et alii* - Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas. Texto para Discussão n. 401, IPEA, Brasília, fevereiro de 1996, p. 30.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório de Gestão da Secretaria de Assistência à Saúde 1998/2001, 2, ed. revista e modificada, Brasília, MS, 2002.
- CAMPOS, F. C. C. de C - Gestão Intergovernamental e Financiamento do Sistema Único de Saúde: Apontamentos para os Gestores Municipais, In: MS/SAS/CGPRH, Gestão municipal: textos básicos, Brasília, 2001.
- CASTELLS, M. - Os novos paradigmas tecnológicos e suas implicações econômicas e sociais, Brasília, mimeo, 1995.
- GUEDES, J. S. - Considerações acerca do processo de criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - Suds, mimeo, 1988.
- LUCCHESI, P. T. R - Descentralização do financiamento e da gestão da assistência à saúde no Brasil: A implementação do Sistema Único de Saúde - Retrospectiva 1990 - 1995, 42 p., mimeo. 1996.
- MENDES, E. V - Os grandes dilemas do SUS, tomo II, Salvador, Ba, Casa da Qualidade Editora, 2001.
- NOZICK, R. - Anarchy, State and Utopia, Paperback, 1977.
- OLIVEIRA Jr., M. - Critérios para repasse dos recursos federais/Papel redistributivo do Governo Federal (MS) e estadual no financiamento da saúde. XI Conferência Nacional de Saúde. Textos iniciais. <http://www.datsus.gov.br/cns/11Conferencia/textos>, junho de 2000.
- SOARES, S.M.S., *et alii* - Mortalidade infantil e municipalização da saúde no estado do Ceará, Fortaleza, Escola de Saúde Pública, 1993.