

DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AS DIFICULDADES DE O MUNICÍPIO PROGRAMAR

HEALTH SYSTEM SINGLE DECENTRALIZATION: THE DIFFICULTIES COUNTY PROGRAM

JEFFERSON HOLLIVER MOTTA

Nutricionista (UFMT) Acadêmico do 4º Período de Direito do UNICURITIBA;
Observatório sobre o Direito à Saúde e Cidadania UNICURITIBA/ CNPq
jhmotta@gmail.com Bolsista CNPq

MARÍLIA DA CUNHA E SILVA

Acadêmica do 8º período Direito do UNICURITIBA Observatório do Direito à Saúde e Cidadania
UNICURITIBA/CNPq. mariliasilva@yahoo.com.br

SANDRA MACIEL-LIMA

Pesquisadora e Docente do UNICURITIBA; Líder do Grupo de Pesquisa: Observatório
sobre o Direito à Saúde e Cidadania CNPq/UNICURITIBA
maciellima.sandra@gmail.com

RESUMO

Este trabalho busca refletir sobre as dificuldades que levam o município a se programar e fazer cumprir o Direito Constitucional à Saúde de maneira mais efetiva. Para tanto, utiliza-se de revisão bibliográfica sobre o tema e da análise qualitativa de entrevista semi-diretiva realizada com um Secretário Municipal de Saúde, denominado E1. Apresenta-se um breve resgate histórico do processo de construção do Sistema Único de Saúde, da descentralização e de seu aporte jurídico. Na sequência, destacam-se algumas dificuldades que os municípios encontram na gestão descentralizada e na busca por um novo modelo de atenção, na visão de um Secretário Municipal de Saúde. Conclui-se que o atual modelo de atenção e principalmente o modelo de gestão do governo são sem dúvida pontos chaves que dificultam a programação do Município e a garantia da efetividade do direito à saúde a todos os cidadãos. O governo tem que servir ao cidadão e não o cidadão servir ao governo.

Palavras chave: Reforma dos Serviços de Saúde, Sistema Único de Saúde, Conferência de Saúde, Política de Saúde.

ABSTRACT

This paper seeks to reflect on the difficulties that lead the council to set and enforce the constitutional right to health more effectively. Therefore, we use literature review

on the subject and qualitative analysis of semi-directive performed with a Municipal Health Secretary, called E1 interview. Presents a brief historical review of the Unified Health System (SUS), decentralization and its legal input process. Following, we highlight some difficulties that municipalities are in decentralized management and the search for a new model of care, the vision of a Municipal Health Secretary. It is concluded that the current model of care and especially the management model government are undoubtedly key points that complicate programming Municipality and ensuring the effectiveness of the right to health for all citizens. The government has to serve the citizen, not the citizen serve the government.

Keywords: Reform of Health Services, Health System, Health Conference, Health Policy.

INTRODUÇÃO

São 26 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) desde o reconhecimento do direito a saúde na constituição de 1988. Foram editadas importantes leis, marcos de fortalecimento e consolidação de uma saúde pública de acesso universal, como: a Lei 8080, de 1990, Lei 8.141, de 1990; Lei 9656, de 1998; Lei 12.401, de 2011; Lei 12.446, de 2011, e o Decreto 7.508, de 2011, que regulamenta a Lei 8080. O SUS teve como perspectiva na sua formulação e proposta de organização a implantação dos Sistemas de Saúde Municipais, sistemas regionalizados de base municipal, num processo de negociação e dinâmica entre os níveis de governo municipal, estadual e federal, visando assegurar melhor atenção à saúde da população (SANTOS, 2012).

A descentralização tem sido um dos maiores consensos no âmbito das políticas públicas, inclusive entre os diferentes movimentos de reforma do estado e da administração pública. Ela tem sido difundida tanto pelos movimentos mais conservadores, quanto pelos mais progressistas. Variam, porém, a percepção e os objetivos: redução do tamanho do Estado e maior eficiência no primeiro caso, e maior eficácia, justiça social e democracia no segundo.

Vivenciando esta prática no cotidiano, pode-se perceber que a estrutura de poder local, principalmente nos municípios menores, ainda é um potente fator explicativo para as dificuldades da descentralização, pois nestes municípios ainda prevalece uma estrutura política patrimonialista. O grande desafio na regionalização do Sistema de Saúde no Brasil é estruturar a Rede Básica de Saúde para prover ações e serviços de saúde suficientes para o município.

Nesse sentido, este artigo visa refletir sobre as dificuldades que levam o município a se programar e fazer cumprir o direito constitucional à saúde de maneira

mais efetiva. Para tanto, utiliza-se de revisão bibliográfica sobre o tema e de análise qualitativa de entrevista semi-diretiva realizada com um Secretário Municipal de Saúde, denominado E1.

Na primeira parte do artigo, apresenta-se um breve resgate histórico do processo de construção do SUS e seu aporte jurídico. Na segunda parte, a descentralização será discutida sob o olhar de um Secretário de Saúde e, por fim, apresentam-se as considerações finais.

A CONSTRUÇÃO DO SUS E SEU APORTE JURÍDICO

A situação da saúde da população no período de 1945 á 1964 (como algumas variações) identificadas principalmente nos anos de 1950, 1956 e 1963, em que gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias, não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral (OLIVEIRA e TEXEIRA, 1986).

A política nacional de saúde nesse momento enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores Estatal e Empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter à ênfase política da saúde, entretanto, retomou as medidas da participação da previdência social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2000).

Nos anos 1980 a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica cujos efeitos persistem até os dias atuais. As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população (OLIVEIRA e TEXEIRA, 1986).

A saúde nessa década contou com a participação de novos sujeitos na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para o amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para

assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e fortalecimento do setor público (BRAVO, 2000).

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram à universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local, através de novos mecanismos de gestão – os conselhos de saúde (TEIXEIRA, 1993).

A formulação e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) é a resultante de um expressivo movimento de reforma sanitária, inserido no movimento mais amplo de redemocratização do país e que teve na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) um de seus locais privilegiados para o estabelecimento das grandes diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.5-6).

Desse modo, a saúde teve um expressivo reconhecimento e inserção na nova Constituição, promulgada em outubro de 1988, destacando-se sua inclusão como um componente da seguridade social, a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública e seu referencial político básico expresso no Artigo 196, no qual é assumido que "a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988). Além disso, foram assumidos também os princípios da universalidade, da equidade e integralidade às ações de Saúde (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.5-6).

A REGULAMENTAÇÃO JURIDICA DO SUS

A descentralização, como parte da estratégia de democratização, além de ser uma formulação técnico-administrativa, assume valores políticos finalísticos tais como a universalização, a equidade, o controle social, que não são enfatizados em uma perspectiva meramente racionalizadora (TEIXEIRA, 1990 citado por MULLER NETO, 1991, p.56).

Entretanto, sua regulamentação só se deu bom tempo depois da promulgação da constituição, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde que incorporou os princípios tópicos já consagrados na carta magna, saúde como direito do cidadão e dever do Estado, o conceito ampliado de saúde, incluído sua determinação social; e a construção do Sistema Único de Saúde estabelecido no final de 1990, com as Leis 8.080 e 8.142, (BRASIL, 1990b) nas quais se destacam os princípios organizativos e operacionais do sistema, com autonomia municipal, a descentralização dos recursos financeiros e a construção de modelo de atenção instrumentalizado pela epidemiologia com bases em um sistema regionalizado. (MULLER NETO, 1991, p. 64).

No plano executivo, ocorreram atos normativos e administrativos que têm relações e implicações com a implantação e operacionalização da política de saúde, particularmente quanto ao seu eixo de descentralização/municipalização. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.6).

Em junho de 1990, o Ministério da Saúde, com base na "unicidade" do sistema e na necessidade de estabelecer um sistema único de informações ambulatoriais e um sistema único de repasses financeiros considerou também "a necessidade de, para isto, adotarem-se métodos gerenciais modernos" e autoriza o INAMPS a implantar o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) por meio da Portaria GM 896, o que foi estabelecido pela Resolução INAMPS nº 227, de 27/07/90. O SIH-SUS já tinha uma base/sistemática operacional por meio do Sistema de Atenção Médico Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e seu instrumento, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.6).

A Resolução nº 228, de 11/8/90, do INAMPS equiparou os prestadores de serviços de saúde de natureza pública (inclusive os municípios) com aqueles de natureza privada. Foi à universalização da Tabela de Valores a serem pagos para os procedimentos produzidos. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.6).

Como as ações de Saúde são de relevância pública, cabe ao estado regulamentar e normatizar sua execução, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM 1.481, de 31/12/90, resolve que enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no artigo 35 da lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, será utilizado o critério populacional ficando o INAMPS, incumbido de implantar a nova política de financiamento do SUS para 1991, dentro dos recursos financeiros alocados ao seu orçamento para a aplicação nos serviços de saúde. (BRASIL, 1991).

Assim, com a definição dos recursos, os serviços podem ser perfeitamente municipalizados através de sua reprodução a nível local. Sendo esse processo legalmente definido e regulamentado pelo INAMPS pela Resolução INAMPS nº 258, de 07/01/91 expresso na Norma Operacional Básica/SUS nº 1, NOB SUS 01/91, (MENDES, 1995 p. 122), ressaltando-se que "são estabelecidos nesta NORMA tanto os aspectos de natureza operacional como também aqueles intrinsecamente necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988, nos três níveis de governo, como também do controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação de recursos" (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.6).

Mas, segundo MENDES "essa municipalização não pode fazer cumprir com os princípios constitucionais da saúde, porque se imita a um espaço de atuação de atenção médica sem contribuir, significativamente, para a institucionalização de um sistema que possa impactar, favoravelmente, os níveis de saúde da população". (MENDES, 1995. p.122).

Nesse cenário de descontentamento e críticas severas à NOB SUS-01/91, é editada Resolução nº. 273, de 17/07/1991 que modifica a NOB tendo como base as orientações e propostas apresentadas pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e outros setores da sociedade organizada que atuam na área da saúde, como profissionais, prestadores e usuários. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.7).

Entretanto as modificações apresentadas não foram suficientes para acalmar os ânimos dos setores envolvidos, então em fevereiro de 1992, foi editada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/92, norma esta, que continuava em desacordo aos ideais apresentados, mas que naquele momento, foi que chegou mais próxima de um consenso.

Estas regulamentações jurídicas e reformulações institucionais são, evidentemente, reflexos e instrumentos de decisões políticas maiores, das relações de poder no aparelho estatal e na sociedade (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.8), visando à implantação do sistema de proteção social. E como demonstrado diante das enormes divergências, não se mostra tarefa fácil.

A BUSCA POR UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO

A articulação dos dirigentes e técnicos municipais de saúde num movimento de pressão capilar exerceu influencia sobre os Constituintes, através de suas bases políticas locais e regionais, contribuindo para a aprovação do novo texto constitucional contribuiu para institucionalização do SUS, e esse apoio ao SUS por parte dos dirigentes municipais de saúde particularmente contribui para a ampliação e articulação das Secretarias Municipais de Saúde reivindicando o fim da "descentralização por etapas", mas essa descentralização não produziu uma mudança do modelo assistencial vigente. (MULLER NETO, 1991 p.63,64).

E no decorrer desse processo o Movimento Sanitário reivindicou e pressionou pela realização da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1992, com o tema "Saúde: a Municipalização é o Caminho", o que explicita a dimensão e o poder de articulação acumulados pelos defensores do SUS e de seu processo de descentralização na gestão dos serviços e ações de saúde. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.8).

Logo após a Conferência, foi destituído o governo e houve a expectativa e esperança de um novo momento de avanço democrático, reformulação do aparelho estatal, desenvolvimento econômico e social, com sua especificação na área da saúde. Assumiu a gestão da saúde um grupo técnico/político do Movimento Sanitário, à semelhança do início da Nova República, só que, agora, em outra realidade da reforma sanitária. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.8).

Essa gestão, como expressão desse Movimento, define e assume a decisão política de continuar a luta pela efetiva implantação do SUS, que se expressa no documento "A Ousadia de Cumprir a Lei" e na chamada Norma Operacional SUS 01/93, de maio de 1993. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.9).

Em sua Introdução, a Norma estabelece como objetivo "disciplinar o processo de descentralização de gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde"; reconhece que a construção do SUS é um

processo; que, neste processo, a diretriz de descentralização é uma variável complexa e, por isso, admite que ela deve ser feita como um processo, sem bruscas rupturas e, assim, estabelece diferentes níveis de gestão, enquanto complexidade e responsabilidade, possibilitando situações e períodos de transição no processo de descentralização do SUS, entre a "situação atual" e a "situação desejada", imagem objetivo de sua intervenção. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.9).

Para os Municípios, a situação atual é considerada a do Município Prestador de Serviço, na qual o Município não é gestor do sistema, numa relação de convênio e pagamento por produção, sem poder de interferência nos serviços que não pertencem à Secretaria Municipal de Saúde e as situações de transição foram estabelecidas em Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semi-Plena. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.9).

Para os Estados, a situação atual foi considerada a junção do atual e incipiente e, assim, as situações de transição foram as de Gestão Parcial e Gestão Semi-Plena. Para a coordenação, gerenciamento e controle deste processo, foram criados foros permanentes de negociação e deliberações, as Comissões Intergestoras e os Conselhos de Saúde. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.9).

Dada à complexidade do processo, a necessidade de sua potencialização e aprimoramento e o momento político de novas gestões Federal e Estadual, começou a ser estudada e formulada nova Norma Operacional, conhecida como NOB-SUS 01/96, que avança o processo de municipalização do setor saúde e, embora com as dificuldades referentes ao financiamento do SUS, foi implantada no início de 1998. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.10).

A NOB 96, publicada no Diário Oficial da União, através da Portaria GM/MS, de 06/11/96, em seu Art. 1º aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal. Assim, esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes públicos estaduais e federais são sempre corresponsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal (inciso II do Artigo 23, da Constituição Federal). Essa

responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1996).

As relações entre os municípios - com o estabelecimento das referências de pacientes de um município a serviço localizado em outro município - sempre se darão na relação entre gestores municipais, mediadas pelo estado, pactuadas e integradas na programação pactuada e integrada - a PPI. As relações entre os estados são mediadas pelo Ministério da Saúde (MS), nos fóruns de negociação, pactuação, articulação e integração representados pelas Comissões Intergestoras, a Tripartite (CIT) e as Bipartites (CIB). A PPI é o principal instrumento de pactuação entre os gestores, incorporando os objetivos, metas, referências intermunicipais e interestaduais, os recursos financeiros correspondentes definidos nos tetos financeiros por meio dos critérios estabelecidos nas CIBS e CIT e aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde. Para a gestão municipal, foram estabelecidas duas condições: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal (SANTOS, 1984).

O enfoque atual utilizado no planejamento local em distritos sanitários é o enfoque estratégico, o que implica em trabalhar com problemas de saúde, como o objeto deste processo, como foi referido. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.29).

Na análise situacional do sistema de saúde do Distrito Sanitário, deve-se levar em conta uma população em um dado território, num processo social determinado por variáveis biológicas, ambientais, socioeconômicas e culturais, que ocasionam um perfil epidemiológico específico (MENDES, 1993).

Os diversos atores envolvidos têm distintas compreensões deste processo. Os objetivos principais da análise situacional são: a identificação dos diversos grupos populacionais existentes no território do Distrito Sanitário e suas características biológicas, ambientais, demográficas, socioeconômicas, culturais e políticas, avaliando o grau de exclusão social (discriminação negativa) a que estão sujeitos; identificar seus problemas de saúde; descrever estes problemas; priorizar os problemas identificados e descritos; explicar os problemas priorizados, identificando seus principais fatores determinantes, buscando os chamados nós críticos e vale destacar que, nesse processo de explicação dos problemas, deve-se buscar conhecer de modo sistemático e periódico o nível das condições de saúde da população, bem como os seus determinantes, ou seja, aquelas causas que, na linguagem do enfoque estratégico, são denominadas de nós críticos, devendo a atuação ser voltada para o

saneamento dessas causas ou desatamento desses nós; definir e selecionar as intervenções necessárias para a resolução dos problemas enfrentados (CARVALHO, 1994).

A identificação e descrição de problemas são realizadas por meio da análise das informações nas bases de dados oficiais existentes, estudos específicos realizados no Distrito Sanitário e dados coletados por metodologias qualitativas, como entrevistas individuais ou coletivas com profissionais de saúde e representantes da população. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.30).

Associado à identificação de problemas, deve ser realizado o diagnóstico da rede de serviços de saúde existente no território, com o delineamento do seu perfil de oferta de ações de saúde. Os fluxos dos usuários desta rede, com a análise da evasão/invasão vai permitir as articulações intermunicipais e regionais para a montagem das referências e contra-referências dos serviços e a compensação dos recursos alocados. A estrutura e a oferta de serviços que deve ser reconhecida é a existente no município e na região, na qual o município está situado e estabelece suas relações intermunicipais (MENDES, 1993).

Na identificação de problemas, por exemplo, no Distrito Sanitário, é importante a microlocalização dos mesmos, o que é possível com a utilização de mapas inteligentes manuais ou aplicativos de georeferenciamento das informações, para permitir a montagem de intervenções dirigidas a grupos populacionais ou ambientes específicos do território. A priorização de problemas é sempre uma decisão política dos atores que detêm poder para tal, mas a utilização de critérios pode melhorar a tomada de decisão. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.32).

O impacto financeiro e político do problema na comunidade, a capacidade de resolução dos serviços de saúde e sua disponibilidade tecnológica em relação a ele, a análise da relação custo/benefício da intervenção necessária, o potencial epidêmico e outros critérios podem ser utilizados no processo de priorização. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.9).

A explicação dos problemas priorizados deve ser a mais detalhada possível, com a construção da rede de determinações sistêmico-causais nos diversos planos de ação (no próprio Distrito Sanitário, no âmbito da gestão municipal, estadual ou nacional). A identificação dos nós críticos dentro da rede de determinações permite a montagem de intervenções com maior eficiência e eficácia. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.9).

Após a análise situacional do sistema de saúde no Distrito Sanitário, é realizada a definição da situação de saúde objetivo desejada, com a elaboração dos objetivos que se quer alcançar em relação aos problemas priorizados e a coerência destes em relação à política de saúde que está sendo implantada no Distrito Sanitário e nos outros planos de ação (estadual e nacional). (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.9).

O projeto de intervenção é desenhado com o estabelecimento dos módulos de operações dirigidas ao enfrentamento dos nós críticos que serão realizadas, os recursos necessários, o fluxograma das atividades a serem efetivadas, seus responsáveis, os prazos de realização e um sistema de avaliação permanente. Deve ser analisado quanto à sua viabilidade política, econômica e organizativa e, se necessário, complementado por projetos dinamizadores com a finalidade de construir a viabilidade necessária. As estratégias e táticas de condução do projeto de intervenção são definidas com a construção de consensos possíveis entre os atores envolvidos e/ou do enfrentamento das resistências apresentadas. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.33).

Para operar o projeto de intervenção, deve ser estabelecido o sistema de direção do Distrito Sanitário e o processo de programação de atividades a serem desenvolvidas e o modelo de acompanhamento e avaliação da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados alcançados. Finalizando, o referencial conceitual e metodológico para a implementação do SUS, mediante a estratégia da construção dos distritos sanitários, está praticamente colocado em termos de suas diretrizes, princípios e métodos. (ALMEIDA, CASTRO, e VIEIRA, 1998, p.33).

Haverá sempre necessidade de atualização, aperfeiçoamento e crescimento, o que implica em permanente processo de experimentação e estudos na prática do sistema e de negociações entre os gestores do SUS (MENDES, 1995).

A DESCENTRALIZAÇÃO SOB O OLHAR DE UM SECRETÁRIO DE SAÚDE

Apesar dos esforços no decorrer das décadas na tentativa de implementar efetivamente os princípios constitucionais visando dar acesso ao Direito à Saúde a toda população, quando observamos a realidade atual percebemos que esse Direito não é gozado de forma plena por todos.

Buscando entender um pouco mais dessa realidade, decidiu-se ouvir a opinião de um Secretário Municipal de Saúde em exercício, denominado E1. Nesse contexto é interessante conhecer um pouco sobre o entrevistado, em suas próprias palavras:

Sou cria do SUS, porque, me formei pela Universidade Federal que é uma universidade pública e atende 100% ao SUS, sai da academia e fui trabalhar no SUS. Assim a minha vida até agora é SUS, antes da faculdade eu era usuário do SUS e entrei na faculdade me transformei em um aluno do SUS e mesmo depois de formado continuei trabalhando no SUS. E ao sair fiquei 8 anos na atenção primária, e mais ou menos 7 anos na saúde mental, fui para o PSF e só saí da unidade para assumir o cargo de Secretário de Saúde.

Na perspectiva do entrevistado, o que se destaca na transição de médico de família para Secretário de Saúde é a repercussão de seus atos:

É a repercussão do que você faz, na ponta atendia em grupo, com avaliações, palestras, orientações. Já como Secretário sua ação tem uma repercussão muito mais ampla desde uma licitação para regularizar um abastecimento que vai impactar diretamente a vida de milhares de pessoas até uma discussão de qual o melhor formato de investimento dentro de um sistema de saúde, as ações aqui são muito maiores e com um espectro mais demorado, porque as ações que você toma como gestor não chega imediatamente na ponta amanhã ela pode levar meses e até anos, desde que a sucessão de gestores continue no mesmo caminho, você vai ter resposta a médio e longo prazo, por exemplo a estratégia de saúde da família.

Importante mencionar neste ponto, que a fala de E1 já apresenta uma das mais tradicionais dificuldades, comprovadas empiricamente, dentro do aspecto de continuidade de trabalho e por consequência interferindo na forma do município programar.

No tocante a essas dificuldades encontradas pelos municípios nessa gestão de saúde, E1 elenca alguns pontos,

[...] as dificuldades são infinitas e os recursos são finitos eu já sabia do tamanho da dimensão da dificuldade e do desafio [...] buscar soluções para problemas que são crônicos desde regularização de contratos licitatórios a compra de medicamentos [...] a cobrança em cima de um secretário de saúde em qualquer lugar do Brasil é grande ela fica na porta, diferente do Secretário de Estado, do Ministro da Saúde, então talvez um dos grandes problemas que nós temos é o financiamento da saúde como um dos grandes problemas da não só daqui, mas do Brasil inteiro [...]

Diante do mencionado, não poderíamos deixar de tecer comentários a respeito da importância institucional da Lei Complementar (LC) 141 nesse processo de

construção da legislação do SUS. A LC141 configura como a mais nova tentativa de diminuir umas das dificuldades apontadas que é o financiamento, seu destaque vem por dotar a saúde pública de normas que garantam percentuais de receitas tributárias; impor a obrigatoriedade de os entes federativos partilharem recursos reconhecendo ser o SUS um sistema de interdependências e por exigir cooperação entre os entes federativos (SANTOS, 2012, p. 26).

Em relação ao financiamento, o entrevistado ressalta que

[...] no município é onde você tem a produção de todos os serviços de saúde no País, porém a distribuição destes recursos se faz de forma inversa, onde eu trabalho e produzo eu recebo do governo federal em torno de 13 a 14% dos recursos, o Governo do Estado fica com 22 23% e o Governo Federal fica com o restante mais de 60% então [...] o recurso que vem não é suficiente mesmo, não necessariamente é um problema de gestão é um problema de dinheiro e também de gestão, mas com certeza falta dinheiro para saúde.

Sem dúvida essa institucionalidade em relação às partilhas de recursos orçamentários é um grande ganho para a consolidação do SUS, mesmo que se possa tecer críticas quanto aos valores ainda insuficientes do financiamento e alguns critérios para a partilha, entre outros aspectos. Dentre as finalidades da LC 141 deve-se ressaltar a sua intenção em promover a equidade orçamentária entre União, Estados e Municípios. O alcance dessa equidade poderá ser dificultado pelo fato de ter excluído de seus regramentos algumas possibilidades como as de se instituir transferências per-capta (SANTOS, 2012, p. 26). Mas mesmo esse não sendo nosso foco de discussão, é importante fazer este destaque, em razão dessa busca de resolver as dificuldades do SUS em nosso País.

Nessa temática, E1 apresenta vantagem e desvantagem da descentralização, indicada pela legislação como forma de gestão e sua futura evolução para os distritos sanitários, “a vantagem é a autonomia do gestor na ponta, mas a desvantagem é que o recurso que chega não é feito da forma tripartite como deveria ser feito, então às vezes o município está gastando mais de 50% da sua arrecadação”.

E mesmo ponderando essa vantagem, destaca também a dificuldade que gera para o município programar suas ações diante do aumento dos valores dos insumos que fogem ao que foi previsto pela Programação Pactuada e Integrada (PPI), dificultando a gestão do que foi programado:

[...] eu penso, em não acabar com a autonomia de cada gestor, mas de que em cada regional o Estado Distritalize os Recursos para essas regionais e o Estado fique responsável pela alta e média complexidade e o município fique responsável somente pela atenção básica. [...] no caso da minha secretaria o que é pactuado às vezes tem defasagem. Tem defasagem porque [...], por exemplo, foi pactuado em PPI em 2010, 10 ultrassons, mas naquela época gastava 100 reais pelos 10 ultrassons, hoje eu continuo tendo que fazer os 10 ultrassons, mas cada um custa 30 reais e eu não tenho reposição desse valor nem do Governo Federal tão pouco do Governo Estadual, isso faz com que aconteça um déficit dentro da minha gestão plena. Então nesse sentido isso faz com que o formato de financiamento ele acaba onerando os municípios que tenha esse perfil de chamar outros municípios como referencia.

Visando o fortalecimento da estrutura do SUS, a descentralização não pode ser vista somente no âmbito dos serviços, mas também na partilha dos recursos e dos objetivos da proteção social, como relata o Secretário Municipal de Saúde entrevistado:

só existe a descentralização de deveres não de recursos, tornando o modelo de financiamento adotado um dos maiores problemas não só daqui, mas do Brasil inteiro, a distribuição destes recursos se faz de forma inversa, onde eu trabalho eu recebo do Governo Federal em torno de 13 a 14% dos recursos, o Governo do Estado fica com 22 a 23% e o Governo Federal fica com o restante, mais de 60% (E1).

Mudar essa lógica e a prática do sistema implica em buscar novos Modelos de Atenção e de Gestão como base do sistema regionalizado e não definida e limitada por procedimentos, a priori estabelecidos.

Outra questão importante debatida é o preparo do gestor que assume uma Secretaria de Saúde, nesse aspecto o entrevistado foi categórico:

Talvez se tivesse um concurso público para Secretário de Saúde, não seria má ideia, você continuaria dentro de uma linha de pensamento pautado pelo Ministério da Saúde. [...] efetivamente hoje o secretário é nomeado pelo prefeito, por mais que tenha experiência como gestor não tem conhecimento da administração pública, a máquina pública ela tem que ter uma visão diferenciada, ela roda diferente da máquina privada, mas ao mesmo tempo o secretário não trabalha sozinho, se um secretário não tem esse viés de ser formado em gestão pública, ele pode ter assessores que entendam da área e o auxiliam nessas decisões, [...], talvez dentro de uma cidade pequena sim, ele fica meio limitado, onde os secretários tem um número limitado de assessores, aí sim você tem uma maior dificuldade de pulverizar essa informação para que se tome a decisão, agora numa capital onde você tem um número maior de pessoas ou uma cidade de médio porte você consegue ter bons assessores de carreira que possam subsidiar essas decisões dentro da lógica do SUS, até subsidiar discussões como essa que estamos fazendo aqui. Por um lado eu vejo que não seria ruim, mas por outro você cria a situação de secretário de saúde concursado, porque tem estabilidade e aí, aí vão criar um cargo para fiscalizar o secretário de saúde. Então eu acho assim tudo perpassa pelo pensamento do gestor maior, ou seja, o prefeito, se ele

conhece bem o SUS. Aí melhor que ter um secretário de saúde que conheça do SUS é trazer o prefeito para dentro da secretaria de saúde. Para que ele entenda os problemas e te dar respaldo e fazer um trabalho político para mostrar que a saúde não está no caminho que deveria estar [...]

De certa forma o que o entrevistado procura evidenciar é que o conhecimento e o entendimento sobre a SUS, sobre a real situação da saúde pública do Município e do país é de vital importância para uma boa gestão dos recursos recebidos por este Município.

Entretanto, o entrevistado defende a busca de um novo modelo de gestão dos recursos, apostando em

uma mudança do pacto federativo para que os municípios recebam mais recursos, para que não possam só executar serviços de saúde. Mais lazer é saúde, asfalto é saúde, esgoto é saúde; o Brasil tem uma das menores taxas de saneamento; educação é saúde, se eu inverter essa lógica de distribuição, eu vou atingir a saúde de tudo quanto é lado, seja na educação, seja na pavimentação no esgoto sanitário seja na assistência social.

E complementa,

não faz sentido o recurso maior ficar no Governo Federal se é no município que se produz tudo então que independência é essa? Que municipalização é essa? Você tem descentralização de deveres e não de recursos, recursos pequenos, não no montante que deveria. Você tem descentralização de deveres e dos recursos não...

Nesse sentido, é de suma importância discutir, refletir sobre o processo de descentralização dos recursos, pois “o atual modelo de atenção e principalmente o modelo de gestão do governo são sem dúvida pontos-chaves que dificultam que o município se programe e que garanta a efetividade do direito à saúde a todos os cidadãos” (E1).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutimos as possibilidades e os limites que se colocam no momento atual para o desenvolvimento do processo de descentralização e a questão dos recursos é um dos pontos que dificultam o município de se programar. Isso segundo o próprio entrevistado “*traz uma grande preocupação, se o modelo de financiamento não sofrer alterações, o SUS tem no máximo 10 anos de vida, os recursos limitados ultrapassam a capacidade de gestão e isso tem a ver com decisões muito acima de um Secretário Municipal de Saúde, essa é a preocupação de todos nós Secretários*” (E1). O que nos leva a indagar sobre a dificuldade que o Estado tem em mensurar a real situação econômica de seus municípios e principalmente o alcance dessas políticas sociais,

que devem ser reconhecidas para além de uma simples prestação de serviço por dever constitucional do Estado. Assim, é de suma importância a redefinição do objeto de trabalho, que exige a utilização de saberes e tecnologias atuais, com a ampliação e diversificação do leque de ações e serviços. O atual modelo de atenção e principalmente o modelo de gestão do governo são sem dúvida pontos-chaves que dificultam o município programar e garantir a efetividade do direito à saúde a todos os cidadãos. O governo tem que servir ao cidadão e não o cidadão servir ao governo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S. de. CASTRO, C. G. de. VIEIRA, C. A. L. **DISTRITOS SANITARIOS: Concepção e Organização**, Série Saúde e Cidadania – volume I; São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica. INAMPS nº 1/91**, Resolução nº 273/91. Diário Oficial da União de 18 de julho de 1991. P. 14216-9. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica - SUS nº 2/92**, Portaria nº 234/92. Diário Oficial da União. Brasília. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica - SUS nº 1/93**. Portaria GM/MS nº. 545/93. Diário Oficial da União, Brasília. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica - SUS nº 1/96**. Diário Oficial da União, Brasília. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 896, de 29 de junho de 1990**. Autoriza o INAMPS a implantar o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução INAMPS nº227** de 27/07/1990.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução INAMPS nº228** de 27/08/1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.481, de 31/12/1990**, Diário Oficial da União, Seção 1, 16/01/1991.
- BRAVO, M. I. S. **Capacitação em serviço social e política social**. Brasília: UNB, 2000. (Módulo 3)
- CARVALHO, G.C.M. A Implantação do SUS: Nós críticos a nível estadual. **Rev. Saúde em Debate**. v. 45, p. 4-8, 1994.
- MENDES, E.V. et al. **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1995.
- MULLER NETO, J.S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Rev. Saúde em Debate**. v. 31, p. 54-66, 1991.
- OLIVEIRA, J.A.A.; TEIXEIRA FLEURY, S.M. **Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**, Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1986.
- SANTOS, N.R. **A Saúde vista do Município: bases doutrinárias, políticas, programáticas e propostas**. Campinas, SP; 1984.
- SANTOS, L. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. 2. ed. Campinas: Saberes, 2012.
- TEIXEIRA, C.F. Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: Metodologia e Organização. In: VILAÇA E. (Org.) **Distrito Sanitário. O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1993.