

AVANÇOS E LIMITES DA DESCENTRALIZAÇÃO NO SUS E O “PACTO DE GESTÃO”

Jorge José Santos Pereira Solla^a

Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e tem na descentralização da gestão um de seus princípios mais importantes. O presente artigo recupera a construção do processo de descentralização no SUS desde as definições constitucionais, passando pelas diversas iniciativas de normatização efetivadas. Identifica seus avanços, inclusive aqueles realizados nos últimos anos, realiza um diagnóstico dos principais limites, contradições e obstáculos existentes e discute a proposta recentemente aprovada de “Pacto de Gestão”; identifica suas insuficiências e problemas e aponta a necessidade de superar lacunas existentes.

Palavras-chave: Descentralização. Sistema de Saúde – SUS. Sistema Único de Saúde. Administração de Serviços de Saúde.

ADVANCES AND LIMITATIONS IN THE SUS’ DESCENTRALIZATION
AND THE “MANAGEMENT PACT”

Abstract

The Brazilian Unified Health System (SUS) is one of the largest public health systems in the world and has in management decentralization of one of its more important principles. The present article reviews the construction of SUS decentralization process from the constitutional definitions, going through the many normatization initiatives. It identifies its advances, including those carried through in recent years, develops a diagnosis of the main limitatons, contradictions and obstacles and argues in favor of the recently approved proposal of the “Management Pact”, at the same time it identifies its insufficiencies and problems, by pointing the necessity to surpass the existing gaps.

Keywords: Decentralization. Health System. SUS (BR). Health Services Administration.

^a Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

Endereço para correspondência: Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela - Cep: 40.110-040 - Salvador – BA.
E-mail: solla.jorge@gmail.com

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo realizar uma breve sistematização do processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca seus principais avanços e limitações e desenvolve uma análise preliminar do mais recente instrumento introduzido, o “Pacto de Gestão”. Para tanto, é desenvolvida uma análise de referências bibliográficas, documentos normatizadores do processo de descentralização, aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e sancionados pelo Ministério da Saúde, e de bases de dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIH/SUS), dados das Programações Pactuadas Integradas (PPI), do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e de transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Todos estes dados estão disponíveis na Internet, nos sítios do Ministério da Saúde – área da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) – e no Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

CONSTRUÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO NO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, propondo-se a garantir assistência integral e gratuita para a totalidade da população brasileira. Mesmo os 40.281.718 beneficiários de operadoras da saúde suplementar (21,6% da população, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar), utilizam pelo menos uma parte das ações e serviços pelo SUS: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e controle de doenças e vetores, imunização e, muitas vezes, procedimentos de alta complexidade e maior custo, que nem sempre são cobertos pelos planos privados de saúde.

A rede de serviços do SUS possui 63.662 unidades ambulatoriais e 5.864 hospitais, com 441.591 leitos, responsáveis por cerca de 12 milhões de internações por ano. Em 2005, o SUS realizou mais de 1,1 bilhão de procedimentos de Atenção Básica e pela primeira vez superou a marca de 1 bilhão de procedimentos ambulatoriais especializados. São 2,3 milhões de partos por ano, mais de 100 mil procedimentos de hemodinâmica, mais de 14 mil transplantes de órgãos e 97% da oferta de terapia renal substitutiva (8,9 milhões de procedimentos realizados em 2005) – dados do Sistema de Informação Ambulatorial e do Sistema de Informação Hospitalar do SUS – SIA/SUS e SIH/SUS.

O Brasil é um país complexo, com dimensão geográfica continental e marcado por uma estrutura econômico-social bastante heterogênea, com grandes diferenças regionais e distribuição profundamente desigual de serviços e de profissionais de saúde. Tal quadro aponta a importância da descentralização das políticas públicas, inclusive na área de saúde. Além disso,

trata-se de um sistema federativo especial, em que os municípios são entes federativos, dotados de autonomia política, administrativa e financeira, com um papel de protagonista da gestão do sistema de saúde em seu território, definido constitucionalmente.

Acrescenta-se que o desafio de construir o SUS se dá em um contexto extremamente complexo e adverso, com um quadro de morbi-mortalidade em que se observa a convivência de doenças típicas do subdesenvolvimento, com alta prevalência de doenças crônicas, alta incidência de agravos devidos a causas externas, progressivo envelhecimento populacional e demandas crescentes por serviços de alta complexidade. Além disso, observa-se um quadro de incorporação tecnológica intensa, acrítica e abusiva no setor saúde, uma cultura política conservadora, clientelista e fisiológica hegemônica, fortes pressões corporativas e empresariais, relação público-privada fortemente marcada pela privatização da coisa pública e baixos níveis de financiamento do sistema.

Na Constituição de 1988, a saúde passou a ser entendida como direito social universal, direito de cidadania e as ações e serviços de saúde caracterizados como de relevância pública. Este direito social (direito à saúde) deve ser assegurado pelo Estado¹. A saúde vai se inserir em um conjunto de direitos sociais (dos trabalhadores, à saúde, à segurança social etc.) que necessitam do papel do Estado para sua garantia; ou seja, são direitos a serem assegurados pelo Estado.

Enquanto os direitos de liberdade nascem contra o superpoder do Estado – e, portanto, com o objetivo de limitar o poder –, os direitos sociais exigem, para sua realização prática, ou seja, para a passagem da declaração puramente verbal a sua proteção efetiva, precisamente o contrário, isto é, a ampliação dos poderes do Estado.^{2:72}

Cabe lembrar que as proposições da reforma sanitária se deram em direção contrária às propostas de reforma do Estado, hegemônicas na década de 1980, e a implantação do SUS, nos anos 1990, se deu em uma conjuntura desfavorável, sofrendo os efeitos das medidas voltadas para o desmantelamento do aparelho de Estado durante os governos Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso^{3, 4}.

Após a nova Constituição da República⁵, foram diversas as iniciativas institucionais e legais voltadas para criar as condições de viabilização plena do direito à saúde, destacando-se, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde – n.º 8.080/90⁶ e n.º 8.142/90⁷ – e as Normas Operacionais Básicas (NOB). As leis orgânicas regulamentaram o SUS, agregando todos os serviços estatais – federal, estadual e municipal – e os serviços privados contratados/conveniados. As normas operacionais básicas têm sido instrumentos de regulamentação que,

progressivamente, têm aprofundado o processo de descentralização da gestão do sistema de saúde e definido as relações entre as três esferas de governo. A NOB 01/91, ainda editada pela presidência do INAMPS, estabeleceu a transferência de recursos para estados e municípios, por meio de convênios, considerando estes entes federativos como prestadores de serviços.

A NOB/SUS 01/93 criou três alternativas de gestão para as instâncias subnacionais, expressando graus crescentes de descentralização: incipiente e parcial, na qual continuavam apenas como prestadores de serviços ao SUS; e a gestão semi-plena, na qual, pela primeira vez, alguns municípios passaram efetivamente a assumir a gestão do sistema de saúde. Esta NOB estabeleceu o funcionamento de instâncias colegiadas de gestão do SUS: as Comissões Intergestores Tripartite (CIT – nacional) e Bipartites (CIB – estaduais).

A Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), transferiu para estados e municípios atribuições, pessoal, equipamentos e imóveis, criou o Sistema Nacional de Auditoria e estabeleceu que os recursos de custeio dos serviços fossem repassados de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde⁷. O peso do INAMPS era tão intenso na assistência à saúde que, no momento de sua extinção, o órgão ainda tinha sob sua gestão o contrato de 6.500 hospitais e 40.000 outros serviços (clínicas, laboratórios etc.) e contava com 96.913 servidores⁹. Em 1994, um decreto presidencial (Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994¹⁰) autorizou o repasse financeiro direto do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, viabilizando o mecanismo necessário para operacionalizar a gestão semi-plena¹¹. Três anos após a edição da NOB/SUS – 01/93, ou seja, ao final de 1996, existiam 3.078 municípios habilitados, sendo 2.323 em gestão incipiente, 618 em gestão parcial e 137 em gestão semi-plena, com a descentralização sendo polarizada especialmente entre o governo federal (poder financeiro e normatizador) e os municípios, que surgiram com força e capacidade de resposta na cena político-sanitária¹².

O acúmulo obtido pelas experiências de gestão semi-plena de alguns municípios serviu como referência para um amplo processo de discussão e de negociação política, resultando na aprovação da NOB/SUS - 01/96, redefinindo responsabilidades e prerrogativas de municípios, estados e União e impulsionando nova onda descentralizadora, ainda mais forte que a possibilitada pela NOB anterior, com dois níveis de gestão possíveis para os municípios (gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde). A NOB/SUS – 01/96 teve como um dos avanços indiscutíveis a criação do Piso Assistencial Básico (PAB), encerrando o

repassar por produção de serviços de atenção básica para municípios habilitados, passando a fazê-lo por critérios populacionais e criando incentivos para implantação e funcionamento de ações prioritárias¹³. Dos 5.506 municípios existentes em junho de 2000, no país, 5.426 (98,5%) estavam habilitados pela NOB/SUS - 01/96, sendo 4.906 (89,1%) em gestão plena da atenção básica e 520 (9,4%) em gestão plena do sistema municipal de saúde.

Ao assumirem a gestão semi-plena pela NOB 93, ou a gestão plena pela NOB 96, muitos municípios avançaram na gestão do SUS: reorganizaram a oferta e redimensionaram a rede de serviços; ampliaram o acesso da população às ações e serviços de saúde; aumentaram a capacidade instalada pública; criaram capacidade de regulação, serviços de controle, avaliação e auditoria, sistemas informatizados de marcação de consultas, procedimentos especializados e internações hospitalares; desenvolveram a participação dos conselhos de saúde (municipais e locais); aumentaram a participação relativa dos gastos ambulatoriais em relação aos hospitalares; e reduziram internações desnecessárias^{11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23}.

Não obstante todas as dificuldades, o processo de descentralização tem transferido responsabilidades, prerrogativas e recursos para os governos municipais, ocorrendo ampla descentralização dos recursos e das responsabilidades de gestão sobre os serviços²⁴. Coloca-se como desafio dos municípios, além de assumir o conjunto de responsabilidades expressas pelas normas operacionais, avançar na implementação de mudanças nos modelos de atenção e gestão, inclusive ampliando os espaços de controle social, e superar os riscos de reproduzir, no âmbito municipal, os processos clientelistas e cartoriais entre Estado e Sociedade que tornaram o antigo INAMPS um exemplo de privatização do Estado e foram repassados às Secretarias Estaduais de Saúde, em maior ou menor grau, junto com todo o espólio da atenção médica previdenciária.

Diversos esforços foram feitos para aperfeiçoar o processo de descentralização do SUS, que culminaram com a aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001)²⁵, a qual não chegou a ser implantada, e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002)²⁶. Como saldos positivos do processo de implantação da NOAS, a despeito de suas limitações, fragilidades e inadequações metodológicas frente aos desafios da gestão descentralizada do sistema de saúde, destacam-se: o fortalecimento das ações de regulação, controle e avaliação da regionalização na pauta prioritária dos gestores do SUS nas três esferas de governo e a ampliação do emprego da Programação Pactuada Integrada (PPI). É importante lembrar que a descentralização da assistência, da vigilância sanitária e da vigilância em saúde tem sido efetivada em tempos e formatos diferentes. No âmbito da NOAS, houve completo descompasso entre estes processos.

Avanços recentes no processo de descentralização do SUS

A partir de 2003, observa-se a implantação de um conjunto de ações visando à intensificação e qualificação do processo de descentralização no SUS. Em janeiro de 2003, apenas 13 estados estavam em gestão plena. Mediante um forte mecanismo de indução financeira e cooperação técnica intensa foi possível chegar a outubro de 2004 com todos os estados em gestão plena. O reajuste dos valores das consultas médicas especializadas, aprovado em 2002 apenas para os prestadores privados contratados pelo SUS (Portaria GM/MS nº 1.188, de 26/02/2002), foi, em 2003, estendido aos prestadores públicos, condicionado ao fato de que as unidades públicas estivessem sob gestão plena do sistema estadual ou gestão plena do sistema municipal de saúde (Portaria GM/MS nº 654 de 28/05/2003). Cerca de 80% destes procedimentos são feitos em serviços públicos e o volume de recursos alocado correspondeu a um aumento superior a R\$ 422,5 milhões por ano. Esta indução estimulou, em especial, os estados que ainda não tinham sido habilitados a assumirem a gestão plena, de forma que, em outubro de 2004, todos já se encontravam habilitados²⁷.

Assim, desde novembro de 2004, o Ministério da Saúde não realiza pagamento direto para prestadores de serviços do SUS. Todos os recursos são repassados para fundos estaduais e municipais de saúde. A exceção ainda existente situa-se nos repasses de incentivos, para os quais já estão sendo trabalhadas políticas que irão incorporá-los nos tetos financeiros estaduais e municipais, mediante processo de contratualização com hospitais universitários, hospitais de pequeno porte e hospitais filantrópicos – o Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS), distribuído para os hospitais filantrópicos, o incentivo à assistência ambulatorial e hospitalar à população indígena e o fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), repassado para hospitais universitários. Ocorreu também um aumento do número de municípios em gestão plena do sistema municipal, chegando, em outubro de 2005, a um total de 657, com 429 habilitados pela NOB 01/96 e 228 pela NOAS 01/02.

Outro avanço a ser destacado encontra-se no âmbito da gestão da atenção básica. Em setembro de 2004, apenas 15 municípios não estavam habilitados em alguma forma de gestão. Após diversos debates e aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Portaria Ministerial nº 2.023, de 23 de setembro de 2004, estabeleceu que todos os municípios e o Distrito Federal são responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica. Cessava o processo de habilitação de municípios em Gestão Plena de Atenção Básica, passando a vigorar como única modalidade de habilitação a Gestão Plena de Sistema Municipal. Em seu anexo, a referida portaria estabeleceu o conjunto de responsabilidades dos municípios e do distrito federal na gestão e execução da atenção básica à saúde.

Chama atenção o importante aumento nos repasses de recursos federais para estados e municípios^b. Entre dezembro/02 e julho/05, tiveram uma ampliação da ordem de R\$ 5.385.972.327,00 por ano, significando 1/3 a mais no financiamento. Saíram de R\$ 1.361.679.173,67 por mês (dezembro/02) – deste total R\$ 370.116.019,62 referentes a remuneração por prestação de serviços e R\$ 991.563.154,05 relativos a transferências para fundos estaduais e municipais de saúde – para R\$ 1.810.510.200,92 mensais (julho/05)²⁷.

Este aumento se deu por meio dos seguintes mecanismos: reajustes importantes nas tabelas SUS (ambulatório e hospitalar), priorizando procedimentos de média complexidade com maiores diferenças entre o valor de tabela e o custo do procedimento; aumento de valores de incentivos existentes (especialmente para Saúde da Família); implantação de novas políticas estratégicas com financiamento global – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centros de Especialidade Odontológica (CEO) etc.; criação de novos mecanismos de financiamento para rede hospitalar no SUS – contratualização dos hospitais universitários, iniciada em 2003, dos hospitais filantrópicos (2005), implantação da política de hospitais de pequeno porte; expansão da rede de alta complexidade, principalmente leitos de UTI, serviços de diálise, centros de alta complexidade em oncologia e cardiologia; e ainda aumento de valores dos tetos estaduais, inclusive incorporando critérios de redução da desigualdade regional²⁷.

Em 2003 e 2004, ocorreram ampliações de tetos superiores a aumentos aprovados em períodos anteriores, privilegiando estados com *per capita* mais baixos – inferiores à média nacional (todos da Região Norte e alguns da Região Nordeste). Os tetos financeiros dos estados para ações de média e alta complexidade ambulatório e hospitalar (MAC)^c – não incluindo medicamentos excepcionais e Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) – que haviam aumentado apenas 9% entre 2000 e 2002, foram ampliados em 21% em 2003-2004, com maiores variações para Amazonas e Acre (40 a 45%) e Amapá e Tocantins (respectivamente 52,3% e 57,6%)²⁷.

O valor médio das internações pelo SUS obteve reajustes em 2003 e 2004 que, somados, corresponderam a um aumento médio de 24,58%, variando entre 24,03% na clínica médica, 28,56% na pediatria e 33,02% na obstetrícia. Em 2001-2002, o valor médio das internações tinha aumentado em 3,8% na clínica médica, 5,67% na pediatria e 7,42% na

^b Dados dos repasses financeiros do Ministério da Saúde para estados e municípios encontram-se disponíveis no sítio do DATASUS na internet – <http://www.datasus.gov.br>.

^c Dados dos Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatório e Hospitalar de Estados e Municípios estão disponíveis no portal do Ministério da Saúde – <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/CPA/tetos/tetos.htm>.

obstetrícia. O valor médio dos procedimentos ambulatoriais especializados aumentou em 2,31%, comparando-se o de 2002 com o de 2000, e em 14,36%, comparando-se o valor médio em 2004 com o de 2002; os de média complexidade tiveram reajuste do valor médio de 5,51% em 2001-2002 e 18,96% em 2003-2004. O valor médio neste último período chegou a aumentar em 67,8% no grupo das consultas médicas especializadas, 66,7% para ultra-sonografias, 25,6% na traumatologia-ortopedia e 23,3% em anátomo e citopatologia²⁸.

Conforme dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a evolução dos gastos públicos federais para a saúde no Brasil caiu, entre 1997 e 2002, de US\$ 89 (oitenta e nove dólares) para US\$ 48 (quarenta e oito dólares) *per capita*. A partir de 2003 houve uma mudança importante, passando a aumentar para US\$ 50,1 naquele ano, US\$ 62,4 em 2004 e, pelo orçamento de 2005, uma aplicação de US\$ 62,7²⁹.

Entre outras iniciativas recentes que contribuíram para o fortalecimento da gestão descentralizada do SUS destacam-se: o Projeto de Apoio à Expansão da Estratégia de Saúde da Família (PROESF) – para municípios com mais de 100 mil habitantes –; o Projeto de Qualificação da Saúde da Família; a acelerada implantação de Centros de Atenção Psico-Social (CAPS); a implementação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde; a descentralização do processamento das autorizações de internações hospitalares (AIH); e o projeto de capacitação das equipes estaduais e municipais em regulação, controle, avaliação e auditoria.

Limites e contradições da descentralização no SUS

Um primeiro aspecto a ser ressaltado é que, não obstante o processo de descentralização no setor saúde apresentar potencialmente diversas vantagens, nos âmbitos administrativo, político e econômico, ele não é um fim em si mesmo. Tampouco temos a garantia *a priori* de que todas as gestões descentralizadas irão assegurar a realização deste potencial. Pelo contrário, muitas delas irão desempenhar um exercício da gestão do sistema de saúde com características semelhantes ao observado pela gestão anteriormente centralizada de cunho político conservador. No entanto é evidente que um sistema de saúde descentralizado, com um processo eficiente de transferência de recursos e autoridade às instâncias subnacionais (estados e municípios, no caso brasileiro), gera maiores possibilidades de impactos positivos na gestão e na atenção à saúde^{29, 30, 31, 32}.

A despeito dos marcantes avanços, a cultura política hegemônica conservadora aponta em direção oposta, contribuindo para a fragilidade da política de saúde como política de Estado, com papel muito forte do ideário político na condução de seus rumos. Neste sentido, o

programa de governo e a direção vigente na gestão têm peso intenso e preponderante na definição dos destinos, ritmo e intensidade do processo de descentralização.

Cabe ressaltar ainda que os avanços obtidos no processo de descentralização do SUS não devem ser atribuídos exclusivamente a um dos níveis de gestão do sistema. São, portanto, resultado de uma somatória de esforços e de um processo decisório que soube construir pactuações entre os três níveis. Muitas das políticas, hoje assumidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde, decorreram de iniciativas inovadoras locais, que foram progressivamente se multiplicando, ao ponto de criarem referência para a construção de uma política nacional. Como exemplo, pode-se citar a estratégia de Saúde da Família, o SAMU e o processo de contratualização da rede hospitalar do SUS.

Contudo são evidentes ainda fortes resistências à efetiva e ampla descentralização, especialmente originária do poder político hegemônico conservador que tem o fisiologismo, o assistencialismo e o clientelismo como características marcantes e o exerce no setor saúde, por meio do binômio constituído pela execução direta das ações e serviços de saúde e pela contratação de serviços privados. No primeiro caso, a persistência da ação assistencial sendo vista pela maioria da população ainda como um “favor” e não como um direito social, permite que a execução destas ações seja traduzida como um “valor de troca” e “moeda” eleitoral. No segundo, a maioria absoluta dos estados e municípios contrata serviços privados sem cumprir a legislação vigente, não realiza efetivamente procedimentos licitatórios e não formaliza contratos com os prestadores, configurando a contratação destes como um favor dos governantes e, assim, podendo receber retribuições destes contratados por este “privilégio”.

Nesta relação irregular, os prestadores de serviços, em geral, terminam por definir a oferta a ser paga pelo SUS, privilegiando procedimentos considerados mais lucrativos e selecionando a clientela a ser atendida, com prejuízos no atendimento às necessidades da população. Como exemplo, com base em dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), pode-se destacar que, no primeiro semestre de 2005, dos 323 municípios com realização de hemodiálise e diálise (terapia renal substitutiva), em 101 (31,3%) deles não eram oferecidas consultas médicas em nefrologia pelo SUS; e em 155 (48%), a relação entre estas consultas e o número de procedimentos de diálise realizados pelo SUS variou de 1/100 a 9/100.

Em muitas situações, agrava-se este quadro pela existência de fraudes ao sistema, não detectadas nem corrigidas em face da inexistência de mecanismos efetivos de gestão (regulação, controle, avaliação e auditoria). O levantamento feito pelo Ministério da Saúde, em 2005, identificou a operação de apenas 69 Centrais de Marcação de Consultas e Procedimentos Ambulatoriais Especializados, sendo 1 no Norte, 20 no Nordeste, 41 no Sudeste, 5 no Sul e 2 no Centro-Oeste. Em 1996, havia somente uma central no país.

Associam-se a estas dificuldades as limitações observadas na democratização da gestão pelos espaços de controle social. A despeito de existirem conselhos de saúde em todos os estados e na quase totalidade dos municípios, a heterogeneidade da situação destes é marcante. Existem desde conselhos com atuação expressiva no controle social sobre as ações e serviços de saúde, até aqueles que só têm existência formalizada em uma ata conformada pela gestão local para cumprir burocraticamente exigências cartoriais de habilitação. Assim, não é automático o ganho de autonomia pelos atores locais. O exercício do controle social depende do fortalecimento prévio desses atores e da condução da gestão local. Da mesma forma, a condução das instâncias intergestoras é também heterogênea, com uma relação desigual entre os gestores nessas comissões. Em muitas situações, a desigualdade do poder entre as esferas de gestão induz fortemente a decisões que privilegiam interesses dos gestores estaduais sobre os municipais, com resultados por vezes inadequados ao processo de descentralização.

A ausência de gestão mais solidária do sistema, com a devida co-responsabilização entre as esferas de governo, é outra limitação verificada. De forma geral, a competição é mais intensa que a cooperação entre os gestores. Em vários estados, o processo de municipalização tem se dado de forma "solitária" sem a devida cooperação técnica e financeira dos estados, ou ocorre de forma "incompleta", com o Estado mantendo sob sua gestão uma parte da rede de serviços. Observa-se também resistência e despreparo das Secretarias Estaduais de Saúde em assumir o novo papel a elas atribuído pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde.

Um grave problema é a inexistência de medidas efetivas para superar impasses frente ao não cumprimento de responsabilidades de gestão. Mesmo as resoluções das comissões intergestoras e dos conselhos de saúde são traduzidas em portarias das respectivas esferas de governo, não tendo força jurídica para a cobrança efetiva de seu cumprimento. A desabilitação de entes federados ou suspensão de repasses financeiros são medidas ineficientes, já que penalizam mais a própria população do que os respectivos gestores.

Outro aspecto vital está relacionado com a ausência de indução suficiente para o desenvolvimento efetivo das capacidades gestoras. Além da insuficiência de cooperação por parte dos estados e da esfera federal, o financiamento federal é programado "exclusivamente" (direcionado e em função de) para a oferta de serviços e pagamento de procedimentos. Não são programados recursos para financiar as ações de regulação, controle, avaliação e auditoria, como se estas não fossem imprescindíveis ao adequado funcionamento do sistema de saúde, não necessitassem de recursos financeiros e seu financiamento fosse atribuição exclusiva das outras esferas de governo. Na maioria dos estados e municípios, estas funções de gestão não são realizadas ou são exercidas de forma precária, reproduzindo o modelo de forte autonomia dos prestadores com a oferta fortemente determinada pela rede assistencial.

Mesmo com algumas iniciativas recentes e louváveis, como regra geral os estados não repassam recursos para custeio das ações e serviços de saúde aos municípios no formato regular e automático (fundo-a-fundo), optando, quando o fazem, por mecanismos convencionais, em que o “quanto”, “para que”, “para quem”, “quando” e “como” são definidos pelo gestor detentor dos recursos. Os recursos federais, diferentemente, são totalmente repassados para fundos estaduais e municipais de forma regular e automática, com critérios pactuados na CIT (exceto recursos de investimento que são, em geral, repassados por convênios).

Chama atenção o formato de alocação dos recursos federais ao interior de cada estado. A distribuição dos valores dos tetos estaduais entre os municípios, dentro de cada estado, e o montante que fica sob gestão estadual é aprovada na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB) sem participação do Ministério da Saúde. Em última instância, o Ministério da Saúde não tem poder de decisão sobre o volume de recursos financeiros federais que chega a cada município para custeio do SUS. Em algumas situações, tem se observado expressivo desfinanciamento de municípios com papel importante de pólo regional de oferta de serviços pelo SUS, sem mecanismos que permitam ao governo federal corrigir este problema, por meio dos repasses financeiros, a não ser que rompa com esta lógica atualmente vigente.

A despeito de todos os estados e cerca de 10% dos municípios estarem atualmente em gestão plena, ainda existem muitos municípios com mais de 100 mil habitantes com responsabilização apenas sobre a atenção básica. Como o processo de habilitação é proposto por decisão do gestor local, se este não tiver interesse em assumir esta responsabilidade, não existe mecanismo que o obrigue a tomar tal decisão. Como exemplo, temos o caso de Salvador (3ª maior cidade do país), que somente em 2006 veio a ser habilitada em gestão plena do sistema municipal. Por outro lado, em determinadas situações, observa-se que a decisão do gestor municipal não é tomada em função do desinteresse, falta de apoio ou mesmo resistência da gestão estadual, para que a municipalização plena venha a ocorrer.

Em função das questões acima especificadas, pode-se levantar a hipótese de existir, nos marcos atuais, certo esgotamento do processo de descentralização por **habilitação** (comprovação cartorial de requisitos e capacidades) feita por **adesão** (vontade política do gestor local) e **concordância** das outras esferas, tendo a indução financeira, por meio de recursos federais, como seu grande motor.

PROPOSTA DE “PACTO DE GESTÃO”

A identificação dessas questões tem motivado o debate sobre a necessidade de uma reformulação em aspectos substanciais do processo de descentralização e de criação de legislação

que faça frente a estas dificuldades. Tal debate ganhou corpo a partir de 2004, com a elaboração, pelo Ministério da Saúde, de um projeto de “Lei de Responsabilidade Sanitária”, encaminhado pelo ex-Ministro Humberto Costa para consulta pública, e na construção de uma proposta denominada de “Pacto de Gestão”. A proposta construída pelo Ministério apontava na direção da saída do processo de habilitação por adesão para um modelo de *contratualização* entre gestores (federal, estadual e municipal). A *responsabilização efetiva*, deixaria de ser uma decisão do gestor local com a concordância dos demais, passando a ser assumida de modo negociado, com a *criação de capacidade progressiva de gestão, pela efetiva cooperação técnica e financeira e negociação de metas* (assistenciais e gestoras) e compromissos entre as três esferas de governo sobre o SUS. A Lei de Responsabilidade Sanitária daria a base legal para que tais pactos tivessem caráter e respaldo jurídico.

Com as mudanças no governo federal, saída do Ministro Humberto Costa e entrada do Ministro Saraiva Felipe, a proposta de Lei de Responsabilidade Sanitária foi abortada e o anteprojeto do Ministério da Saúde retirado do debate. Em relação ao “Pacto de Gestão”, o debate continuou junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e uma proposta foi aprovada ao final da gestão de Saraiva Felipe no Ministério da Saúde, que durou menos de nove meses, sendo publicada pelas Portarias nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699/GM, de 30 de março de 2006.

As mudanças apresentadas nessas portarias podem ser situadas em cinco grandes âmbitos: substituir o processo de habilitação pela formalização de termos de compromisso de gestão; apontar a regionalização solidária como eixo da descentralização; aprovar proposta de integração de várias formas de repasse de recursos federais para estados e municípios em blocos de financiamento; cobrar a explicitação dos recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual; e unificar os processos de pactuação de indicadores a partir de 2007.

Sem querer fazer uma avaliação precoce destas proposições, até pelo fato de ainda não ter sido efetivamente iniciada sua implantação neste momento em que este artigo está sendo elaborado, e considerando ainda que muitas normativas podem vir a ser aprovadas para dar conta de lacunas evidenciadas, gostaríamos de apontar algumas questões centrais que merecem ser debatidas.

Entre as mudanças significativas aprovadas, destaca-se o fim do processo cartorial de habilitação e sua substituição pela formalização de termos de compromisso de gestão que definam a responsabilidade sanitária e os compromissos de cada esfera de governo. Contudo esta proposta prevê uma adesão voluntária, o que pode, em última instância, não incorporar os municípios e estados, em que os gestores não optarem por aderir ao processo. Torna-se imprescindível a criação de mecanismos de indução que incentivem a adesão ao Pacto de Gestão e construir um processo de monitoramento e avaliação que possa contribuir para evitar que a saída do processo cartorial de

habilitação não seja efetivada, por meio de processos cartoriais de pactuação e formalização de termos de compromisso burocráticos.

Ainda que a regionalização solidária seja apontada como eixo estruturante da descentralização, a proposta aprovada não consegue ir além do já definido pela NOAS, apenas criando um mecanismo de gestão regional, com os gestores municipais e o gestor estadual. Na verdade, uma CIB regional ampliada, com todas as secretarias municipais da região de saúde.

Com o importante objetivo de reduzir o grande número de rubricas diferentes para repasses de recursos federais aos fundos municipais e estaduais (as famosas “caixinhas”), foram criados 5 blocos de financiamento (“caixotes”): atenção básica; atenção de média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica e gestão do SUS. A criação deste último bloco (gestão do SUS) foi extremamente importante e é a primeira iniciativa concreta aprovada, estabelecendo financiamento destinado ao custeio de ações relacionadas com a organização do sistema de saúde: regulação, controle, avaliação e auditoria; planejamento e orçamento; programação; regionalização; participação e controle social; gestão do trabalho; educação em saúde e implementação de políticas específicas. No entanto, até o momento, fica no plano das intenções, pois ainda não foram aprovados repasses com tal finalidade.

A criação dos blocos de financiamento não elimina as rubricas anteriores para fins de programação e cálculo dos repasses federais. Esta medida, ao invés de dar maior flexibilidade à aplicação dos recursos por parte dos gestores locais, criou limitações, na medida em que o uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, só podendo ser aplicados nas finalidades previstas dentro de cada um dos blocos. Assim, se antes a única restrição efetivamente estabelecida era a de não ser possível aplicar recursos da atenção básica em ações e serviços de média e alta complexidade, agora o financiamento ficou efetivamente “amarrado” dentro de cada bloco, ampliando em muito as restrições à utilização dos recursos federais pela gestão local. Ao invés de integrar as várias formas de repasses de recursos financeiros, o que se alcançou foi uma limitação no âmbito da aplicação destes recursos.

Um resultado muito positivo alcançado foi a cobrança de que o Termo do Limite Financeiro Global do Município deverá explicitar também os recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual – caso não seja possível explicitá-los por blocos, deverá ser informado apenas o total do recurso. Esta medida é um passo fundamental para garantir a efetiva aplicação dos recursos próprios de municípios e, em especial, dos estados, nas ações e serviços de saúde em cada território municipal.

Outra preocupação sobre as proposições aprovadas para o Pacto de Gestão está relacionada à baixa permeabilidade dos pactos ao controle social. Além da fragilidade de grande

parte dos conselhos de saúde para efetivamente conseguirem influir neste processo, o fato de que a aprovação nos respectivos conselhos de saúde (municipal, estadual e nacional) é o ponto de partida para a homologação não garante por si só um envolvimento mais amplo em seu acompanhamento e fiscalização.

Uma questão extremamente relevante diz respeito à operacionalização do comando único, ou seja, da efetivação de um único gestor com o controle de todos os prestadores de serviço do SUS em um dado território. As portarias aprovadas reafirmam a necessidade do comando único, inclusive colocando como anexo do termo de compromisso de gestão uma declaração da CIB de comando único do sistema pelo gestor municipal. Contudo o modelo definido para esta declaração, mais do que declarar a existência de comando único, cumpre principalmente outros dois objetivos: identificar quais são as unidades de saúde que o município ainda não está assumindo a gestão, mas para as quais existe um cronograma pactuado para a gestão das mesmas passar para o município; e declarar quais são as unidades de saúde que continuarão sob a gestão do estado, conforme pactuação estabelecida. Por incrível que possa parecer, a declaração da CIB de comando único do sistema pelo gestor municipal, na verdade, é a declaração da CIB de *não* existência de comando único.

Ressalta-se a preocupação com o risco de esta proposta aprovada em um ano eleitoral vir a imobilizar o ritmo do processo de descentralização. Por fim, cabe ainda registrar que todo o esforço para firmar divisão de responsabilidades claramente definidas e pactos de gestão estabelecidos em termos de compromisso intergestores perde muito da efetividade com o abortamento da proposta de criação de uma Lei de Responsabilidade Sanitária. Esta lei poderia dar base jurídica legal e estabelecer penalidades para o não cumprimento, por parte de qualquer gestor, de questões indispensáveis ao funcionamento do sistema de saúde e imprescindíveis de ser viabilizadas pelos respectivos gestores do SUS em um dado território.

REFERÊNCIAS

1. Weichert MA. Saúde e federação na Constituição Brasileira. Rio de Janeiro: Lúmen Júris; 2004.
2. Bobbio N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Campus; 1992.
3. Coelho TCB, Paim JS. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2005;21(5):1373-82.

4. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001;6(2):269-91.
5. Brasil. Constituição de 1988. 17ª ed. Atualizada em 2001. Brasília: Câmara dos Deputados; 2001.
6. Brasil. Lei nº 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. Brasília: Diário Oficial da União; 1990. 20 set.
7. Brasil. Lei nº 8.142, de 19 de dezembro 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 de saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 1990. 31 dez.
8. Brasil. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1993. 28 jul.
9. Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.
10. Brasil. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1994. 31 ago.
11. Campos CR. A produção da cidadania - construindo o SUS em Belo Horizonte. In: Campos CR, Malta DC, Reis AF, Merhy EE (Org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 11-30.
12. Mendes EV. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: Mendes EV (Org.). A organização da saúde no nível local. São Paulo: HUCITEC; 1998. p. 17-55.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS: NOB/SUS - 01/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
14. Barros E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciência & Saúde Coletiva* 1996;1:5-17.
15. Bueno WS. Betim: construindo um gestor único pleno. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo / Buenos Aires: HUCITEC / LUGAR; 1997. p. 170-196.

16. Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES; 2001.
17. Goya N. O SUS que funciona em municípios do Ceará. Fortaleza: AMECE; 1992.
18. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC; 1996.
19. Pimenta AL (Org.). Saúde e humanização: a experiência de Chapecó. São Paulo: HUCITEC; 2000.
20. Santos FP. O novo papel do município na gestão da saúde – o desenvolvimento do controle e avaliação. In: Campos CR, Malta DC, Reis AF, Merhy EE (Org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 31-50.
21. Silva SF. A construção do SUS a partir do município. São Paulo: HUCITEC; 1996.
22. Solla JJSP, Santos FP, Malta DC, Reis AT. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na gestão plena do Sistema Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto REFORSUS. Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências, gestão dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 361-397.
23. Teixeira CF, Solla JJSP. Gestión em la implementación del programa de salud de la familia en Brasil. 1998-2002: caso del Municipio de Vitória da Conquista. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2003. (Serie: Estudios de Caso y Experiencias Relevantes en Gerencia Social en América Latina).
24. Teixeira CF, Solla JJSP. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM (Orgs.). Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: ABRASCO / OPS / OMS; 2005. p. 457-79.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 (Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar). Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde. Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 (Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar). Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Balanço da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
28. Reis AAC, Solla JJSP, Soter AP, Palma JLL, Pereira SS. Mudanças recentes no financiamento federal do SUS (2): atenção especializada ambulatorial e hospitalar. Trabalho apresentado ao 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2006.
28. Lopes CR. Palmas para a luta do MP! Radis 2005;39:11.
29. Hortale VA, Comil EM, Pedroza M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública 1999;15(1):79-88.
30. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. Cadernos de Saúde Pública 2000;16(1):231-9.
31. Araújo Júnior JL do AC. Decentralization in the health sector. the brazilian process, issues and problems, 1988-1994. Dissertação Mestrado. Leeds, U.K.: University of Leeds - Nuffield Institute for Health; 1994. 78 p.
32. Collins C, Araújo J, Barbosa J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. Health Policy 2000 jun;52(2):113-27.

Recebido em 05.06.2006. Aprovado em 07.08.2006.