

Título do capítulo

CAPÍTULO 3 – A PROGRESSÃO DO CARÁTER
FEDERATIVO DAS RELAÇÕES INSTITUCIONAIS NO
SUS

Autores(as)

Roberto Passos Nogueira

DOI

Título do livro

FEDERALISMO À BRASILEIRA: QUESTÕES PARA
DISCUSSÃO

Organizadores(as)

Paulo de Tarso Frazão Linhares
Constantino Cronemberger Mendes
Antonio Lassance

Volume

8

Série

Diálogos para o desenvolvimento

Cidade

Brasília

Editora

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)

Ano

2012

Edição

ISBN

978-85-7811-142-7

DOI

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

A PROGRESSÃO DO CARÁTER FEDERATIVO DAS RELAÇÕES INSTITUCIONAIS NO SUS

Roberto Passos Nogueira*

Pode-se afirmar que o Sistema Único de Saúde (SUS), em suas etapas iniciais, na década de 1990, reproduziu o modelo centralizador de relações institucionais criado pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Os convênios e os contratos com os prestadores de serviços de saúde, públicos e privados, continuaram a ser administrados e supervisionados de forma bastante centralizada e burocrática pelo Ministério da Saúde. O passo fundamental na descentralização federativa do SUS somente foi dado na segunda metade daquela década, quando os recursos do SUS destinados a convênios e contratos com prestadores começaram a ser repassados pela União diretamente para os fundos estaduais e municipais de saúde.

A partir desse momento, a administração pública dos estados e dos municípios tornou-se responsável pelo relacionamento com os prestadores e, parcialmente, pelo seu controle. O funcionamento regular da comissão tripartite (União, estados e municípios) junto ao Ministério da Saúde, e das comissões bipartites nos estados foi fator decisivo para viabilizar entendimento federativo indispensável a este processo. Neste estágio, o grau de autonomia da gestão pelos estados e municípios era variável, pois dependia da modalidade aprovada pela comissão tripartite nacional (gestão básica, semiplena e plena). Por sua vez, o ordenamento de objetivos e de metas assistenciais realizava-se ainda de forma bastante centralizada por meio das portarias normativas do ministério.

Ao longo dos anos 2000 foi se tornando claro que esse mecanismo de classificação por modalidades de gestão tinha que ser reformulado para dar lugar a um planejamento conjunto e mais coerente entre os três tipos de entes federativos. Com efeito, tornou-se patente a necessidade de criar oportunidades para pactuação direta entre os gestores dos três níveis quanto ao alcance de certos objetivos e processos. Por pactuação entendia-se a distribuição discutida em conjunto e explicitada formalmente acerca das responsabilidades de cada gestor público, bem como das prioridades e das metas da assistência. Dois tipos de pactos complementares

* Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea.

começaram a ser postos em prática: os pactos de gestão e os pactos pela saúde (ou pela vida). Estas iniciativas pautavam-se por uma visão política que enfatizava a flexibilidade administrativa e financeira, enfrentando o desafio de se acomodar aos interesses diferenciados de cada ente federativo, mas sem comprometer os princípios doutrinários do SUS. Em resumo, os pactos passaram a gerar acordos que têm por finalidade a consolidação do SUS e seus princípios, com uma maior flexibilidade organizacional e operacional. Por sua vez, a contratualização pública cria consensos formais sobre metas e resultados assistenciais.

Na segunda metade da década de 2000, os termos pactuação e contratualização consagraram-se na prática das políticas de gestão do SUS. O gestor federal pretendeu com estas duas linhas promover um esforço contínuo de entendimento para definir e avaliar ações prioritárias. Esta lógica de gestão do sistema trouxe a perspectiva de que os repasses financeiros aos distintos agentes do SUS ficassem cada vez mais condicionados ao alcance de metas e indicadores nos campos da gestão e da assistência. Em última instância, a efetivação de tais condicionalidades implicaria admitir sanções ou recompensas em relação ao desempenho da gestão, afetando o montante e a sistemática dos repasses de recursos.

É nesse novo contexto que a questão federativa foi recolocada, com base em duas críticas. A primeira afirmava que o processo de municipalização havia se autonomizado na medida em que cada município pensava somente em criar estruturas assistenciais próprias para sua população, deixando de considerar a possibilidade de uma ação cooperativa com municípios regionalmente vizinhos, criando uma rede assistencial comum e utilizando de modo mais racional a capacidade técnica instalada em cada um, conforme a dimensão e necessidade de suas populações. A segunda crítica dizia que os consórcios municipais promoveram pragmaticamente este tipo de ação conjunta, mas de modo igualmente autonomizado, porque não resultavam de uma regionalização sistemática e, portanto, planejada, para o conjunto dos municípios de cada estado. Assim, ambos os processos, a municipalização e a regionalização assistencial, precisavam ter por referência a pactuação induzida pela secretaria estadual de saúde para o conjunto dos municípios, criando uma adequada economia de escala.

Esses dois tipos de crítica ao desenvolvimento federativo do SUS estão presentes, por exemplo, em texto da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2004), que foi escrito tomando em conta tanto a experiência do estado quanto a avaliação dos rumos tomados pela descentralização do SUS no território nacional como um todo. A primeira crítica é assim explicitada:

o paradigma da municipalização autárquica significou um incentivo para a expansão dos serviços municipais de saúde, dado que o enfoque de gestão da oferta, implicitamente, passou a mensagem de que, para alcançar uma forma superior de gestão

municipal se deveria instituir, no território municipal, o maior número de serviços de saúde possível. Esse incentivo implícito, na realidade federativa brasileira onde 75% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes, levou a uma extrema fragmentação dos serviços de saúde, do que decorreram significativas deseconomias de escala e de escopo e, como consequência, baixa qualidade dos serviços ofertados (p. 24).

E a segunda crítica dá lugar a uma proposta cooperativa para substituir o que no texto se denomina de “regionalização autárquica”, criada pela consorciação espontânea dos municípios:

o paradigma da regionalização cooperativa propõe o reconhecimento de um espaço privilegiado, a microrregião de saúde, onde os municípios da microrregião sanitária, em associação entre si e com apoio da União e da Secretaria Estadual de Saúde, farão a gestão das ações de atenção primária e secundária à saúde. Ao se associarem, os municípios da microrregião devem constituir um sistema microrregional de serviços de saúde – sob a forma de uma rede de atenção à saúde –, com base na cooperação gerenciada, gerando, pela sua ação solidária, um excedente cooperativo. Ademais, a regionalização cooperativa, ao associar municípios contíguos, reconstitui uma escala adequada para a oferta, econômica e de qualidade, dos serviços de saúde (p. 35).

Essa reavaliação crítica da municipalização autonomizada e a perspectiva de ênfase no “espaço mesorregional” da organização da assistência trouxe uma interpretação inédita acerca do processo de descentralização federativa do SUS. Antes se consideravam a municipalização e a consorciação municipal da assistência como processos que por si anunciavam avanços muito positivos na consolidação do SUS. Doravante, torna-se necessário avaliar o quanto estes processos são expressão da consolidação planejada e cooperativa do SUS em cada Unidade Federativa. Os procedimentos criados pela via da pactuação trouxeram, por sua vez, mudanças importantes no papel cumprido pelas secretarias municipais e estaduais, havendo um reforço à ação institucional coordenativa destas últimas, requerendo que seja formalizado o plano de regionalização no âmbito dos pactos de gestão que se celebram anualmente para cada unidade federal.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Secretário Marcus Pestana e Consultor da Secretaria de Saúde Eugênio Vilaça Mendes. Belo Horizonte, dez. 2004.