

Relatório Interno



COORDENAÇÃO: CPS - Nº 02/92

DATA: Setembro/92 Autor: Solon Magalhães Vianna *

TÍTULO: DESCENTRALIZAÇÃO TUTELADA **

* Técnico do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

** Publicado na Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES (nº 35, jul., 1992).

I. Introdução

01. O excepcional crescimento econômico registrado na década de 70 propiciou a expansão acelerada, e sem similar na história brasileira, da cobertura médico-assistencial patrocinada pela previdência social. Enquanto durou a euforia, os efeitos colaterais da opção por um sistema de prestação de serviços de Saúde fortemente centralizado pareciam pouco importantes.
02. Os inconvenientes dessa estratégia eram previsíveis: inibição das iniciativas comunitárias;
 - diminuição da importância e autonomia das secretarias estaduais e municipais de Saúde por força de sua dependência aos recursos federais transferidos por convênios;
 - decisões tomadas a distância dos fatos e, por isto, lentas e nem sempre compatíveis com a realidade que pretendiam alterar; para não mencionar o apetite insaciável da administração central do sistema para editar normas padronizadas para o país como um todo, desconsiderando as peculiaridades locais e regionais.
03. A principal vantagem do centralismo, talvez a única — a possibilidade de melhor equidade na distribuição dos recursos — não foi exercida com eficácia. Ao contrário, a política previdenciária de assistência médica, mesmo no seu período expansionista, pouco alterou as desigualdades regionais no acesso aos serviços providos pelo estado.
04. A Assembléia Nacional Constituinte-ANC buscou descentralizar o estado brasileiro. É verdade que a dimensão física do produto gerado pelo esforço legislativo parece contradizer essa intenção. Afinal, uma Constituição detalhista com 245 artigos permanentes e 70 outros transitórios, acrescidos de centenas de parágrafos, alíneas e itens, é bem reveladora do centralismo que permeia a cultura nacional.
05. Mas, de outra parte, a inclusão do município na Federação (C.F., art. 1º) apresenta-se como um

bom exemplo da valorização, ainda que subjetiva, do poder local. A objetividade desse fortalecimento ficou melhor configurada na nova partilha tributária (C.F., art. 159) que enfraqueceu relativamente a União em favor de estados e municípios.

06. No campo da saúde, a Constituição de 1988 é clara na intenção de deslocar o poder do centro para a periferia. Em primeiro lugar, porque inclui a descentralização (C.F., art. 198, I) e a *participação da comunidade* (C.F., art. 198, III) entre as diretrizes para a organização do sistema único. Em segundo, porque a competência concorrente das três esferas de governo — *cuidar da saúde e assistência pública* — (C.F., art. 23, II) é genérica. O município — o ente federativo com o qual o cidadão tem relações mais próximas, freqüentes e imediatas — é o único a receber a incumbência específica de *prestar serviços de atendimento à saúde da população* (C.F., art. 30, VII); à União e ao estado cabe, tão-somente, prover a *cooperação técnica e financeira necessária* para o exercício desse encargo exclusivo. E, em terceiro lugar, porque, quando há competências concorrentes, como a de legislar sobre *proteção e defesa da saúde* (C.F., art. 24, XII), a União deve se *restringir a estabelecer normas gerais* (C.F., art. 24, § 1º) [Vianna, S.M. & Piola, S.F. (1991)].

II. As múltiplas faces da descentralização

07. O princípio da descentralização que conforma a doutrina do sistema único de saúde tem sido, contudo, objeto de leituras contraditórias. *Desconcentração, delegação, privatização e municipalização*, com freqüência, são tomadas como seus sinônimos.
08. Todas essas formas podem estar presentes — e usualmente estão, com maior ou menor ênfase — na descentralização. Entretanto, isoladamente, elas não substituem nem se confundem com esse processo, tal como este é entendido por boa parcela do pensamento reformista presente no movimento sanitário.

RELATÓRIO INTERNO tem o objetivo de possibilitar melhor aproveitamento, em discussões e decisões de política econômica, da experiência acumulada pelos pesquisadores. Divulga, no IPEA, os pontos de vista dos técnicos sobre temas econômicos atuais.

09. O que deve caracterizar a descentralização no sistema de saúde não é só o fato da tomada de decisão situar-se junto ao local onde os serviços são prestados e a existência de maior possibilidade de efetivo controle social sobre esses serviços. É, sobretudo, a autonomia das instâncias subnacionais, para exercer sua principal competência: organizar o respectivo subsistema, de acordo com as peculiaridades locais, respeitados os demais postulados constitucionais (universalização, acesso igualitário, regionalização e hierarquização da rede, direção única, atendimento integral, prioridade para as atividades preventivas e participação da comunidade).
10. As duas primeiras características — decisão perto do usuário e participação popular — poderiam estar presentes em um *serviço nacional* de saúde, como no caso da Inglaterra, que funcionasse de forma desconcentrada. O que diferencia a descentralização de seus supostos sinônimos, além da ausência de subordinação dos níveis periféricos ao nível central, é que nela ocorre perda centrífuga de poder. E, como este poder não foi delegado, mas conquistado politicamente na democracia, somente pode ser retomado pela mesma via.
11. Pode-se dizer que a administração pública federal começou a descentralizar-se (ou desconcentrar-se) há cerca de trinta ou quarenta anos. Nessa época, sob a justificativa da necessidade de flexibilizar as rígidas estruturas da administração direta, começaram a proliferar empresas públicas, autarquias e fundações. A intencionalidade, sob o rótulo de descentralização, era, na verdade, apenas delegar a essas agências funções executivas específicas. A descentralização em alguns casos surgiu, na prática, como efeito colateral: muitas dessas agências tornaram-se núcleos autônomos de poder político, econômico e corporativo, imunes não só ao controle social, mas até à supervisão do ente da administração direta ao qual foram formalmente vinculadas.
12. Na *desconcentração* não se dá perda de poder. Ela pode ser entendida como um "*processo de dispersão físico-territorial de instituições... inicialmente localizadas de forma concentrada*" [Uga (1991)]. A previdência social, em geral, e a assistência médica em particular, desconcentraram-se quando as respectivas agências federais (INPS e INAMPS) criaram superintendências estaduais para assumir funções antes exercidas pelo nível central.
13. Algumas secretarias estaduais de Saúde desconcentraram, para seus braços regionais, funções como a administração (inclusive treinamento) de recursos humanos. Nesse caso, a agência regional subordinada recebe *delegação* para, sob determinadas regras fixadas pelo poder central, executar tarefas predeterminadas.
14. A prestação de assistência médica por estados e municípios tornou-se, a partir da segunda metade da década de 70, uma importante modalidade assistencial, por *delegação* da previdência social. As secretarias de Saúde tinham pouca tradição nessa área e, até então, nenhum incentivo para assumi-la, ainda que de forma compartilhada. Mediante convênio que envolvia repasse de recursos, a previdência social delegou a essas esferas de governo a missão de prestar assistência médica aos seus beneficiários.
15. Na *delegação*, como na *desconcentração*, também não há perda de poder central. A instituição ou instância cedente pode, a qualquer tempo, cancelar a delegação. Além disto, o serviço pactuado está sujeito às normas centrais.
16. O modismo fundacional, com os mesmos argumentos que hoje sustentam a tese dos contratos de gestão, também alcançou o setor de saúde a partir dos anos 60. Encerrado esse ciclo, a descentralização assumiu outra face. A Constituição de 88 e a Lei nº 8.080/90 redividiram os encargos setoriais dentro da federação. Com isto, estados e municípios, sobretudo estes, passaram a ter funções antes desempenhadas predominantemente pela União.
17. Assim aconteceu com a prestação de *serviços de atendimento à saúde da população*. Essa atribuição era, até então, compartilhada entre as três instâncias de governo, sem qualquer divisão nítida quanto às áreas de atuação de cada uma. A partir da Constituição de 88, passou a ser competência municipal (C.F., art.30, VII).
18. Nesse processo, o equívoco conceitual mais comum consiste em supor a municipalização como o limite extremo para a descentralização. Este entendimento ampara-se no fato da lei (Lei nº 8.080/90): não fazer referência à autonomia de unidades operativas, como hospitais e centros de saúde. Essas unidades somente serão mais eficientes quando passarem a ser geridas com um grau de independência que jamais experimentaram, por força da concepção centralista e burocratizada que tem predominado no setor público em geral, onde os controles formais são sobrevalorizados.
19. O equívoco é reforçado quando a lei parece limitar a participação do usuário, na gestão dos serviços de saúde, aos colegiados — um em cada esfera governamental — nela previstos (Lei nº 8.142/80, art.1º). Ora, a descentralização — e seu corolário,

a participação — não se esgota na prefeitura ou na presença de representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde.

20. É conveniente que o distrito sanitário (Lei nº 8.080/90, art.10, § 2º) e mesmo as unidades de saúde, principalmente as de maior porte, contem também com esse instrumento de controle social. Até porque a desejável autonomia dessas unidades só faz sentido se sujeita à fiscalização direta da população, sabidamente mais eficiente, sem ser substitutiva, dos controles administrativos convencionais.
21. A *privatização*, por sua vez, mesmo representando o afastamento do estado, também não se encaixa nas características da descentralização consideradas neste texto. Na *privatização* também não há perda de poder, desde que o estado resguarde, em nome do interesse social, o seu papel regulador.
22. No caso brasileiro, onde os serviços de saúde, públicos e privados, são de *relevância pública* (C.F., art. 197), esse papel deve ser fortalecido: embora venha ocupando um espaço importante como agente de prestação direta de serviços de saúde, o estado brasileiro tem sido tímido na sua indelegável competência reguladora.
23. Na verdade, o que acontece na *privatização* é uma *delegação* de funções, admitindo — não é ocioso insistir — que o estado mantenha seu papel de regulação (e de financiamento). Ela pode apresentar-se em diversas vertentes:
 - a) transferência da prestação de serviços para responsabilidades de organizações da sociedade civil (associação de moradores, sindicatos etc...) [Uga (1991)];
 - b) venda para grupos privados de hospitais e outras unidades públicas, tal como tentado em 1967 no abortado Plano Nacional de Saúde;
 - c) adoção de critérios empresariais e disciplina jurídica privada, conservando a regulação, o patrimônio e o financiamento públicos, como parece ser a tendência nacional nos chamados *contratos de gestão*;
 - d) contratação de serviços com pessoas jurídicas, em áreas finalísticas (assistência médico-hospitalar), e em setores de apoio como limpeza, manutenção de equipamentos, informática, alimentação, segurança e vigilância (terceirização);
 - e) Concessão. Na forma ortodoxa da concessão, o poder público determina o serviço a ser explorado, fixa a tarifa e fiscaliza a sua

prestação. O concessionário aporta recursos próprios, assume o risco e é remunerado pelo lucro do empreendimento. A concessão tem sido mais aplicada na realização de funções empresariais típicas como o transporte coletivo. Não há experiência nacional conhecida da sua adoção no campo da saúde.

III. O entulho centralizador

24. A desatenção (ou despreço) aos limites normativos da União parece expressar-se na própria lei que regula os dispositivos constitucionais referentes à saúde (Lei nº 8.080/90). Como antes mencionado, quando a competência de legislar é comum aos três entes federativos, como acontece no campo da saúde, a União deve limitar-se a normas gerais.
25. Entretanto, sob inspiração do projeto encaminhado pelo Poder Executivo, o Congresso legitimou um extenso conjunto de regras, de cunho centralizador em inúmeros pontos, e que violam a autonomia estadual e municipal. Legislação subsequente reforça esta posição, ao estabelecer condições para que estados e municípios possam receber recursos do Fundo Nacional de Saúde, de forma regular e automática (Lei nº 8.142/90, art.4º, I, II, III, IV, V, VI e Parágrafo Único).¹
26. Vários dispositivos da Lei nº 8.080/90 restringem o princípio constitucional da *descentralização*. Por um deles (art. 45), os hospitais universitários — cerca de 10 % da oferta pública de leitos — ficaram fora do comando da autoridade sanitária local.
27. Ainda que possa ser justificada pela autonomia universitária (C.F., art. 207), essa exclusão colide com a diretriz da *descentralização, com direção única em cada esfera de governo* (C.F., art. 198, I). A manutenção, também em caráter permanente, da Fundação das Pioneiras Sociais-FPS e do Instituto Nacional do Câncer-INCA, sob supervisão do Ministério da Saúde (art. 41), contradiz o mesmo princípio.
28. Um desdobramento dessas exceções é o risco da proliferação de hospitais federais de alta tecnologia, em detrimento da rede básica. Outro, como decorrência, é a federalização de algumas doenças.
29. Uma terceira conseqüência será a necessidade de adotar mecanismos de coordenação e articulação

¹ Uma dessas exigências, a que mais fere a autonomia estadual e municipal, obriga essas esferas de governo a implantarem plano de carreira, cargos e salários no prazo de dois anos.

para que possam ser instituídos esquemas de referência e contra referência de pacientes entre hospitais especializados (federais) e a rede básica (municipal ou, transitoriamente, estadual). Ora, foram precisamente as limitações dos mecanismos de coordenação, fartamente experimentados na estratégia das Ações Integradas de Saúde-AIS, que inspiraram o legislador constituinte a incluir, na doutrina do SUS, a unidade de direção em cada instância de governo.

30. A incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde é coerente com esse princípio. Mas, nem por isso deixa de ser contraditória. A preservação desse paquiderme institucional e, o que é mais grave, de seus tentáculos estaduais, representa um notório obstáculo à descentralização.
31. A situação só não chega a ser desastrosa porque está em curso a cessão de hospitais e postos de assistência médica dessa autarquia, com os respectivos recursos humanos, para estados e municípios. Estima-se que cerca de 65% dos quadros operativos do INAMPS já estejam sob gestão local ou estadual.
32. As relações entre o SUS e o setor privado que participe do sistema continuam — segundo a lei — normatizadas pelo nível central. Nada haveria a contrapor, se o MS/INAMPS conseguisse — o que é pouco provável — conter sua *compulsividade legisferante* e se restringisse a fixar normas gerais. Como manda a Constituição.
33. A despeito de não ser fácil, ou nem mesmo viável precisar o que são normas gerais, é factível identificar o que não merece tal qualificação. Agride o bom senso admitir que a fixação pelo MS de *critérios e valores* para a remuneração de serviços, como faculta a lei (art. 26, *caput*), seja uma norma geral. A prerrogativa federal de estabelecer preços nacionais desatende as peculiaridades locais, violenta a autonomia municipal e subtrai do gestor municipal (ou estadual) um instrumento importante de política de saúde.

IV. Considerações finais

34. O alcance do processo descentralizador fica explicitado quando são definidos os encargos de cada componente da federação e a correspondente partilha de recursos.
35. A prestação de serviços de atendimento à saúde, como os de atenção médica, odontológica, farmacêutica, sanitária e hospitalar, é função municipal (C.F., art.30, VII. Lei nº 8.080/90, art. 18, I). A prerrogativa, a despeito de explícita,

não é, todavia, exclusiva do nível local. Os estados também podem fazer o mesmo, porque lhes estão reservadas todas as competências não vedadas pela Constituição (C.F., art. 25, § 1º).

36. Preocupa, neste caso, a ameaça de *estadualização* e/ou da criação de paralelismos e duplicações, sempre presente quando as fronteiras de atuação não são bem desenhadas. Essa ameaça reduzir-se-á substancialmente, se o estado assumir apenas funções supletivas de execução. A operação, "transitória", de serviços de natureza local, enquanto são criadas condições para que o município passe a fazê-lo, enquadra-se nessa situação.
37. Em caráter permanente, cabe aos estados, entre outras funções, regular a distribuição espacial da rede assistencial ² e operar serviços — hemocentros, por exemplo — cuja municipalização, por razões de escala de produção, não se justifique.
38. São exemplos de atribuições federais típicas:
 - normatização e controle de qualidade de insumos setoriais de circulação nacional;
 - identificação de centros de referência nacional, estabelecimento dos respectivos padrões de qualidade e definição do local de novas unidades com essa finalidade;
 - alocação de recursos para investimento, com vistas à redução das desigualdades regionais no acesso aos serviços;
 - assistência técnica aos estados (aos municípios somente quando o estado não puder fazê-lo); articulação com organizações sanitárias e organismos de cooperação internacional.
39. Parte da burocracia federal, entretanto, parece que ainda não aderiu a esse novo "tratado de Tordesilhas" setorial. Na verdade, "*a União, habituada a antiga realidade e incapaz de absorver com rapidez a profunda alteração ocorrida, tem se negado a reduzir seu campo de ação*" [Dornelles, F. (1991)]. Os casuismos, já

2

A localização de novas unidades de saúde, em especial aquelas cuja área de influência seja regional ou microrregional, deve depender de decisão supra municipal (SES) tomada com base no plano diretor estadual para o setor. Em caso contrário, ou seja - plena autonomia municipal para decidir sobre novos investimentos - poder-se-á estabelecer uma indesejável competição paroquial e de conseqüências predatórias sobre recursos escassos. A construção e operação desses serviços - hospitais de referência, laboratórios regionais ou ambulatórios de maior complexidade tecnológica e menor freqüência de demanda - pelas secretarias estaduais de Saúde somente ocorreria na ausência de iniciativa local ou de consórcio de municípios.

- comentados, introduzidos na Lei nº 8.080/90, preservando atribuições federais na prestação de assistência médico-hospitalar, confirmam a assertiva do ex-ministro da Fazenda.
40. A decorrência lógica da redefinição de funções entre União, estados e municípios dentro do SUS será uma nova partilha dos recursos que vão financiar esse sistema. A nova partilha para ser, de fato, regular e automática, poderia acontecer em molde similar ao seguido pelos Fundos de Participação dos estados e dos municípios. Não há indícios de que a hegemonia das fontes federais no financiamento da saúde venha a ser alterada. Nem há porque desejar que isso ocorra, na medida em que a função redistributiva da União depende, além da vontade política, da robustez de suas fontes.
41. O que deve ser repellido, por sua incompatibilidade com um sistema descentralizado, é a política das *transferências negociadas*.³ O intento de resguardar esse mecanismo está presente nos pré-requisitos para repasse de recursos federais para estados e municípios: "*programação aprovada*" (Lei nº 8.080/90, art.33, parágrafo 4º) e "*análise técnica de programas e projetos*" (Lei nº 8.080/90, art. 35, *caput*).
42. Essas exigências — admissíveis no caso de recursos para investimento — estariam revogadas com o estabelecimento do repasse de "*forma regular e automática*" (Lei nº 8.142/90, art. 3º). A dúvida quanto à permanência da regra anterior ampara-se na inexistência de menção expressa à sua revogação. O senso comum, porém, ensina que requerimentos prévios, como os previstos na Lei nº 8.080/90, são inconciliáveis com o automatismo e a regularidade de repasses determinados pela lei posterior.
43. Nada obstante, mesmo que o MS tenha abdicado definitivamente das exigências prévias para transferências, outras formas substitutivas de tutela sobre as secretarias de Saúde foram engendradas: UCAs e AIHs, os novos instrumentos de troca, são, em última análise, *moedas podres* com as quais o MS remunera (exclusivamente) serviços médico-hospitalares prestados por estados e municípios. Este artifício para preservação de poder só teria alguma justificativa se essas prestações ainda estivessem sendo executadas por delegação do INAMPS como foram no passado.
44. A descentralização não se consolidará enquanto subsistirem, entre instâncias governamentais, essas formas de relacionamento espúrias em um sistema constitucionalmente descentralizado. Tentar vencê-las é uma maneira, entre tantas outras, de contribuir para consolidar a democracia, fortalecer a federação e acelerar a implementação do sistema de saúde tal como idealizado na VIII Conferência Nacional de Saúde.

³ Forma de repasse mediante convênio. Essa modalidade de financiamento tem sido vista como um instrumento útil, menos para o exercício de uma política redistributiva do que para preservar o poder central e oxigenar o clientelismo. Sua manutenção não se justifica em um sistema descentralizado onde, definidas as responsabilidades de cada esfera de governo, os recursos passam a ser partilhados proporcionalmente.

BIBLIOGRAFIA

- BRASIL. Constituição, 1988. — Constituição: *República Federativa do Brasil*, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Leis, Decretos, etc. — Lei nº 8.080, de 19 set. 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*, Brasília, nº 182, p. 18055-9, 20 set. 1990.
- BRASIL. Leis, Decretos, etc. — Lei nº 8.142, de 28 dez. 1990: Dispõe sobre as condições de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde/INAMPS. — *Coletânea de legislação básica: Nova Política de Financiamento do SUS*. Brasília, 1991. p. 27-8.
- DORNELLES, Francisco. — Reforma do Estado. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 out., 1991. Cad. 1, p. 6.
- UGÁ, Maria Alicia. — Descentralização e democracia: O outro lado da moeda. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, nº 5, jun. 1991. p. 87-104.
- VIANNA, Solon M. & PIOLA, Sérgio F. — Descentralização e repartição de encargos no Sistema Único de Saúde-SUS. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, nº 5, jun. p. 143-160.