

Planejamento e Políticas Públicas

André Cesar Medici

- DESCENTRALIZAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Federico Tobar

- O CONCEITO DE DESCENTRALIZAÇÃO: USOS E ABUSOS

Laura Tavares Soares

- DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO EM REGIÕES METROPOLITANAS: UMA EXPERIÊNCIA NA BAIXADA FLUMINENSE

Maria Alicia D. Uga

- DESCENTRALIZAÇÃO E DEMOCRACIA: O OUTRO LADO DA MOEDA

Maria Helena Guimarães de Castro

- DESCENTRALIZAÇÃO E POLÍTICA DE SAÚDE: TENDÊNCIAS RECENTES

Silvia M. Porto

- DESCENTRALIZAÇÃO DE RECURSOS NO SETOR SAÚDE: COMENTÁRIOS SOBRE ALGUMAS PROPOSTAS

Solon Magalhães Vianna / Sérgio Francisco Piola

- DESCENTRALIZAÇÃO E REPARTIÇÃO DE ENCARGOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Federico Tobar

- RESENHA BIBLIOGRÁFICA. DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD. CONCEPTOS, ASPECTOS Y EXPERIENCIAS NACIONALES

5

JUNHO DE 1991

ipea

Descentralização e Repartição de Encargos no Sistema Único de Saúde – SUS

Solon Magalhães Vianna
Sérgio Francisco Piola
do IPEA

O artigo discute os dispositivos constitucionais no campo da saúde referentes à descentralização e distribuição de encargos entre os três componentes da federação e, ainda, o entendimento que foi dado a esses dispositivos na sua regulamentação. Com base nessa análise, é proposta uma nova partição de encargos a partir de um desenho, mais claro que o atual, do papel da União no Sistema Único de Saúde – SUS. A eventualidade dessa matéria ser objeto de emenda ou de revisão constitucional fixada para 1993 está também tratada, bem como o desempenho dos diferentes atores envolvidos nesse projeto político. Na sua parte final, o artigo sumariza algumas questões julgadas pelos autores como as de maior relevância no processo de descentralização dos serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

Na segunda metade da década de 70, 51,3% das receitas tributárias disponíveis ficavam com a União, cabendo aos estados e municípios, respectivamente, 34,5% e 14,2%. Em 1993, quando a nova partição constitucional estiver totalmente implementada, esses percentuais serão de 36,5% (União), 40,7% (estados) e 22% (municípios). “*Isto, sem qualquer redistribuição de encargos*” [Galvêas (1991)].

Este novo contexto decorre da objetividade com que os constituintes de 88 trataram a partilha tributária, buscando uma reversão gradual do centralismo imposto pela reforma de 1967. Precisa na redistribuição dos recursos, a nova constituição é ambígua na redefinição de encargos. É o que acontece na área da saúde [Wafae, (1991)], como se discutirá mais adiante, onde União, estados e municípios compartilham responsabilidades.

O tema, longe de estar esgotado, como se esperava que ficasse a partir do advento da lei nº 8.080 de 1993 de setembro de 1990, regulamentando os dispositivos constitucionais pertinentes à saúde, permanece oportuno e atual. Por um lado, porque, a despeito de descer a detalhes em alguns pontos, a lei deixou outros a descoberto ou sujeitos à múltiplas leituras; de outro, porque a revisão constitucional de 1993 (C.F., ADCT, Art. 3º) – ou antes disto, a julgar pelo que divulga a imprensa – deverá incorporar à sua agenda a reforma tributária e o reexame da partição de funções entre os três componentes da Federação.

O objetivo principal deste artigo é alimentar o debate. O documento está organizado em quatro capítulos, além desta introdução. O primeiro dis-

cute os dispositivos constitucionais relativos à descentralização dos serviços de saúde e à repartição de encargos, enquanto o capítulo seguinte (II) analisa o tratamento dado pela lei nº 8.080/90 a esta questão.

O Capítulo III propõe uma nova partilha de competências a partir da delimitação mais clara do papel do governo central no sistema de saúde, além de discutir a revisão constitucional e a posição dos diferentes atores políticos envolvidos nesse projeto. Por fim, o capítulo IV sumariza algumas questões julgadas mais relevantes no processo de descentralização.

I AS COMPETÊNCIAS CONSTITUCIONAIS

A constituição brasileira tem, de um modo geral e no campo da saúde em particular, uma inequívoca propensão descentralizadora. No seu todo, em função da própria repartição tributária citada no início deste texto. No setor de saúde, em primeiro lugar, porque dos três componentes da Federação, o município é o único a merecer menção, clara e específica, quanto a sua competência setorial (C.F., Art. 30, VII); a competência comum aos três entes federativos – cuidar da saúde e assistência pública (C.F., Art. 23, II) é genérica. Em segundo, porque quando a atribuição de legislar for concorrente como ocorre no campo da saúde (C.F., Art. 24, XII), a União deve se restringir a estabelecer normas gerais (C.F., Art. 24, Parágrafo 1º).

Não há consenso, entretanto, quanto ao significado e alcance da descentralização. Ela poderia implicar, apenas, desconcentração, vale dizer, na concessão de mais autonomia para as agências em contato direto com o usuário. Ou na presença cada vez menor do setor público, substituído pela iniciativa privada, tal como previsto na reforma administrativa de 1967 (D.L. Nº 200/67, Art. 10, Parágrafo 1º, c.), enquanto um terceiro entendimento confere ao município um papel restrito à mera prestação de serviços básicos, deixando as práticas especializadas para as demais instâncias, como cogitado em diferentes projetos examinados pela Assembléia Nacional Constituinte – ANC (Quadro 1).

No juízo que embasa este ensaio, o conceito de descentralização não engloba somente a ampla autonomia de gestão para as unidades públicas produtoras de bens e serviços de saúde. Pressupõe, também, a competência local para decidir quanto ao grau de privatização do sistema, implicando, sobretudo, a ausência de agências federais na prestação de serviços de natureza local, entre os quais a assistência médica – qualquer que seja o seu nível de especialização – representa o exemplo mais eloquente.¹

A supor pelos diferentes projetos constitucionais [Rezende (1989, p. 48)], examinados ao longo do projeto constituinte, a municipalização dos serviços de saúde, tal como finalmente consagrada, só ficou definida na eta-

¹ A divisão de atribuições executivas no campo da assistência médica, segundo a complexidade das ações, levaria a definir doenças *federais, estaduais e municipais*.

pa final. A intenção original não era a de municipalizar todos os serviços de saúde (Quadro 1).

Com efeito, o projeto elaborado pela subcomissão dos municípios e regiões não atribua ao município, no campo da saúde, mais do que a responsabilidade sobre a atenção primária. Esta competência restrita foi mantida pela Comissão de Organização do Estado e nos anteprojeto e projeto de Constituição. A diferença estava em que este último estabelecia que a competência em causa seria exercida *em cooperação com a União e o Estado*.

O primeiro substitutivo do relator manteve a limitação do campo de ação, apenas trocando a expressão ... *em cooperação com...* por ...*com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado*; mudança sutil que alterou substancialmente as relações entre os entes federativos: na redação inicial haveria apenas articulação entre eles; a segunda incorpora a idéia de ajuda do centro para a periferia. O segundo substitutivo do relator e o elaborado pela Comissão de Sistematização mantiveram a mesma linha, somente diferindo dos anteriores na forma *serviços básicos de saúde em vez de atenção primária*.

Assim, somente na última versão a competência municipal foi ampliada para *prestar serviços de saúde* em geral e não apenas cuidados básicos ou primários. Mantida, por hipótese, qualquer uma das sete versões que antecederam a final, haveria evidente incompatibilidade com o princípio da unidade de comando definido mais adiante (C.F., Art. 198, I), já que apenas os serviços básicos estariam sob autoridade municipal.

Ao município compete, por conseguinte, *prestar, com a cooperação técnica e financeira, da União e do Estado, serviços de atendimento a saúde da população* (C.F., Art. 30 VII). Cooperação técnica, entretanto, não é uma expressão tão clara quanto parece, o que gera a seguinte controvérsia: a cooperação tanto pode ocorrer sob forma de assessoramento técnico na organização de sistemas locais de saúde, se solicitada pelo município, ou como prestação de serviços, seja os de maior densidade tecnológica e cuja área de influência transcenda as fronteiras municipais, seja, até mesmo, os de atenção primária, como vem ocorrendo em inúmeras localidades principalmente, em regiões deprimidas.²

O primeiro entendimento – assessoria quando requerida – é coerente com o conceito de autonomia municipal. O segundo está presente na argumentação daqueles que advogam a preservação de algumas funções executivas federais no campo da atenção médica; esta postura é justificada pela necessidade de estabelecer padrões técnicos de alcance nacional a partir de unidades federais [Campos da Paz (1988)], ou por uma suposta incapacidade de muitos municípios operarem seus próprios serviços.

Porém, a prerrogativa municipal acima referida não é exclusiva, em que pese ser explícita. Os estados e a União também poderiam fazer o mesmo,

² A FSESP, atual Fundação Nacional de Saúde – FNS, opera em cerca de 780 municípios, a grande maioria situada nas regiões norte e nordeste.

quer, como visto, modalidade de cooperação técnica, quer – no caso dos estados – porque a estes estão reservadas todas as competências não vedadas pela constituição (C.F., Art. 25, Parágrafo 1º).

O problema está nas duplicações e paralelismos que podem surgir sempre que não fica suficientemente esclarecido *quem faz o que* ou, dizendo de outra forma, quando as fronteiras de atuação não são bem desenhadas. É o que ainda acontece no Brasil na área da saúde, onde *burocracias superpostas desperdiçam recursos, enquanto falta dinheiro para esparadrapo, seringa e lençol* [Collor (1991)].

II A REGULAMENTAÇÃO

Da Lei nº 8.080/90, dispondo *sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes*, se esperava a explicitação do que parecia ser a intenção da Assembléia Nacional Constituinte – ANC, no que diz respeito à descentralização e à divisão de funções. Quanto mais clara ficasse definida a partilha, menor o risco de conflitos, paralelismos e superposições.

A regulamentação, todavia, frustrou as expectativas, pelo menos as mais otimistas. Em alguns casos porque parece, até mesmo, ter invertido o que, suspeita-se, tenham sido os propósitos dos constituintes. A competência do SUS para *ordenar a formação dos recursos humanos na área de saúde*; (C.F., Art. 200, III), por exemplo, na regulamentação transformou-se em uma indefinida *participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento* desses recursos (lei nº 8.080/90, Art. 15, IX). Em outros casos, porque resultou obscura, o que pode ser debitado à dupla dificuldade em definir regras homogêneas para todo o país e conciliar posições antagônicas dos diferentes grupos de pressão. É o que acontece com a distribuição de encargos e a *descentralização com direção única em cada esfera de governo* (C.F., Art. 198, I)

Em boa medida, a lei limitou o alcance desse princípio constitucional. Vários dispositivos no seu texto assim indicam: a manutenção dos hospitais universitários fora do comando da autoridade sanitária da área onde se encontram localizados (Art. 45) é um exemplo. Ainda que possa estar justificada pela autonomia universitária (C.F., Art. 207), essa decisão do legislador comprometeu a unidade de comando no nível local, mantendo centralizada sob gestão federal cerca de 10% da oferta pública de leitos hospitalares.

A preservação do INAMPS e a manutenção da Fundação das Pioneiras Sociais – FPS e do Instituto Nacional do Câncer – INC (Art. 41), sob supervisão da direção nacional do SUS – leia-se Ministério da Saúde –, configura a intenção de manter, em caráter permanente, sob execução federal, ações típicas de assistência médico-hospitalar, que em um sistema realmente descentralizado são competência municipal ou, no máximo, estadual. Parte, portanto, do perigo de *duplicação (ou mesmo triplicação) de funções* na área da

saúde, objeto da denúncia presidencial [Collor (1991)], decorre de opção do próprio governo federal. Foi para eliminar esse problema crônico do sistema de saúde brasileiro que a ANC incorporou à doutrina de organização do SUS o princípio da descentralização com unidade de comando em cada esfera de governo (C.F., Art. 198, I).

A face centralizadora da lei está ainda mais exposta quando esta trata do financiamento do SUS. A necessidade de *programação aprovada* (Art. 33, Parágrafo 4º) e da *análise técnica de programas e projetos* (Art. 35, *caput*) é pré-requisito para o repasse de recursos federais para estados e municípios, um anacronismo abandonado na década de 70 em relação aos Fundos de Participação dos Estados (FPE) e Municípios (FPM). Lei posterior (lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, Art. 3º) tenta remediar essa distorção, mas não deixa claro se entre os recursos a serem repassados estão incluídos os destinados à compra de serviços no setor privado.

O MS, ainda, *acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a estados e municípios* aplicando, no caso de *malversação, desvio ou não aplicação dos recursos*... *as medidas previstas em lei* (Art. 33, Parágrafo 4º).

O controle e a fiscalização dos recursos públicos, inclusive os transferidos pela União, provavelmente podem ser bem mais eficazes se forem descentralizados. Neste sentido, os Conselhos de Saúde estaduais e municipais são os instrumentos adequados. Na esfera federal compete ao Tribunal de Contas da União – TCU, *fiscalizar a aplicação de quaisquer recursos repassados pela União... a Estado, ao Distrito Federal ou a Município* (C.F., Art. 71, VI). A competência atribuída ao MS traz o risco de levar, mais cedo ou mais tarde, à criação de uma imensa estrutura burocrática federal de eficácia duvidosa, pois são mais de quatro mil municípios, além das unidades federadas, a serem fiscalizados.

O viés centralista não é menos nítido no estabelecimento da gratuidade das ações e serviços de saúde públicos e privados contratados (Art. 43), diretriz que a ANC recusou *status* constitucional. Em um sistema descentralizado, a decisão sobre a gratuidade deve ficar a cargo do nível local. Além disto, a norma pode sofrer leitura por demais generosa: uma coisa seria não cobrar consultas, internações ou exames complementares. Outra, muito diferente, é vedar a cobrança da ocupação de apartamento individual ou de taxas de licenciamento de produtos, vistorias sanitárias e tantas outras prestações sanitárias que também podem ser consideradas como *ações e serviços de saúde*.

As relações entre o SUS e os serviços privados contratados continuam normatizadas pelo nível central (Art. 16, XIV). Santos (1991), possivelmente escudada na regra constitucional que trata da atribuição de legislar concorrentemente (C.F., Art. 24, XII), entende que a normatização tem que ser geral, (C.F., Art. 24, Parágrafo 4º). *Apenas normas gerais* [Santos (1991)], mais do que isto seria intromissão na autonomia de estados e municípios.

A ingerência federal vai mais além nas relações dos demais entes fede-

III POR UMA NOVA DISTRIBUIÇÃO DE ENCARGOS

III.I – O Papel da União

Nos países com sistemas de saúde descentralizados, o ministério da Saúde, ou agência central equivalente, passa a ser uma instância de elaboração de políticas nacionais e de coordenação. Suas funções principais costumam ser [Vaughan (1990)]:

- formulação de políticas sanitárias, incluídas as políticas sobre atividades intra e intersetoriais;
- estabelecimento de políticas nacionais;
- elaboração de planos nacionais de saúde e de pautas de planificação regional e local;
- alocação de recursos, especialmente para despesas de capital (investimentos);
- acompanhamento e avaliação da eficácia e da eficiência do sistema de saúde;
- assistência técnica de alto nível para programas concretos;
- controle de qualidade e concessão de licenças para produtos farmacêuticos;
- regulamentação do desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, inclusive quanto à formação;
- regulamentação das organizações privadas com e sem fim lucrativo;
- controle e coordenação das organizações sanitárias e institutos de pesquisa de nível nacional;
- articulação com organizações sanitárias e organismos de ajuda internacional.

Esse elenco de atribuições não representa um contexto específico, nem, tampouco, uma receita universal para países que pretendam descentralizar seus sistemas de saúde. Mesmo onde haja um sistema federal forte de governo nacional, como Espanha, México e Iugoslávia, a autoridade e o tamanho do ministério da saúde podem ser bastante limitados, o que reflete a perda de suas responsabilidades operativas. Nestas circunstâncias, as atribuições que comumente assume o nível central quanto ao planejamento e prestação de serviços se encontram, em grande parte, descentralizadas para estados, regiões ou províncias [Vaughan (1990)].

Contraditoriamente, porém, mesmo em países federativos e com forte poder local, o governo central pode estar presente na prestação de serviços médico-assistenciais. Assim se passa nos Estados Unidos, onde determinados grupos sociais como pobres, idosos, índios e veteranos de guerra estão sob proteção direta ou indireta de serviços ou programas federais.

No âmbito do SUS, a divisão de encargos passa, obrigatoriamente, pela redefinição do papel da União. O componente nobre desse papel deve ser o de promover a equidade. Para tanto, é fundamental a institucionalização de

radados com os fornecedores de serviços médicos: quem estabelece *critérios e valores para a remuneração de serviços e parâmetros de cobertura assistencial* é o MS (Art. 26, *caput*).

A competência concedida pela lei à esfera federal se contrapõe a uma compreensão mais ampla da diretriz constitucional da descentralização. A autonomia constitucional de estados e municípios que, obviamente, não exclui a prerrogativa de contratar a compra de bens e serviços com fornecedores privados, fica restrita no campo da saúde, pois que limitada, aparentemente, à escolha do provedor e, expressamente (Art. 18, X), à assinatura do contrato e ao controle e avaliação de sua execução. O preço é fixado pela direção nacional do SUS. Tarifas padronizadas desatendem às peculiaridades locais e diminuem a capacidade do gestor local (ou estadual) de formular a política de saúde. Com preços tabelados nacionalmente pela direção central do SUS, subtrai-se do município um instrumento importante para incentivar ou desestimular a participação do setor privado.

Também não faz sentido que o MS estabeleça quantas consultas ou internações (*parâmetros assistenciais*, no jargão setorial) tenham que ser prestadas em cada um dos municípios brasileiros. Embora o INAMPS tenha experiência nesse campo, acumulada enquanto administrou a assistência médica no país, não significa que, em um sistema descentralizado, continue com o mesmo papel que teve no passado. Evidentemente, não há impedimento para que os municípios busquem, se assim desejarem, o seu assessoramento técnico. Mas esta é uma opção voluntária que não deve ser imposta por lei federal.

A inclinação centralizadora não está só no que, implícita ou explicitamente, diz a lei. Está, também, no que deixou de dizer em razão dos vetos a dois dispositivos com a inusitada justificativa de se tratar de *minúcias impróprias à lei* (D.O., 20 set. 90, p. 18069). O primeiro veto (Parágrafo 2º do Art. 33) eliminou a referência ao automatismo das transferências financeiras, o que parece sinalizar a intenção de preservar a forma negociada de repasses para estados e municípios. O segundo (Parágrafo 5º do Art. 35) reforça essa suspeita, pois possibilitou a manutenção do convênio como instrumento das transferências negociadas.

A etiologia de todas essas práticas parece estar na nossa tímida organização federativa e na cultura centralizadora que permeia a sociedade brasileira. Não se pode esquecer que metade dos últimos sessenta anos de nossa história foi vivida sob regimes que podem ser classificados como ditatorial (primeiro governo Vargas) ou autoritário (1964-1985).

No setor de saúde, a causa específica tem origem no formidável crescimento da assistência médica provida pela previdência social, sobretudo a partir dos anos 50, e na reforma tributária centralizadora na segunda metade da década seguinte. Se a expansão da assistência médica previdenciária tornou possível, ao fim e ao cabo, institucionalizar o *acesso universal igualitário às ações e serviços de saúde* (C.F., Art. 196), não menos certo é que *essa mesma expansão, associada ao centralismo tributário, inibiu iniciativas comunitárias e locais e aumentou a dependência das secretarias de saúde do financiamento federal*.

mecanismos redistributivos, dada a magnitude das desigualdades prevalentes no Brasil. O aperfeiçoamento dos critérios de repasses previstos na lei nº 8.080/90, ou a sua operacionalização com o uso de variáveis não regressivas, são alternativas naturais para a consecução dessa política [ver Vianna *et alii* (1990)].

Ao Ministério da Saúde cabe a execução de ações de abrangência nacional e alcance coletivo, as quais, a despeito de sua importância social, tem recebido prioridade muito baixa nas sucessivas políticas de saúde das últimas décadas. Entre essas ações e serviços estão o licenciamento e o controle de medicamentos e outros produtos que interfiram na saúde e tenham circulação nacional, ou se destinem à exportação.

Para tanto, não será essencial aumentar o número de laboratórios ou agências federais. É claro que o Ministério deve modernizar e, eventualmente, ampliar a capacidade instalada própria, por exemplo, investindo no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde – INCQS – e concedendo-lhe hierarquia institucional compatível com a sua nova prioridade.

Também neste caso a descentralização tem espaço. Uma rede nacional regionalizada de laboratórios para controle de qualidade de medicamentos e outras ações e serviços no campo de vigilância sanitária e epidemiológica não precisa ser necessariamente federal. Unidades estaduais (ou mesmo municipais), de notório padrão técnico – como o Instituto Adolfo Lutz de São Paulo – podem ser credenciadas. Outros estados seriam incentivados para assumir regionalmente, por delegação, atribuições federais nessas áreas.

Livre do varejo setorial em que deliberadamente se enredou ao longo do tempo, o governo federal passa a concentrar-se, adicionalmente, na coordenação da inteligência epidemiológica e na implementação de um sistema nacional de informação em saúde, instrumentos essenciais para o controle de doenças e para avaliação e promoção da qualidade e produtividade do sistema de saúde como um todo.

A externalidade de determinados problemas de saúde, como os de doenças de fácil disseminação e a capacidade desigual de estados e municípios para enfrentá-los com eficácia, requer que o MS possa mobilizar, em caráter eventual e transitório, recursos humanos e materiais pertencentes a outros entes federados ou privados que necessitem ser utilizados em locais diversos daqueles onde se encontram sediados. Se é absurdo que o governo tenha que manter um exército de reserva somente para ser utilizado em ocasiões emergenciais, desatenderia o interesse coletivo se perdesse a capacidade de mobilizar outros recursos públicos, ou mesmo privados, quando indispensável.

Enquanto situações críticas podem requerer ação federal mais direta, com vistas à proteção da comunidade nacional, outras de caráter individual – como acontece com a assistência médica – devem ser organizadas em subsistemas estaduais, com o grau de municipalização que as condições locais permitirem.

Cada unidade federada, ou cada localidade onde os serviços estiverem municipalizados, deve ter autonomia para decidir a forma de organização de

seu sistema de saúde, o nível de privatização e as formas de relacionamento com o setor privado, respeitados os princípios constitucionais pertinentes como acesso igualitário (para igual necessidade), regionalização, participação, descentralização e integração.

A parcela da oferta de serviços públicos de saúde que se mantiver sob gestão federal não deve ser expandida.³ É o mínimo que se pode esperar de uma política descentralizadora. A absorção dessa rede pelos estados e municípios depende, porém, da credibilidade do SUS. Sem um mínimo de segurança em relação ao futuro do sistema, sobretudo quanto ao financiamento, governadores e prefeitos dificilmente irão correr o risco político de deslocar a fila do INAMPS para suas portas.

É falso imaginar que, com a descentralização nas condições sugeridas neste artigo, o MS perca a razão de existir. Na verdade, o Ministério perde em tamanho, mas pode ganhar em importância, dependendo da competência política com que desempenhar as seguintes funções básicas:

- política nacional de saúde (normativa para ações próprias e indutiva para o que for de responsabilidade de estados, municípios e do setor privado);
- financiamento (redistributivo);
- assistência técnica (nível estratégico) às unidades federadas, quando solicitada; para os municípios, somente quando o estado não puder fazê-lo;
- mobilização transitória de recursos humanos e materiais, públicos e privados, em situações especiais definidas em lei;
- pesquisa (execução de ações próprias, coordenação nacional e estabelecimento de normas éticas);
- credenciamento de agências estaduais e municipais para a execução de atribuições federais específicas (controle de qualidade de medicamentos, por exemplo);
- educação para a saúde (quando couber ação nacional);
- acompanhamento e avaliação da produtividade e qualidade das ações e serviços de saúde (estabelecimento de padrões de qualidade e produtividade em consenso com estados e municípios);
- sistema nacional de informação em saúde (coordenação);
- programa de investimentos com vistas a reduzir a desigualdade na distribuição espacial da oferta de serviços;
- controle de qualidade e concessão de licença para produtos farmacêuticos e outros insumos setoriais, bem como equipamentos e produtos que interfiram na saúde e tenham circulação nacional ou se destinem à exportação;
- regulamentação do setor privado com e sem fim lucrativo (normas gerais);

³ O MS conta com uma infra-estrutura própria, relativamente ampla, para execução direta de serviços de assistência médica, hospitalar e sanitária. Cerca de 25% dos leitos hospitalares da rede pública são federais. Dos 42 hospitais do INAMPS, 22 ainda permanecem sob administração direta desse Instituto (PRN, 1991, p. 44). Somente a FNS dispõe de mais de 58 mil funcionários alocados em atenção primária, incluindo o combate às doenças endêmicas.

– participação com o Ministério do Trabalho na regulamentação das profissões de saúde e, com o Ministério da Educação, na implementação de um sistema de avaliação da qualidade dos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde;

– articulação com organizações sanitárias e/ou de ajuda e financiamento internacionais;

– operação transitória, a pedido do estado e/ou município, de serviços de assistência médica, hospitalar e sanitária já existentes, vedada a ampliação.

III.2 – A Revisão Constitucional

A municipalização dos serviços de saúde é uma imagem-objetivo para o próximo milênio, no que tange ao país como um todo. Uma meta realista para ser perseguida nesta década seria municipalizar os serviços de saúde das localidades com mais de 50 mil habitantes. No seu conjunto esses municípios abrigam a cerca de 63% da população brasileira.

Em princípio, a revisão da lei nº 8.080/90 seria suficiente para balizar juridicamente o processo de descentralização, que encontra na municipalização o seu objetivo-síntese. No entanto, a desconfiança da sociedade com a eficácia da lei ordinária alimenta a crença de que só o que se insere na constituição tem chance de ser respeitado e cumprido [Cardoso (1988)]. Esta postura gerou uma constituição detalhista, a qual, de um lado, garantiu direitos fundamentais do cidadão, mas, de outro, consolidou privilégios, excitou o corporativismo e, no entender do governo, criou uma verdadeira camisa-de-força jurídica que põe em cheque a governabilidade.

Dentro dessa perspectiva, a revisão constitucional prevista para 1993 (C.F., ADCT, Art. 3º) pode tornar mais explícita e permanente a partilha de encargos na área da saúde, retirando expressamente da União responsabilidades diretas com serviços locais, ainda que preservando certas situações especiais de caráter transitório.

Essa revisão, contudo, já começa a acender uma intrincada polêmica jurídica, onde despontam duas teses inconciliáveis. Uma, ancorada na ausência de restrições constitucionais à amplitude da revisão, sustenta o poder constituinte ilimitado do atual Congresso. Esta hipótese, no limite, atribuiria aos atuais congressistas o poder de reescrever em 1993 a Constituição de 1988. *É preciso explicar que a revisão é um reexame geral da Constituição. Como se um novo processo constituinte acontecesse* [Gilberto (1991)].

Na tese oposta, o Congresso não teria legitimidade para exercer pleno poder constituinte, pois os atuais parlamentares não são *como constituintes*, e a revisão constitucional não é *reforma geral* [Ataliba, G. (1990)]. De acordo com esta corrente, a revisão constitucional limitar-se-ia às necessidades decorrentes do resultado do plebiscito do dia 7 de setembro de 1993 que definiria a forma (república ou monarquia constitucional) e o sistema (parlamentarismo ou presidencialismo) de governo (C.F., ADCT, Art. 2º).

A revisão ampla, defendida na primeira tese, exige apenas maioria absoluta de votos em sessão unicameral (C.F., ADCT, Art. 3º). Prevalecendo a opinião contrária (revisão parcial), as dificuldades de mudança constitucional tornar-se-ão bem maiores: alterações além das decorrentes do plebiscito exigiriam emenda constitucional, e esta requer discussão e votação em dois turnos em cada casa do Congresso, e três quintos de votos dos respectivos membros para aprovação (C.F., Art. 60, Parágrafo 2º).

Reforma constitucional, mediante processo revisional ou pelo caminho mais árduo da emenda, está nas expectativas do governo expressas em mais de uma oportunidade. Contudo, sem um apoio parlamentar consistente às suas teses reformistas, a missão se torna quase impossível.

Algumas das mudanças pretendidas constam do Projeto de Reconstrução Nacional – PRN (*Projeto*). É o caso da reorganização do sistema de seguridade social, com o reexame da aposentadoria por tempo de serviço, da estabilidade do funcionalismo,⁴ da simplificação e consolidação dos impostos indiretos, da redução das vinculações de receitas a despesas, de uma nova forma de reorganização sindical e da revisão do tratamento conferido as empresas nacionais de capital estrangeiro⁵.

Outras – de fato, a grande maioria – das alterações entendidas como necessárias pelo governo foram divulgadas cinco meses depois do PRN. Nenhuma, entretanto, cuida da redistribuição de encargos ou de ampliar a descentralização. Ao contrário, parte delas, sem discutir aqui o seu mérito intrínseco, são de cunho centralizador [Correio Braziliense e O Globo (23.8.91)]. Isso não significa, necessariamente, que a temática esteja superada. O processo de negociação, antecedendo a decisão congressual, promete ser longo e difícil, e contrapropostas, que certamente serão trazidas a arena política, podem reintroduzir a questão na agenda.

III.3 – Os Atores

No contexto atual, propostas descentralizadoras que alterem competência e/ou a partilha de recursos, vão encontrar resistências. Governos estaduais e municipais não pretendem perder receitas, o que aconteceria se a reforma tributária voltar a fortalecer a União.

Para diferentes segmentos da burocracia federal, a efetiva descentralização de encargos acompanhada do repasse definitivo de recursos financeiros para estados e municípios representaria a perda de importante instrumento de exercício do poder [Rezende (1989, p. 10)]. Inobstante o com-

⁴ A estabilidade foi considerada pelo Ministro da Saúde como “perniciosa” [Guerra, A. (1991)].

⁵ A Constituição veda a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo nos casos previstos em lei (C.F., Art. 199, Parágrafo 3º). A lei nº 8.080/90 (Art. 23, Parágrafos 1º e 2º) excetua apenas as doações de organismos vinculados à ONU, de entidades de cooperação técnica, de financiamento e empréstimos, e os serviços de saúde mantidos por empresas para seus empregados e dependentes.

misso com a descentralização, não há evidência de disposição de parte da burocracia do Ministério da Saúde em ceder poder político.

No contexto atual há várias formas para manter centralizada parcela relevante desse poder: preservar as transferências negociadas (convênios com estados e municípios) dos recursos destinados à *consolidação da implemenção do SUS através da recuperação da rede de hospitais, capacitação de recursos humanos, pesquisa científica e tecnológica* (PRN, Anexo, p.9); restringir a aplicação da lei nº 8.142/90 no que se refere ao automatismo dos repasses; preservar sob seu controle o pagamento das tarifas ao setor privado e, se isto não for suficiente, tudo mais o que a não subestimável ineficiência burocrática sabe engendrar sempre que se trata de manter suas prerrogativas.

Outros atores importantes são de fora do governo federal. Muitos parlamentares serão afetados com a adoção do automatismo dos repasses e de critérios transparentes para quantificá-los. Regras claras e objetivas, com finalidade, tornam obsoleta a intermediação dos congressistas (legítima, a-se de passagem) para *liberação* de recursos ou para obter cotas maiores nos estados e municípios que representam.

O posicionamento do *lobby* municipalista não é tão óbvio quanto parece. Transferências automáticas e ampla autonomia são reivindicações conhecidas e procedentes, mas acarretam responsabilidades intransferíveis. Eventualmente pode ser mais confortável manter a situação vigente. Esta, mal ou bem, tem proporcionado mais recursos federais para os municípios do que no passado, e estes continuam, de um modo geral, sem a responsabilidade exclusiva pelo sistema de saúde no seu espaço territorial. A impossibilidade de previsão das conseqüências futuras e a *tranqüilidade de terem assegurado os recursos sem imediata absorção de maiores responsabilidades* não esbarra a aderência de estados e municípios à descentralização [Rezende 1989, p.10]; em contrapartida, rigidez no uso dos recursos pelas instâncias locais estimularia as Secretarias estaduais e municipais de saúde a pressionarem por mais descentralização.

As secretarias estaduais de saúde perderam espaço em conseqüência da postura agressiva das secretarias municipais na busca de um relacionamento próximo com o Ministério da Saúde. Mas podem recuperar-se desde que passem a ter a atribuição de conduzir o processo de municipalização, formular a política de investimentos no estado de acordo com as respectivas peculiaridades e necessidades e, ainda, definir, com critérios transparentes e equitativos, a partilha das transferências estaduais e federais, mesmo que estas últimas sejam repassadas diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo municipal. Tais atribuições não estão expressamente garantidas pela lei nº 8.142/90, muito menos, pela constituição, sendo hoje exercidas, de fato, pelo Ministério da Saúde.

Para o empresariado setorial não integrante do SUS, tudo isto é indiferente. O importante é a manutenção da liberdade que lhe assegura a constituição (C.F., Art. 199, *caput*), de modo a que possa continuar se expandindo em áreas que ofereçam retorno mais rápido do capital investido. Para o seg-

mento privado de saúde vinculado ao SUS, será sempre mais interessante ter um só interlocutor com quem possa negociar tarifas, como vem acontecendo (lei nº 8.080/90, Art. 16, XIV e Art. 26).

As corporações profissionais, por seu turno, vão lutar para manter conquistas históricas, entre as quais a estabilidade e talvez seja a mais importante. Quanto mais federalizado for o sistema, mais eficaz poderá ser a pressão na defesa dos interesses de seus representados. As organizações corporativas dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos, *altamente centralizadas, demonstrou, até agora, sua eficácia como representação de seus interesses particulares*. É natural, portanto, que resistam ao projeto, desconfiados que ele ameace benefícios já conquistados. O apoio dessas corporações, ou, ao menos, a neutralização de uma posição ativa contra a descentralização vai depender de que *tenham garantias seguras de que não serão prejudicadas* [Teixeira (1990, p.96)].

O movimento pela descentralização – é necessário reconhecer – está muito distante de conquistar corações e mentes, como aconteceu com a redemocratização, as *“diretas já”* e o *“plano cruzado”*. Não passará de mais uma proposta técnica – racionalmente defensável, é verdade – mas politicamente frágil, enquanto o conjunto dos usuários não estiver convencido de sua potencialidade como estratégia para a viabilização de suas aspirações.

Não se pode esperar o indispensável apoio político da população se ela não conhece claramente os objetivos e os direitos que conquistará como resultado do processo de descentralização [Teixeira (1990, p.96)]. Nada indica que o protagonista principal da cena política – o usuário dos serviços de saúde – tome partido em favor de propostas descentralizadoras, se não estiver convencido da sua eficácia para o aperfeiçoamento da atenção médico-hospitalar. E não será fácil convencê-lo. Dez anos depois do início da aplicação de estratégias racionalizadoras e de ajuste setorial, e quase três anos após promulgada a Constituição, a imagem dos serviços públicos de saúde é de progressiva deterioração.

A respeito, é sugestiva a intervenção de um usuário na Conferência Municipal de Saúde, em São Paulo, durante a discussão de aspectos doutrinários da organização do SUS. Após registrar que *não tinha entendido mais da metade do que os iluminados estavam discutindo*, concluiu que as necessidades da população são *respostas concretas e benefícios imediatos na facilitação do acesso a serviços de saúde de boa qualidade*. [Ackel (1991, p.4)].

Em última instância, o êxito das propostas de mudança vai depender da satisfação dos diferentes atores detentores de poder político real com as regras em vigor. Assim, ainda que possa ser necessário rever as atribuições dos diferentes níveis de governo e o modelo de financiamento da descentralização, ações políticas nessa direção, para terem viabilidade, dependerão do balanço de forças das partes envolvidas.

IV CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embara constitucionalmente prevista, a descentralização das ações e serviços de saúde tem esbarrado na indefinição de responsabilidades e na heterogeneidade das situações presentes. A superação desses fatores adversos requer nítida formalização das competências dos entes federados. A tarefa é complexa, tendo em vista a diversidade de situações que caracteriza a federação brasileira no tocante a capacidade técnica, administrativa e financeira. [Rezende (1989, p.10)], particularmente no caso dos municípios. No entanto, não só é possível, como conveniente, delimitar as funções da União a partir do que a divisão de competências entre estados e municípios seria definida, de fato, ao nível de cada unidade federada, de acordo com as respectivas peculiaridades.

Em um país federativo, continental e heterogêneo como o Brasil, nenhuma divisão de competências entre estado e município é aplicável de maneira uniforme em todo o país. A municipalização como imagem-objetivo é, sem dúvida, consistente com as aspirações de descentralização. O que se configura inalcançável é a sua implementação simultânea e uniforme, já que cada unidade federada apresenta condições políticas, sociais e econômicas diferentes.

A retirada do MS de atividades locais, embora seja a diretriz geral, terá que ser efetivada caso a caso. Centenas de localidades têm nas unidades da FNS o principal, quando não o único, serviço de saúde de acesso universal. Não é justo que essas comunidades sejam privadas da proteção sanitária que desfrutam, supondo que não tenham possibilidade de provê-la com suas próprias agências. Porém, é igualmente injusto que tenham acesso a partilha de recursos nas mesmas condições das localidades que não contam com este mesmo tipo de apoio federal.

Neste contexto alguns pressupostos devem ser assumidos:

Primeiro – União, estados e municípios continuarão compartilhando responsabilidades em relação a saúde da população. O princípio da descentralização não significa, obrigatoriamente, *menos Brasília* no sistema como um todo. Ao contrário, pode ser necessário *mais Brasília* em funções, como algumas das apontadas, nas quais a ação federal ainda está pouco presente ou vem sendo exercida de forma insatisfatoriamente.

Segundo – As desigualdades regionais exigem que os mecanismos de financiamento seja fortemente redistributivos. Isto significa que fontes federais continuarão sendo indispensáveis. Se essas fontes serão originárias de tributos ou predominantemente (ou exclusivamente) de contribuições sociais vinculadas, vai depender da preservação do modelo de seguridade social fixado na constituição de 1988, na revisão constitucional em 1993.

Terceiro – O princípio da descentralização não será atendido mantidas as regras atuais para transferências federais. Ou se implantam o automatismo e critérios de equidade nos repasses, bem como a transparência nos critérios

de quantificação da partilha, ou se corre o risco de casuísmos e do uso político dos recursos, para não mencionar a dependência dos programas locais à burocracia central.

Quarto – A municipalização dos serviços de saúde, com efetiva transferência centrífuga de poder decisório, confere ao nível local um *âmbito de governabilidade ampla*, possibilitando-lhe de fato a condução da política de saúde. Em outra situação, o nível federal (ou estadual) passa a financiar os municípios segundo os serviços efetivamente realizados – *ressarcimento* de que fala a lei nº 8.080/90 (Art. 35, VII) – mediante convênio, repassando ou não suas unidades de atenção primária, para serem geridas pelas Secretarias Municipais de Saúde. Essa alternativa corresponde a um *âmbito de governabilidade restrita*, já que não transfere às municipalidades poderes reais para a formulação e condução da política de saúde, configurando o que MENDES chamou de *administração convencional* [Mendes (1991, 9.4)].

Quinto – O deslocamento do poder para instâncias governamentais mais próximas da população tem sua justificativa maior quando o usuário participa da gestão. Não há porque descentralizar sem reduzir significativamente o poder do estado *mesmo em sua manifestação regional ou local*. “Governos estaduais e municipais... podem, certamente, ser tão centralizadores quanto o governo federal.” [Lobo, M.T., 1989, p. 491].

Sexto – O automatismo e a liberdade no uso dos recursos por parte das instâncias recipientes tem um bom exemplo na forma como parte da receita tributária federal é entregue para estados e municípios através do FPE e do FPM. A aplicação de modalidade similar no campo da saúde requer alterações constitucionais. O emprego de critérios equitativos de partição, porém, exigirá um certo gradualismo. A concentração histórica de recursos federais em determinadas unidades da federação é de tal magnitude, como acontece no Rio de Janeiro e no Distrito Federal [Vianna, *et. alii*, 1990], que inviabiliza mudanças abruptas no curto prazo.

Sétimo – Com menos poder, o que é inerente ao processo de descentralização, o Ministério da Saúde perde parte de sua atual capacidade de formular a política de saúde, ao menos nas modalidades tradicionais. A divisão de funções, na maneira sugerida neste ensaio, implica a retirada do MS da prestação direta de serviços de natureza local. Em contrapartida o MS passa a se fortalecer e modernizar em áreas estratégicas, onde tem estado pouco presente.

Oitavo – Conquanto seja recomendável a preservação da competência central de alocar recursos para investimentos com vistas à correção das desigualdades na distribuição espacial da oferta de serviços, no caso de recursos para custeio deve ser eliminada a possibilidade de transferências negociadas, estabelecendo-se o automatismo dos repasses e aplicando-se critérios claros e objetivos para sua distribuição. Neste caso (recurso para custeio), para manter sua capacidade de formular política, o Ministério da Saúde, ao operacionalizar os critérios de quantificação dos repasses, utilizaria variáveis que sinalizassem para prioridades nacionais: usar a mortalidade de menores de 5 anos para medir o quadro epidemiológico; incentivar ações de proteção da

criança; empregar a taxa de cobertura vacinal em menores de 1 ano para mensurar o desempenho; estimular as unidades federadas a valorizar essa atividade e assim cumprir o que deve ser uma prioridade nacional; adotar a taxa de infecção hospitalar e o alojamento conjunto para mãe e criança nas maternidades como indicador de qualidade; e orientar estados e municípios para a importância dessas ações, se estas forem prioridades nacionais. Uma forma diferente, portanto, de fazer política de saúde. Provavelmente tão eficiente quanto a tradicional e, certamente, menos autoritária.

QUADRO I
EVOLUÇÃO DOS ENCARGOS DOS MUNICÍPIOS COM A SAÚDE DA POPULAÇÃO NOS
PROJETOS CONSTITUCIONAIS

ENCARGOS MUNICIPAIS COM A SAÚDE	PROJETOS CONSTITUCIONAIS							
	Subcom. de Munic. e Reg.	Com. de Org. do Estado	Anteprojeto de Constituição	Projeto de Constituição	Substitutos do Relator		Substit. da Comissão de Sistemat.	Texto Aprovado (Art. 30, VII)
					1º	2º		
Atenção primária à saúde (Atenção primária à saúde) em cooperação com a União e o estado).	X							
Atenção primária à saúde (com cooperação técnica e financeira da União e dos estados)		X	X	X				
Serviços de atendimento básico à saúde da população (com cooperação técnica e financeira da União e dos estados).					X			
"Prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde da população."						X	X	
								X

FONTES: 1) REZENDE, F. Federalismo Fiscal, Descentralização e Eficiência: A Tomada de
Decisões para o Desenvolvimento sob a constituição de 1988, Seminário promovido
pelo PNUD, BRASÍLIA, junho de 1989.
2) BRASIL. Constituição Federal, 1988.

BIBLIOGRAFIA

- ACKEL, Ricardo., *et alii*, – Vamos regulamentar o artigo 35; debate mediado por Antonio Oliveira. *Conferencia Nacional de Saúde*, 9. Brasília, nº 1, jul/ago, 1991.
- TALIBA, Geraldo. – Revisão constitucional. *Folha de São Paulo*, 27 dez, 1990.
- BRASIL. Constituição, 1988. – *Constituição: República Federativa do Brasil, 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Leis, Decretos, etc. – Decreto-Lei n. 200, de 25 fev. 1967. Rio de Janeiro: MPPG, 1969.

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 a 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.

BRASIL. Presidência. – *Brasil: Um Projeto de Reconstrução Nacional*. Brasília, 1991.

CAMPOS DA PAZ JR., Aloysio. – Assistência médica no Brasil: equívocos de um sistema. *O Globo*, Rio de Janeiro, 13 jun, 1988.

CARDOSO, Fernando Henrique e DELFIM NETTO, Antonio. – Há sintonia da constituinte com o país? Debate. Entrevistas concedida à Vera Manzolillo. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 mar. 1988, p. 10.

COELHO, João Gilberto Lucas. – A revisão constitucional. *Informativo INESC*, Brasília, nº 12, p.3, Abr, 1991.

COLLOR, Fernando. – Projeto de reconstrução nacional: prioridades. *Correio Braziliense*, Brasília, ago, 1991.

CORREIO BRAZILIENSE, Brasília, 23 ago. 1991: "Medidas de caráter permanente; Medidas de caráter temporário".

GALVÊAS, Ernane. – A reforma fiscal e tributária. *Folha de São Paulo*, 25 ago, 1991. cad. 3, p. 2

O GLOBO, Rio de Janeiro, 23 ago, 1991: "O que o governo quer mudar na carta; A abertura do documento do governo".

GUERRA, Alcení. – Estabilidade é atacada pelo Ministro da Saúde. *Correio Braziliense*, Brasília, 10 ago, 1991. cad. 2.

LOBO, Maria Thereza. – Política social e descentralização: a experiência do BNDES/FINSOCIAL Pós-1985. In: BRASIL. Ministério da Previdência e Assistências Social & CEPAL, Brasília. – *Projeto: A política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização*. Brasília: CEPAL, 1989, v.3, p. 481-534.

- MENDES, Eugênio Vilaça. – *O consenso do discurso e o dissenso da prática social: Notas sobre a Municipalização da Saúde no Brasil*. São Paulo, maio, 1991.
- REZENDE, Fernando. – Federalismo fiscal. Trab. apresentado no Seminário: DESCENTRALIZAÇÃO E EFICIÊNCIA: A tomada de decisões para o desenvolvimento sob a constituição de 1988. Brasília: PNUD, jun, 1989. cópia xerox.
- SANTOS, Lenir. – Análise do modelo padrão de contrato de prestação de serviço médico-hospitalar apresentado pelo INAMPS. *Saúde em Debate*, Londrina, nº 32, p. 5-9, jun, 1991.
- TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. – Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, nº 2, p. 78-99, fev/abr, 1990.
- VAUGHAN, J.P. – Lecciones aprendidas de la experiencia. In: MILSS, Ann et alii. – *Descentralización de los Sistemas de Salud: conceptos, aspectos y experiencias nacionales*. Genebra, OMS, 1990.
- VIANNA, Solon M. et alii. – *O financiamento da descentralização dos serviços de saúde*. Brasília: IPEA, abr, 1991. 67p. (Documento de Política, 3)
- WAFAB, Nader. – SUS passará por um *check-up* durante encontro de médicos. *Correio Braziliense*, Brasília, 19 ago, 1991.