

Esculpindo o SUS a golpes de portaria... – considerações sobre o processo de formulação das NOBs

Carving out the Unified Health System (SUS) by decrees... – remarks on the drafting of Basic Operational Norms (NOBs)

Flávio A. de Andrade Goulart¹

Introdução

Em primeiro lugar, devo ressaltar a satisfação de comentar um artigo de Eduardo Levcovitz, nosso querido Dadá. Temos aqui não só o técnico versado e competente, tão respeitado nas esferas acadêmicas e dos serviços, mas também o polemista vigoroso, dono de um estilo lúdico e inconfundível de discutir e questionar os temas ligados à saúde. As presenças de Cristiani e Luciana como co-autoras ampliam mais ainda a minha responsabilidade por estes comentários, pela formação que têm e pelo trabalho sério e competente que vêm exercendo na gestão do SUS.

Considerações feitas pelos próprios autores, fazendo a crítica de certas análises realizadas “de fora” do SUS, nem sempre atentas à realidade ou devidamente enxugadas de vieses ideológicos, representam um bom mote para iniciar minha análise. Os autores, com efeito, são pessoas intrinsecamente ligadas ao processo de construção recente do sistema de saúde no país. Exigir deles inteira neutralidade talvez seja querer demais... Isto não desqualifica seu esforço, contudo. Eu próprio, como se verá adiante, não tenho a mínima pretensão de me arvorar de observador distante e neutro no caso. A polêmica a respeito da “visão de fora” *versus* a “visão de dentro” continua de pé, e o tempo por certo mostrará quem esteve com a razão, se é que não apenas fará destacar a importância de visões diferentes, não necessariamente antagônicas, mas complementares em seus aspectos conflituosos. Pois que o conflito, afinal, é parte da própria realidade sobre a qual se debruçam esses olhares...

Um outro reparo preliminar: em alguns momentos do texto a impressão que se tem é de que as três (ou seriam quatro?) NOBs são instrumentos comparáveis. Lendo com mais atenção, vê-se que as ênfases analíticas são um

pouco diferentes, mas é possível que aos leitores menos avisados poderá parecer que os processos desencadeados em 1991-1992, 1993 e 1996 tiveram antecedentes e contextos mais ou menos semelhantes para sua formulação e implementação, o que creio ser uma visão distante da realidade. Com efeito, a NOB 92 foi nada menos, nada mais, no meu entendimento, do que um “produto de gabinete”. Nas outras duas normas a dimensão do “gabinete” ampliou-se – e muito. Porém creio que faltou sinalizar e qualificar melhor as enormes diferenças de contexto que cercaram as duas últimas: o momento pós Collor, de um lado, e o primeiro governo FHC, de outro.

Da mesma forma, a menção, em alguns momentos do texto, aos “atores sociais” que participaram ou influíram da formulação das normas, acaba deixando o leitor com ânsias de querer apreender melhor o assunto. Quais atores, em que circunstâncias, vinculados a quais esferas de poder? O envolvimento dos secretários municipais de Saúde é paradigmático e fica bem destacado, mas não permearia aí uma certa “ação de vanguardas”? A adesão municipal pode ser comparada àquela capitaneada pelo CONASS? Como se comparam os poderes de veto e de incentivo, por parte dos diferentes atores? Essas são algumas das questões em que o texto mal se detém. Este me parece ser um território ainda a ser explorado, quem sabe em outra empreitada desses mesmos a(u)tores, sem dúvida, municiados de informações e *expertise* para nos traçar um panorama abrangente e profundo sobre tal tema.

Considerações sobre o “jeito NOB” de construir o SUS

A questão, aqui, não é a apenas a de retomar as discussões que alguns analistas vêm promovendo nos últimos anos, como é o caso, entre outros, dos eminentes pesquisadores e ativistas sediados na Unicamp (Gastão, Emerson, Cecílio) e mesmo Eugênio Villaça Mendes, todos partidários de uma visão bastante crítica não só do processo de formulação e implementação, como também do próprio conteúdo das NOBs. Sem querer fazer uma síntese das contribuições desses autores, ou menos ainda, uma exegese crítica de seus textos, parto do pressuposto que as questões levantadas pelos mesmos são de grande procedência no panorama atual. Por exemplo, se o SUS seria o mesmo sem as supostas “amarras” que as Normas Operacionais Bá-

¹ Medicina Social, Universidade de Brasília. fgoulart@unb.br

sicas vêm tecendo; ou ainda, se o processo desejável de pactuação entre as esferas de governo não viria sendo tolhido por uma excessiva formalização e centralização capitaneadas pelo gestor federal ao se arvorar de legislador, via NOB. Estes são alguns dos reptos colocados no cenário. De minha parte, pretendo acrescentar alguns outros, mais para ampliar a discussão do que para tentar resolvê-la de vez.

De início, minha preocupação é de não incidir naquilo que Umberto Eco denominou de “ucronia” (por analogia com “utopia”): a tentativa de se determinar como se daria determinado curso histórico, se algum evento ou fator se fizesse (ou não) presente, em dado momento. Por exemplo: não fossem as calmarias de março-abril de 1500 no Atlântico Sul, ao desviar a rota de Cabral, o que seria do Brasil como Nação? Belos exercícios literários podem surgir de tais elocubrações, mas nem sempre algo de prático.

Isso posto, chego finalmente às questões concretas. A primeira delas: um certo “jeito NOB de fazer o SUS”, esculpindo-o a “golpes de portaria” (uso a palavra “golpe” aqui não em seu sentido truculento, como é comum no campo da política, mas apenas para representar a ação do escopro sobre a pedra, “retirando dela a escultura”, como dizia Rodin). Não seria mais uma evidência do formalismo brasileiro de querer forjar os fatos jurídicos antes que os fatos sociais estivessem construídos pela História? Roberto Damatta trata disso com profundidade em seu livro *Sete ensaios de antropologia brasileira*. Ao “formalismo legal”, verdadeira compulsão normalizadora afim ao modo de ser brasílico, acrescento outro viés: o da crença avassaladora em uma verdadeira “utopia isonomista”, que é de tratar a realidade, por mais vária que ela seja, dentro dos limites das normas, de uma norma única. Ingenuidade? Compulsão formalizadora? Manifestação de centralismo exacerbado e malsuperado (ainda) pela nossa precária evolução do fazer político? Boas intenções, porém totalmente descoladas da realidade? Talvez um pouco de cada coisa...

Mas tentando avançar para além do “formalismo” e do “isonomismo”: o que significa afinal, ser gestor do SUS? É necessário, no mínimo, questionar se existem parâmetros suficientes para uma definição capaz de abranger a complexidade da realidade de um país onde, literalmente, cabe de tudo – justamente dentro de um campo de conhecimento e práticas, como o caso da saúde, no qual a complexidade é ainda mais exacerbada. Assim, nos termos dos

fatos jurídicos atuais, tão valorizados no pensamento oficial, são gestores plenos do SUS a maioria dos secretários municipais de saúde de alguns estados, mesmo em municípios que mal possuem uma unidade ambulatorial própria. Ao contrário, o secretário de saúde do Estado de São Paulo, dentro do qual cabem, em termos populacionais, três ou quatro bolívias ou outro tanto de paraguais, até bem pouco tempo atrás não era propriamente “gestor”. Nada de estranhável para um país onde são entes de mesmo estatuto político, de um lado a metropolitana e cosmopolita São Paulo, com seus vários milhões de habitantes e de outro, Nova York, pequeno município perdido nos confins do Piauí, com seus habitantes contados em poucos milhares. Coisas do Brasil...

E foi dentro de tal panorama que se optou por um sistema de Normas Operacionais... “nacionais”. Desde o princípio a terminologia ficou bem clara: Norma! E como tal tinha de valer para todos, sem exceção, como é conveniente nos bons regimes democráticos. Mas também logo que se viu que não seria possível tanta rigidez, criando-se a regra de que onde houvesse consensos locais entre os gestores, a norma poderia ser atenuada ou até mudada. Alguém com a visão mais formal questionaria: “mas é norma ou não é norma”? O resultado se conhece, e o próprio texto em pauta é rico em exemplos de flexibilização, para não dizer de fluidez. Ficou mais ou menos assim: cada um cumpre como puder ou até como quiser. Como existe sempre, entre nós, um grande espaço entre a intenção e o gesto (menor, talvez, do que aquele existente entre a Bélgica e a Índia que coexistem em nossa realidade, para retomar uma imagem da década de 1980), o que resultou foi um certo *laissez-faire* consentido – uma norma que não é norma, um pacto que não passa de declarações bem-intencionadas.

Parafraseando nosso presidente, o problema do Brasil não é a sua variedade, mas sim a sua “assimetria”. As tentativas de fazer o sistema de saúde avançar através do instrumento NOB refletem bem este desafio. Até a nossa assimetria é assimétrica, com efeito. Nossos entes políticos são profundamente assimétricos desde o processo de sua criação (por falar nisso, quantos municípios já temos no Brasil, hoje?). Essa assimetria se propaga para os recursos disponíveis, a infra-estrutura urbana, o contingente e a densidade populacional, a capacidade e a tradição administrativa, a cultura institucional etc. etc. e mais etc. Um bom exemplo do

fenômeno é a prática da separação dos poderes, invenção bi-secular consagrada em toda civilização moderna e tida como uma das marcas de nossa evolução política. Quem já viajou pelo interior do Brasil sabe que em muitas cidades a Câmara de Vereadores ocupa o mesmo prédio da Prefeitura Municipal, o que, materialmente falando, significa que o detentor das chaves do Legislativo acaba sendo o prefeito. Se assimétricos são os Poderes, apenas formalmente separados, também assimétrica é a relação que se estabelece entre os governos estaduais e os governos municipais, para não falar da verdadeira promiscuidade que os parlamentares estaduais e federais mantêm com a coisa pública municipal. Complicada e geradora de novas formas de assimetria ainda é a alternância dos períodos das administrações estaduais e municipais, colocando o país em um calendário eleitoral bienal totalmente sôfrego, criando o que chamaria de “efeito gangorra”, o gerar instabilidade e dependência política acentuada nos municípios. É dentro de tais cenários que vêm as NOBs tentar colocar ordem na casa, para que seja implementado um sistema de saúde que resida, talvez, menos na realidade e mais nas boas intenções, nos corações e nas mentes dos que o querem implantar de vez, por “controle remoto”, fazendo das portarias o cinzel de suas projetadas esculturas.

“Democratização” tem sido uma palavra muito destacada quando se defende as NOBs. Os próprios autores do texto ora comentado não se furtam a apontá-la como um ganho substancial permitido pelo processo de escultura do SUS. Mas, se as palavras têm “cor e plumagem” (como disse Guimarães Rosa), possuem também altíssima capacidade mimética, ao dissimular e dizer “des-dizendo”. O que existe debaixo das plumas coloridas da palavra democracia? Um bom exercício, sem dúvida, é tentar descobrir a textura da pele e a qualidade da carne de tal ave. Sem negar o avanço obtido nos últimos anos, com a multiplicação dos atores que hoje discutem e decidem as questões da saúde, é preciso questionar o quanto ainda falta para “chegarmos lá”. Penso que a contribuição das NOBs para uma real democratização da saúde ainda está por ser demonstrada. O momento atual, em que os conselhos de saúde disseminados pelos quatro cantos do país ampliam cada vez mais sua atuação, pode ser considerado positivo, mas ainda põe em relevo algumas questões, por exemplo: para além do formalismo a participação social tem sido efe-

tivamente emancipadora? Os mecanismos não-conselhistas de participação (algo como a *grass-roots democracy*) têm avançado? A consciência sanitária da sociedade e a compreensão de direitos estão em alta? Pode-se separar o que é produto de um processo histórico (*Era dos direitos*, conforme Bobbio) da mera implantação de um conjunto de normas? E assim por diante...

A própria “transferência de poder” que teria sido assegurada pelo processo normativo em pauta mereceria ser questionada, não sendo recente a discussão de que a descentralização (muitas vezes sacralizada e transformada em autêntica panacéia) também criou seus feudos, seus anéis espúrios, seu formalismo *gatto-pardiano* (obrigado Eugênio!) de fazer a mudança acontecer, mas para ficar tudo do jeito de sempre. O “feudalismo predatório” a que se referem os autores é uma realidade no Brasil, mas certamente tem dupla via, seja a dos mecanismos autoritários e clientelistas de exercício do poder pelas esferas centrais, seja a da postura dependente, isolacionista e parasitária do outro lado da linha.

E a “mudança do modelo assistencial”, outro tópico geralmente associado ao sucesso das NOBs, teria ocorrido de fato? Sem querer negar que existe um processo de mudança em curso no país, creio que também aqui algum questionamento (e alguma relativização) merece ser feito. São inquestionáveis, como discurso presente nas normas, particularmente nas duas últimas e também na NOAS, as referências positivas aos conceitos politicamente corretos de vigilância, promoção, responsabilização, vinculação, regionalização etc. É preciso saber, entretanto, se tal discurso vem realmente impregnando as práticas dos que o recebem, do outro lado da linha; e também verificar se não é o formalismo que mais uma vez impera e se as mudanças ocorridas chegam a ser substantivas. Sem dúvida, a formulação das NOBs pode ter contribuído expressivamente para uma incorporação de novas práticas no cenário da saúde, mesmo em caráter pontual, o que não deixa de ser positivo. Porém quanto às transformações mais sistêmicas e abrangentes da prestação de cuidados à saúde, penso que seria temerário atribuir apenas às NOBs o avanço ocorrido. Pelo menos em relação ao “todo” (o qual certamente, no sistema de saúde, nem de longe representa a soma das partes), a resposta é sem dúvida negativa. A própria dificuldade, comentada pelos autores, de associar de forma coerente e integrada a assistência individual e

as ações coletivas no corpo das normas, mostra que ainda há grande percurso a fazer neste campo. Em outras palavras, a velha dicotomia entre o INAMPS e o Ministério da Saúde não chegou a ser totalmente erradicada nem mesmo dentro da recentíssima NOAS, em que se resolveu assumir de vez que a mesma tem essência “assistencial” mesmo, abrindo mão da perspectiva de mais abrangência e integralidade.

Sobre a NOB de 1993

Aqui se deve registrar uma certa inversão de papéis. Na formulação da NOB 93 os autores tiveram pouca (ou nenhuma) participação, ao que me consta. Sua observação, aqui, vem de fora, com as vantagens inerentes a esta condição. De minha parte, contudo, devo dizer que fui mais do que observador, um ator do processo, na condição de técnico e coordenador de área do MS, justamente aquela na qual desagavam as demandas municipais, durante a elaboração da de tal peça. Neste caso, portanto, devo me declarar um comentarista que também foi militante e esteve sumamente envolvido, seja politicamente e talvez até emocionalmente, com o objeto analisado.

Não que discorde da análise realizada pelos autores. Ao contrário, ela tem muita acuidade, principalmente no que diz respeito ao conteúdo da NOB, ao relevo dado ao verdadeiro salto de qualidade que ela representou em relação à situação anterior e aos desdobramentos da mesma na política de saúde. Nestes aspectos não teria acréscimos a fazer. Devo me ater somente a alguns tópicos relacionados ao contexto político do período de elaboração.

Em primeiro lugar, vivíamos a Era do Fora Collor, com toda sua carga de civismo e de sentimento de que talvez um novo tempo pudesse finalmente chegar na saúde, depois do frustrado entusiasmo dos primeiros anos do governo Sarney e do desastre PC-Collorido. A nomeação, em setembro de 1992, para o Ministério da Saúde, de um ministro e de uma equipe de assessores vinculados ao ideário de esquerda, muitos deles de incontestável militância na Reforma Sanitária só fazia aumentar e tornar positivas as expectativas de todos. Crescia-se a isto a indicação para postos-chave do MS de ex-secretários municipais de saúde, como foi o caso do antigo Departamento do SUS e posteriormente da própria SAS. Havia um clima de mudança no ar e se houve frustrações posteriormente, tivemos pelo menos uma dúzia de

meses de relativa euforia e esperança. Essa equipe não tardou, aliás, a mostrar a que veio, e já nos primeiros meses de sua atuação, ainda em 1992, havia transformado em rotina dentro das paredes do MS, ou na SAS pelo menos, as reuniões de caráter tripartite, muitas vezes “bipartite” na verdade, dada a presença mais assídua e marcante de secretários municipais e técnicos ligados ao CONASEMS do que daqueles da esfera estadual. O fato é que já nos primeiros meses de 1993 já havia um esboço de NOB em discussão e circulação entre os pares, ocorrendo sua edição, mediante portaria, antes de completar um ano da nova gestão federal da saúde. Este aspecto me pareceu pouco destacado no texto de Levcovitz e colaboradoras.

A nova gestão havia encontrado também, visivelmente, uma marcante paralisia decisória no Ministério da Saúde, como de resto em outros setores da administração federal, agravada nos estertores do governo Collor. O MS, após a saída de Alcení Guerra em janeiro de 1992, havia passado por uma gestão interina relâmpago de José Goldenberg, na qual naturalmente não houve avanços. A primeira gestão Jatene, entronizada em final de março, tampouco obteve grandes resultados, dado o clima de instabilidade do país e o descrédito do ministério, alvo de fortes suspeitas de corrupção durante o período anterior dentro do contexto geral do governo Collor. O ministro Adib Jatene mal teve tempo de “arrumar a casa”, como declarou em seu discurso de despedida, e já fora tragado pela onda anti-Collor, deixando o cargo em setembro. A IX Conferência Nacional de Saúde, embora defendida e conduzida com ardor e coragem por Jatene, mesmo com o notável peso da participação municipal, foi mais um evento político a demonstrar a insatisfação do país. Não havia grandes propostas de avanço, a não ser a de “cumprir a lei”; mesmo que as houvesse a conjuntura era francamente desfavorável a qualquer implementação de inovações. A sensação de se ter alcançado o fundo do poço teve, sem dúvida, um papel importante na tessitura da ação dos novos gestores federais, que chegaram imbuídos da necessidade e da imperiosidade de uma ação transformadora. Contavam eles, além do mais, com um respeitável arco de forças políticas favoráveis à mudança na saúde no esquema de alianças do governo Itamar Franco, tendo também o fator positivo de se ter um presidente mais preocupado com a economia (e talvez com o resgate de sua imagem perante a sociedade) do que com os detalhes da

gestão em saúde. Assim, os ventos corriam a favor das propostas de transformação, traduzidas pelas palavras de ordem daqueles tempos: “a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”.

Neste contexto é que foi criado, no início de 1993, o GED (Grupo Executivo de Descentralização), dentro do Ministério da Saúde, formalizando a prática tripartite já em vigor nos meses anteriores. O GED tinha em sua composição técnicos de várias áreas do MS (SAS, Planejamento), da FUNASA, da CEME, bem como representações do CONASS e do CONASEMS. Sua atribuição, inspirada na máxima *é preciso continuar pedalando enquanto se conserta a bicicleta*, era de discutir e aprofundar as questões ligadas à descentralização dos serviços de saúde, dentro de uma perspectiva intergestionária e operacional. Curiosamente, o GED, capitaneado pela área de planejamento da Secretaria Executiva do MS, teve participação muito mais ativa dos atores externos, como foi o caso da representação municipal, do que dos setores internos do ministério, salvo o caso da SAS. No meu entendimento, a atuação do GED, embora curta (com a promulgação da NOB ele se viu praticamente desativado), teve enorme importância na geração de uma cultura de negociação tripartite dentro do Ministério da Saúde.

Cabe destacar, também, que todo o período de formulação e implementação da NOB 93 foi de tremendos conflitos e antagonismos, fora e dentro do MS. As dificuldades interpostas internamente não foram desprezíveis, embora naturalmente houvesse, para o público em geral, um discurso de adesão. Particularmente os setores ligados à estrutura tradicional do MS, tais como Auditoria, Finanças, Fundo Nacional de Saúde e outros, geralmente ocupados por funcionários de carreira egressos das antigas secretarias nacionais, bem como do INAMPS e da FUNASA, atuaram o tempo todo criando o que se chamaria hoje de “factóides”, seja levantando obstáculos normativos (dentro do espírito de que só se pode fazer o que está explicitado na lei, vedando qualquer incursão por terrenos em que ela se omite), seja ressuscitando tecnicidades, sempre de forma a obstaculizar o processo de descentralização, principalmente nos repasses fundo a fundo, pagamentos dos fatores de incentivo e critérios de auditoria de recursos ditos “federais”. Em outros setores do governo (Planejamento, Previdência Social e Secretaria de Orçamento e Finanças) o jogo não foi menos pesado. Em reuniões interministeriais para discutir a questão orçamentária da

saúde ouvia-se, com frequência, a argumentação por parte dos técnicos desses setores, devidamente apoiados pelos titulares, de que a solução para os problemas da saúde estaria na criação de barreiras financeiras para o usuário, distribuição de *vauchers* etc. Ou, ironizando um pouco: a saúde apontava a lua, os técnicos das outras áreas viam o dedo... Como se sabe, um golpe fatal veio ainda em 1993, quando Antônio Britto, então ministro da Previdência Social cancelou sumariamente a transferência de recursos da contribuição sobre a folha de salários para a saúde. Como se não bastasse, em 1994 novo golpe: o secretário de Planejamento do governo federal, Beni Veras, declara o MS suspeito na gestão dos recursos que lhe eram alocados e abre uma Comissão de Avaliação interministerial, comandada por Raul Jungmann, secretário-executivo da pasta. Foi esse também, é bom lembrar, o tempo da reforma monetária, com a criação da URV e depois do Real, processos que acabaram por agravar os problemas financeiros da saúde, através de fórmulas de conversão muito questionadas na época. O resultado concreto dessa seqüência de conflitos foi, na prática, a quase inviabilização da implementação da NOB 93, agravada pela lentidão na elaboração de instrumentos complementares, como foi o caso do decreto do repasse fundo a fundo e da lei do Sistema Nacional de Auditoria, entre outros.

Tudo isso ainda teve um outro agravante: a substituição intempestiva de Jamil Hadad por Henrique Santillo, portador de perfil mais conservador e acomodado, além de mais disposto a realizações de efeito político localista para seu estado ou de repercussão mais imediata, como foi o caso do incentivo ao PACS, criação do Programa de Saúde da Família, Programa de Interiorização do SUS, deixando quase intocadas as questões mais estruturais, como descentralização e financiamento. Numa coisa, porém Haddad e Santillo se equivaliam: eram ambos muito frágeis nos seus embates com a área econômica do governo.

Dado o grau de embaraço criado no caso das transferências e alocação de recursos, a contabilização de êxitos da NOB 93 neste campo foi realmente escassa. Mesmo o decreto que regulamentou as transferências fundo a fundo só produziu seus efeitos muito lentamente, além de ter sido assinado um tanto tardiamente (1994). A ação residual da antiga auditoria federal do INAMPS, tanto na ponta da linha como nos escalões centrais, foi muito eficaz em

embargar os avanços que a NOB permitia, sempre permeada por um “discurso competente” formal e legalista, no qual estava muitas vezes explícita a idéia de que o SUS havia fracassado e que seria temerário aumentar o poder dos gestores subnacionais.

O que já chamei de “cultura tripartite” surge como real conquista desses tempos difíceis, talvez a maior daquelas alcançadas pela vigência da NOB 93. Assim, os problemas e o atraso na implementação desta norma não precisam ser propriamente “perdoados”, mas compreendidos à luz das contingências do tumultuado período 1992-1994. Tempo de turbilhões, mas sem dúvida de muito criatividade. O futuro o confirmou.

O “jeito NOB” de construir o SUS estaria superado?

Sem cair em exercícios pouco produtivos de “ucronia”, a resposta a tal questão talvez ainda demore a surgir. O verso de Machado, a respeito do *camión* (que) *se hace al camiónar*, embora um tanto surrado, continua perfeito para descrever a trajetória do SUS nestes quase 10 anos pós-leis orgânicas. Além disso, uma década pode ser pouco, diante da dimensão das mudanças necessárias, que envolvem não só aspectos institucionais como culturais. A experiência internacional de reformas na saúde mostra sobejamente o caráter de processo de que estão imbuídas tais transformações, não sendo compreendidas inteiramente nas análises de curto prazo.

A leitura do texto de Eduardo, Cristiani e Luciana nos resgata informações preciosas sobre um período muito rico em mudanças, mas também em conflitos. Uma linearidade na ação, mesmo que provisória, raramente foi obtida até agora na história do SUS. Talvez as NOBs tenham sido, todas elas, justificáveis, quando analisadas do ponto de vista dos contextos históricos que as geraram e lhe deram suporte. O próprio fato de terem sido substituídas em quatro ocasiões nestes anos mostra que, pelo menos, não existe qualquer tendência a cristalizar os erros e os obstáculos. Mas cabe também a pergunta de que se o sistema de saúde, na medida em que vai sendo consolidado e amadurecido, não haverá de requerer regras mais assentadas e de consenso geral? O senso comum de muitos que militam no SUS, seja como dirigentes, técnicos, conselheiros e estudiosos já aspira, certamente, à maior permanência e solidez no panorama normativo. É fácil constatar,

aliás, um certo desencanto com as mudanças frequentes e o que é pior, com a densidade e a complexidade dos dispositivos das normas.

E por falar em complexidade e densidade, não se pode deixar de destacar o fato negativo de que as NOBs têm se constituído, a cada emissão, em autênticos alfarrábios cifrados, de compreensão cada vez mais dificultosa ao saber profano. Mesmo pessoas experimentadas nas áreas jurídica e administrativa, egressas de outros setores, manifestam-se por vezes surpresas e até confusas com o grau de obscuridade e de detalhismo com que tais peças são apresentadas ao público. O que não dizer dos humildes secretários, técnicos e conselheiros da saúde perdidos nos rincões deste Brasil, sem outro acesso às informações que não seja os textos *hard-core* publicados nos diários oficiais ou reproduzidos *tout court*? É de se suspeitar que uma autêntica “indústria de interpretações”, sediada nos já notórios birôs de contabilidade e processamento de dados que proliferam pelo país a fora, já esteja faturando com tanta novidade no mercado. Nesta questão, uma boa dose de “agir comunicativo” seria extremamente desejável, traduzida em meios adequados de difusão e discussão das informações disponíveis. No meu entendimento, os meios atualmente disponíveis ainda são muito tímidos e pouco coerentes, haja vista o recente processo nacional de capacitação de gestores municipais bancado pela Secretaria de Políticas do MS, com apoio do CONASEMS, o qual, apesar de suas excelentes intenções, não faz mais do que insistir em velhas e desgastadas fórmulas de capacitação presencial, verticalizada, informadora, não aberta à pro-atividade do aluno, à imersão na realidade social e epidemiológica, bem como à criatividade e à perspectiva emancipadora.

Com efeito, não basta apenas ter boas normas (assumindo que de fato elas sejam boas...). É preciso também dispor de processos de divulgação, de persuasão e de construção permanente de consensos. Constato que ainda estamos longe disso.

Vamos construir o SUS com NOB, ou sem NOB? A resposta continua sendo difícil... Abandonar tal via, já consolidada pelos seus dez anos de prática definitivamente não vem a ser a melhor solução. Talvez seja melhor insistir em dois aspectos fundamentais, ao invés de tentar resolver os dilemas, como quem resolve uma equação. Em primeiro lugar: melhor não seria conduzir a política de forma mais modes-

ta e realista, mediante pactos ou quem sabe, em certas circunstâncias, até mesmo declarações de intenções mais pontuais? O recente lançamento pelo Ministério da Saúde da proposta de uma Agenda Nacional de Saúde, na medida em que se consolidar como processo de entendimento e negociação amplo entre gestores nacionais em torno de metas e objetivos comuns, pode ser uma boa estratégia para orientar o processo normativo no futuro. Nesse aspecto o maior fortalecimento das comissões intergestores é essencial, de forma a se instalar um processo de negociação que seja fundamentado, ao mesmo tempo, em normas (leves) e jurisprudências firmadas, com as últimas assumindo gradativamente maior importância. Em segundo lugar, concentrar e manter a atenção nos processos criativos fundamentados na negociação que sempre existiram no seio das práticas locais seja entre os gestores da mesma esfera, de esferas diferentes, entre setores diferentes, envolvendo Estado e sociedade etc. Registrar, documentar, difundir as inovações resultantes desse *grass-roots management* pode ser um ingrediente que ainda falta ao SUS, construído como tem sido de forma piramidal, totalizadora, construtivista, isonomista, formalista e até mesmo, em algumas circunstâncias, “imperial”.

Concluindo, se existiu e ainda existe um “jeito NOB” de construir o SUS, ou de “esculpi-lo a golpes de portaria”, da mesma forma que existiu (e já foi superado) o “jeito burocrático” de construir as instituições modernas, é hora de começar a pensar em um “jeito pós-NOB”, pós-burocrático, criativo e dinâmico, ao invés de apenas gastar energias com as NOB/NOAS que se sucederão *ad infinitum*. É tarefa para todos buscar essa criatividade e sair das amarras que pertencem mais a uma maneira, entre outras, de pensar e de ver o mundo, do que propriamente a uma fatalidade imposta pelas estruturas políticas e institucionais. O que se viu até agora pode ser apenas a parte, não o todo; a contingência e não a essência do processo de escultura do SUS. Como diz Domenico de Masi: a diferença entre o criativo e o burocrata é que este último erra pouco, mas aquele, quando acerta, muda o panorama das instituições. Criatividade, já! Por um SUS fundado em pactos, em jurisprudência descentralizada e em negociação entre gestores, com menos normatização rígida burocrática e complicada no futuro!

Organização do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios

Brazilian Health System organization: issues and challenges

Lígia Maria Vieira da Silva¹

Uma necessária análise sobre o significado e repercussões das diversas Normas Operacionais Básicas relacionadas com a descentralização da atenção à saúde no país, na última década, foi desenvolvida por Levcovitz e colaboradoras. A síntese feita resultou em um texto introdutório à temática que vem contribuir para a compreensão da evolução das políticas de saúde no país na última década do século XX. O balanço acerca dos “avanços e dificuldades na implantação do SUS” nos anos 90 seleciona nós críticos do processo da descentralização e constituiu-se em relevante roteiro para o debate.

Não há como não reconhecer, como fazem os autores, os significativos aportes à autonomia municipal, na gestão dos recursos da saúde, trazidos pelas Normas Operacionais Básicas. A repercussão dessas medidas, contudo, no que diz respeito à reorganização da atenção e ao impacto no estado de saúde da população, requer ainda um esforço de síntese das diversas investigações já realizadas sobre o assunto, bem como, a realização de estudos adicionais acerca de problemas específicos (Vieira da Silva, 2000).

Embora os autores assinalem o contexto desfavorável à consolidação do Sistema Único de Saúde em decorrência das desigualdades sociais estruturais, referem-se apenas à “persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista”. Parece-me ser mais adequado formular a hipótese da persistência da hegemonia do modelo médico-assistencial privatista. Não apenas no que concerne às representações de profissionais de saúde e da própria população acerca do que é “boa assistência médica”, mas também no que se refere à cobertura assistencial real e utilização dos serviços.

Grande parte da população, por diversas razões, relacionadas com a insuficiência quantitativa e qualitativa dos serviços públicos de saúde, passou a usar os serviços privados. Esse fenômeno parece estender-se inclusive a algumas camadas das classes populares teoricamen-

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. ligiamvs@ufba.br

te usuárias do SUS. Algumas evidências empíricas falam a favor dessa tendência. Em relação à oferta de serviços, a proporção da população em municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal só ultrapassa 50% em alguns estados. Mesmo nesses casos, não se tem informação acerca da utilização real dos serviços de saúde. Em Salvador, em 1996, inquérito populacional revelou que 41% da população estava vinculada a algum tipo de seguro-saúde privado (Souza, 2000). Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 98 revelam que 51% da população brasileira utilizou serviços pagos diretamente ou através de seguro-saúde (Brasil/IBGE, 2000). Além disso, as diferentes estratégias de financiamento da atenção básica e dos procedimentos de média e alta complexidade reforçam a assimetria entre o público e o privado. O uso das séries históricas como base de cálculo para o financiamento da atenção básica confina o mesmo dentro dos limites das carências históricas.

Os autores registram adequadamente a ampliação da cobertura assistencial como aspecto positivo e a persistência de desigualdades no acesso como problema. Creio que além da desigualdade no acesso, a “universalização efetiva” do mesmo ainda não está assegurada. Embora teoricamente qualquer indivíduo tenha “direito” a atenção médica pelo SUS, limites na oferta e organização de serviços têm sido obstáculos práticos ao alcance desse preceito constitucional. Os dados trazidos pelos autores ilustram bem essa lacuna como pode ser observado através da proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família e da proporção da população referente aos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1998, cinco milhões de pessoas referiram ter necessitado, mas não procuraram um serviço de saúde, alegando principalmente falta de recursos financeiros. Estimativas desse mesmo estudo indicam que 755.521 pessoas que procuraram atendimento não foram atendidas por motivos diversos: não conseguiram vaga ou senha, ou não havia serviço especializado, ou não havia médico atendendo ou esperaram muito e desistiram. Além disso, o acesso a consultas médicas aumenta expressivamente com a renda. Esses números revelam, além das desigualdades, as dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

É inegável a ampliação no número de experiências inovadoras de reorganização da aten-

ção à saúde. Desde a década de 1980 vêm sendo publicados estudos de caso e relatos de experiências de mudanças na organização da atenção, principalmente no âmbito municipal e local. As Normas Operacionais Básicas 93 e 96 facilitaram, em muito, o desenvolvimento dessas iniciativas, particularmente no que diz respeito às transferências fundo a fundo. Alie-se a esse fato o intenso processo de organização, debate e formação dos secretários municipais de saúde em um contexto de renovação político-institucional.

A utilização do PSF e PACS como estratégias para a mudança do modelo assistencial tem variado de acordo com as características do contexto municipal. Cabe aqui uma discussão acerca do significado do termo “modelo assistencial”. Essa expressão tem sido usada de diferentes formas pelos agentes situados em diversas posições no campo da saúde. Assim, muitas vezes o significado da “mudança do modelo” para os gestores não é o mesmo para os profissionais que estão trabalhando na “ponta do sistema”, ou seja, no atendimento direto à população. Também, do ponto de vista da produção teórica sobre o tema, o termo assume diversos sentidos que vão desde os aspectos relacionados à reorganização dos serviços, no que diz respeito às relações entre serviços de saúde de níveis diferentes de complexidade, até mudanças nas práticas de saúde e no processo de trabalho. Existe ainda, uma superposição dessa temática com aquela da promoção à saúde. Nesse caso, a idéia de modelo assistencial se desloca para o âmbito da gestão municipal como um todo, estando aí incorporadas, as denominadas políticas públicas saudáveis através de ações intersetoriais.

Diante dessa polissemia semântica, a explicitação do que seria o “modelo assistencial alternativo” ao atual requer a formação de consenso entre gestores e pesquisadores a esse respeito. Uma das estratégias possíveis para a construção desse consenso seria a organização de comitês de expertos formado por pessoas oriundas da academia e por gestores. Dessa forma, as investigações sobre os efeitos das políticas de saúde poderiam superar o obstáculo representado pelas “pré-noções” do senso comum ou doudas acerca do que seria o “novo modelo assistencial” necessário à modificação do quadro sanitário do país.

O papel das Comissões Intergestores como fórum de operacionalização das políticas requer também melhor investigação. Em que me-

didam municípios dirigidos por forças políticas distintas têm sido “representados” pelos colegas de secretários municipais de Saúde? Até que ponto tem havido um deslocamento de poder dos executivos estaduais e municipais para essas instâncias?

Pode-se dizer que o Sistema Único de Saúde está em processo de organização, com inegáveis avanços, documentados pelos autores, em relação à extensão da cobertura das ações públicas, aportes de recursos para melhoria da infra-estrutura, introdução de instâncias de negociação intergestores e existência de experiências inovadoras. Coexistem, contudo, diversos “sistemas de saúde” no país, com clara hegemonia dos sistemas privados. O SUS da Constituição de 1988 ainda é uma imagem-objeto a ser perseguida no que diz respeito principalmente à redução das desigualdades no acesso e na qualidade da atenção.

Referências bibliográficas

- Brasil IBGE 2000. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998*. Rio de Janeiro, IBGE 96.
- Souza MA 2000. *O campo privado de saúde em Salvador: evolução a partir da década de 80*. Dissertação de mestrado. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, Universidade Federal da Bahia.
- Vieira da Silva LM 2000. Uma agenda para investigação em políticas e sistemas de saúde no Nordeste. *Cadernos de Saúde Pública* 16 (3): 857-861

quanto outras, às dimensões de ordem mais conjuntural.

Das questões de ordem estrutural, destacam-se pelo menos duas: a relação ou articulação entre políticas econômicas e políticas sociais; e o caráter redistributivo (ou não) que funda o perfil de cada política setorial de corte social e, por conseguinte, o de seu conjunto. Vale dizer, trata-se aqui da questão da reforma do Estado.

Isso implicaria, em termos imediatos, analisar ações e programas específicos (contrapondo aqui programas e ações a políticas propriamente ditas) de saúde a partir de uma perspectiva de análise que tenha como ponto norteador exatamente aquelas questões de natureza mais estrutural, e que permita na seqüência qualificar – no sentido forte do termo – o conteúdo efetivo daquelas ações e programas, no caso específico, aqui, o papel das Normas Operacionais Básicas. Tomadas em conjunto e em termos seqüenciais, o que elas estão significando em termos dos estrangulamentos econômicos ao financiamento das políticas de saúde no atual modelo de ajuste estrutural de nossa economia, e qual a lógica que isso imprime a elas? Até que ponto efetivamente elas indicam um novo perfil de intervenção do Estado no setor da saúde, e que perfil é esse? E, finalmente, no interior da complexa lógica de financiamento da saúde, esse novo perfil de intervenção traz consigo um novo padrão redistributivo desta política social?

Já quanto às questões de natureza mais conjuntural, destacar-se-iam aquelas referentes ao padrão propriamente dito de se formular essa “nova” forma de intervenção do Estado – as Normas Operacionais Básicas decretadas pela esfera central de governo. E em decorrência, a questão das relações intergovernamentais num modelo federativo específico definido pela Constituição de 1988. Daí derivam duas outras dimensões, que a nosso ver mereceriam ser trabalhadas: em que medida esse modelo de intervenção, via normatização através do instrumento das NOBs, ganha uma dimensão de reforma administrativa do Estado, na busca de uma maior racionalização na distribuição e alocação de recursos, e até que ponto isto vem se mostrando compatível com os preceitos constitucionais que se referem à descentralização da saúde, como diretriz básica do SUS?

Embora o tom até agora adotado nessas considerações seja mais o da construção de uma “agenda” para se estudar as políticas de saúde

Questionando o consenso sanitário Challenging the health consensus

Amélia Cohn¹

Analisar as relações intergovernamentais implícitas nas políticas de saúde nos anos 90 no Brasil é tão oportuno e urgente quanto complexo. Isso porque estão aí presentes várias das numerosas questões essenciais para se entender as políticas sociais no contexto atual do país, dentre as quais se destacam as políticas de saúde. Algumas dessas questões dizem respeito às dimensões estruturais de nossa realidade, en-

¹ Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina/USP. amelcohn@uol.com.br

recentes, aí incluídas as NOBs, ele é proposital, por pelo menos duas razões: a primeira, pelo fato há muito reconhecido de que o setor da saúde, desde os anos 80, é aquele que apresenta um projeto setorial melhor delineado e acabado quando comparado aos demais setores. Mas isso não nos exime, nós estudiosos da área, de buscarmos novos ângulos e perspectivas de análise para evitar o risco de continuarmos reafirmando aqueles preceitos, e mais do que isso, de ao assim procedermos ignorarmos que o processo que denominamos de Reforma Sanitária no Brasil está esgotado porque a conjuntura e o contexto que vêm sendo construídos a partir dos anos 90 são distintos daqueles de então.

A segunda razão diz respeito ao ambiente mais geral que se refere à produção do conhecimento no país, e ao qual nossa área não é exceção. Ambígua por sua própria natureza, dado o fato de ser uma área em que o conhecimento no geral está diretamente orientado para a intervenção social, a dificuldade de se distinguir de forma clara e precisa a graduação da distância e independência entre a produção de conhecimento e as diretrizes governamentais adotadas vem num crescendo de complexidade, o que certamente tensiona o grau de possibilidades distintas das perspectivas de análise a serem adotadas.

Ora, nesse sentido, e tomadas as considerações acima em seu conjunto, os autores do texto em discussão optam por reafirmar o ângulo de análise prevalecente nos estudos sobre a Reforma Sanitária, o que significa estudar o papel das NOBs privilegiando-se uma vez mais o ponto de vista da esfera central de decisão, tal como era feito quando dos estudos sobre os anos 70 e, sobretudo, 80. E, com isso, assumir, embora de fato não explicitamente, a concepção então prevalecente do “modelo desenvolvimentista” de Estado, concebido este como o grande agente modernizador da sociedade. Nada mal, não fosse o fato de naquele modelo de Estado pressupor-se a burguesia nacional como o setor modernizador por excelência da sociedade, ator político hoje praticamente ausente do cenário.

Poder-se-ia, no entanto, argumentar – o que é um fato – que o texto abarca a participação de “vários segmentos da sociedade” e de gestores de diferentes níveis do SUS no processo de formulação da NOB 96, por exemplo, o que seria, ao contrário do que aqui se sugere, buscar uma perspectiva de análise que não privilegie o comando central. Não nos parece, no entanto, que isso tenha sido logrado, uma vez que não

só essa participação foi bastante restrita, como foi pautada pela questão central que é a do financiamento do nível central para as demais esferas de governo. Tanto assim é que a regulamentação das transferências de recursos é sempre detalhadamente expressa nas NOBs, o mesmo não acontecendo com a definição clara e explícita das funções de cada esfera governamental, e muito menos com a regulação das possibilidades de cooperação horizontal entre os mesmos níveis de governo.

Essas observações, é necessário que se esclareça, em nada desmerecem o artigo, pelo contrário. A publicação desse texto revela-se da maior importância para a área, possibilitando a “publicização” de forma organizada e sistematizada de dados em princípio de fácil acesso, mas de difícil sistematização, coisa que os autores fazem magistralmente. No entanto, observa-se uma ênfase talvez exagerada no descritivo em detrimento do analítico, o que leva por várias vezes os autores a tirarem conclusões não autorizadas pelos dados apresentados, exatamente porque estes permanecem na sua qualidade de dados e não de fatos. Por exemplo, o que significa propostas “progressistas” e “conservadoras”? O que difere, ou nada difere, a qualidade “consensual” de um instrumento, como a NOB 96, do que se entendia por “consensual” o conjunto das propostas e os inúmeros documentos e instrumentos utilizados no processo da Reforma Sanitária nos anos 70 e 80? Se efetivamente as NOBs possibilitaram, como é afirmado no texto, uma flexibilidade tal que proporcionaram “uma multiplicidade de arranjos nos pactos de gestão”, qual é a lógica que essa multiplicidade de arranjos vem revelando; mas sobretudo quais os problemas e obstáculos que o pacto federativo hoje prevalecente no país, repousado no berço nada esplêndido do modelo econômico em vigor, que sufoca o equilíbrio orçamentário das esferas estaduais e municipais (embora também da federal) justamente quando estas, em princípio, devem assumir mais responsabilidades e tarefas na provisão das ações de atenção à saúde? E o que significa, nesse contexto, a minuciosa regulamentação, por parte do nível central – certo que com participação dos demais atores, incluídos aí os gestores de saúde de outros níveis, mas numa relação não equilibrada de forças –, dos repasses de recursos para as demais esferas num contexto de estrangulamento financeiro das políticas sociais, e sobretudo de seu crescente fracionamento setorial e intra-setorial?

Essas interrogações foram suscitadas a partir da riqueza de dados e da forma ágil e inteligente de sua sistematização pelos autores, associadas, claro, pela própria agenda de questões e indagações com as quais não só venho me debatendo, como é óbvio gostaria que outros mais com elas se defrontassem. E talvez aí valha uma última observação: a necessidade de nossa comunidade se abrir para uma bibliografia mais diversificada e diferenciada do que aquela que no geral é referida em nossos textos, o que acaba por remeter, uma vez mais à questão do “ambiente” atual da produção de conhecimento...

Referências bibliográficas

- Elias PEM 1997. Reforma e contra-reforma na proteção à saúde. *Lua Nova* 40/41:193-217.
 Nascimento VB 2001. Interdependência e autonomia na gestão pública da saúde. *Lua Nova* 52: 29-70.
 Souza C 2001. Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências. *Lua Nova* 52: 5-28.

Descentralização: uma política (ainda) em debate

Decentralization: a policy (still) in the agenda

Ana Luiza d'Ávila Viana¹

Em recente avaliação sobre as reformas na área de saúde (Freeman *et al.*, 2000), implementadas nos países europeus nas duas últimas décadas, revelou-se que a descentralização dos serviços de saúde, com o objetivo de reconstituir responsabilidades gerenciais nos âmbitos regionais e/ou locais, resultou da indução e da credibilidade das autoridades dos governos centrais, cujo papel denota o paradoxo das reformas em saúde: no momento de afirmação da economia liberal, fortaleceu-se o controle estatal.¹

O artigo de Eduardo Levcovitz, Luciana Lima e Cristiani Machado, intitulado “Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas”, evidencia este mesmo paradoxo. A política descentralizadora contou, no Brasil, com uma

forte indução estratégica de centro, realizada através das Normas Operacionais Básicas da década de 1990 e, mais recentemente, pela edição da NOAS 01/2001. Porém, como bem afirmam os autores, as NOBs não expressam meramente estratégias indutivas ou constrangedoras da descentralização; ao contrário, configuram outros espaços de negociação e de pactuação de interesses na área da saúde, originando novos ordenamentos, além da emergência e do fortalecimento de novos atores, através da incorporação de inúmeros centros de poder na arena decisória e política.

Através do estudo do processo de formulação e implementação das NOBs, desvendando-se o seu conteúdo, percebem-se nitidamente os inúmeros percalços e contradições presentes no processo de descentralização setorial em saúde.

O artigo em debate contribui de forma relevante para a discussão deste tema, além de traduzir as reflexões e questionamentos da área de políticas do Departamento de Administração e Saúde do Instituto de Medicina Social, bem como a produção recente de professores e alunos do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva desse Centro.

Descentralização e federalismo nos anos mais recentes

Segundo Sousa (2001), no Brasil, o federalismo sempre foi uma instituição amortecedora das profundas disparidades regionais, e suas características atuais conformam uma federação que constrange o centro e redireciona o papel dos governos subnacionais na provisão dos serviços sociais, porém, com grande diversificação de respostas, em razão das profundas disparidades inter e intra-regionais.

Na área da saúde, o processo de descentralização e de construção de um poder gestor municipal, integrado de forma sistêmica, sofreu muitos percalços por conta da evolução das práticas e instituições federativas nos anos mais recentes, e dos constrangimentos criados pelas demandas da política econômica.

As diferentes análises realizadas sobre o tema das relações intergovernamentais – sejam as que priorizam a distribuição de recursos ou aquelas que relevam as relações político-administrativas – são convergentes, visto que identificam três grandes períodos marcados por uma dinâmica de tensão e distensão de controles políticos e fiscais, como assinalam Kugelmas & Sola (2000): um primeiro, de alto centralismo,

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. analuivi@zaz.com.br

característico da fase do regime autoritário; outro, orientado para a descentralização e formação de um novo modelo federalista (anos 80); e um terceiro, indefinido quanto a um novo modelo de federação, mas com traços de recentralização e ausência marcante de mecanismos cooperativos, denominado de federalismo predatório, vigente nos anos 90.

Segundo Abrucio (1998), o modelo anterior – denominado “unionista-autoritário”, que vigorou como forma de relação intergovernamental no período do regime militar – firmava-se sobre três pilares: o financeiro, o administrativo e o político. A centralização de receitas pelo executivo federal, a uniformização administrativa nas três esferas de governo e o controle das eleições para governadores asseguravam a predominância da união sobre os demais entes federados.

A passagem para um novo modelo de relação intergovernamental tem início na segunda metade da década de 1970, consolidando-se com as eleições diretas para os governos estaduais em 1982 – restauradoras da democracia –, que concorreram para a definição de um novo modelo, denominado pelo autor como “federalismo estadualista”, em razão do fortalecimento do poder dos governadores ao longo da década de 1980, assentado sobre a coincidência temporal entre as crises do Estado desenvolvimentista e a do regime militar; do contínuo crescimento financeiro das unidades subnacionais; do papel dos governadores na transição democrática; da importância das eleições estaduais para o sistema político; e da crise do presidencialismo brasileiro durante a década de 1980 e começo da de 1990.

Como resultado dessa crise, o autor cita o enfraquecimento do executivo federal e da Presidência da República perante o Congresso Nacional, bem como da União perante os Estados: *a crise financeira do governo federal no início da década de 80, a conquista dos governos estaduais pela oposição, o papel dos governadores na transição e, por fim, as regras estabelecidas pela Constituição de 1988 destruíram o antigo modelo de federalismo.*²

Por outro lado, durante toda a década de 1980, as unidades subnacionais aumentaram sua participação nas receitas nacionais, a partir da emenda Passos Porto, em 1983, consolidando-se, posteriormente, na Constituição Federal de 1988.

Entretanto, como ressalta Abrucio, a descentralização no Brasil ocorreu sob um padrão

perverso de políticas públicas, pois nem a União conseguiu governar esse processo, nem os estados mudaram suas formas de fazer políticas, visto que mantiveram a politização da administração pública estadual, a dependência do sistema eleitoral ao governo estadual, a ausência de contrapesos regionais, a baixa visibilidade política e a neutralização dos órgãos fiscalizadores estaduais. Assim, o poder dos governadores alicerça-se numa rede de lealdade (que deve vigorar nas eleições), vinculada à distribuição de cargos do executivo estadual e à montagem de uma estrutura clientelista junto aos prefeitos e líderes locais.

O estudo recente de Couto e Silva (1998) sobre o processo de mudança nas relações intergovernamentais, considerando-se os aspectos fiscais e financeiros,³ aponta que a tendência à descentralização, presente na Constituição de 1988 – autonomia dos governos estaduais no campo fiscal; discriminação das receitas tributárias de cada nível de governo; aumento da participação dos governos subnacionais na carga tributária e constituição da seguridade social –, foi revertida na década de 1990, em virtude da apropriação pelo Orçamento Geral da União dos recursos previstos para o financiamento da seguridade e dos desequilíbrios financeiros dos governos subnacionais.

Segundo o estudo, a incapacidade de manutenção do processo de descentralização decorre da fragilidade da base de sustentação fiscal dos estados. A frustração da descentralização é indissociável do ajuste fiscal: *no Brasil, este processo se dará tanto pela recentralização fiscal propiciada pelo crescimento da participação das contribuições sociais na receita federal – e a decorrente frustração das políticas sociais descentralizadoras, como saúde e educação –, quanto pelas soluções encaminhadas para a superação da crise financeira dos governos subnacionais.*⁴

Assim, frustra-se a proposta de descentralização, pelas razões abaixo mencionadas:

- a previsão de aumento da participação das instâncias subnacionais nos fundos de participação não ocorreu, decaindo, entre 1988 a 1996, de 21% para 15% a sua participação na receita tributária da União, uma vez que os tributos partilhados (IR e IPI) não acompanharam a evolução desta receita;
- os estados perderam autonomia, em razão dos seus níveis crescentes de endividamento;
- os recursos da seguridade foram contingenciados (primeiro, no período inflacionário, através dos atrasos na liberação; segundo, após

a estabilização, pela criação do FSE e posterior FEF), tornando a seguridade uma variável de ajuste do processo de estabilização.

Em suma, o processo de territorialidade das políticas públicas, as mudanças no perfil urbano brasileiro, o incremento de recursos para as instâncias subnacionais e a redemocratização são os fatores desencadeantes de um novo ciclo descentralizador, a partir do início dos anos 80, culminando na Constituição de 1988; nos anos 90, assiste-se a uma tendência recentralizadora, dos pontos de vista fiscal e político, e a uma fase de transição para um novo pacto federativo.

Essa indefinição, ao lado da recentralização de recursos, da perduração de formas arcaicas no exercício da política e na administração, da ausência de ações coordenadas nos três níveis de governo pela inexistência de um regime de atribuições explícitas e de um acordo de competências e, sobretudo, pelo não-enfrentamento da reforma do Estado dentro de uma perspectiva federalista, resulta em padrões muito diferenciados de políticas setoriais.

As instâncias subnacionais e o papel das NOBs

Quanto às instâncias subnacionais, pode-se distinguir três períodos, assim caracterizados: o primeiro, por uma fase embrionária de assunção de responsabilidades na área social por parte dos municípios, pressionados pelo crescimento da demanda por serviços no início da década de 1980; o segundo, por ações coordenadas entre as três esferas de governo, na implementação de determinadas políticas (saúde, por exemplo), após a promulgação das leis orgânicas municipais, das constituições estaduais e federal, de 1988; e o terceiro, marcado pela retomada da centralização fiscal e administrativa, cujo desdobramento é o isolamento municipal.

As respostas às pressões pela maior participação dos municípios na área social e em específico na área de saúde, bem como a alta heterogeneidade socioeconômica, política, cultural, demográfica e epidemiológica, tem propiciado a formação de modelos singulares de saúde, tanto regionais como locais. Esses modelos são identificados por características particulares, uma vez que as configurações locais dependem de inúmeras variáveis. Neste caso, destacam-se: as formas anteriores ou pretéritas de gestão e organização dos serviços; os arranjos políticos e as formas de expressão dos interesses no plano regional; o tipo de relacionamento estabelecido

entre as esferas de poder executivo, legislativo e judiciário; os graus de associacionismo e de capital social criados e desenvolvidos; e, por fim, os perfis de financiamento e gasto local em saúde.

Assim, contextos sociais e culturais mais amplos justificam, muitas vezes, o sucesso de políticas setoriais em determinados espaços e territórios geográficos, em detrimento de modelos institucionais concebidos *a priori*, como já foi assinalado por Kugelmas & Sola.

Porém, o sistema idealizado pelo SUS concretiza-se na experiência do federalismo cooperativo, visto que pressupõe a coordenação de ações entre diferentes instâncias governamentais, reordenadas de acordo com uma proposta de regionalização que vise à otimização dos recursos disponíveis. Portanto, as relações intergovernamentais – *lato sensu*, compreendendo o financiamento, a administração e a política – devem ser cooperativas e capazes de solucionar conflitos, pois o acesso aos serviços subordina-se a esses mesmos acordos, tendo em vista a desigualdade da sua distribuição no território nacional.

Dessa forma, a política de saúde procurou superar as contradições e conflitos inerentes às relações intergovernamentais, geradas no contexto de um federalismo predatório, através de alguns instrumentos-chave, incluídos nas NOBs, formuladas e implementadas nos anos 90, principalmente as NOBs 93 e 96, tais como:

- a criação dos Conselhos de Saúde e das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB), com a presença de representantes dos Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais (CONASS e CONASEMS);
- as transferências automáticas *per capita* PAB fixo e variável;
- os incentivos ao aprendizado institucional, vinculados ao histórico de habilitações (modalidades de habilitação previstas nas NOBs 93 e 96, para municípios e estados).

A primeira, como evidencia o estudo em debate, foi um recurso importante na construção da intergestão, essencial ao processo de regionalização e de criação dos sistemas supramunicipais, instituindo-se um foro permanente de negociação, planejamento e decisão intergovernamental. Além disso, ao se adequarem as normas nacionais às condições específicas de cada Estado, preserva-se a autonomia dos demais entes governamentais no processo de descentralização.

As transferências automáticas (fundo a fundo) propiciaram, por um lado, maior autono-

mia do gestor municipal, e, por outro, descentralizaram os recursos da saúde, estendendo-os a milhares de municípios que, até então, não haviam sido contemplados com repasses federais.

Com relação aos programas remodeladores da assistência (PACS/PSF), o PAB e a NOB 96 proporcionam-lhe notável expansão: de 1994 a 1998, o percentual da população coberta pelo PSF passa de 0,8% para 7%, atingindo, de 1998 a 2000, 22,5%. O binômio PAB fixo/variável, apesar da inexpressividade dos valores médios nacionais de transferência, cerca de R\$16,15 (dezesesseis reais e quinze centavos) para o PAB total, representa a descentralização dos recursos, homogeneizando a presença da esfera federal e impulsionando a reorganização da atenção básica.

O incentivo ao aprendizado institucional, implícito nas modalidades de habilitação gradativa incipiente/parcial/semiplena, na NOB 93; Gestão Plena da Atenção Básica e de Sistema Municipal, na NOB 96, constitui um importante instrumento para a melhoria da qualidade da gestão pública, como comprovam estudos recentes: o município que passou por vários tipos de habilitação, atingindo as modalidades mais qualificadas (como a semiplena na NOB 93), apresenta melhores condições institucionais e administrativas para a gestão pública da saúde. Portanto, o processo de qualificação e capacitação institucional é essencial à estratégia induzida, isto é, quando o governo central traça as metas e o planejamento para complementar a descentralização.

Considerações finais

Pode-se concluir, com algumas afirmações que necessitam de futuras investigações empíricas, de forma a melhor qualificar o processo de descentralização em saúde.

A NOB 96 e o funcionamento das CIBs e da PPI fortaleceram o papel dos estados, entretanto, sem a face da regionalização. Atualmente, mesmo na modalidade mais qualificada prevista pela NOB 96 (Gestão Plena de Sistema Municipal – GPSM), os pactos de gestão, isto é, a divisão de atribuições entre estados e municípios, propiciaram numerosos modelos de gerenciamento, que, muitas vezes, são desprovidos de racionalidade sistêmica. Desse modo, a maior ou menor capacidade do município para gerir integralmente as ações, os serviços e os recursos de saúde, não está associada a níveis de complexidade da assistência – básica, média e alta. Não há, portanto, uma racionalidade

implícita às ações de saúde e assistência que informe o processo de criação do poder gestor municipal.⁵

As NOB possuem um *continuum*, como está explícito no artigo.

De certa forma, cada Norma criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas pela norma subsequente, numa tentativa ascendente de adequar racionalidade sistêmica, financiamento federativo e modelos de saúde e de assistência regionalizados, no processo de descentralização setorial. São justamente as contradições existentes nesta tríade, em uma conjuntura descentralizante, que conformam, tensionam e desatualizam cada Norma Operacional Básica em operação.

Referências bibliográficas

- Abrucio FL 1998. *Os barões da federação. Os governadores e a redemocratização brasileira*, Hucitec, São Paulo.
- Couto e Silva MM 1998. *O processo de endividamento dos estados: problemas e limites à descentralização e à autonomia*. Dissertação de mestrado, IE/UFRJ, Rio de Janeiro.
- Freeman R & Moran M 2000. Reforming Health care in Europe. In Ferrera M & Rhodes M. *Recasting European Welfare States*. Frank Cass, Londres.
- Kugelmas E & Sola L 2000. Recentralização/descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. *Tempo Social*, USP, São Paulo.
- Sousa C 2001. Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências. *Lua Nova* 52, Cedec/CnPQ, São Paulo.

Notas

¹ As questões que impulsionam para o reforço da ação estatal centralizada na saúde prendem-se a inúmeros fatores, tais como o fortalecimento dos aspectos econômicos da saúde, isto é, a inserção do setor em mercados-chave – equipamentos eletroeletrônicos, indústria farmacêutica etc. –, por ser a primeira fonte de emprego em muitos países e pelas altas taxas de retorno ou lucro geradas no setor. Outra razão decorre de mudanças na política, que passa ser manipulada em prol dos interesses econômicos de forma a torná-la auto-sustentável (*self-sustaining*). Isso reforça o papel regulador do Estado, sobretudo por sua função mediadora das tensões geradas pelas pressões externas – o setor econômico internacionalizado da saúde, mercados de equipamentos, farmacêuticos e de insumos – versus demandas internas crescentes. (Ver Freeman & Moran).

² FL Abrucio. *Os barões da federação. Os governadores e a redemocratização brasileira*, Hucitec, São Paulo, p. 107.

³ As relações intergovernamentais se estabelecem em torno das transferências tributárias; das transferências não-tributárias; e dos empréstimos e financiamentos.

⁴ Couto e Silva. *O processo de endividamento dos estados: problemas e limites à descentralização e à autonomia*. Dissertação de mestrado, IE/UFRJ, Rio de Janeiro, p. 15.

⁵ Ver Viana ALD, Heimann LS, Dias L.L, Oliveira RG. *Avaliação do processo de descentralização da gestão do SUS e do impacto da gestão plena do sistema municipal – Segundo Relatório Parcial*. SAS/MS, Brasília, 2001.

Política de saúde nos anos 90 e a reforma sanitária – considerações sobre o artigo “Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas”

Health policy in the 1990s and the sanitary reform – considerations about the article “Health policy in the 1990s: inter-governmental relations and the Basic Operational Norms”

Luiz Cordoni Jr.¹

No trabalho, são analisadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) editadas pelo Ministério da Saúde na década de 1990: NOBs 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96. Com competência e profundidade os autores descrevem as principais características das NOBs, estabelecem comparações entre elas e avaliam seus efeitos. Trata-se de artigo valioso para todos os interessados no estudo da política de saúde no período. Lamentavelmente a literatura da área de saúde coletiva não tem sido pródiga em produções dessa natureza, o que torna o texto aqui debatido ainda mais importante.

O que pretendo fazer é estabelecer um diálogo com o artigo, tendo como pano de fundo os princípios finalísticos da Reforma Sanitária Brasileira, estabelecidos pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que resumem o seu ideário e serviram de guia aos instrumentos legais subsequentes – os artigos da Constituição Federal de 1988 que tratam do assunto e as leis 8.080 e 8.142. As NOBs foram o grande instrumento infralegal de implementação da política nacional de saúde nos anos 90. Deveriam, portanto, refletir plenamente os princípios finalís-

ticos, que são: participação, equidade, descentralização, integralidade e universalização.

Quanto à participação, o texto em questão demonstra que as NOBs a impulsionaram, não só exigindo a criação de Conselhos Municipais de Saúde, o que supõe a inclusão dos usuários, mas também oportunizando o envolvimento dos executores como participantes da formulação de políticas, quer seja através dos conselhos, quer seja pela atuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) ou nas Programações Pactuadas Integradas (PPIs), ambas criadas e consolidadas pelas NOBs. O próprio processo de elaboração das NOBs foi um fenômeno cada vez mais participativo. Dizem os autores: “Identifica-se ainda a participação ativa dos atores, executores da política de saúde, nos processos de discussão, elaboração e implantação das NOBs, de tal forma que os agentes executores passam a atuar também como formuladores da própria política nacional de saúde”.

Da mesma forma, o princípio da descentralização é operacionalizado fortemente pelas NOBs através da implantação e fortalecimento da municipalização. O artigo registra esse fato e demonstra claramente os mecanismos de incentivo financeiro propulsores, especialmente após a ruptura do mecanismo convenial e a adoção do sistema de transferência direta fundo a fundo. Os autores identificam que a municipalização foi fortemente favorecida por uma conjuntura de cooperação antagônica: fenômeno impulsionado por forças político-ideológicas antagônicas, mas com um mesmo objetivo de curto prazo. Diz o artigo: “Vale ressaltar que a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90. Dessa forma, ainda que fundado em bases político-ideológicas diferentes – os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado –, o consenso acerca da descentralização favorece o avanço desse processo”.

Universalização e equidade talvez tenham ocorrido em alguma medida através das NOBs, supondo-se que a oferta de serviços tenha aumentado com a municipalização, posto que a fiscalização e cobrança da sociedade civil são mais eficazes quando a autoridade dirigente se encontra próxima e existem canais por onde direcionar as reivindicações, as Conferências e Conselhos Municipais de Saúde. Entretanto, o artigo não trata de questões referentes a esses princípios, até porque não parecem ter sido buscados pelos elaboradores das normas.

¹ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. cordoni@sercomtel.com.br

O mesmo não se pode dizer do princípio da integralidade das ações de saúde. Este foi claramente pensado pelos elaboradores da NOB 96, mas ações para sua viabilização foram escassamente implementadas. A integralidade, pensada como promoção da saúde, deve ser perseguida através de ações que extrapolem a assistência aos agravos já instalados. Tais ações são, por exemplo, aquelas típicas da vigilância sanitária e aquelas que melhorem e ampliem os sistemas de informação que levarão ao controle de doenças em curto prazo (ações típicas de vigilância epidemiológica) e em médio e longo prazos por informarem os sistemas de planejamento permitindo a adoção de medidas de redução de riscos. Também se inscrevem entre essas ações, aquelas que estimulam estilos de vida e hábitos saudáveis.

O artigo detecta algumas medidas preconizadas pela NOB 96 tendentes a romper com o modelo assistencial flexneriano vigente: “Uma das diferenças que a NOB 96 apresenta em relação às anteriores é a tentativa de indução da mudança do modelo assistencial, através do estabelecimento de incentivo à estruturação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF)”. Registra que várias medidas voltadas ao incentivo das atividades de vigilância sanitária e epidemiologia e controle de doenças ou não foram implementadas ou o foram com restrições. Identifica ainda que a ruptura parcial com a modalidade de pós-pagamento por serviços realizados, principalmente através do PAB, dá aos municípios a liberdade de empregar os recursos de modo a estimular a mudança do modelo assistencial, mas não faz referência se os municípios usam essa liberdade para o fim assinalado ou continuam a praticar o pós-pagamento de atos curativos de forma semelhante ao que era praticado pela tradição herdada do INAMPS. Essas questões relacionadas com o princípio da integralidade (e com o modelo assistencial) poderiam e mereceriam ser melhor discutidas, pois os dados levantados pela investigação oferecem elementos para tanto.

Implementação do SUS: recentralizar será o caminho?

Implementing the Unified Health System (SUS): is re-centralization the solution?

Elizabeth Barros¹

O artigo “Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas”, de Levcovitz, Lima & Machado, analisa o processo de descentralização do sistema de saúde, ao longo da década de 1990, enfatizando a existência de avanços no modelo de descentralização adotado pela política de saúde em direção à municipalização da gestão (incluindo recursos e instrumentos) e da explicitação das funções estaduais como coordenadores do sistema de referência intermunicipal e destacando que o nível federal, por sua vez, ampliou seu poder indutor e regulador ao introduzir novos mecanismos de transferência vinculados às ações e programas assistenciais.

No âmbito federal, o conceito de descentralização, desde a década de 1980, tem sido utilizado na reorganização de políticas públicas com diferentes significados. “Descentralizar” pode representar desconcentração de poder no interior de uma mesma instituição; ou pode ser uma delegação de competência; pode ser também a transferência ao mercado de atividades até então sob responsabilidade do Estado, correspondendo ao conceito de privatização; ou, ainda, a redistribuição de poderes e responsabilidades na condução ou execução de políticas entre a União e os entes federados, com graus e intensidade variáveis. Como consequência dessa ambigüidade conceitual, diferentes objetivos têm determinado o desencadeamento de processos de descentralização e têm variado bastante as estratégias de implementação de ações nesse sentido pela União, nos diferentes setores.

O arranjo federativo brasileiro prevê diferentes formas de distribuição de competências entre os entes federados. No âmbito da competência material inclui competências exclusivas, que são indelegáveis, e competências comuns ou cumulativas, que significam atuação paralela ou complementar no mesmo campo, com atribuições definidas em legislação infraconsti-

¹ Núcleo de Estudo de Saúde da População, Universidade de Brasília. bbarros@brnet.com.br

tucional ou negociadas setorialmente. A competência legislativa distribui-se em competências exclusivas, indelegáveis (art. 25 e 30, da Constituição Federal de 1988); competências privativas, que permitem autorização ou delegação da União para estados (art. 22, CF 1988) e competências concorrentes, situação em que a União legisla sobre normas gerais e estados e municípios têm atuação supletiva ou complementar (art. 24, § 2º, CF 1988). A saúde é competência comum (material) e concorrente (legislativa). Mas, nesse campo, o próprio texto constitucional estabelece que o sistema de saúde deve ter caráter descentralizado, “com direção única em cada nível de governo” (art. 198, CF 1988) e a legislação do SUS prevê “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo” determinando “a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; e b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.” (Lei 8.080/90, art. 7º, inciso IX).

Da mesma forma que toda análise desse processo é orientada por uma dada acepção do mesmo, de que resultam diferentes avaliações, as concepções predominantes entre os gestores federais determinaram, em cada momento, a escolha de estratégias e instrumentos para sua efetivação. As Normas Operacionais refletem essas diferenças, e o primeiro registro importante a fazer deve ser o de remarcar que, ao longo do período analisado, diferentes concepções de descentralização orientaram a elaboração das Normas Operacionais Básicas que regulamentam esse processo e presidiram as opções técnicas durante a implementação das mesmas. As primeiras Normas Operacionais (1991 e 1992) assumiram, com clareza, uma concepção de “delegação de competência”, expressa na própria escolha da transferência negociada como forma de relação entre as esferas de governo e do tratamento dado aos serviços públicos das instâncias subnacionais, convertidos em prestadores de serviços.

Em documento que integra a NOB 93, o conceito de descentralização que orientou a elaboração da mesma é explicitado como “processo de transformação que envolve redistribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis das três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo e controle social” (*Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*, MS, 1993).

A NOB 96 também reproduz conceito similar, ao afirmar que sua “finalidade primordial é promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (art. 30, incisos V e VII, e art. 32, § 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS”. E, mais adiante, enfatiza o objetivo de reordenar o modelo de atenção à saúde, “... na medida em que redefine: a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única; b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS; c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas”.

Mas é no momento da definição dos mecanismos e instrumentos e, principalmente, na fase de sua implementação que as concepções se tornam visíveis e concretizam – ou não – as orientações que deveriam presidi-las. É quando os pressupostos são colocados em xeque. O texto de Levcovitz, Lima & Machado aponta, corretamente, que “os critérios e mecanismos de repasse/transferência dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo são peças essenciais da política de saúde, pois atuam como definidores da repartição de atribuições e competências e do grau de autonomia gestora de cada esfera de governo no sistema de saúde”. E são os principais indicadores do grau em que as concepções expressas nos textos legais podem ou não se converter em processo de descentralização real.

A NOB 93 – orientada por um objetivo de flexibilizar as condições de enquadramento, de modo a permitir que as diferentes situações político-administrativas dos municípios e estados brasileiros não se convertessem em obstáculo ao processo – preservou a convivência de distintas situações na relação financeira. Mas a norma apontava para um horizonte de repasse global e para a construção de um sistema em que o processo decisório deveria ser efetivamente descentralizado. As dificuldades legais para a implementação do repasse global e automático fizeram com que a condição de ges-

tão semiplena só se concretizasse mais de um ano após a edição da norma e, associada a outros fatores, como a insegurança sobre a regularidade dos fluxos financeiros, alcançasse menos de 25% dos municípios brasileiros. O mecanismo indutor de reorientação do modelo previsto, sob forma de “premiação” por resultados, expresso no repasse do diferencial do teto de assistência hospitalar para municípios em gestão parcial, nunca chegou a ser implementado.

A NOB 96 introduziu duas mudanças fundamentais: criou o Piso de Atenção Básica – PAB, ampliando o repasse automático no que se refere à atenção básica e, de outro lado, fragmentou o financiamento em um grande número de “parcelas”, seja sob a forma de parcelas variáveis do PAB (a partir de 1998), vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, medicamentos básicos, carências nutricionais, seja sob a forma de subtetos para média e alta complexidade, FAEC, internação hospitalar, campanhas, além da manutenção do mecanismo de convênios para as áreas de controle de endemias, saneamento básico, investimentos AIDS etc. Essa fragmentação criou rigidez para a alocação dos recursos nos níveis municipal e estadual e reduziu significativamente a capacidade decisória dos gestores subnacionais. A recentralização do processo decisório se expressava, ainda, na criação de condicionalidades para o acesso aos recursos em determinadas áreas, como a exigência de implementar programas federais, definidos de modo centralizado, como é o caso do PSF, das campanhas etc. O texto de Levcovitz, Lima & Machado avalia como positiva essa mudança, ao incluir entre os avanços a ampliação do “poder indutor e regulatório” do nível federal sobre o processo de descentralização através dos “novos mecanismos de transferência de recursos financeiros vinculados às ações e programas assistenciais específicos”. Como as condicionalidades impostas para o financiamento nunca estiveram associadas ao alcance de resultados, mas apenas ao cumprimento de requisitos formais e de compromissos com a execução dos programas federais, não têm sido raros os casos em que os municípios recorrem à utilização de artifícios, no momento da implementação, como artifício para adequar a aplicação dos recursos às suas necessidades. Coordenação e indução pressupõem liderança dos processos, avaliação de resultados e não a mera imposição de condicionalidades para o acesso aos recursos, que acabam resultando num “faz-de-conta”.

A nosso ver, essa fragmentação inaugurou um processo de “recentralização seletiva” – que vem a se consolidar com a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 (portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001), que redefiniu funções das esferas de governo e fragmentou a gestão do sistema segundo níveis de complexidade tecnológica da assistência, subtraindo ao gestor municipal poder de decisão sobre determinadas áreas do sistema. O objetivo parece ser o de especializar as instâncias de governo segundo níveis de complexidade da atenção, tornando os municípios responsáveis pela atenção básica (ampliada, nos termos da NOAS, abrangendo o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes *mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal) e reservando à União e aos estados a gestão da média e alta complexidade. O texto da NOAS reserva ao Ministério da Saúde elementos-chave do processo decisório: “A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz na definição de normas nacionais, no controle do cadastro nacional de prestadores de serviços, na vistoria de serviços quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde, na definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS, na definição do elenco de procedimentos de alta complexidade, no estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços, na definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, na busca de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados, no financiamento das ações”. E diz, claramente: “a garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal” (art. 16.1), excluindo explicitamente os municípios da gestão desse segmento da assistência. Regulamentando os itens da NOAS referentes ao FAEC, a edição da portaria 132, em janeiro de 2001, foi um novo momento de explicitação desse objetivo. O artigo 1º dessa portaria delegava às instâncias subnacionais “a contratação, cadastramento, autorização para realização de procedimentos, autorização de pagamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria das Unidades Pres-

tadoras de Serviços do SUS”, mas determinava, em seu art. 3º, que “os pagamentos dos valores relativos aos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, quando cumpridos o disposto nos artigos 1º e 2º, serão executados pelo Ministério da Saúde diretamente aos prestadores de serviços, independente da condição de gestão do estado, município e Distrito Federal”, esclarecendo, no parágrafo único que “os valores de que trata este artigo deixam de ser repassados fundo a fundo ou para conta específica dos respectivos gestores habilitados em Gestão Plena do Sistema Estadual e Municipal”. Esses dispositivos sofreram importantes alterações, posteriormente, em decorrência de pressões dos gestores subnacionais.

Nesse campo, o que parece evidente é que o MS, ao reinterpretar o conceito de descentralização, buscando reter funções que deveriam ser transferidas às esferas subnacionais, vem colocando em segundo plano aquele que deveria ser seu papel nobre, como gestor nacional do sistema: o de regular a incorporação tecnológica de alta complexidade/custo e promover o investimento na rede pública, para superar a iníqua distribuição desses recursos no território nacional, evidenciados pelos resultados da Pesquisa de Assistência Médica e Sanitária – AMS, do IBGE, recentemente divulgados, que mostram a enorme dependência que o sistema público tem do setor privado e a extraordinária concentração dos equipamentos nas regiões mais ricas, com a conseqüente dificuldade de acesso dos usuários do SUS a esses recursos, colocando em risco dois dos princípios basilares do sistema: a universalidade do acesso e a integralidade da atenção.

Nota

Segundo a AMS/IBGE (1999), existem 14.540 equipamentos por métodos óticos em estabelecimentos de saúde no país (endoscópio das vias respiratórias; endoscópio das vias urinárias; endoscópio digestivo; equipamento para optometria; laparoscópio/vídeo; microscópio cirúrgico). Desse total, 70% se localiza nas regiões Sul + SE. Apenas 18% estão em estabelecimentos públicos. Do total de 2.149 mamógrafos existentes no país, 75% se localizam em estabelecimentos das regiões SE + Sul; 92,6% pertencem a estabelecimentos privados; apenas 7,4% estão em estabelecimentos públicos. Existem 1.555 tomógrafos no país; 73,5% estão nas regiões Sul +SE; 90,5%, em estabelecimentos privados e apenas 9,5% estão em estabelecimentos públicos. Do total de 289 aparelhos de ressonância magnética existentes no país, 75,4% estão nas regiões SE +Sul, sendo que a região SE concentra 61% deles; 93% são privados e apenas 6,6% estão em estabelecimentos públicos.

Afinal, de qual descentralização falamos?

After all, which decentralization are we talking about?

Paulo Eduardo Elias¹

Ao tratar da implementação do SUS através das Normas Operacionais Básicas, revisitando, portanto, os principais instrumentos de normalização governamental na área da saúde nos anos 90, este trabalho se apresenta de grande oportunidade e particular relevância no atual momento político brasileiro em que o debate do papel do Estado ganha enorme evidência dada a sua centralidade nos diferentes projetos políticos em construção para a disputa da eleição presidencial do próximo ano. Contudo, seus méritos políticos não obscurecem os acadêmicos, ao seus autores elegerem a descentralização como categoria de análise das políticas de saúde no período estudado. Sem dúvida alguma a temática da descentralização constitui importante elemento no desenho das reformas efetivadas no setor saúde a partir da Constituição Federal de 1988. A par dessa centralidade e a despeito das vicissitudes teórico-conceituais que a envolvem (Sato, 1993), o termo descentralização, em nosso meio, tem se prestado a inúmeros usos e interpretações segundo os interesses e os projetos políticos mais imediatos em disputa na efetivação do SUS (Tobar, 1991). Pois, a leitura deste instigante texto me suscitou justamente algumas reflexões acerca da temática da descentralização as quais pretendo desenvolver adiante. Antes é preciso assinalar as enormes suficiências do trabalho, sobretudo a magistral sistematização realizada pelos autores sobre as NOBs, na qual se evidencia rigor descritivo impecável, como se nota na estruturação das muitas tabelas de síntese, a elegância e clareza do texto em matéria de grande complexidade, seja pela taxionomia das siglas, seja nos mecanismos operativos envolvidos entre as esferas de governo e internamente a cada uma delas. De modo que o resultado compõe um grande painel descritivo sobre os principais aspectos do ideário e aqueles efetivamente implementados a partir das NOBs, tendo como fio condutor da discussão a descentralização entendida nos seus aspectos mais formais e admi-

¹ Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. pemelias@usp.br

nistrativos. A apropriação da descentralização, dessa maneira, constitui o meu principal ponto de interesse na interlocução com os autores. A meu ver disso deriva as deficiências analíticas do texto e a ausência de “sangue dos sujeitos de carne e osso” e por decorrência da explicitação dos interesses em conflito. Diversas passagens do texto motivam estas afirmações. O tópico dedicado à NOB 01/93 praticamente desconsidera o papel do Movimento Municipalista¹ na efetivação em termos mais amplos da diretriz descentralizadora na saúde. Isso ocorreu a partir da ocupação de cargos estratégicos do SUS por vários de seus integrantes, como o da direção da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, em decorrência do amplo acordo político estruturado para a sustentação do governo Itamar Franco. Do mesmo modo pode-se dizer que a veia crítica falta também na análise do interregno de dois anos entre a promulgação e a entrada em vigor da NOB 01/96 e das funções da CIT e das CIBs; os autores, inexplicavelmente, não fazem qualquer aporte analítico sobre as vicissitudes enfrentadas pela descentralização e nem sobre as tensões políticas de natureza federativa do que propriamente técnicas envolvidas na alocação de recursos para estados e municípios.

Em síntese, mesmo se considerando as indefinições do federalismo brasileiro (e, a meu ver, não o federalismo em definição como querem os autores – esta outra importante discussão que infelizmente foge ao espaço destas notas), somente uma leitura das NOBs, referida a um entendimento bastante restrito acerca da descentralização tomada em seus aspectos mais formais e sobretudo administrativo, pode pretender sancionar a condução da política de saúde em moldes a conciliar a efetiva municipalização da gestão, a delimitação dos espaços de poder dos estados e a ampliação do poder indutor e regulador da esfera federal, como conclui o trabalho apresentado. Ao contrário, o término da leitura do artigo fortalece a idéia da conciliação de dois mecanismos de gestão operados sob a égide do financiamento, resultando na maximização da racionalidade alocativa e preservando-se o conflito nas áreas de capital intensivo de interesse do complexo médico industrial e de medicamentos. Trata-se de, na atenção primária, subsidiar a demanda através da remuneração *per capita* e no caso das frações de média e alta complexidade afeitas aos níveis secundários e terciários da atenção, manter-se o subsídio à oferta através da remunera-

ção por produção. Isto é, intenta-se o novo mantendo-se o velho nas áreas de maior conflito aos interesses mercantis na saúde.

Assim, retomo o principal aspecto da interlocução a que me propus com os autores, apresentando as breves reflexões sobre o tema, sem contudo ter a pretensão de esgotá-lo ou mesmo resolver a discussão. Volto ao tema da centralidade da abordagem política no tratamento da descentralização da saúde sem contudo negar a sua dimensão conceitual e os usos e abusos a que tem se prestado em nosso meio.

É no tratamento das questões referentes ao Estado, sobretudo do papel deste frente à sociedade, que a questão da descentralização adquire sentido teórico e prático, configurando-se enquanto um tema de relevância social. Como nos ensina Bobbio (1993), ao se circunscrever à temática da organização do Estado, a descentralização apresenta, portanto, um caráter de complementaridade à centralização, visto ser esta um elemento indispensável na configuração do Estado moderno. Por conseguinte, este tipo de abordagem, além de questionar certas concepções segundo as quais centralização e descentralização assumem caráter de termos que mantêm uma relação de antinomia entre si, sublinha a qualificação da descentralização vinculada à concretude da sua realização. Nesse sentido, tanto a descentralização como a centralização só ganham substância analítica a partir das condições objetivas em que se implementam. Em consequência, os elementos mais relevantes para a análise deixam de ser os princípios e as diretrizes da descentralização, mas sim as condições sociopolíticas dadas para a sua implementação.

Essa marca indelével da descentralização como indefinida ideologicamente impõe sempre a necessidade de se verificar as ideologias que a cercam, “visto que somente deste modo será possível estabelecer se a descentralização se efetua ou se em seu lugar atua uma descentralização fictícia e aparente, cujas motivações profundas devem ser pesquisadas” (Sato, 1993). Em outros termos, a descentralização nada molda, antes se amolda à realidade histórica determinante da sua implementação.

Portanto, deve-se considerar a descentralização como uma questão de natureza essencialmente política, que implica a redistribuição de poder decisório, prestando-se, na ação política, à apropriação de diferentes segmentos do espectro ideológico, freqüentemente associada a um projeto político mais amplo. No caso das

políticas de saúde, o processo de descentralização se desdobra em três dimensões independentes, ainda que sempre articuladas entre si: a política, envolvendo os aspectos referentes à autonomia para formular e proceder às escolhas desta natureza; a financeira, versando sobre a liberdade para alocação de recursos e critérios de aplicação; e a administrativa, envolvendo a liberdade para a adoção de princípios e diretrizes voltados para a organização da máquina administrativa (Lobo, 1995). Nesses termos, dadas as características do processo de descentralização, a sua análise requer muito mais uma abordagem no sentido de desvendar as lógicas com que operam do que propriamente ater-se ao seu enquadramento segundo determinada taxionomia. Ademais, dada a tensão existente entre os princípios da centralização e da descentralização, para que se possa produzir algum juízo de valor sobre as repercussões da descentralização, seu exame exige duas indagações preliminares: para que e para quem se dirige a descentralização, isto é, qual a sua finalidade e a que segmentos sociais beneficia (Elias, 1996).

Em termos gerais, no caso brasileiro, pode-se estabelecer uma linha de continuidade entre as diversas políticas implementadas nas quais a descentralização de um modo ou de outro estava implicada. Nesse sentido, as AIS, o SUDS e mais recentemente o SUS se identificam na progressiva transferência de ações e serviços estatais da esfera central para as mais periféricas, embora mantendo-se o controle da esfera central, no que se refere ao poder decisório e aos recursos financeiros. Mas, a principal mudança ocorrida neste período consiste na efetivação da descentralização no plano administrativo, que se deu com o SUS tal como se apresenta a diretriz do artigo 198 que prevê a descentralização com comando único em cada esfera de governo. Neste caso, a essencialidade conservadora manifesta-se na manutenção do controle político e financeiro sob o estrito comando do poder central, tal qual se verifica com a fragmentação do teto financeiro para a assistência ambulatorial e a adoção de subtetos apontadas pelos autores do trabalho em tela. Em decorrência, as formas de financiamento vigentes é que determinam a configuração das políticas de saúde. Vale assinalar que a descentralização em curso não rompeu com essa tradição, ao contrário reforçou-a, na medida em que o financiamento passa à condição de indutor e operacionador do processo de democratização vi-

gente, como, dentre outros fatos, os autores sugerem em relação à adesão ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família pelos municípios.

Desse modo, muito ainda há por se fazer em termos da descentralização da saúde no Brasil, pois a que se apresenta em curso configura-se como uma descentralização parcial e incompleta e protegida pelo (e para o) nível central (Vianna, 1992).

Por fim, o esboço de uma leitura política possível acerca do tema descentralização aponta intensamente para as tensões e contradições envolvidas na conciliação dos interesses dos municípios, dos estados e da União. Não obstante, partilho da visão expressa pelos autores acerca das inegáveis mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro, exemplificadas pela melhoria da racionalidade administrativa e financeira, pela ampliação da extensão e da cobertura dos serviços, pela melhoria na integração entre os serviços públicos de saúde e pela socialização da temática afeita ao SUS e as potencialidades da efetivação de uma participação que concorra para a consolidação da cidadania, representadas na esperança de milhares de conselhos de Saúde em funcionamento nos municípios, ainda que ressalvadas as enormes disparidades existentes entre eles. Como afirma Cohn (1991), diante da crise do Estado moderno a descentralização pode ter sentidos diversos a depender dos setores ideológicos que a sustentam. Para aqueles preocupados com a transformação social ela tem o sentido de incrementar a democratização do Estado através da multiplicação dos centros de decisão política lastreada na participação social organizada. E como nos ensina a mesma autora, a construção do SUS não se dá por um processo linear, mas antes é marcada pelas sinuosidades, caracterizadas nos avanços e retrocessos, de modo que os setores ideológicos transformadores podem perfeitamente persistir alimentando a chama acesa.

Referências bibliográficas

- Bobbio N 1993. *Dicionário de Política* (5ª ed). Editora da Universidade de Brasília, Brasília 1.318 pp.
- Cohn A 1991. O planejamento social num contexto de crise. *São Paulo em Perspectiva*: (5) 4: 43-49.
- Elias PE 1996. *Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político institucional*. Tese de doutoramento apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, 344 pp. (Mimeo).
- Lobo T 1995. Políticas sociais no Brasil: descentralização para mais eficiência e equidade. In Veloso JPR, Albu-

- querque RC, Knoop J (coord.) 1995. *Políticas sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade*. Inael Ildes, Rio de Janeiro, 236 pp.
- Sato AK 1993. Descentralização: um tema complexo. *Texto para discussão* nº 314, out. Ipea, Brasília, 20 pp.
- Tobar F 1991. O conceito de descentralização: usos e abusos. *Planejamento de Políticas Públicas*, 5: 31-51, Jun.
- Vianna SM 1992. A descentralização tutelada. *Saúde em Debate* 35: 35-38.

Nota

¹ Constituído desde a década de 1980 na saúde que teve significativa participação nas articulações que resultaram na proposta da Assembléia Nacional de Saúde

Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas – notas para o debate

Health policy in the 1990s: inter-governmental relations and the Basic Operational Norms – notes for the debate

Neuza Maria Nogueira Moysés¹
Rosa Maria Souza de Pastrana²

Primeiramente é mister que se diga que estudos desta natureza são raros em nossa literatura, razão pela qual este estudo cresce em sua importância ao criar a oportunidade de disseminação de informações referentes às preocupações que estão na ordem do dia para todos os interessados na política nacional de saúde.

O artigo de autoria de Levcovitz *et al.* aborda as relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas como instrumentos de regulação do processo de descentralização no contexto do modelo federativo brasileiro marcado por um sistema tributário relativamente centralizado.

Um aspecto importante a considerar reside no fato de as três NOBs 01/91, 01/93 e 01/96 editadas nos anos 90 apresentarem diferenças marcantes vinculadas sempre à evolução do processo de descentralização da saúde. É inegá-

vel o progressivo avanço entre uma norma e outra; contudo, a sua operacionalização não aconteceu de forma automática e imediata, tampouco homogênea, no território nacional.

A assunção de novas responsabilidades pelos governos subnacionais e locais exige o fortalecimento das capacidades institucionais, inclusive do governo central para enfrentar as dificuldades inerentes a um processo dessa magnitude.

Nessa medida, a implementação das normas depara-se com a complexidade de instituir uma política nacional em um país heterogêneo e desigual como o nosso e com um modelo federativo ainda “inacabado”.

As relações intergovernamentais assumem um papel preponderante no processo de descentralização da saúde e as NOBs funcionam, em certa medida, como um amálgama dessas relações.

A dependência dos governos subnacionais dos recursos do SUS é muito forte e os mecanismos de regulação ainda são muito frágeis para cumprirem o seu verdadeiro papel no escopo deste processo.

O artigo, ao abordar alguns resultados da implantação da NOB SUS 01/96, enfoca entre outros aspectos um que particularmente nos chama atenção. É o que se refere à situação de habilitação das unidades federadas. Em dezembro de 2000, verifica-se a habilitação de apenas oito estados em uma das condições da NOB 96: quatro em Gestão Avançada do Sistema Estadual e quatro em Gestão Plena do Sistema Estadual não alcançando 30% do total dos estados, contrariamente ao que vem ocorrendo com os municípios que, no mesmo período, experimentaram um avanço, sem precedentes, no processo de descentralização alcançando 99% dos 5.506 municípios habilitados em qualquer uma das modalidades de gestão previstas por essa NOB.

Tal situação nos leva a refletir e a questionar, por exemplo: Quais as condições que geram a baixa adesão dos governos estaduais ao processo de habilitação? E daí advém uma outra pergunta: O esvaziamento do papel do Estado nas NOBs não teria provocado um lapso nas funções dessa instância que estaria causando um emperramento nesse processo?

Bem, quando se aborda as relações intergovernamentais no escopo da descentralização, vêm à tona exatamente as questões que guardam referências às relações intergestores e interníveis. Questões essas que guardam relação

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. moyses.@saude.rj.gov.br

² Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

estreita e indissociável com a conformação histórica do estado brasileiro e a tradição autoritária e centralizadora do mesmo.

Um outro enfoque destacado no artigo e que consideramos da maior pertinência diz respeito aos pactos de gestão que incorpora a divisão de responsabilidades entre estados e municípios. No que tange à gestão básica, o fato da não explicitação mais profunda das atribuições dos municípios em seu território tem como consequência arranjos diferenciados entre os municípios brasileiros dentro de uma mesma modalidade de gestão, reforçado, obviamente, pelo caráter dicotômico do processo de habilitação e pelo papel da CIB como instância decisória sobre a habilitação nos modelos de gestão preconizados pela NOB-96. A diferenciação entre níveis de responsabilidades e atribuições ocorre também no caso da gestão plena do sistema e que desemboca em questões referentes à autonomia e governabilidade dos gestores.

Em que pese as importantes inovações introduzidas pelas NOBs e especialmente pela NOB-96 que instituiu o Piso de Atenção Básica-PAB, implantou incentivos financeiros e a transferência direta dos recursos federais “fundo a fundo” ampliando a autonomia dos gestores na utilização dos recursos para praticamente a totalidade dos municípios e quase 30% dos estados brasileiros, não temos avaliações de resultados que consiga demonstrar o impacto do volume de recursos repassados às instâncias locais e subnacionais na melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira. Este é um desafio e o seu enfrentamento, decerto, nos revelará as fortalezas e fragilidades do processo de descentralização em curso.

Embora não tenha sido objeto de análise dos autores, nos inquieta o caráter tecnocrático das regras vigentes em relação à operacionalização do SUS, face ao excessivo volume de portarias, normas e resoluções constantemente emitido, dificultando o acompanhamento das diferentes instâncias de gestão, bem como o risco de tornar “letra morta” o que representou uma primeira quebra da tradição autoritária brasileira, ou seja, a participação da sociedade civil organizada no processo de construção e gestão do SUS.

Desafios na implementação do SUS nos anos 90

The challenges of implementing the Unified Health System in the 1990s

Regina Bodstein¹

O artigo de Eduardo Levcovitz e colaboradoras, ao expor e analisar com clareza a lógica em torno das Normas Operacionais Básicas (NOBs), que respondem pela implantação do SUS, traz uma importante contribuição para todos que vêm acompanhando os rumos da política de saúde nos anos 90. Inspirada, como sabemos, nos princípios da chamada Reforma Sanitária Brasileira, tais princípios (da universalização, da integralidade, da participação e da descentralização) ainda hoje parecem centrais para todos que advogam os ideais da democratização e do direito à saúde, da equidade e da crescente responsabilidade do poder público na gestão do sistema de saúde no país. Assim, qualquer tentativa mais abrangente de analisar os caminhos atuais da reforma sanitária e da política de saúde no país na última década mobiliza, desperta interesse e instiga o debate.

O artigo traz à luz a estrutura normativa que, discutida e negociada em vários fóruns, acaba por modelar as formas de gestão e de repasse dos recursos federais. Revela que a edição das NOBs visa não só regulamentar e controlar, mas, principalmente, induzir e estimular o processo de descentralização da assistência à saúde no país. O acompanhamento e a avaliação da estrutura normativa em curso durante esse período não deixa dúvida sobre o caráter e a efetividade do processo de descentralização entre nós: transfere responsabilidades e recursos. O ponto nevrálgico desse processo do ponto de vista do gestor federal é precisar os mecanismos de regulação desse processo de forma a garantir algum controle sobre a extensão, o ritmo, o alcance e o impacto dessas transferências.

A pergunta chave, após uma década de mudanças profundas na estrutura normativa do setor, gira em torno de saber, afinal, qual o saldo da reforma e do processo de descentralização da saúde do ponto de vista não só da melhoria da gestão do sistema, mas em termos do

¹ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
bodstein@ensp.fiocruz.br

acesso, da qualidade e da mudança do modelo assistencial disponível para a população? Ou seja, é possível se falar em avanços na “concretização dos princípios do SUS?”

Em um país continental como o Brasil, de extrema desigualdade social e regional, com uma burocracia clientelista, ineficiente e corporativa, quando não corrupta, um dos maiores desafios é conseguir melhorar o desempenho das políticas e dos gastos sociais. Isto é, implementar programas e políticas sociais mais eficientes, preocupadas com a equidade, promotoras da cidadania e que de fato tragam benefícios para as camadas mais pobres da população. Tudo isso em uma conjuntura de ajuste econômico e de contenção nos gastos públicos parece tarefa impossível.

É nesse contexto que o governo central, ainda que de forma lenta e negociada, acaba deslançando políticas específicas de indução ao processo de municipalização, o que, no nosso caso, envolve aproximadamente a participação e mobilização de 5.500 municípios. A descentralização do setor saúde aqui no Brasil deslançou uma transferência significativa de responsabilidades e atribuições do governo federal para os governos locais, o que o artigo de Eduardo acentua muito bem.

Ora, esse processo de transferência e de radical descentralização esteve sempre na lógica da reforma do Estado e na diminuição ou redefinição de suas atribuições. Assim, dentro dessa lógica é fácil perceber que uma das características mais bem-sucedidas das inovações em curso nas políticas sociais e de implantação do SUS durante a década de 1990 tenha sido exatamente a descentralização/municipalização da assistência à saúde.

É necessário entender que, se por um lado, a concepção da modernização e da reforma do Estado aparece como fator positivo para a descentralização das políticas públicas; por outro, a urgência na adoção de uma estratégia de ajuste estrutural da economia revela-se altamente desfavorável a qualquer aumento nos investimentos públicos, explicando, em parte, as vicissitudes e descompassos entre os princípios do SUS e sua execução como política pública.

O fato de que um dos grandes avanços nas mudanças setoriais tenha sido exatamente o da descentralização e responsabilização crescente do nível local, que vem se acelerando e se aprofundando desde a segunda metade da década de 1990, não constitui exatamente em “um raio em céu azul”.

A partir de 1996, em particular, como bem demonstra o artigo, são implementadas medidas de incentivo para os municípios assumirem, parcial ou totalmente, a gestão da rede de serviços de saúde, deslançando uma política deliberada do governo central em prol da **municipalização** da assistência, com ênfase na responsabilização direta do gestor local pelo menos em relação à chamada **rede de atendimento básico**. Desse período para cá, o governo central vem definindo uma série de dispositivos legais de regulação do processo de descentralização e de habilitação/capacitação dos municípios para a gestão autônoma da rede básica. Em 2001, a quase totalidade dos municípios brasileiros está habilitada em alguma das formas de gestão, demonstração clara do êxito do processo.

Em contraste, a implementação do SUS entendida como a operacionalização do direito universal à saúde *vis-à-vis* aos princípios da integralidade da atenção e do controle social não parece ter tido o mesmo sucesso. Em todos os países (e foram muitos) que durante a década de 1990 promoveram reformas no setor saúde, a mudança implicou sempre a redefinição do papel do Estado, e o reforço às estratégias de regulação. Entre nós, dada à complexidade do país, da situação social e das energias utópicas mobilizadas em torno do direito universal à saúde desde do final da década de 1980, a questão certamente não pode ser colocada só no plano da regulação.

Melhor dizendo, há necessidade de introduzir outras variáveis e novos questionamentos: como criar capacidade de gestão eficiente das políticas sociais e, em particular, da assistência à saúde em municípios sem qualquer estrutura administrativa e técnica, e ainda por cima, quase todos dependentes dos repasses financeiros do governo federal? A questão passa pela criação, organização e fortalecimento das secretarias municipais, pela capacitação dos técnicos locais, contratação de médicos e novos técnicos de nível superior, na elaboração de planos locais de saúde factíveis e a formação de uma estrutura mínima de acompanhamento, deliberação e fiscalização, enfim, um enorme desafio para a grande maioria dos municípios brasileiros. De qualquer forma, um dos méritos indiscutíveis da descentralização implantada tem a ver com o deslocamento crescente da arena decisória e da ampliação dos atores/formuladores da política de saúde local. Nesta perspectiva, o incentivo à criação dos chama-

dos Conselhos Municipais de Saúde vem a ser uma das características mais inovadoras da reforma sanitária brasileira, mas que também precisa ser melhor avaliada.

Outra inovação da política de saúde e de indução não só a municipalização, mas a mudança do modelo assistencial diz respeito à estratégia de criação do Piso de Atenção Básica (PAB) e, em particular, do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). No caso do PSF e do PACS, existentes nos estados nordestinos desde de 1991 – visando estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, voltado para a população materno-infantil –, o governo, em 1994, assume sua implantação como uma estratégia para a mudança do modelo de assistência à saúde no país, prevendo um impacto na reestruturação em todos os níveis de atendimento. A adequação do programa para o contexto nordestino, dirigido a extensão de cobertura de saúde para populações excluídas, onde 1/3 vive na pobreza absoluta, parece inquestionável. (notar que 77% dos municípios de baixo desenvolvimento humano estavam na região nordeste) (PNUD, 1998).

O PAB, em particular, como incentivo financeiro cuja lógica está baseada na transferência automática de recursos fundo a fundo e não na capacidade instalada e na produção dos serviços, aparece, sem dúvida, como outra grande inovação da política de saúde no final dos anos 90, mas cujo verdadeiro alcance ainda está por ser dimensionado. De qualquer forma, o fato é que o governo federal tem promovido uma importante transferência de recursos diretamente para os municípios. Há evidências de que os recursos do SUS e de outros convênios do setor saúde formam quase 2/3 dos valores que a União transferiu às prefeituras em 2000, através do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) (artigo de Maria Clara Prado na *Gazeta Mercantil* 16 março de 2001). É evidente que nem os municípios nem as secretarias municipais estão “nadando em dinheiro”. Não é essa a questão. Mas importa saber como e de que forma o poder público local vem aplicando esses recursos e qual seu compromisso com a promoção da saúde e a melhoria da qualidade do atendimento.

Essas indagações ultrapassam o âmbito da discussão promovida pelo artigo na medida em que adquirem dinâmica própria, guardando certa autonomia da estrutura normativa e, por-

tanto, do arcabouço legal da descentralização da saúde. Isto é, a questão sob o meu ponto de vista deve girar em torno da necessidade de se passar do plano da norma para o plano concreto dos fatos sociais e das forças políticas em permanente conflito. A questão aparece muito mais como um problema de implementação de política do que de formulação. No plano da formulação podemos dizer que de “boas intenções o inferno está cheio”. Sabemos todos da baixa capacidade do Estado e da sociedade brasileira, ainda hoje, de fazer com que as leis sejam cumpridas. Dessa maneira, um enorme desafio para os estudiosos das políticas públicas é exatamente o de buscar compreender processos e variáveis locais que explicam sucessos e/ou fracassos de propostas, políticas e estratégias aparentemente inspiradas em um receituário comum.

Uma questão importante está relacionada ao fato de que o governo federal e os estados têm um papel fundamental e intransferível de regulação do setor privado, que por sua vez tem enorme importância e centralidade na prestação de serviços de saúde. Importa saber, diante do êxito indiscutível do processo de descentralização da saúde, tão brilhantemente demonstrado no artigo, seu efeito ou impacto com respeito à mudança do modelo assistencial, propagandeado pelo governo nos últimos anos, fundamentalmente através da implantação do PACS e do PSF. Implica qualificar e avaliar o comportamento do setor privado na oferta de leitos, de serviços de apoio ao diagnóstico, nos atendimentos ambulatoriais, distribuídos por estados, regiões metropolitanas, capitais e pequenos municípios espalhados pelo país. É necessário qualificar em que direção tem se dado o crescimento dos estabelecimentos públicos de saúde, qual seu nível de complexidade, entre outras questões. Será que a oferta de leitos privados tem diminuído? E os públicos, será que aumentaram e em quais regiões? Em quais especialidades e em quais estados e municípios?

São questões pertinentes que simplesmente enunciam alguns problemas da descentralização setorial e apontam para a enorme complexidade do tema. Tais questões têm o sentido de provocar o debate, revelando um caminho de pesquisa, de estudos e avaliações mais específicos e tão necessários para revitalizar o ânimo de todos aqueles que ainda acreditam na reforma sanitária. É o caminho da pesquisa avaliativa, dos estudos de caso, da busca de indicadores de desempenho institucional e de avaliação

dos efeitos e impactos das políticas públicas e sociais –, caminho este recém-iniciado. A leitura do artigo em tela, sem dúvida, teve o mérito de instigar e enunciar o debate. O desafio no aprofundamento da questão é de todos nós.

Referência bibliográfica

PNUD/IPEA/IBGE 1998. *Desenvolvimento humano e condições de vida: indicadores brasileiros*. Brasília.

Os autores respondem

The authors reply

*Eduardo Levcovitz
Luciana Dias de Lima
Cristiani Vieira Machado*

Inicialmente, gostaríamos de agradecer aos editores da revista a oportunidade de escrever um artigo sobre um tema tão relevante como o das relações intergovernamentais na área da saúde e também agradecer aos debatedores do artigo, pela densidade e riqueza dos comentários apresentados.

Apesar de termos sido convidados para redigir uma réplica aos textos dos debatedores, optamos por não responder aos autores direta e individualmente. Isso porque a limitação de prazo e de espaço para a réplica não permitiria que todas as questões levantadas fossem abordadas de forma adequada e suficiente. Nesse sentido, vale assinalar que os debatedores apresentaram diversos comentários e observações de grande relevância para as políticas de saúde, cuja abrangência, muitas vezes, extrapola os limites do artigo original. Além disso, os textos são bastante diversificados no que diz respeito ao escopo e tipo de questão abordada, suscitando uma agenda de debates a ser aprofundada em outras oportunidades.

Acreditamos ainda que o conjunto de artigos compilado nesta revista – artigo para debate e textos dos debatedores –, ao reunir as idéias e opiniões de atores/autores tão diversos, já representa um material extremamente rico e útil para aqueles que atuam nas políticas de saúde, sejam gestores, conselheiros, profissionais de saúde ou estudiosos do tema de forma geral.

Desta forma, ao invés de construir uma réplica, no modelo originalmente solicitado, op-

tamos por redigir alguns comentários genéricos, a fim de organizar algumas idéias centrais contidas nos artigos apresentados e provocar debates posteriores.

Um primeiro comentário diz respeito à própria delimitação do objeto do nosso artigo, face à abrangência das questões levantadas por alguns debatedores. O artigo se propõe a discutir o papel das normas operacionais da década de 1990 no processo de descentralização da política de saúde e suas implicações para o relacionamento entre as esferas de governo – federal, estadual e municipal – no que se refere à definição de competências e à formação de acordos políticos, capazes de induzir a maior racionalidade sistêmica.

Assim, procurou-se desde o início delinear o campo de debate, a partir do reconhecimento de que as NOBs representam instrumentos limitados que não dão conta de uma série de dimensões estruturais da política, tais como as relações público-privado e as fontes de financiamento para o setor. Nesse sentido, a abordagem do artigo é propositadamente descritiva, visando oferecer um painel geral desses instrumentos de regulação da descentralização nos anos 90 e a possibilidade de comparação dos avanços e limites dos mesmos.

Algumas questões, no entanto, suscitadas pelo debate, merecem ser destacadas:

- Em que medida as NOBs contribuíram para o enfrentamento das questões relacionadas ao pacto federativo na saúde?

O SUS é uma proposta de construção sistêmica complexa, que implica uma alta interdependência entre os diferentes níveis de governo e a busca permanente de acordos e superação de conflitos. A análise da evolução das NOBs durante a década de 1990 permite evidenciar uma clara descentralização de funções e recursos para os municípios, principais executores de ações e serviços, e um reforço do poder regulatório pelo nível federal. No entanto, as instâncias estaduais, apesar de terem sido responsabilizadas pela coordenação do sistema de referência intermunicipal, não foram contempladas com recursos e instrumentos compatíveis com suas novas funções. Os recursos federais previstos para o financiamento do SUS permanecem vinculados à oferta de serviços, e não se sabe ainda até que ponto os estados poderão superar as suas próprias dificuldades financeiras e administrativas para exercerem seu papel regulador, sem que se sintam compelidos à disputa com os municípios pelos recursos de custeio.

Por outro lado, permanecem como problemas estruturais, questões inerentes ao próprio federalismo brasileiro – altamente competitivo e predatório e marcado por profundas desigualdades socioeconômicas e territoriais – de difícil enfrentamento e até então não resolvidos pelos instrumentos próprios da política de saúde construídos até o momento e preconizados pelas NOBs.

- Em que medida o debate sobre a descentralização/relações intergovernamentais relacionado às NOBs pode ter se tornado um debate altamente centrado nos aspectos técnico-operacionais e ofuscado outros aspectos relevantes da implementação da política de saúde?

Sob este aspecto, vale a pena enfatizar a necessidade de realização de estudos específicos que visem mensurar o impacto do processo de descentralização da política de saúde conduzido na década de 1990 para a ampliação do acesso e melhoria da saúde da população.

O segundo grupo de comentários, apesar de muito relacionado ao primeiro, merece destaque pelo grau de polêmica que suscita. Alguns dos debatedores foram atores da política de saúde nos anos 90, tendo até mesmo participado da elaboração e/ou implementação de alguma NOB. Desta forma, alguns textos de debate apresentam descrições mais ricas e detalhadas do contexto político de formulação dessas normas, e levantam questionamentos relativos ao seu conteúdo/limitações de implantação. Outros debatedores apresentaram críticas mais contundentes ao instrumento normativo em si, correlacionando-o com uma visão da política de descentralização “induzida por cima”, criticando um excessivo papel de regulação pela esfera federal e levantando mesmo os riscos de “recentralização” relacionados a esse tipo de instrumento. Caberia aprofundar as seguintes questões:

- Esse tipo de instrumento normativo era necessário para promover a descentralização no sistema? Ou a política de descentralização poderia ter se dado de outra forma?

- Quais são as diferenças entre as inadequações de forma (crítica ao instrumento NOB em si) e as de conteúdo dessas normas?

- Em que medida as NOBs fortalecem o poder regulatório do governo central e quais seriam as conseqüências disso (positivas e negativas)?

- Em que medida o debate em torno do processo de elaboração/implantação das NOBs fortalece ou inibe o poder de intervenção de estados e municípios na formulação da política nacional de saúde?

- Que tipo de efeito das NOBs é predominante: a indução positiva pelos atores nacionais (Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, e Conselho Nacional) de políticas de saúde nas esferas estadual e municipal, ou a restrição à construção de agendas políticas locais? Quais as vantagens e desvantagens relacionadas a cada uma dessas dimensões?

Por fim, mais do que responder a cada uma dessas questões, consideramos importante que os diversos atores comprometidos com a consolidação do SUS possam se articular em torno de uma agenda de debates voltada para os velhos e novos desafios colocados para as políticas de saúde brasileiras. O tema da descentralização/relações intergovernamentais/construção do pacto federativo na saúde, bem como os diversos tópicos a ele relacionados, sem dúvida, representa um aspecto-chave dessa agenda, que, entretanto, não pode prescindir do enfrentamento de outras dimensões – financiamento, controle social, formação e desenvolvimento de pessoal para o setor, organização e acesso às ações de saúde –, visando ao objetivo maior de consolidação do direito à saúde e de redução das enormes desigualdades existentes nesse campo.