

Ensaio

SUS: avanços e obstáculos no processo de descentralização e coordenação intergovernamental*

Adélia Cristina Zimbrão da Silva

O Brasil, desde os anos 80, vive rica experiência de redesenho de seu sistema federativo. Nesse sentido, a Constituição Brasileira de 1988 foi decisiva para as transformações na estrutura territorial política, ampliando significativamente o processo de descentralização de poder e autoridade aos estados e municípios, que ganharam também autonomia administrativa e financeira, e fortalecendo, desse modo, a capacidade decisória das instâncias de governo subnacionais. No entanto, o processo de descentralização das políticas e dos programas da área social vem-se acompanhando de problemas relacionados à redefinição de competências entre as esferas de governo. Este ensaio pretende realizar uma breve análise do Sistema Único de Saúde (SUS) e explicar como a política setorial de saúde, no Brasil, enfrenta o desafio de coordenação nas relações intergovernamentais, produzindo o redesenho das competências e atribuições entre as esferas de governo nessa área.

Abrucio (2001) define descentralização como processo político que resulta em transferência de autonomia de poder decisório aos governos subnacionais ou em conquista dessa autonomia por eles. Ainda, segundo Abrucio, os defensores da descentralização destacam três tipos de qualidades associadas a esse processo: a democratização do poder local, o aumento da eficácia e da eficiência da ação governamental e o incentivo a inovações administrativas. Quanto ao relacionamento intergovernamental, conforme Abrucio, há dois modelos analíticos: o competitivo, que corresponde ao federalismo interestatal, cuja ênfase é na separação entre os níveis de governo; e o cooperativo, que corresponde ao federalismo intra-estatal, cuja ênfase é no imbricamento entre os níveis de governo. O equilíbrio entre cooperação e competição depende da criação de

RSP

Revista do
Serviço
Público

Ano 55
Número 4
Out-Dez 2004

Adélia Cristina Zimbrão da Silva é mestre em administração pública pela EBAP/FGV, especialista em sociologia urbana e graduada em psicologia pela UERJ, e Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, atualmente em exercício na ENAP.

Contato:
adelia.zimbrao@enap.gov.br

instituições e de políticas e práticas intergovernamentais que reforcem os laços de parceria entre os entes da estrutura federativa. Nesse sentido, é possível verificar interseções entre os dois modelos e até mesmo equilíbrio quando o foco de análise é a área da saúde. Por vezes, há presença de relações competitivas entre as instâncias de governo, mas predomina a influência do modelo cooperativo em razão da necessidade de o Governo Central e os subnacionais praticarem políticas públicas conjuntamente.

Como o avanço da descentralização passou a depender da capacidade e vontade de cada governo assumir ou não novas funções e do desenho específico de cada política, para Abrucio (2001) a área da saúde, devido a estrutura institucional mais adequada, realizou, por meio do SUS, um processo de descentralização mais racional e aprofundado, implementando estratégias bem-sucedidas de indução para obter a adesão dos governos locais. Embora a descentralização e a unificação das redes fossem propósitos presentes desde o início, segundo Affonso e Silva (1996), a reforma da saúde não partiu de modelo pronto e acabado; ao contrário, desde 1983, ele foi-se desenhando até atingir o formato do SUS, na Constituição de 1988. O SUS foi complementado pelas leis orgânicas de saúde nº 8.080, que regula os princípios constitucionais correspondentes a essa área, e nº 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na sua gestão, sobre as transferências intergovernamentais e vincula descentralização à municipalização, ambas de 1990.

A nova política de saúde, segundo Affonso e Silva (1996), busca promover a racionalização dos serviços de saúde de forma a integrar as redes federal, estadual e municipal, a municipalizar o atendimento primário, a estabelecer funções para as instâncias de governo, a definir fontes de financiamento e a criar mecanismos automáticos de transferência de recursos no interior da rede pública e privada. Em outras palavras, o SUS vem-se construindo para ser uma rede de serviços descentralizada, regionalizada, hierarquizada e integrada, com direção única em cada esfera governamental e com instâncias deliberativas, como as conferências e os conselhos, que garantem a participação paritária da sociedade organizada.

A estrutura institucional incrementada a partir da década de 1990, por meio das normas operacionais básicas do SUS (NOB/93 e NOB/96) e das normas operacionais de assistência à saúde (NOAS/2001 e NOAS/2002), buscou concretizar o processo de descentralização e coordenação federativa das políticas de saúde, redesenhando as competências e atribuições das esferas de governo e almejando práticas intergovernamentais que reforcem os laços de parceria entre os entes, o equilíbrio entre a autonomia dos pactuantes e a interdependência entre eles. Essas estratégias de implementação do SUS, de modo geral, visaram respectivamente: instituir um processo gradual de transferência de responsabilidades, criando três condições de gestão a que os municípios poderiam habilitar-se;

introduzir a Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, a Programação Pactuada e Integrada, o Piso de Atenção Básica (PAB) e incentivos a ações e programas, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família; e dar ênfase à regulamentação das condições de oferta de ações de média e alta complexidade, por meio do Plano de Regionalização da Assistência, que deve integrar o Plano Estadual de Saúde. Em síntese, esses mecanismos representam esforço de racionalização dos repasses de recursos e dos gastos pelos municípios e estados, de criação de instrumentos de fiscalização e avaliação das políticas dessa área, ou seja, configuram meios de cooperação e de punição.

Entre as formas de co-gestão em saúde, houve a criação de instâncias de pactuação entre os níveis de governo, como a Comissão Intergestores Bipartite (entre estado e municípios) e a Comissão Intergestores Tripartite (entre União, estados e municípios), além dos consórcios municipais. Desse modo, o SUS, segundo Arretche (2003), construiu uma estrutura institucional complexa para coordenar as ações das três esferas de governo e dos provedores de serviços de saúde públicos e privados.

O setor saúde teve relativo sucesso na iniciativa da descentralização combinada com a coordenação intergovernamental, apesar da crise fiscal do Estado. Cabe fazer as devidas correções que permitam fortalecer a capacidade de gestão para melhorar a qualidade e eficiência da prestação dos serviços de saúde. Outro aspecto ainda a ser enfrentado é a intersetorialidade. Há de se desenvolver a prática da gestão em redes intragovernamentais, de modo a articular a ação governamental por meio da coordenação e da parceria entre ministérios e secretarias dos governos subnacionais de diferentes políticas setoriais, uma vez que a área da saúde, como tantas outras, é “ensimesmada”.

Nota

* Ensaio apresentado durante o curso de formação de Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental, realizado na ENAP em 2004.

Referências bibliográficas

ABRUCIO, Fernando Luiz; SOARES, Márcia Miranda. *Redes federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer/Oficina Municipal, 2001, p.19-92. (Série Pesquisas, 24)

_____. *Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC*. Mimeografado.

AFFONSO, Rui de Britto Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (Org.). *Descentralização e políticas sociais*. São Paulo: Fundap, 1996, p.13-39.

ARRETCHÉ, Marta. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v.14, nº 40, p.111-141, jun.1999.

ARRETCHÉ, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, nº 3, p. 331-345, 2002.

_____. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, nº 2, p. 455-479, 2003.

BARROS, Elizabeth. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*. Brasília: 2002, p.17-70.

COSTA, Nilson do Rosário; PINTO, Luiz Felipe. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, nº 4, p. 907-923, 2002.

FLEURY, Sonia. *Políticas sociais e democratização do poder local*. Mimeografado.

OLIVEIRA, Fabrício; BIASOTO JR, Geraldo. Descentralização da Políticas Sociais no Brasil. In: ARRETCHÉ, Marta; RODRIGUEZ, Vicente (Org.). *Descentralização das políticas sociais*. São Paulo: Fundap, 1998. p. 19-60.