

6^{to}

Congreso
Latinoamericano de
CIENCIA POLÍTICA

12, 13 y 14 de junio de 2012
FLACSO Sede Ecuador



FLACSO
ECUADOR

alacip

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA CIENCIA POLÍTICA

Descentralização ou desconcentração na Administração Pública? Um exame do Sistema Único de Saúde no Brasil

Victoria Figueira da Silva

Correio eletrônico: figueira.victoria@gmail.com

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Área temática: Administración Pública y Políticas Públicas

Trabajo preparado para su presentación en el VI Congreso Latinoamericano de Ciencia Política, organizado por la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP). Quito, 12 al 14 de junio de 2012

Resumo: Este trabalho examina o processo de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro, a partir de uma revisão bibliográfica acerca do tema. O objetivo é compreender os conceitos de descentralização e desconcentração, utilizados na literatura jurídica e aproximá-los as diretrizes do sistema de saúde. Apesar das diretrizes da saúde brasileira preverem uma descentralização plena nas três esferas de governo, ou seja, município, estado e governo federal, e devem compartilhar a responsabilidade pela promoção dos serviços de saúde, ocorre que tal previsão legal pode ser questionada por conta das realidades locais.

Introdução

O sistema de saúde brasileiro encontra amparo na Constituição Federal (CF) brasileira de 1988, que define a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art.196 da CF). Neste contexto é criado o atual modelo de assistência à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), instrumento de cunho social e universal, possibilitando a oferta e o acesso aos serviços e ações garantidos pela CF de 1988. O artigo que trata do SUS é o 198, dispondo sobre suas diretrizes.

Para que as políticas e programas de saúde do SUS atendam aos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o mesmo criou o Ministério da Saúde (MS), órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros¹. Dentre suas funções está, dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que segundo Godoy (1995, p. 62) visa a “compreensão ampla do fenômeno que está sendo estudado” considerando que “todos os dados da realidade são importantes e devem ser examinados” e pretende elucidar os conceitos de descentralização e desconcentração no Sistema Único de Saúde brasileiro. Para tal será feita uma recapitulação da construção do SUS. Além disso, Godoy (1995, p. 62) afirma que “o ambiente e as pessoas nele inseridas devem ser olhados holisticamente: não são reduzidos a variáveis, mas observados como um todo”. Por esses motivos e ainda pelo fato de, como sugere Minayo (1992) ser um método que incorpora significados e intenções aos atos, relações e estruturas sociais.

O trabalho mostrará que há um uso indistinto do termo descentralização na administração pública brasileira. O questionamento se dá em elucidar as diferenças entre descentralização e desconcentração e a aplicabilidade no sistema de saúde.

Antecedentes da criação do Sistema Único de Saúde

Na época do Brasil Colônia e do Império, a preocupação com questões de saúde ainda eram restritas a delegar atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e saúde nos portos; talvez pelo fato da proibição de centros de ensino superior nas colônias, o número de médicos era muito reduzido. Em 1851 criou-se a Junta Central de Higiene Pública, a fim de promover e aumentar os cuidados de saúde. Dentre seus objetivos estavam: inspecionar a vacinação, realizar o controle da Medicina e a polícia sanitária da terra, onde alimentos, farmácias, hospitais, armazéns, cemitérios, cadeias, e outros, eram inspecionados também. Esses lugares eram passíveis de provir danos à Saúde Pública. Neste período da história do país, verifica-se que existia pouco interesse do Estado em prover cuidados à saúde da população, sendo esse cuidado mínimo.

Com a proclamação da República em 1889, a idéia era de modernização do Brasil e para tal, era preciso atualizar a economia e a sociedade. A população brasileira era predominantemente rural e com altos índices de analfabetos e doentes, fato este que impulsionou o movimento sanitário. Nesse contexto, emerge a discussão sobre

¹ Disponível em: www.saude.gov.br

questões sociais, dentre elas a saúde. Na Constituição de 1891 é possível perceber uma mudança em relação à saúde, uma vez que existiam políticas sociais para essa área, sendo de responsabilidade dos estados as ações de saúde, saneamento e educação. Neste contexto, as principais enfermidades que acometiam à população eram as epidemias da varíola, malária, febre amarela e mais tarde a peste bubônica.

O surgimento dessas epidemias e conseqüentemente a falta de controle por parte dos estados, trouxe conseqüências inclusive para a economia, porque os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro. Como medida, o governo republicano, auxiliado pela incorporação de novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos, resolve:

Elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou útil, da população. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do estado na área da saúde tornou-se global: não se limitava às épocas de surto epidêmico, mas estendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade (CONASS, 2007, p. 19).

Outra contribuição do movimento Sanitarista, liderado pela geração de novos médicos higienistas, foi a criação do Departamento Nacional de Saúde (DNS) em 1920. Este era o responsável por uma série de serviços e campanhas direcionados para o controle de doenças, como a febre amarela e a malária².

A questão da assistência médica teve um reconhecimento legal como política pública com a aprovação da Lei Eloi Chaves em 1923. Esta lei regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que eram organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores que recebiam benefícios de acordo com suas contribuições. Entretanto, nesta modalidade de seguridade o Estado não tinha participação, pois:

Tratando-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAP possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e dos empregadores (CONASS, 2007, p. 20).

Anos mais tarde, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas, verifica-se uma mudança neste cenário da Previdência Social. A política de Estado era estender a todas as categorias do operariado urbano organizado o benefício da previdência. As CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). As novas categorias passaram a ser: marítimos, comerciários e bancários. Ainda em meados dos anos de 1950, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), que atendia àqueles não incluídos na medicina previdenciária. A este órgão competia:

[...] a prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos serviços previdenciários (CONASS, 2007, p. 22).

Este fato já demonstra a importância de um novo sistema de saúde, afinal, grande parcela da população era excluída do atendimento médico. O modelo previdenciário tratava a saúde como um bem comercializável, pois, recebiam atendimento somente aqueles inseridos oficialmente no mercado de trabalho, pertencendo a uma categoria profissional e por isso tinham condições de pagar.

² Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=417

Outro acontecimento importante desta década foi a criação do Ministério da Saúde, em 1953. Ao Ministério coube as atividades que eram de responsabilidade do DNS, sendo apenas um instrumento legal das ações. De fato, o Ministério era a principal unidade administrativa de ação sanitária ligada ao Governo, entretanto, essa função era distribuída entre outros ministérios e autarquias, o que acabava gerando uma disseminação de recursos financeiros e de pessoal técnico.

Na década de 1960 o Brasil presenciava uma grande desigualdade social, o que novamente fez ressurgir o discurso sanitarista em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. Os sanitaristas desenvolvimentistas buscavam uma adequação entre o planejamento de metas de crescimento e melhorias com o planejamento em saúde. Dentre as propostas para adequar os serviços de saúde pública à situação que fora diagnosticada pelos sanitaristas, está a Formulação Nacional de Saúde, que teve como objetivo redefinir a identidade do MS e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social³. Outro importante acontecimento decorrente deste contexto foi a realização da III Conferência Nacional de Saúde (CNS)⁴ em 1963, que previa em seu Artigo 1º, parágrafo único, tratar de problemas de saúde e assistência, principalmente sobre:

a) Situação sanitária da população brasileira; b) Distribuição e coordenação das atividades médico – sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; c) Municipalização dos serviços de saúde e, d) Fixação de um plano nacional de saúde.

Dentre as questões apontadas para discussão na III CNS, o fato da municipalização dos serviços de saúde pode ser considerado essencial, juntamente com a distribuição de responsabilidades entre as três esferas de governo, itens que posteriormente voltariam a ser discutidos no âmbito da saúde brasileira. Destaca-se que neste período já existia uma preocupação em inserir num futuro sistema de saúde a descentralização das ações públicas, pactuadas entre os entes federativos.

Durante o governo dos militares (1964 – 1984) foi implantado o Sistema Nacional de Saúde, onde predominava as instituições previdenciárias, que atuavam no sentido da mercantilização da saúde. A fim de centralizar ainda mais a questão previdenciária, os militares unificaram os Institutos de Aposentadoria e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) onde:

Concentraram-se todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluísse dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais (CONASS, 2007, p. 24).

Esta situação comprova a falta de interesse por parte do Estado pelas questões de interesse coletivo, como é o caso da saúde. Existia interesse por aquela parcela da população que tinha condições de pagar pelos serviços de saúde, contudo, a maioria dos cidadãos era excluída, recebendo cuidado das chamadas instituições filantrópicas. Essas ações eram denominadas de assistência médico – hospitalar. A própria legislação que regulamentou o Sistema Nacional de Saúde em 1975:

Consagrou essa divisão entre “ações de alcance coletivo”, de Saúde Pública, com caráter sanitário e preventivo, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e “ações individuais”, de natureza curativa, a cargo do

³ Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=126

⁴ Fonte: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf

Posteriormente o INPS foi desdobrado em outros três institutos, a saber: Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que atendia somente os trabalhadores com carteira assinada. Pode-se dizer que nesta época, os brasileiros dividiam-se em três categorias quanto à assistência à saúde: Os que podiam pagar pelos serviços; os que tinham direito à assistência prestada pelo INAMPS e, os que não tinham nenhum direito (O Sistema Público de Saúde Brasileiro, 2002, p.12). Mesmo com a grande expansão deste modelo de assistência, através de construção de hospitais e compras de leitos, o sistema entrou em crise, juntamente com a crise econômica que assombrava o país, nos anos 1970 e 1980. Suas principais características foram:

A extensão de cobertura previdenciária; o privilegiamento da prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas; a criação de um complexo médico – industrial; o deslocamento da prestação dos serviços médicos a entes privados lucrativos e não – lucrativos (SUS 20 anos, 2009, p. 19).

Diante da situação caótica que se encontrava a saúde coletiva do Brasil, teve início a rearticulação dos movimentos sociais, reivindicando soluções para os problemas originados pelo modelo existente. O movimento sanitário buscava conciliar a produção do conhecimento e a prática política, através da chamada medicina social. A ideia era atender a todas as camadas da população, proporcionando atendimento igualitário.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde⁵, que resultou na Declaração de Alma – Ata em 1978, foi essencial para sustentar esta discussão acerca da saúde coletiva no país. Esta se opõe à elitização da prática médica, assim como também é contrária à falta de acessibilidade dos serviços médicos à grande população. Abaixo três artigos da Declaração que confirmam estas ideias:

I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem - estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

III) [...] A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

V) Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais.

A década de 1980 é marcada por constantes reivindicações ao sistema de saúde governamental. Dentre as propostas de mudança estavam à democratização do sistema, acesso universal, defesa do caráter público e descentralização. Assim a saúde seria vista com um direito humano fundamental – um direito social. O marco desta década foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Esta resultou na legitimação dos princípios e da doutrina do Movimento da Reforma Sanitária. Um ponto importante que este documento aborda é a questão do conceito de saúde, que foi ampliado e é resultante de outros fatores como, por exemplo, habitação, lazer,

⁵ Fonte: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

alimentação, emprego e outros. Além do fato de que a saúde passou a ser vista como um direito garantido pelo Estado.

Assim, após lutas por condições dignas de assistência à saúde, foi criado na VIII Conferência Nacional de Saúde o Sistema Único de Saúde, uma proposta nova de modelo de saúde, com separação total da saúde em relação à Previdência. Outro tema importante do SUS é a tendência de cobertura universal, além da previsão de participação social - ideias essas, fruto do Movimento Sanitarista em prol da democratização do nosso país.

A construção do Sistema Único de Saúde no Brasil

Antes da criação e efetivação do SUS, a primeira conquista do Movimento Sanitarista foi a inclusão no texto constitucional de 1988 da saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Por “direito de todos” depreende-se que a mesma é um direito de 2ª Geração, que engloba os direitos sociais, culturais, econômicos e coletivos, estes ofertados aos cidadãos mediante normas constitucionais para preservar a igualdade material entre os mesmos. Já por “dever do Estado” compreende-se que a saúde, juntamente com a educação e o trabalho, é um direito prestacional por parte do Estado, onde este interfere na vida dos indivíduos. Portanto, no Brasil, a obrigação de fornecer serviços de saúde de forma gratuita é de responsabilidade do Estado.

A saúde está assegurada pela Constituição Federal brasileira de 1988 pelo artigo 6º como um direito social e pelo artigo 196, onde:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante **políticas sociais e econômicas** que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário** às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (grifos meu).

Além de garantir a saúde como direito universal e igualitário aos cidadãos brasileiros, a CF de 1988 cria o instrumento que possibilitará a oferta de serviços e ações de saúde - o sistema único de saúde, em seu Título VIII – da Ordem Social, Capítulo II – da Seguridade Social, Seção II – da Saúde. É o artigo 198 que trata do SUS, como segue abaixo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (EC nº 29/2000)

- I – **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade (grifos meu).

Com relação às diretrizes do SUS, Natalini (2001) ressalta a importância de o sistema atender a todos, de acordo com suas necessidades, independente de pagamento; ser racional, organizando-se de maneira que sejam oferecidas ações e serviços de acordo com as necessidades da população; deve ser eficaz e eficiente, produzindo resultados com qualidades e ser equânime, que difere de igualdade. Todas as pessoas têm direito ao atendimento de suas necessidades, todavia as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e com necessidades diversas. Por esse motivo é importante que a descentralização seja efetivada para atender às demandas locais e empoderar as gestões municipais com o intuito de qualificar o atendimento local.

O princípio da equidade diz que: o sistema deve estar atento às desigualdades; é tratar de maneira desigual os desiguais. Percebe - se que o SUS vai muito além do simples cuidado à saúde, como por exemplo, as vacinações. Ele está inserido em um contexto mais amplo, como o das políticas públicas de seguridade social, que abrangem além da saúde, a assistência social e a previdência. Portanto, de alguma maneira todos os cidadãos brasileiros são usuários do sistema e se beneficiam dele, seja pelas campanhas de vacinação, pelas ações de prevenção e de vigilância sanitária ou pelo atendimento de serviços de alta complexidade, quando estes são negados pelos planos de saúde.

A fim de conceituar o sistema único de saúde com base no acima exposto e proporcionar um melhor entendimento do quão importante e abrangente é o sistema, faz-se uso da definição de Vasconcelos e Pasche (2007, p.531):

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim.

Ainda segundo Vasconcelos e Pasche (2007) o SUS foi instituído com os objetivos de coordenar e integrar as ações de saúde nas três esferas de governo e pressupõe a articulação de subsistemas verticais (de vigilância e de assistência à saúde) e de base territorial – estaduais, regionais e municipais -, para atender de maneira funcional às demandas por cuidados de saúde. Para tal, foram elaboradas as Leis Orgânicas da Saúde. Mais um indício da pretensão de fortificar a descentralização no sistema de saúde.

O arcabouço legal do sistema de saúde está explicitado no texto da Constituição Federal de 1988, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios que incorporaram e detalharam os princípios da Lei Magna do Brasil. As Leis Orgânicas da Saúde (LOS) são as responsáveis pela regulamentação do SUS, onde explicitam a organização e o funcionamento do sistema. São um conjunto de duas leis editadas, a Lei nº 8.080 e a Lei nº 8.142, ambas sancionadas em 1990, com o objetivo de, segundo Natalini (2001, p.28):

Dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde. [...] contém diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos municípios ao elaborarem suas próprias normas. São destinadas, portanto, a esclarecer o papel das esferas de governo na proteção e na defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado da saúde.

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990). Em seu artigo 1º é possível perceber a abrangência e importância da mesma:

Esta Lei regula, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Esta Lei constitui o SUS através do conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, além de

prever a participação da iniciativa privada em caráter complementar, priorizando as entidades filantrópicas em detrimento das privadas com fins lucrativos, na prestação dos serviços. Outro ponto importante é que esta Lei define as áreas de atuação do sistema único de saúde, dentre as quais se destacam: assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; participação na área do saneamento; saúde do trabalhador; vigilância epidemiológica e sanitária.

O artigo 7º da referida Lei, trata dos princípios e diretrizes do SUS e dispõe que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o sistema, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da CF. Os princípios são:

- a) A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; confirmando o artigo 196, onde a saúde é direito de todos;
- b) A integralidade de assistência, que pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde – doença que afetam os indivíduos e as coletividades, com prestação continuada das ações e serviços preventivos e curativos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- c) A equidade, isto é, a igualdade da assistência à saúde, priorizando a oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais considerados com maior risco de adoecer e morrer decorrente da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços⁶;
- d) O direito à informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde e acerca dos riscos e dos condicionantes que afetam a saúde coletiva, atribuindo aos profissionais e aos gestores a responsabilidade por viabilizar este direito;

As diretrizes do sistema são:

- a) Descentralização político – administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios (esta foi a mudança mais significativa no aspecto político – administrativo da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil, de acordo com Vasconcelos e Pasche);
- b) Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de saúde;
- c) A participação da comunidade, que demonstra o desejo dos atores sociais por uma democracia participativa onde os cidadãos influenciam de maneira decisiva a definição e a execução da política de saúde nas três esferas de governo; e
- d) Regionalização e hierarquização.

A Lei nº 8.080/90 trata:

- a) Da organização, da direção e da gestão do sistema de saúde;
- b) Da definição das competências e das atribuições dos entes federados;
- c) Do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados na assistência à saúde;
- d) Da política de recursos humanos; e
- e) Dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento.

⁶ De acordo com Vasconcelos e Pasche (2007) é o princípio da discriminação positiva, onde há eleição de determinados grupos populacionais aos quais se destinam ações prioritárias, haja vista seu grau de vulnerabilidade, decorrente das desigualdades sociais.

De maneira a reafirmar o que define a CF, que a saúde é um dever do Estado, e aqui Estado compreende todo o Poder Público, abrangendo a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, que a referida lei define em seu artigo 9º que:

A direção do Sistema Único de Saúde – SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II – no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e

III – no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

Do artigo 15º até o 19º da mesma Lei, são detalhadas as competências e atribuições comuns e as pertinentes a cada um dos entes federados. Abaixo são elucidadas algumas delas:

a) É função do Ministério da Saúde dispor de todas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias, melhorando a vigilância à saúde e dando qualidade de vida ao brasileiro⁷;

b) É função das Secretarias Estaduais de Saúde promover a descentralização para os municípios, dos serviços e das ações de saúde; e

c) É função das Secretarias Municipais de Saúde planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

A outra lei orgânica da saúde é a Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Esta dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990b). Instituiu ainda, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, em cada esfera de governo duas instâncias colegiadas, a saber: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, ambas com participação da sociedade (BRASIL, 1990b).

A referida Lei estabeleceu em seu artigo 1º, § 1º, que a Conferência Nacional de Saúde (CNS):

Reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

E no § 2º, que Conselho de Saúde:

Em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

⁷ De acordo com o Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/default.cfm>. Acesso em 02 de Novembro de 2009.

Infere-se, portanto, que estas duas instâncias colegiadas são os instrumentos que viabilizam a participação dos usuários no sistema de saúde. Cabe ressaltar que a CNS tem caráter consultivo, que significa que a mesma formula políticas públicas em saúde e sugere ao Poder Executivo que as cumpra.

Já os Conselhos de Saúde têm caráter deliberativo, que significa a possibilidade de tomar decisões e também de controlar a execução das estratégias e das políticas públicas que forem formuladas. Decisões estas que serão acertadas entre os representantes do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e pelos usuários. Nos conselhos a participação dos diferentes segmentos sociais permite que sejam discutidas as propostas e que se redirecionem os recursos para as prioridades.

Esta Lei define ainda a participação do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) no Conselho Nacional de Saúde. E trata da alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse regular e automático dos recursos aos municípios, estados e Distrito Federal. Para o recebimento destes recursos de forma regular e automática, estados, municípios e o Distrito Federal devem contar com: Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Contrapartida de recursos em seus orçamentos, Relatório de Gestão e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

Mesmo próximo de completar 22 anos, nosso sistema de saúde ainda passa por desafios. Conforme Brasil (2003) a implantação e a consolidação do SUS vêm desafiando profissionais e gestores na condução e no aperfeiçoamento do sistema como um todo. O momento de consolidação do mesmo apresenta uma série de oportunidades para a concretização de um salto qualitativo no tocante à atenção à saúde. Insere-se neste contexto a preocupação em efetivar uma maior descentralização no sistema de saúde, outorgando aos municípios maiores responsabilidades e meios de ofertar os serviços de saúde.

Para tanto, faz-se necessário a criação de instrumentos que contribuam para o melhor aproveitamento das oportunidades e para auxiliar na solução dos problemas. E é nesse sentido que a prática do planejamento torna-se necessária.

Planejar é desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com objetivo de intervir em determinado recorte da realidade. O planejamento é um instrumento de racionalização da ação humana, ação esta orientada por um propósito, na busca por mudança de uma situação.

O planejamento dentro do SUS atua tanto indicando processos e métodos de formulação, quanto como requisito para fins de repasse e de controle e auditoria. No âmbito do Ministério da Saúde este responde às exigências constitucionais e legais, dentre as quais está a elaboração:

a) do Plano Plurianual (PPA): Esta lei é editada a cada quatro anos e determina as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para um período de quatro anos, que se inicia no segundo ano do mandato do governante (presidente da República, governador ou prefeito) e encerra-se no primeiro ano de mandato do governo seguinte;

b) das Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO): estabelece de forma antecipada, as diretrizes e as prioridades de gastos que devem orientar a elaboração da Lei Orçamentária Anual do próximo ano. É de competência do Poder Executivo, que deve encaminhá-la para o respectivo Poder Legislativo para aprovação;

c) da Lei Orçamentária Anual (LOA): discriminará a receita e a despesa, a fim de evidenciar a política econômico-financeira e o programa de trabalho do governo, obedecidos os princípios de unidade, universalidade e anualidade.

Para operar o sistema de saúde são criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), que têm como objetivo principal disciplinar o processo de implementação do SUS e se voltam mais especificamente para a definição de estratégias e movimentos táticos. Um exemplo é o detalhamento das competências das três esferas de governo. Abaixo são listadas as normas operacionais e suas atribuições:

a) NOB 01/91: cria a AIH (autorização de internação hospitalar), o SIH (sistema de informação hospitalar); estímulo à municipalização e criação dos conselhos estaduais e municipais;

b) NOB 01/93: com intuito de auxiliar no processo de descentralização das ações e serviços de saúde, foram criadas as Comissões Intergestoras, a fim de efetivar o comando único do sistema; cria o SIA (sistema de informação ambulatorial);

c) NOB 01/96: responsabilização do município no atendimento das necessidades e demandas de saúde dos cidadãos; aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde – gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal.

De acordo com Natalini (2001) mesmo com adesão dos municípios ao processo de descentralização, problemas surgiram. Alguns exemplos foram: quanto à divisão de responsabilidades entre os estados e municípios, ao financiamento do sistema, processo de habilitação e outros. Por isso foram criadas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), a NOAS - SUS 01/01 e 01/02. Estas se baseiam no reconhecimento da regionalização em saúde fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção, nesse momento específico da implementação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001). E a NOAS – SUS 01/02 amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002).

Diferenciando conceitos: descentralização *versus* desconcentração

Em relação a conceituação de descentralização e desconcentração relacionadas a saúde no Brasil, primeiramente será apontado alguns autores que conceituam esses fenômenos. Para ao final, localizá-los no contexto atual da saúde pública brasileira.

Rivas (1991) destaca três conceitos acerca do fenômeno estudado: a centralização, a desconcentração e a descentralização. Para ele a centralização acontece quando decisões públicas e administrativas são elaboradas por um poder central do Estado. A desconcentração ou o descongestionamento do órgão central acontece por meio da delegação de tarefas para órgãos locais, mantendo ainda o poder de decisão centrado no Estado. Por fim, a descentralização ocorre quando se transfere poder de decisão e autoridade.

Celso Antônio Bandeira de Mello diferencia os conceitos de descentralização e desconcentração da seguinte forma:

A descentralização pressupõe pessoas jurídicas diversas: aquela que originalmente tem ou teria titulação sobre certa atividade e aquela ou aquelas às quais foi atribuído o desempenho das atividades em causa. A

desconcentração está sempre referida a uma só pessoa, pois cogita-se da distribuição de competências intimidade dela, mantendo-se, pois, o liame unificador da hierarquia. Pela descentralização rompe-se uma unidade personalizada e não há vínculo hierárquico entre a Administração Central e a pessoa estatal descentralizada. Assim, a segunda não é “subordinada” à primeira. (Mello, p.151, 2010)

Marcio Pestana (2008) entende que a desconcentração consiste em distribuir em outros centros administrativos, atividades enfeixadas por determinado centro da administração, lembrando que todos devem ser integrantes e pertencentes ao mesmo núcleo da administração. Ainda sobre este tema, Di Pietro (2009) aponta que o conceito de descentralização ocorre se a função administrativa for exercida de maneira indireta, por meio de transferência de atribuições para entes de personalidade física ou jurídica, pública ou privada.

Observando os conceitos estudados acerca de descentralização e desconcentração, fortifica-se a ideia presente no SUS da prestação dos serviços entre os entes da federação no intuito de possibilitar que qualquer município, tenha poder decisório relacionado à oferta dos serviços. Entretanto, o que acontece é que somente em junho de 2011 é regulamentada a Lei nº 8.080 de 1990 pelo Decreto nº 7.508 de 2011. Este dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

A partir deste decreto é criado o Departamento de Articulação Interfederativa (DAI) que reconhece a existência das Comissões Intergestores Tripartite, no âmbito nacional, Bipartite no âmbito estadual, e Regional, no âmbito das regiões de saúde, como instâncias de decisão do SUS. Desta forma reconhece que o processo de diálogos entre os entes federados, em fóruns de abrangência nacional, estadual e regional, é de fundamental importância para a sustentabilidade e governabilidade da construção consensual das regras de gestão compartilhada⁸.

Ainda acerca de descentralização destaca-se a opinião do Procurador da República de Minas Gerais, José Jairo Gomes, em seu artigo intitulado “SUS e descentralização” onde o mesmo afirma que: apesar do amparo legal relacionado ao tema, a vontade política ainda impera para a efetivação da descentralização no sistema de saúde.

Considerações finais

Considerando a retomada histórica efetuada acerca do SUS no Brasil, o processo de regulamentação, planejamento e operacionalização da saúde, fica evidente a intenção de que o mesmo fosse descentralizado. Inclusive consta como diretriz a descentralização em cada esfera de governo com o objetivo de ampliar a capacidade de assistência dos serviços e ações de saúde no País. E também é aparente esta luta em busca da descentralização do poder de decisão entre os entes federativos, desde as primeiras manifestações relacionadas ao reconhecimento do direito fundamental à saúde.

Esta retomada histórica do funcionamento do SUS aponta para uma ampliação da descentralização em detrimento à desconcentração, o que aparentemente é o que de fato ocorre atualmente. Este é corroborado pela recente regulação (Decreto nº 7.508 de 2011) do DAI e criação de mecanismos de articulação dos instrumentos de gestão interfederativas para incrementar a articulação entre os entes.

⁸ Extraído de www.portal.saude.gov.br

Referências

BRASIL, **Constituição de 1988**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas, 2004.

_____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

_____, **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____, **III Conferência nacional de saúde**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf. Acesso em: 12 de out. 2009.

_____, **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, [on-line], Brasília, 1990. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>. Acesso em: 01 de nov. 2009.

_____, **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências, [on-line], Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>. Acesso em 02 de nov. 2009.

_____, **Ministério da Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=126. Acesso em: 12 de out. 2009.

_____, Ministério da Saúde. **Norma operacional da assistência à saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____, Ministério da Saúde. **Norma operacional da assistência à saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____, **Norma operacional básica do SUS**. Brasília, 1996.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GODOY, Arilda Schmidt. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v.35, n.2, p. 57 – 63, 1995.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de direito administrativo**. 27. ed. rev. e atual. até a Emenda Constitucional 64, de 4.2.2010. São Paulo: Malheiros, 2010.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

NATALINI, Gilberto. **Princípios básicos do SUS**. In: SUS – o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde, v. II, pg. 21 – 34, São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Disponível em: <http://www.opas.org.br> Acesso em: 10 de nov. 2009.

PESTANA, Marcio. **Direito administrativo brasileiro**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

RIVAS, Ricardo (1991). Política de descentralización em la educación básica y media en América Latina: estado del arte. Santiago (Chile): United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (**Unesco**)/Red Latinoamericana de Información en Educación (Reduc).

SOUZA, Renilson Rehem de. **20 anos do SUS**. Boletim do Instituto de Saúde. Edição Especial 20 anos de SUS, pg. 3 - 5, 2008.

_____. **O sistema público de saúde brasileiro**. In: Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas, 2002, São Paulo. Seminário Internacional, 11 a 14 de agosto de 2002.

VASCONCELOS, Cipriano M.; PASCHE, Dário F. **O Sistema Único de Saúde**. In: SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento e políticas nacionais, pg. 531 – 562. São Paulo: Hucitec, 2007.