

Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede

Constructing the “management pact” for Brazil’s National Health System (SUS): from supervised decentralization to network management

Leonardo Nelmi Trevisan¹

Luciano Antonio Prates Junqueira¹

Abstract *Over time, the implementation of Brazil’s National Health System (SUS) has encountered management problems. Initially, steadily rising pressures calling for State reform and trimmer costs affect the universal healthcare that is the purpose of this system. Conflicts then flare up between the decentralization principle and the network concept, viewed here as not merely links among different spheres of management, but rather the model through which access to a right is exercised through a network. Operating decisions on healthcare have been decentralized, while the budget transfers underwriting these decisions remain unchanged. From the civil service standpoint, the decentralization of healthcare management was halted by the issue of the Operational Healthcare Directive in January 2001. From the management standpoint, the introduction of the network concept – which is the most effective weapon against verticalizing decision structures – must deal with operating and financial bottlenecks that prevent players in different organizations from speaking the same ‘language’, which is the most effective way of building up inter-organizational links. Effective interaction among these languages will be attained only through constructing management pacts.*

Key words *Decentralization, Management, Social network, SUS, Universal access, Inter-organizational links*

Resumo *Observada na distância do tempo, a implantação do SUS enfrenta descompassos gerenciais. Primeiro, as pressões, sempre maiores, por reforma do Estado que minimalize custos afetam a proposta de atendimento universal do sistema. Depois, a difícil convivência entre o princípio da descentralização com o conceito de rede, aqui entendida não só como ligação entre esferas diferenciadas de gestão, mas o modo pelo qual o acesso a um direito é exercido em rede, desde o planejamento. Por outro lado, decisões operacionais sobre a saúde foram descentralizadas, mas o repasse das verbas para efetivar tais decisões não foi. No aspecto administrativo, a descentralização da gestão de saúde sofreu solução de continuidade com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2001. No aspecto gerencial, a implantação do conceito de rede, a arma mais eficiente para enfrentar a verticalização de estruturas decisórias, enfrenta “gargalos” operacionais e financeiros que impedem os diferentes atores das diferentes organizações de falarem a mesma “língua”, o meio mais eficaz para gerar “vínculos” interorganizacionais. Porém, a efetiva interação de linguagens só será obtida no processo de construção de pactos de gestão.*

Palavras-chave *Descentralização, Gestão, Rede social, Sistema Único de Saúde, SUS, Universalização, Vínculo interorganizational*

¹ Programa de Estudos Pós-Graduados em Administração, Comissão Geral de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – CGPG/PUC-SP. Rua Ministro Godoy 969/4º, Perdizes. 05015-901. São Paulo SP. ltrevisan@gazetamercantil.com.br

Introdução

A Constituição de 1988 estabeleceu, corrigindo histórica distorção da sociedade brasileira, que o direito à saúde era conquista universal, sem exclusões. O registro no mercado formal de trabalho, por exemplo, não seria mais fonte de discriminação para o pleno exercício desse direito. Essa determinação constitucional, que permitiria a efetiva implantação do Sistema Único de Saúde - uma aspiração de décadas de boa parte dos profissionais de saúde pública -, foi construída a partir de duas garantias básicas: universalidade e descentralização. O exercício da equidade, apesar de sua importância, foi superado em um primeiro momento pelas exigências da efetiva implementação da universalidade no sistema.

Após 1988 irromperam dois novos atores no cenário da saúde pública brasileira: as dezenas de milhões de brasileiros pobres, deserdados históricos da proteção do Estado, que passavam a ter garantia constitucional para enfrentar a doença e o fortalecimento do chamado poder local na estrutura constitucional do País. Parte considerável da certeza de que o SUS “sairia do papel”, da fria letra da lei e representaria o marco divisório que representou na história do sistema de gestão de saúde pública no Brasil, se formou porque esses dois elementos essenciais - o princípio do atendimento universal e a descentralização - conquistaram espaço no processo decisório no sistema de saúde pública.

Observada na distância do tempo, já a quase uma década e meia, a implantação do SUS enfrenta dois descompassos gerenciais que sinalizam algumas incompatibilidades que se não inviabilizam, substancialmente ameaçam a estratégia de eficiência do ambiente SUS. O primeiro desses descompassos é a distância entre a imposição de uma política pública de saúde de cunho universalista e as pressões, sempre maiores, por uma reforma do Estado, que minimalize custos como princípio norteador¹. O segundo descompasso é a difícil convivência do princípio da descentralização com a crescente implementação da idéia de rede, aqui entendida não apenas como ligação entre esferas diferenciadas de gestão (sejam públicas ou privada) mas o modo pelo qual o acesso a um direito (ou a um conhecimento) é exercido em rede “desde o planejamento, oferta e realização desse acesso². A “rede” precisa ser complementar e não contraposta à descentralização, como algumas vezes tem ocorrido.

Os dois descompassos gerenciais talvez tenham o mesmo vício de origem: a exemplar in-

genuidade de que as resistências para a implantação do SUS eram exógenas ao sistema e deveriam, portanto, ser resolvidas em instâncias externas, a primeira delas a da elaboração de leis e portarias. Ao longo do tempo, foi possível identificar que a maior resistência ao modelo é endógena à administração pública e está nas formas operacionais do sistema, no modelo de gestão e, principalmente, no fluxo de recursos. O campo de batalha decisivo para a mudança de mentalidade na saúde pública está contido no que chamamos de três arcos de poder que existem no SUS: no cotidiano operacional, na definição da instância administrativa responsável pela elaboração de normas e, por último, na exata percepção de a quem pertence o poder real - enfim, quem é o “dono” - da decisão quanto ao repasse de recursos para a gestão descentralizada de saúde no Brasil.

Os limites do estado “anêmico”

Os três arcos de poder do sistema de saúde pública acima mencionados obedecem ao princípio norteador expresso pelo artigo 198 da Constituição Federal, segundo o qual as ações e serviços públicos de saúde integram uma “rede regionalizada e hierarquizada” e constituem um sistema único obediente a três diretrizes, expressas em três incisos deste artigo. O primeiro deles é a descentralização “com direção única em cada esfera de governo”; depois, o atendimento integral “com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”; e, por último, a Constituição determina, sem especificações, a “participação da comunidade”.

Nessa forma, a determinação constitucional engendra complexa teia de interesses, que está na origem do primeiro dos descompassos, mencionados na apresentação deste texto: o SUS deve ser “universal” mas o Estado deve ser “mínimo”. O descompasso relativo à gestão em rede do SUS também está vinculado à forma de expressão legal do sistema, mas vamos começar tratando da pretensão constitucional de cuidar de modo universal e descentralizado da saúde de todos por um Estado pensado para viver em constante “anemia induzida”.

O conceito de descentralização em saúde, desde os debates dos anos 1970, sempre foi acompanhado da idéia de municipalização. Dados do Ministério da Saúde revelam que dos 5.506 municípios brasileiros, 5.451 - 98,8% - estavam habilitados à gestão municipalizada de saúde em

dezembro de 2000³. Portanto, quanto ao estrito cumprimento das normas legais, a municipalização da saúde estaria “pronta” e com ela a descentralização estaria avançando celeremente. Não há discussão quanto à necessidade de descentralizar a ação do SUS, mas é incontestável que os resultados reais desse processo de municipalização permaneçam objeto de irreconciliáveis discordâncias. Silvio Fernandes da Silva⁴ elaborou clara distinção entre os que são contra a municipalização na forma em que está sendo implementada por considerar “radical” essa implantação e há os que, por outro lado, consideram totalmente insatisfatória e insuficiente a “autonomia local” já conquistada.

É importante acompanhar os argumentos de cada corrente, desde as suas propostas iniciais, ainda nos anos 90. Para os que consideram excessiva a municipalização da saúde já alcançada, é obrigatório redefinir os “papéis” de estados, municípios e União na descentralização da saúde. O principal argumento é que a “excessiva polarização” entre União e municípios acaba por proteger demais a instância municipal, em detrimento das instâncias estaduais e regionais de gestão⁵. Como a União mantém o controle do repasse de recursos, o choque é inevitável, com sérios prejuízos ao usuário do sistema.

Os argumentos a favor da municipalização com a maior autonomia possível criticam as normas federais que operacionalizam a descentralização por todos os limites que impõem ao exercício do poder local e, principalmente, a pretensão de que políticas públicas de saúde possam ser implementadas “sem a participação dos atores locais”⁶. A conhecida observação de que as normas ditadas “de cima para baixo” têm execução difícil e avaliação de resultados muito complicada é a base dessa argumentação.

Tanto a análise favorável como a contrária à autonomia local privilegiam o poder de decisão do Estado, seja ele federal ou municipal, sem discutir a efetiva capacidade de “impor vontade” desse poder de Estado. A fragilidade desse poder não é distinta, seja no âmbito federal, seja na esfera local. Por exemplo, a cidade de São Paulo é o sexto orçamento da República. Teoricamente, os poderes de fiscalização do Estado e do município nessa capital são significativos. Porém, o fato real é que 2,7 milhões do 5,6 milhões de carros (46,8%) cadastrados na capital paulista são “fantasmas”, isto é, circulam em situação irregular sem qualquer licenciamento, sem quitação de impostos ou multas. Os dados do Departamento Estadual de Trânsito do Estado de São Paulo

revelam que 41,6% dos veículos irregulares estão nessa situação há mais de cinco anos⁷. A Prefeitura, que tem participação no imposto estadual de licenciamento dos veículos e recebe integralmente os recursos arrecadados nas multas de trânsito, simplesmente não consegue “efetuar” esse poder de Estado.

A instância da administração local - que na cidade mais rica do país não consegue fazer com que a metade dos automóveis circule pagando os impostos e multas devidas - recebeu, com o processo de municipalização da saúde, inerente às determinações constitucionais de 1988, um significativo conjunto de novas responsabilidades. A Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990, número 8.080, definiu em termos precisos (art. 18, com doze incisos) a competência dos municípios no setor de saúde, deixando muito claro que à direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS - compete (Inciso I) “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de Saúde e gerir e executar os serviços públicos de Saúde”. Também, deixou bem claro que tal competência abrangia (Inciso II) “participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual”, inclusive definindo a extensão de limite dessa competência (Inciso XII) prevendo e autorizando a capacidade de “normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Portanto, a Constituição de 1988, na área da Saúde, de fato, descentralizou o poder decisório. Situação bem diferente ocorreu com a descentralização dos tributos. Os municípios brasileiros, que no período de 1964/1988 detinham 15% dos recursos nacionais, após a promulgação da Constituição de 1988 saltaram para 22,75%⁴. Apesar do salto, esse percentual não significava que o Brasil estaria, de fato, concedendo recursos à administração local compatíveis com o volume das tarefas delegadas à instância municipal. Na maioria dos países desenvolvidos, o repasse para os municípios é sempre maior que 30% dos recursos nacionais, apesar da maior parte desses países serem unitários e não federativos. Nesse aspecto, vale lembrar exemplos significativos como o da Suécia que destina 68% dos recursos tributários para gastos localmente determinados⁸.

Os municípios brasileiros alcançaram com a Constituição de 1988 uma tríplice autonomia, política, administrativa e financeira. Do ponto de vista da técnica legislativa, de fato, os municí-

pios conquistaram plena autonomia política para eleger o poder Executivo e Legislativo municipal e legislar sobre os temas de âmbito local. A autonomia administrativa obtida permitiu também o pleno poder decisório para o ordenamento dos serviços públicos locais. A autonomia financeira permitiu a implantação de alguns impostos, definição de alíquotas de outros e liberdade significativa para aplicação das rendas municipais cumpridas, obviamente, as determinações da Lei de Responsabilidade Fiscal. É obrigatório lembrar, porém, que mais de 40% dos 5.506 municípios brasileiros tem menos de 10 mil habitantes e mais da metade não arrecada o suficiente para quitar as despesas do poder Executivo e Legislativo locais. Em mais de dois mil dos municípios brasileiros, não se arrecadam impostos federais por diferentes razões, inclusive pela inexistência de fator gerador⁵.

Não é possível deslocar o forte espírito de descentralização vigente na Constituição de 1988 do momento histórico de sua elaboração e promulgação. Os excessos centralizadores do período posterior a 1964 geraram fortes pressões descentralizadoras. Os profissionais de saúde, muito mais que os da educação, por exemplo, tinham acumulado um patrimônio de contestação à idéia de centralização e, quando a Constituição de 1988 foi elaborada, esse patrimônio se transformou em um grupo de pressão organizado. O SUS é o produto mais bem elaborado desse democrático processo de enfrentamento dos excessos da centralização. Do mesmo modo, convém não esquecer que, nesse momento, se articulou, também, a reação organizada da burocracia federal, dona de uma eficiente história de centralização de recursos públicos muito anterior aos excessos do período de 1964 a 1988. E o SUS também foi a vítima predileta dessa reação organizada da instância burocrática federal.

As decisões operacionais sobre a saúde pública dos brasileiros foram descentralizadas mas o repasse das verbas para efetivar tais decisões não o foi. É fato que, a partir de 1993, o governo central conseguiu “reforçar a capacidade de indução e controle das mudanças no funcionamento do sistema de saúde pelo nível federal, a partir dos mecanismos de financiamento”^{9,10}. Apesar das determinações constitucionais, o objetivo do governo central sempre foi o de operar essa política de saúde através de atos administrativos federais sustentados, essencialmente, pela realidade do “orçamento autorizativo”. A Norma Operacional Básica (NOB) do SUS de 1993 marca tanto os primeiros passos de uma descentra-

lização administrativa do sistema de saúde, como estabelece formas rígidas de manutenção das estruturas de financiamento em instância federal. Desde os primeiros momentos da implantação do SUS, consolidou-se o exercício da “descentralização tutelada”, expressão cunhada ainda no início dos anos 90¹¹.

A Norma Operacional Básica é a portaria do governo federal que define objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização e de relações entre as esferas de governo. Esse dispositivo infralegal possui caráter transitório, podendo ser reeditado ou alterado a qualquer momento. Como o sistema é operado por NOBs “federais”, o conceito de descentralização cai em uma espécie de “vácuo decisório” plenamente preenchido pela instância federal porque, enfim, o recurso financeiro, ou melhor, a liberação dele, é sempre um ato “de Brasília”. A menção no texto de Misocsky¹⁰ do processo de “esculpir o SUS a golpes de portaria” é bem correta, especialmente porque esse foi um fenômeno que se iniciou desde a edição da primeira NOB, em janeiro de 1991.

Não há dúvida que a “organização regionalizada e hierarquizada da rede de serviços”, como determina a Lei Orgânica da Saúde, exige a prática constante da negociação entre as esferas de governo porque o Brasil é uma Federação. No que se refere à política de saúde, as características próprias da ordem federativa brasileira foram utilizadas para acelerar o processo de municipalização do atendimento de saúde. Esse processo ocorreu junto a um fenômeno de impressionante migração urbana. As cidades médias cresceram nos anos 90, tanto em expansão demográfica como em multiplicação de oferta de trabalho, pelas mudanças no mapa do emprego no país¹². Além disso, nos grotões do Brasil, o meio rural “misturou-se” a minúsculos núcleos urbanos, com a renda e profissão do indivíduo ainda vinculadas ao campo e sua sobrevivência como cidadão vinculada a paupérrimos núcleos urbanos, provocando dura controvérsia sobre o perfil dessa urbanização¹³. Desde 1988, multiplicaram-se municípios, com o país alcançando 1.406 novas cidades; em dezembro de 2000, 98% do total de municípios brasileiros, de formação recente ou não, aceitaram a tarefa de “gerir” a oferta de saúde, tanto no plano de atenção básica, como epidemiológico e até, em certos casos, no atendimento de média complexidade.

O resultado desse processo de municipalização a toque de caixa já foi constatado pelo Censo da Saúde do IBGE de 2000, quando 92% dos 32.962 estabelecimentos públicos de saúde no país

já eram de responsabilidade dos municípios. O mesmo censo mostrou que as prefeituras já arcaavam com a gestão de 69% de hospitais, clínicas e postos de atendimento ambulatorial¹⁴. Como mais da metade dos municípios brasileiros não arrecada sequer o suficiente para quitar as despesas do poder Executivo e Legislativo locais, não é difícil imaginar tanto o grau de carência operacional que acompanha essa efetiva municipalização do atendimento, como o grau de importância da “tutela” do repasse orçamentário federal.

A questão da universalidade

O processo de municipalização que caracteriza o funcionamento do SUS, desde o primeiro momento, foi marcado por outra exigência, a da universalidade. A operacionalização dessa exigência foi ainda mais complexa que a da municipalização pelos próprios limites do que chamamos de Estado “anêmico”, típico dos anos 90. O direito à saúde como um exercício universal era um texto legal à espera de uma consolidação na realidade. A crise do Estado brasileiro, “acompanhada da progressiva desativação de equipamentos federais e estaduais na área da saúde, em decorrência da não reposição de servidores e sucateamento desses serviços”⁴, ampliou a demanda não atendida por saúde no espaço público. A desagregação institucional do sistema público abriu espaço para a criação de um subsistema privado, supletivo, voltado às camadas médias da população e, ao longo do tempo, atendendo também à parcela “privilegiada” das camadas pobres, os “com carteira assinada”. As empresas preferiram envolver-se nos custos operacionais do atendimento de saúde de seus funcionários frente à situação real do sistema público. Este, aliviado dos setores médios e de parte considerável dos trabalhadores do setor formal, abriu espaço para uma plena incorporação dos segmentos sociais mais desprotegidos.

A universalização do sistema é, portanto, “excludente”, pois afasta as camadas médias e assalariados e também não oferece atendimento de média e de alta complexidade compatível com a demanda das camadas mais pobres. A partir desse quadro, Paim identificou quatro sistemas diferentes de SUS: o “para pobre”; o SUS “legal”, o SUS “real” e o SUS “democrático”. O primeiro SUS pratica a medicina simplificada e o atendimento “possível”, e, de fato, atende a todos, com as condições que a realidade daquele momento, naquele posto médico, permite. O SUS “legal” está

descrito nas leis e nas normas operacionais; já o SUS “real” está marcado pela falta de controle, pelos inacreditáveis “vazamentos” de recursos e por todas as dificuldades de fiscalização conhecidas. O SUS “democrático” pertence ao terreno da vontade de muitos que desejam a Reforma Sanitária mas, de fato, limita-se a uma “imagem objetivo”¹⁵. Cada um desses SUS integra o sistema que deveria ser “único”.

As críticas, mais ou menos acirradas, à operacionalidade do sistema não podem perder de vista as dificuldades orçamentárias enfrentadas pelo Estado brasileiro para implantar a oferta universal de atendimento de saúde. Países com PIB bem maiores que o Brasil, com renda *per capita* dez vezes maiores, enfrentam dificuldades semelhantes¹⁶. Por outro lado, é fato que a introdução do projeto SUS ocorreu paralela à pressão por centralização decisória na esfera federal e por clara separação operacional entre o subsistema de atenção básica e o de média e alta complexidade. Esta última concepção era defendida pelas agências internacionais de apoio técnico e financeiro. Misoczky¹⁰ também notou que as NOBs, editadas desde 1991, funcionaram como uma normatização com “implicações importantes para a configuração do *mix* público e privado e para a equidade na implantação e desenvolvimento do SUS”.

O alerta de Misoczky¹⁰ quanto ao *mix* público e privado precisa ser levado em conta porque atendimento de saúde é “mercado imperfeito”. As agências internacionais de fomento identificaram com clareza que apenas a solução de mercado era “impossível” na saúde. A lógica de mercado trabalha com demanda elástica; em uma situação de “mercado perfeito”, qualquer produto pode aumentar de preço e permanecer no mercado. O consumidor tem a opção de não comprar e o produtor tem a opção de “convencer” o comprador ao consumo (usando, por exemplo, ações de marketing), com um preço cada vez maior. O mercado é perfeito porque livre. Essa situação é incompatível com o produto saúde. O mercado é imperfeito porque o consumidor não pode “não comprar” o remédio ou o serviço médico que salvará sua vida. O mercado é imperfeito porque o consumidor não tem escolha e o produtor (teoricamente) não consegue convencer o consumidor a comprar o produto saúde, se não está doente. O Estado intervém na oferta de saúde obrigatoriamente porque o mercado é imperfeito. A estratégia operacional do SUS parte dessa premissa. Não é possível tentar criar demanda elástica em saúde e, por outro lado,

também não é possível limitar a oferta do produto saúde. As distorções nessas duas premissas forçam desvios brutais de objetivos no *mix* público/privado, bem apontado por Misocsky¹⁰. A universalidade do SUS não é compatível com a dinâmica de mercado e, exatamente por isso, a operacionalidade da reforma do sistema não obedeceu parâmetros clássicos da lógica dos “mercados perfeitos”. Por outro lado, não há dúvida que o aprimoramento do ambiente SUS depende de inadiável reforma gerencial, o que significa realidade bem diversa.

Em valores absolutos, os números do SUS são especialmente relevantes. Em 2003, o orçamento do sistema alcançou R\$ 30,05 bilhões. Esses recursos permitiram, nesse ano, a realização de 1,1 bilhão de procedimentos de atenção básica, 251 milhões de exames laboratoriais, 2,6 milhões de partos, 83 mil cirurgias cardíacas, 23,4 mil transplantes de órgãos. Procedimentos de prevenção epidemiológica e a extensa e eficaz rede de vacinação nacional também são responsabilidades do sistema. Em outubro de 2003, o Ministério da Saúde estimava que os gastos com saúde pública por intermédio do SUS alcançavam pouco mais de R\$ 200,00 ao ano por habitante no país¹⁷. A exigüidade de recursos destinados à saúde está na origem de boa parte dos problemas do SUS. Porém, por outro lado, graves defasagens de padrão gerencial também explicam as crises de eficiência do sistema.

Desde a NOB de 1993 o SUS convive com dois instrumentos de gestão. O primeiro deles é o que estabelece o subsídio à demanda, através de um sistema de pré-pagamento *per capita*. O segundo mantém o tradicional sistema de manutenção do subsídio à oferta por meio da célebre remuneração por produção. A rigor, esses dois instrumentos de gestão estabeleceram uma divisão operacional: no primeiro ficou a responsabilidade com a atenção básica e a média complexidade; no segundo ficou a referência ambulatorial e hospitalar. Na prática, a atenção básica reteve o papel de subsistema de entrada e controle, adotando o sistema inovador de pré-pagamento, enquanto o outro subsistema, que inclui o atendimento de maior complexidade e ambulatorial, manteve a tradicional remuneração por serviço prestado.

Na última década, esses dois instrumentos de gestão tiveram uma história de relacionamento com a burocracia do Estado e com as formas de repasse orçamentários bem diferenciadas. O subsistema por pré-pagamento foi redimensionado pela NOB de 1996, que trataremos a seguir e foi

prioritariamente nesse subsistema que as experiências de municipalização da saúde, corretas ou incorretas, ocorreram. O subsistema de pagamento por produção permanece à espera de atitudes gerenciais renovadoras entre as quais, por exemplo, o cartão eletrônico. Apesar de sua importância, a implantação do cartão não avança. Sequer a lógica de mercado, elemento essencial do *mix*, corretamente lembrado por Misoczky¹⁰, para a modernização do sistema de pagamento por serviço prestado, avança pressionada pela sobrevivência de certas práticas de monopólio na escolha dos prestadores de serviço.

Da descentralização tutelada ao “pacto de gestão”

A NOB/SUS/96, editada em novembro daquele ano, previa duas formas de gestão para o subsistema por pré-pagamento: a gestão plena de atenção básica e a plena do sistema de saúde, que substituiriam todas as disposições anteriores. Para a gestão plena de atenção básica, cabia ao município elaborar a programação municipal dos serviços básicos, gerenciar as unidades laboratoriais próprias, prestar ou acompanhar os serviços relacionados à atenção básica e executar as ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica. Era obrigatório comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, operar o Fundo Municipal de Saúde e ter um Plano Municipal de Saúde. Satisfeitas tais condições, os benefícios alcançados incluíam a obtenção das transferências diretas dos recursos federais ao município, bem como o de ter as unidades básicas de saúde no território do município, estatais ou privadas, subordinadas à gestão municipal.

À gestão plena do sistema municipal cabia elaborar a programação municipal dos serviços básicos, especializados e hospitalares, gerenciar unidades laboratoriais e hospitalares próprias, garantir prestação de serviço até mesmo aos não residentes, conforme a programação pactuada e integrada (PPI), exercer o controle público nos serviços ambulatoriais e hospitalares e as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Os requisitos incluíam o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde. As prerrogativas eram a de obter as transferências dos recursos federais e, principalmente, a de ter o conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares de seu território - até mesmo as privadas contratadas pelo SUS - subordinadas à gestão municipal¹⁸.

O processo de municipalização da saúde se consolida a partir da NOB/SUS de novembro de 1996, que considera o município o “responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território”. O texto de Silvio Fernandes da Silva⁴ observa, com razão, que partir da NOB/96 o “processo de municipalização expande-se rapidamente” e, em dezembro de 2000, 98% dos municípios estavam habilitados à gestão plena de atenção básica.

A descentralização da gestão de saúde sofreu, no entanto, uma solução de continuidade com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2001. Essa decisão confirma plenamente a observação de que o Sus foi “esculpido a golpes de portaria”, pois a NOAS/SUS/01 tinha como objetivo **ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica mas, efetivamente, aumenta as responsabilidades (e o poder!) das Secretarias Estaduais de Saúde na gestão do SUS no que diz respeito aos subsistemas de pré-pagamento.**

A NOAS/SUS/01 determina que cabe às secretarias estaduais de saúde elaborar o Plano Diretor de Regionalização para garantir acesso ao cidadão, o mais próximo possível à residência de um “conjunto mínimo de ações e serviços”, estabelecendo também o compromisso entre os municípios para o atendimento de referências intermunicipais. O Plano Diretor de regionalização obedece alguns pontos básicos como o de “Módulos Assistenciais”, que representam um conjunto de municípios que atuam referenciados a um “município-sede” que está apto a oferecer um elenco de serviços de média complexidade. Há um município-polo que atende os demais do módulo em qualquer nível de atenção. Os módulos constituem regiões e microrregiões de Saúde conforme as suas possibilidades de atendimento. A operacionalização da regionalização pertence às Secretarias Estaduais de Saúde a quem cabe coordenar todas as mudanças¹⁹.

A autonomia municipal na gestão de saúde, obviamente, acaba reduzida com essa forma de regionalização. Quando a ela se soma a centralização real do orçamento autorizativo da União, a autonomia do município na gestão de saúde se reduz a uma frase eloqüente em que a retórica passa a ocupar quase todo o espaço da realidade. Não há dúvida que o artigo 198 da Constituição Federal é suficientemente preciso quanto a que as ações e serviços de saúde “integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”; ora, a regionalização e a hierarquização desse sistema avançaram, mas, ao

que tudo indica, a idéia de rede - base de qualquer sistema operacional descentralizado, não só de saúde - avançou muito pouco.

Esse conjunto de dificuldades operacionais para efetiva descentralização da saúde acelera a demanda por um “pacto de gestão”. Apesar as arestas de resistência que ainda persistem no sistema, a responsabilidade pela qualidade de vida da população precisa ser compartilhada pelas distintas esferas de governo. **Ações intersetoriais, ao lado da maior participação da população no processo decisório, é o ponto de partida obrigatório. Incentivar responsabilidade implica uma relação de poder, essencialmente compartilhada entre instâncias do Estado e delegação de poder para o que se deve chamar de instância comunitária.** Este processo de divisão decisória é, obviamente, complexo e só funcionará se estritos limites de delegação de poder forem bem definidos e respeitados. O nome dessa arquitetura de distribuição de poder, em nome do resultado final, é “pacto de gestão”. Sem ele, os tomadores de decisão, seja em que instância for, perdem a visão integral da saúde, do sistema e o respeito pelo cidadão que precisa de assistência da rede pública de saúde. Integralizar as ações do sistema é, exatamente, construir o “pacto de gestão”.

A formulação desse pacto facilita a identificação de situações essenciais tanto para o gestor do sistema, como para os trabalhadores da saúde e, claro, para o usuário da rede. O aspecto mais relevante da arquitetura do pacto de gestão é a que permite identificar critérios de necessidades para o bom funcionamento do sistema. É só no âmbito de um “pacto” que é possível, realmente, perceber, prever e administrar o risco à saúde individual e coletiva. Os determinantes sociais e a visão positiva da saúde emergem com mais eficácia na lógica de um “pacto” e não da gestão por instância de poder, ainda que integradas. É preciso ter absoluta clareza que não existe o doente federal, estadual, municipal ou comunitário. Existe o cidadão que está exercendo o direito constitucional de ter acesso à saúde, que o sistema único deve oferecer.

É um lugar comum repetir que a responsabilidade primeira da saúde da população está no município, porque, enfim, não há o “morador na União”. Porém, pessoas e suas necessidades de saúde não se circunscrevem a uma das esferas de governo, seja ela qual for. Não é apenas o prefeito que é o responsável pela saúde do cidadão. A Constituição não prevê, nem delimita fronteiras administrativas ou até jurídicas em relação a essa responsabilidade. Porém, é inquestionável que os

meios para a produção de saúde têm concentração mais definida em uma das instâncias de poder, porque é nela que reside o cidadão. Este fato não pode impedir a visualização de responsabilidade sanitária compartilhada, que atenda a necessidade de saúde da população de forma plena e não fracionada.

Rede de saúde, sem dúvida, demanda racionalidade no uso de recursos e percepção de escala. Compartilhar responsabilidade exige tanto a compreensão plena da lógica de rede, respeitando antes de mais nada o fluxo dessa demanda, sem procurar beneficiar instâncias a partir da capacidade de oferta. A estabilidade do “pacto” vem do equilíbrio de financiamento entre os participantes da rede. Pactos regionais podem e devem romper fronteiras físicas das áreas de atendimento, atingindo percepção multilateral do atendimento, avançando, quando for o caso, até as fronteiras estaduais. É o exemplo clássico do atendimento de alta complexidade, mas não pode se limitar a ele. É no atendimento da saúde básica que o pacto de gestão mais exhibe sua eficiência.

Pacto significa negociação entre iguais, respeitada a autonomia, visando objetivo integrador de responsabilidade sanitária. Pacto não é mercado de serviços, mera relação de compra e venda, obediente à lei da oferta e da procura. Pacto não pressupõe este tipo de relacionamento entre os entes participantes que obedece a uma lógica de “franquia” entre participantes que detêm capacidade técnica distinta, diferente oferta de capital e bem diferenciado “domínio” de mercado. Este relacionamento, baseado na franquia, gera um tipo de gerência de recursos com outro objetivo: dividendo finais diferenciados. Pacto de gestão pressupõe outro quadro de utilização de recursos, de processos e de ordenamento de fluxo no atendimento da demanda. Esse pacto exige articulação intersetorial, com ativa participação da população. Por esta razão, os pactos de gestão na área da saúde devem ter múltipla perspectiva de tempo, aceitando a curta, média ou longa duração.

O processo de construção do pacto de gestão inicia-se na microrregião, respeitada a autonomia e a responsabilidade sanitária de cada ente participante. Pactos com maior abrangência regional, ou até interestaduais, devem contar com a assimilação prévia de cada ente no seu papel constitucional. Cooperação técnica ou financeira de estados ou até da União não pode ser compreendida como ação concorrente à responsabilidade sanitária específica do município. O pacto não dispensa nem atenua responsabilidades definidas.

A construção do “pacto de gestão” poderá

dar uma outra operacionalidade ao Sistema Único de Saúde. Não é “remédio milagroso”, nem terá o poder de superar as dificuldades operacionais da rede. Iniciar a construção do “pacto” é, exatamente, assimilar uma outra forma de superação das dificuldades das ações em rede do SUS.

Limites operacionais do conceito de rede

O processo de implantação do SUS priorizou o conceito de “assistência”²⁰. A rigor, não poderia ser diferente, uma vez que a estrutura sobre a qual o novo sistema foi implementado era a do Instituto Nacional de Previdência Social, o INPS. Essa estrutura obedecia modelo que priorizava o hospital como núcleo do atendimento. Desde a criação do INPS, em 1966, vigorou no instituto o princípio do “convênio” com estabelecimentos privados. Em poucos anos, o modelo gerou resultados expressivos: entre 1969 e 1985, a expansão do número de leitos na rede privada foi de 465% e, nos dois últimos anos desse período, 69% dos recursos do instituto foram repassados para a rede hospitalar privada⁸. A reorganização de oferta de serviços de saúde pública proposta pelo SUS não poderia desprezar essa realidade. A visão intrasetorial e a manutenção de perspectiva assistencialista, nos primeiros momentos do SUS, foi exigência de sobrevivência da proposta, em “habitat hostil”.

Ao longo da década de 90, no entanto, foi possível iniciar um processo de construção de estrutura alternativa à lógica hierarquizada, marcada por decisões centralizadas, típicas do “modelo INPS”. A arma mais eficiente para enfrentar a extrema verticalização de estruturas decisórias é sempre a idéia de rede que privilegia interações organizacionais. O texto constitucional prioriza o conceito de rede (artigo 198) e a operacionalidade da política pública que norteou a implantação do SUS optou por “atividades interorganizacionais”, porque, enfim, como alertou Junqueira²⁰, o sistema é “parte de um projeto maior de sociedade solidária”. E o conceito de rede é essencial para que atividades interorganizacionais envolvam, de fato, diferentes atores nas políticas públicas.

O aspecto mais importante da atividade interorganizacional não verticalizada é o estabelecimento de conexões entre a oferta de um bem ou serviço público e a demanda mais necessitada desse serviço. A operação em rede não significa apenas incentivar a conexão, bem definida do ponto de vista federativo, entre a instância de

poder federal, estadual e municipal; também, não implica apenas em definir os precisos limites das tarefas, sem invasões ou “conflitos de fronteiras” entre os poderes de Estado. Insistimos na perspectiva de McGuire² que rede não é apenas padrão de interação, mas a forma pela qual o serviço público é “planejado, concebido, produzido e oferecido à população”.

O processo que permite o passo além da simples interação entre as instâncias de poder, ou entre órgãos geograficamente dispersos, é o que entende o conceito de rede como “uma linguagem de vínculos das relações sociais entre organizações”²⁰. A questão é como convencer os diferentes atores das diferentes organizações a falarem a mesma “linguagem”, suficientemente eficaz para gerar “vínculos”. Misoczky¹⁰ retoma o mesmo desafio lembrando posição de Fleury²¹, segundo o qual um dos grandes desafios da organização em rede está em estabelecer “modalidades de gerências” capazes de articular objetivos comuns. A visão teórica de McGuire² identificou “comportamentos” essenciais para a gerência em rede, baseados em um tripé: primeiro, a “descoberta” de pessoas e recursos necessários para alcançar os objetivos da rede; depois, criar “compromissos comuns” entre os integrantes da rede; por último, “desenvolver um ambiente” que incentive a integração. A identificação desses comportamentos é, de fato, a base de um cotidiano operacional “em rede”, mas é insuficiente para estabelecer “modalidades de gerência” aptas a exercer objetivos integrados. A questão essencial nesse processo está na incorporação de diferentes atores no processo decisório das políticas de saúde. Essa incorporação depende da forma de planejamento e participação na gestão de saúde.

A interação entre esses dois “substantivos” – o planejamento e a participação – nunca foi processo de fácil condução. A implantação do SUS demonstrou que o conceito de “gestão participativa” foi capaz de dar conta, no contexto operacional, da inclusão de novos atores no “ambiente” da saúde pública; é um fato que a instituição dos Conselhos Municipais e locais de Saúde representaram uma estratégia essencial para promover a participação na gestão. A fiscalização do serviço prestado pelos agentes locais democratizou até decisões sobre aplicação de recursos e efetivou a descentralização possível alcançada pelo SUS. Porém, esse processo foi insuficiente para incentivar a participação no planejamento (e nas decisões) da macropolítica de saúde pública. A incorporação de novos atores no efetivo processo decisório em saúde depende da capacidade sis-

têmica de assimilar o conceito de “planejamento participativo”.

Desde o início dos anos 90, o planejamento em saúde é pensado a partir de três etapas: a normativa, a estratégica e a da estratégia vinculada ao planejamento como proposto por Chorney²². O planejamento normativo, como analisado por Silvio Fernandes da Silva⁴ foi muito influenciado pelo predomínio do “racionalismo” dos anos 60, em que a decisão técnica bem fundamentada, independente do contexto social em que era aplicada, era suficiente para promover desenvolvimento, especialmente em saúde pública. Em meados dos anos 70, além de “normas”, o planejamento passou a reconhecer a existência de “conflitos no contexto social” e ganhou uma perspectiva estratégica por aceitar novos “integrantes” (como, por exemplo, as características da população local) além da ciência no processo de planejamento. Decisões de âmbito político também tiveram influência reconhecida no planejamento em saúde pública. A real vinculação da estratégia (no sentido da multiplicidade de atores que interferem em uma decisão de saúde pública) ao planejamento só foi alcançada em um terceiro momento, já nos anos 90, quando se distinguiu, no ato de planejar, a importância tanto de métodos e técnicas quanto dos limites da aplicação de certas decisões em contextos sociais específicos. A rigor, a resposta ao célebre “o que fazer” em saúde pública ganhou uma dose de humildade em relação a certa visão que julgava infalível determinados procedimentos, apenas porque eram cientificamente comprovados.

O *mix* do planejamento em saúde com as possibilidades políticas e com os limites da “vontade” da população-alvo, aceitando as diferenças na “visão de mundo” de cada um dos atores envolvidos, constitui processo de “planejamento participativo”. Esse salto de qualidade no processo de planejamento institucional o SUS ainda não obteve.

O pacto de gestão pode oferecer este salto de qualidade. O primeiro passo do pacto é assimilar que a lógica da cooperação financeira precisa obedecer à necessidade da população, com equidade. Criar melhor aproveitamento das oportunidades de promoção de saúde exige planejamento ascendente, do município para cima, e não o contrário. Quando esta trajetória de gestão é bem assimilada, do município para as demais instâncias, o levantamento dos custos correspondentes e a capacidade de gasto de cada ente participante fica muito melhor definida. É esta cooperação para investir que corrige a desigualdade e faz o

“pacto” ganhar sentido e eficácia. Dar prioridade de investimento à área de menor densidade tecnológica é o primeiro objetivo do pacto, definido a partir de critérios específicos de identificação de necessidades.

O “pacto de gestão” acelera a cooperação técnica entre a União e estados porque permite induzir políticas de saúde no município. Este é o

ponto essencial: facilitar a articulação, regulação e aporte de conhecimentos técnicos e científicos, nos locais mais necessários. Não é processo simples, nem avesso a resistências. Mas os riscos às ações coordenadas de saúde, razão de ser do SUS, exigem a percepção, no atual momento, de que o “pacto de gestão” é passo obrigatório para oferta mais consistente de acesso à saúde.

Colaboradores

LN Trevisan e LAP Junqueira participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Minayo MCS. Sobre a complexidade de implementação do SUS. In: Silva FS. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec; 2001.
2. McGuire M. Managing networks: propositions on what managers do and why they do it. *Public Adm Rev* 2002; 62(5).
3. Ministério da Saúde. *Situação atual do processo de habilitação*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/decen/habilita.htm> data do link 20/09/2000
4. Silva FS. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos atores e políticas*. São Paulo: Hucitec; 2001.
5. Mendes EV. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec; 1998.
6. Bueno WS, Merhy EE. *Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?* Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>
7. Diamante F. Metade da frota de carros de São Paulo é fantasma. *O Estado de São Paulo* 2004 Abr 27.
8. World Bank. *World Development Indicators*. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development; 2001.
9. Levcovitz E. *Transição versus consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de Saúde* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ; 1997.
10. Misoczky MC. Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em Saúde. *Revista de Administração Pública* 2003; 37(2).
11. Viana SM. A descentralização tutelada. *Saúde em Debate* 1992; 35.
12. Pochamnn M. *O trabalho sob fogo cruzado*. São Paulo: Contexto; 2001.
13. Veiga JE. *Cidades imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula*. São Paulo: Edusp; 2003.
14. Nunes LL. Censo revela queda na oferta de leito hospitalar. *O Estado de São Paulo* 2005 Out 7.
15. Paim JS. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: Rouquayrol MZ; Almeida NF, organizadores. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
16. The rising cost of healthcare – International comparison can help restrain it. *Financial Times* 2004 Jun 19/20.
17. Sant’Anna L. Sofisticação e precariedade convivem no SUS. *O Estado de São Paulo* 2003 Jun 29.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.203. *Diário Oficial da União* 1996; 6 nov.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 95. *Diário Oficial da União* 2001; 26 jan.
20. Junqueira LP. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública* 2000; 34(6).
21. Fleury S. *El desafío de la gestion de las redes de politicas*. Disponível em: <http://www.iigov.org/revista/12/12-09.pdf>
22. Chorny AH. El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. *Educ Med Salud* 1990; 24 (1).

Artigo apresentado em 09/10/2006

Aprovado em 10/11/2006

Versão final apresentada em 15/02/2007