



## A Descentralização e a Gestão Municipal da Política de Saúde

Luciano A. Prates Junqueira<sup>1</sup>

A construção do novo nas políticas sociais, apontada por Barros, é buscada mediante soluções que privilegiam estratégias viabilizadoras de uma sociedade mais equânime e menos desigual. Para isto a autora fala da necessidade da ação estatal tornar-se mais ágil e flexível, através da descentralização. Esta constituiria uma condição essencial para mudar o próprio aparato estatal, tornando-o mais eficaz, de modo a garantir a todo cidadão o direito de acesso a serviços de qualidade. E isso deve ser assegurado por um processo decisório participativo e pelo controle dos sujeitos sociais. Esse processo se consolida no município, espaço onde as relações do cidadão com os serviços ocorrem de maneira privilegiada.

A descentralização, na ótica da autora, deve garantir aos municípios, através da "atribuição de responsabilidades", a gestão da prestação de serviços de saúde. Será que esse processo é de descentralização? Será que o município necessita de novas responsabilidades para tornar eficaz a gestão dos serviços de saúde, ou apenas da garantia de transferência dos recursos financeiros para o desempenho de suas atribuições?

Para visualizar essa questão é importante ter claro o significado que assume a descentralização nos países, como o Brasil, onde o município é um ente federado e, como tal, possui atribuições definidas pela Constituição federal e pelas leis complementares.

A gestão do sistema local de saúde e a garantia de acesso dos seus municípios aos serviços de saúde de qualidade são de atribuição dos municípios. Assim, tudo que se refere a essa gestão já é de sua competência, enquanto poder definido constitucionalmente. Por isso o conceito de descentralização como transferência de poder de um nível de governo para outro não é adequado a essa situação, pois quem transfere o poder pode, quando lhe aprouver, recuperá-lo integralmente. Isso não ocorre com os municípios no que se refere à saúde. Eles têm poder sobre a prestação não apenas dos serviços públicos de saúde, mas dos privados, ou seja do sistema local de saúde. O que lhes é transferido são os recursos financeiros, de que também devem dispor, por definição constitucional.

Nesse contexto parece mais oportuno falar de não-centralização, conceito utilizado por Elazar (1990, p. 35) para designar esse processo de distribuição de competências nos países federativos. Nessa concepção não está presente a descentralização, pois a autoridade central não tem poder nem para descentralizar nem para recentralizar, conforme seus desejos ou interesses. A autoridade do município não advém do governo federal nem do estadual, e, ainda que participe de atividades patrocinadas por estes níveis de governo, ele não perde seu poder de decisão sobre o sistema local de saúde.

Apesar do Brasil ser um dos únicos países em que os municípios são entes federativos (Camargo, 1994, p. 88), isso não se efetiva plenamente, já que esse "novo *status* recém-conquistado exige autonomia financeira e

<sup>1</sup> Diretoria de Gestão de Políticas Governamentais - Fundação do Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP, Brasília.

autogoverno". Por isso, o discurso que prevalece é o da descentralização, tornando oficial a dependência dos municípios com relação à gestão da política de saúde, o mesmo ocorrendo com os estados federados. Assim, o município, como um ente federativo, tem autonomia para implantar um sistema local resolutivo. O problema é saber em que medida, em um país com as desigualdades sociais abismais que caracterizam a sociedade brasileira, o município pode constituir-se sem articulação ou mesmo dependência de outros níveis de governo. Isso não significa que os municípios não possam encontrar saídas novas e conduzir a gestão do seu sistema local de saúde de maneira inovadora e mesmo de forma autônoma. Com isso, não estou reiterando a autonomização, que a autora diz ser uma das deficiências da proposta de reforma do Sistema de Saúde, dado que é inerente ao SUS, enquanto sistema, a interdependência. No entanto, essa interdependência não retira do município sua autonomia de gestão dos serviços de saúde, pois lhe cabe garantir aos munícipes o acesso a serviços resolutivos, mesmo quando não situados no seu âmbito.

Essa questão da autonomização, que Barros considera, da perspectiva da proposta da reforma, como um fator de desagregação e de conseqüências nefastas à integração do sistema, inviabilizando a sua "accountability", merece ser melhor qualificada. Não creio que o compromisso e o resultado do trabalho de uma instituição de saúde possa ser comprometido pelo fato de possuir autonomia de gestão. Talvez, ocorra mesmo o contrário, pois, ao dispor de poder sobre seus recursos, a organização pode ser avaliada quanto à eficácia de seus serviços.

No que diz respeito à integralidade da atenção a situação é um pouco diferente, pois a autonomia institucional pode aprofundar a fragmentação do sistema, como identificado pela autora. Mesmo aí, creio que a questão não é da autonomia, mas da inser-

ção da instituição no sistema, da incorporação da integralidade da atenção na sua prática.

Essa questão da autonomia assume um significado particular quando se considera a necessidade de encontrar novas soluções para superar os constrangimentos que vêm sendo imputados ao SUS. A busca de alternativas de gestão tem sido apontada como uma saída para a eficácia do sistema. Nesse sentido a autonomia pode constituir um importante instrumento, inclusive para redefinir a relação Estado e Sociedade. O fato da saúde ser um direito do cidadão e um dever do Estado não significa que, para garantir um novo modelo de atenção, apenas a instituição estatal esteja apta a realizar a tarefa. É necessário pensar que as ações de promoção da saúde são também de responsabilidade da sociedade e que a devolução dessa tarefa para suas instituições pode se constituir em um fator de superação dos pontos de estrangulamento que vêm afetando o desempenho do SUS. E por que não poderia ser o campo da saúde o público-privado onde o Estado transferiria competência para a execução, mantendo o seu poder de regulação e controle ?

Assim, a construção do novo nas políticas sociais, ao privilegiar a participação e o controle social, se viabiliza pelo reordenamento do aparato estatal, através da criação de instâncias de negociação que permitam aos usuários dos serviços de saúde controlá-los e participarem do processo de tomada de decisão. Isso talvez não agilize as decisões, mas pode criar oportunidades para que os cidadãos participem e incorporem seus interesses e necessidades à prática dos serviços.

---

### Referências bibliográficas

- ELAZAR, D. (1990) - *Exploring Federalism*. Tuscalossa: University of Alabama Press.
- CAMARGO, A. (1994) - O novo pacto federativo. *Revista do Serviço Público* 118(1):87-94.