

SUS e DESCENTRALIZAÇÃO

José Jairo Gomes

Procurador da República em Minas Gerais

O presente trabalho tem por objeto refletir sobre a seguinte indagação : Como concretizar a descentralização do SUS ?

Desde logo, convém trazer à baila o artigo 198 da Carta Política, que assim dispõe:

“Art. 198. 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:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
(...)”

O Sistema Único de Saúde – SUS deve ser **descentralizado**, como expressamente prevê a Constituição Federal.

A **Descentralização** não significa outra coisa senão “a transferência de atribuições em maior ou menor número dos órgãos centrais para os órgãos locais ou para pessoas físicas ou jurídicas. Centralização é a convergência de atribuições, em maior ou menor número, para órgãos centrais.” (JÚNIOR, J. Cretella. *Comentários à Constituição – 1988*. v. VIII. 1ª ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1993. pág. 4.346)

Nada obstante sua descentralização, o sistema é um só, podendo ser definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS.”, dispõe o artigo 4º, caput, da Lei nº 8.080/90.

Com a descentralização pretende-se que os pacientes sejam tratados no local mesmo em que vivem. É dizer : nos seus municípios. A idéia, portanto, é evitar que as pessoas façam grandes deslocamentos no afã de realizarem tratamentos de saúde.

O interesse local, portanto, há de prevalecer na concretização da descentralização.

Aliás, o artigo 30, VII da Constituição reza que ao município compete “*prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviço de atendimento à saúde da população.*”

Não é, portanto, sem razão que a NOAS 1/2001 dispõe que o Plano Diretor de Regionalização, no que diz respeito à assistência à saúde, deverá ser elaborado - pela Secretaria de Estado da Saúde - na perspectiva de garantir “o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços [mínimos] (...)”(item 3-A”).

A Norma Operacional Básica – NOB 1/96 facultava ao município habilitar-se em um dos seguintes tipos básicos de gestão : a) **gestão plena de atenção básica**, b) **gestão plena do sistema municipal**.

Para se habilitar em um ou outro desses tipos de gestão tinha o município de atender a certos **requisitos** e assumir certas **responsabilidades**, conforme se vê nos itens 15.1.1, 15.1.2, 15.2.1 e 15.2.2 daquela NOB.

A habilitação num desses tipos de gestão proporcionava ao município o gozo de certas **prerrogativas** (itens 15.1.3 e 15.2.3), dentre as quais destaca-se a assunção da gestão da saúde no seu território - com todas as implicações políticas daí advindas - e a transferência automática de recursos financeiros oriundos do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal.

Dispõe a NOB 1/96 (item 15, caput) que os municípios que “*não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao Estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado.*”

Vê-se, assim, que, na perspectiva da citada NOB, o município não era compelido a aderir ao sistema. Contudo, se não o fizesse, não gozaria das prerrogativas especificadas e perderia a gestão da saúde no seu território, fato este grave do ponto de vista político.

A Portaria MS nº 95, de 26/01/2001, instituiu a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS –

NOAS-SUS nº 01/2001. Esta, já na sua introdução, reconhece que : *“Ao final do ano de 2000, a habilitação nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96 atingia mais de 99% do total de municípios do país (...)”*.

Seguindo a linha da concretização da descentralização, a NOAS preconiza o aprofundamento desse processo, ampliando-se a regionalização do sistema. Prevê-se a implementação de um Plano Diretor de Regionalização, a ser elaborado pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Cria-se a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA, sendo que várias outras estratégias mínimas de atuação são acrescentadas como condição de habilitação nesse tipo gestão. Define-se as *Microregiões* e um conjunto de procedimentos de média complexidade como referência intermunicipal.

Observe-se que a NOAS 1/2001 estabelece dois tipos de gestão para habilitação dos municípios, a saber : **a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada**, e, **b) Gestão Plena Municipal**.

Para ambas, há também a previsão de **requisitos** para a habilitação, bem assim de **responsabilidades** e **prerrogativas**, conforme já especificado anteriormente (v. itens 46, 47 e 48 da NOAS 1/2001).

Da mesma forma que na NOB 1/96, o município não habilitado em uma das gestões previstas terá a administração da saúde no seu território transferida para a esfera do gestor estadual (NOAS 1/2001 - item 46.2).

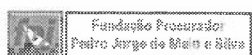
E, uma vez mais, também não há nenhum dispositivo que compila o município a aderir ao sistema, habilitando-se num dos tipos previstos de gestão e, dessa forma, contribuindo para a ampliação da descentralização.

Ao fim e ao cabo, pode-se concluir que a implantação efetiva do SUS com a conseqüente concretização da descentralização preconizada na Constituição Federal está à mercê da **vontade política** dos governantes, já que se trata de decisão a ser tomada no nível político e, pois, de cunho discricionário, já que entre nós impera o sistema federativo.

Face à autonomia reconhecida aos entes federados (daí decorrendo a inexistência de hierarquia e, pois, de subordinação entre eles), particularmente aos municípios, não se apresenta viável nem legítimo sejam eles compelidos a se habilitarem num dos tipos de gestão proporcionados pelo SUS, já que qualquer determinação nesse sentido não se afiguraria constitucional e, portanto, careceria de legitimidade.

Assim, reconhecendo-se que manter-se à margem do SUS representaria, na verdade, um retrocesso para o município - já que ele restaria alijado do processo de administração daquele que configura um dos interesses mais básicos dos munícipes - o único processo que se vislumbra viável para ser empregado na busca da efetivação da descentralização do SUS seria o de **convencimento** das autoridades municipais.

Contudo, à vista da consideração de que a discricionariedade não é absoluta, mas algo regrada, recusando-se o gestor municipal a prestar serviços de saúde que, em tese, seriam da competência desse nível de governo, tanto o cidadão quanto o Ministério Público poderiam valer-se de medidas judiciais - pontuais - a fim de que o município seja compelido a assumir as responsabilidades que a Constituição Federal lhe outorgou na seara da saúde pública.



BOLETIM DOS

ANPR
Associação Nacional dos
Procuradores da República

PROCURADORES DA REPÚBLICA

Solicitamos aos nossos colaboradores que enviem seus artigos no seguinte formato: em disquete, em programa Word for Windows, com no máximo 200 linhas, com espaçamento normal, corpo 11, fonte Times New Roman ou similar, com notas ao final do texto, para o seguinte endereço:

Adriana Zawada Melo (SP) - amelo@prsp.mp.gov.br