

Papel Ético da Descentralização na Implantação do Sistema Único de Saúde

Eleutério Rodriguez Neto

Professor Adjunto, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - DF

O artigo defende a tese de que a descentralização, sob controle social, é condição sine qua non para o processo de democratização da saúde, cumprindo um papel ético na medida em que possibilita o planejamento da atenção à saúde de acordo com as necessidades específicas de cada coletividade e indivíduo. Analisa também como o modelo a ser mudado usou a centralização como instrumento a serviço de interesses mercantis e aéticos.

UNITERMOS _ Descentralização, sistema único de saúde, ética, políticas públicas, políticas de saúde

Introdução

Seria óbvio e redundante, em uma publicação como esta, afirmar o caráter ético da saúde como atributo da cidadania, como direito universal e igualitário de acesso aos bens e serviços que possam proporcionar a qualidade de vida e a atenção necessárias ao alcance de um bom nível de saúde, expresso pela extensão da vida em condições adequadas para o recebimento dos benefícios da ciência e da cultura. Todavia, essa concepção de saúde, hoje preceituada pela própria Constituição da República, não só não é hegemônica como não tem correspondido a políticas efetivas e conseqüentes tanto ao longo da história como, mesmo hoje, à revelia dos instrumentos jurídico-legais que lhe dão guarida. A despeito da adesão formal à mesma, as ações político-administrativas do Governo nem sempre demonstram coerência com esse corpo doutrinário, como até lhe resistem, por meio do apego às práticas tradicionais que sustentam a injustiça social e o autoritarismo ainda prevalentes no país.

Nesse sentido, é importante analisar como determinadas diretrizes podem influenciar, em um ou outro aspecto, o processo de democratização da saúde no país, representado pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira. No caso, cabe avaliar mais particularmente como a questão da centralização/descentralização pode influir nesse processo, tendo por referência a ética do direito à saúde.

A tese que ora apresentaremos é a de que a descentralização, especialmente por via da municipalização, é instrumento essencial para a construção de um sistema de saúde justo, equânime, integrador e racional _ e assim ético, como pretende ser o Sistema Único de Saúde.

A natureza aética e antiética do sistema de saúde brasileiro

O regime autoritário pós-64, originado pelo golpe militar motivado pela defesa do grande capital e dos interesses imediatistas da burguesia nacional, pautou-se por duas diretrizes básicas que determinaram as suas políticas a partir de então: a *privatização* e a *centralização*. Essa privatização teve características distintas da atualmente proposta pelos neoliberais, uma vez que utilizou o Estado como seu principal instrumento, no que se convencionou chamar a "privatização do Estado". Hoje, a idéia centra-se no esvaziamento do papel do Estado e na passagem das responsabilidades à "sociedade"; da mesma forma, utiliza o eufemismo da descentralização para "repassar" responsabilidades às demais esferas de governo, especialmente aos municípios, enfraquecidos, ao longo do período, pelo excessivo centralismo do Governo Federal. Assim, é sempre necessário estar atento às reais conotações dessas propostas, nem sempre condizentes com uma efetiva reforma do Estado, como supõem a Reforma Sanitária e o próprio SUS.

Embora afetando todas as esferas da vida social e econômica do país por um período de cerca de 20 anos, aquelas diretrizes acabaram por produzir um efeito perverso no setor saúde, inigualável a qualquer exemplo internacional.

A causa básica deste fato foi que, a partir de uma função de política social ainda que compensatória, como o eram todas as políticas sociais desenvolvidas pelo arcaico Estado brasileiro, o setor saúde passou a exercer uma função de setor econômico/produutivo, uma vez que se transformou em *locus* de produção de mais-valia e de acumulação de capital. Para isso, estabeleceu a política de unificação/centralização da Previdência Social e adotou a estratégia do incentivo ao desenvolvimento do setor privado lucrativo na saúde. A adoção desses enfoques gerou todos os

desvios já tradicionais nos setores que trabalhavam sob a perspectiva econômica: o clientelismo, o fisiologismo, o corporativismo, a corrupção e a fraude, agravados, por sua vez, pelo autoritarismo vigente e respaldados pelo tecnicismo desenfreado propiciado pela hegemonia do modelo clínico-flexneriano _ sustentado, por seu lado, pelos interesses da poderosa indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares.

O caráter aético e mesmo antiético desse modelo ocorreu, pois, pela mudança da natureza dos seus objetivos principais: da saúde da população para a lucratividade do sistema médico-hospitalar privado, facilitado e proporcionado pela inacessibilidade da população às decisões sobre essas políticas, por intermédio das políticas centralizadas e infensas ao controle mesmo que corporativo de usuários e profissionais.

Os reflexos dessa política na distribuição dos recursos do setor saúde foi brutal, com concentração dos mesmos nas regiões de maior atração econômica, esvaziamento quase absoluto do poder de intervenção dos municípios e priorização na alocação de recursos financeiros em relação aos meios de diagnóstico e tratamento mais especializados e tecnificados, com claro comprometimento da racionalidade assistencial, em benefício dos interesses mercantis de várias ordens, então estabelecidos.

A Reforma Sanitária e o SUS como propostas éticas de conquista da saúde e de democratização do setor saúde

Não é intenção desse trabalho discorrer sobre a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS, ponto de partida das nossas análises e considerações. Todavia, dadas certas impropriedades comuns no tratamento dos dois conceitos, vale a pena fazer alguns destaques que, sem dúvida, auxiliarão no raciocínio.

Primeiramente, é importante frisar o fato de que a Reforma Sanitária é uma proposta não-setorial, apontando para a reorientação do conjunto das políticas públicas, inclusive a saúde, na busca da melhoria das condições de vida. Ao setor saúde, porém, cabe um papel diferenciado nesse processo, a ser cumprido pelo SUS. Não pode competir ao SUS, por óbvio, a intervenção direta sobre as demais políticas setoriais que determinam e condicionam a saúde, já que detém um papel especial _ além do tradicional: executar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde -, qual seja, o de "monitorar" a saúde coletiva, em termos de acompanhamento do nível de saúde da população. Cabe-lhe também analisar os seus nexos e causas, fornecendo pautas de atuação ao governo como um todo e instrumentalizando a própria sociedade para que esta se aproprie das informações sobre saúde, a fim de exercer o controle social devido. Exerce, assim, um papel de verdadeiro "superego" da sociedade e do Governo, na catalização de políticas públicas saudáveis.

Portanto, na direção da democratização da saúde, ou seja, ao conferir caráter ético às ações que visem à sua conquista, cabem ações tanto no campo setorial como no intersetorial; inclusive em relação a diretrizes como a descentralização, que afeta a possibilidade real de autonomia do município na busca de soluções próprias para seus problemas de saúde, ou para os que têm a ver com ela.

A descentralização como expressão da democracia e sua função ética

Na cultura institucional tradicional, a descentralização tem sido tratada sob o aspecto eminentemente administrativo e até mesmo eufemístico, como foi o caso do conhecido Decreto-Lei nº 200, que dizia promover a "descentralização". Todavia, era uma descentralização por meio da delegação de atribuições do Governo Federal para os estados e municípios, sem que ocorresse efetivamente a transferência do poder de decisão para essas esferas de governo. Foi quando se inaugurou a chamada administração convencional que dominou as relações do Governo Federal com as secretarias estaduais e municipais de saúde desde o final dos anos 70, não lhes assegurando autonomia, mas, ao contrário, criando uma relação paternalista e de dependência, difícil até hoje de se reverter não só pelo lado federal mas também por acomodação das demais esferas. Na perspectiva do SUS, porém, a descentralização tem outra conotação.

Na verdade, a *descentralização* faz parte, juntamente com a *participação*, de um binômio indissociável que compõe a essência da questão democrática.

Assim, a descentralização tem que ser compreendida como uma diretriz eminentemente política que, evidentemente, tem também conseqüências administrativas; mas a idéia é que o *poder de decisão* seja exercido pelos seus reais atores, o mais próximo possível de onde ocorrem os fatos, da realidade. Dessa forma, pode-se conferir pertinência e relevância a essas decisões, na suposição de que elas interessam ao conjunto dos sujeitos das mesmas e, assim, são "positivas" no sentido em que contribuem para o alcance de aspirações comuns, de interesse coletivo. Enfocar essa ótica significa dar caráter ético às decisões, uma vez que elas não deverão ser discricionárias ou responder a interesses distantes da realidade.

No entanto, apenas isto não basta. É necessário que esse poder de decisão seja legítimo, e a legitimidade é dada

pela representatividade do gestor e da possibilidade do exercício efetivo do controle social pelos sujeitos das ações (usuários), mediante o processo participativo; no caso do SUS, sendo instrumento e espaço privilegiados os Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos.

Um alerta: deve-se ter sempre em conta que o SUS é um sistema *único*, ou seja, com unidade de doutrina em todo o território nacional, o que significa a observância dos seus princípios e diretrizes básicas em qualquer situação ou local. Isso não deve impedir, porém, a criatividade e, mais que tudo, o primado da necessidade objetiva sobre qualquer norma que desconsidere essas particularidades e tente impor regras que obedecem a outras lógicas que não a satisfação das reais necessidades de promoção, proteção e recuperação da saúde, na incessante perseguição da equidade, incluindo os excluídos e igualando os desiguais, mediante ações diferenciadas e conseqüentes.

Dessa forma, se estará construindo um sistema comandado não por principismos e regras unitárias e burocráticas, mas pela ética.

Todavia, o processo é difícil e longo, na medida que supõe não apenas a mudança das culturas institucionais, ainda arraigadas ao autoritarismo, ao patrimonialismo, ao clientelismo e ao fisiologismo e que resistem ao processo de descentralização e a se subordinarem ao controle social. Prova maior disso é que a Constituição vai completar 10 anos de sua promulgação e, até hoje, há uma dificuldade enorme em se redistribuir o poder entre as várias esferas do governo.

Entretanto, é também necessário registrar que tudo de novo, criativo e de impacto ocorrido na área da saúde nos últimos anos aconteceu pela ação direta dos ainda poucos municípios que mereceram a complacência das autoridades federais para gerirem mais autonomamente os recursos repassados pelo Ministério da Saúde.

Por fim, deve-se chamar a atenção para um fato: o de que a descentralização não significa apenas um movimento na direção centro-periferia, mas que o poder local realmente reconheça o seu papel e poder de intervir, assumindo autonomamente a sua função perante a sociedade. Nesse sentido, é importante referir a questão do financiamento. Por mais que se automatize o repasse dos recursos federais para os municípios, eliminando-se os atuais pré-requisitos e condicionamentos, o crescimento real dos gastos com saúde e o aumento de sua produtividade só podem contar com a vontade política dos próprios municípios. Hoje, já se observa que, proporcionalmente, a esfera de governo que mais aumentou seus gastos próprios com saúde foi a municipal, ainda que, no conjunto, ainda participe de forma extremamente minoritária.

Dessa forma, faz parte dessa luta não só a cobrança dos compromissos de campanha de governadores e prefeitos, em termos de priorização da saúde, em termos de alocação dos recursos necessários e suficientes, como a luta desses gestores e de toda a sociedade por uma reforma tributária justa e que dê viabilidade à autonomia necessária ao exercício ético da gestão pública e que, não mais pela regressividade, penalize especialmente os mais pobres, especialmente quanto à sua qualidade de vida e saúde.

A descentralização, cuja expressão principal é a municipalização, deve, no entanto, ser entendida como um princípio de democratização geral das práticas e dos serviços de saúde, afetando desde os níveis mais centrais até os mais periféricos, na busca incessante da organicidade entre necessidades e prestação de ações e serviços de saúde, no cumprimento ético do exercício do dever de prover as condições para o pleno exercício da cidadania.

Abstract - *The Ethical Role of Decentralization in the Implementation of the Unified Health System*

The article defends the thesis that decentralization under social control is a *sine qua non* condition for the democratization process of the health area, fulfilling an ethical role, as it allows for health planning according to the specific needs of each group or individual.

It analyses also how the model to be changed used centralization as an instrument at the service of mercantile and amoral interests.

Bibliografia

- Mendes EV. Distrito sanitário. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 1993.
- Rodriguez Neto E., A reforma sanitária e o sistema único de saúde. *In*: Incentivo à participação popular no SUS. Brasília: MS/CIEC/NESP - UnB, 1994.

Endereço para correspondência:

SQN 215, Bloco G, aptº 302

