

DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: DIMENSÕES ANALÍTICAS*

Sonia Maria Fleury Teixeira**

1. Descentralização: uma demanda atual; 2. Conceito, critérios e dimensões político-organizacionais; 3. Organização dos serviços de saúde: modelos e alternativas; 4. Planejamento para a descentralização.

Centralismo latino-americano. Crise econômica e redução do gasto público. Democratização e descentralização. Conceito, critérios e dimensões político-organizacionais. Organização dos serviços de saúde: modelos e alternativas. Planejamento para a descentralização.

Palavras-chave: centralismo; democratização; descentralização; serviços de saúde.

1. Descentralização: uma demanda atual

Os Estados latino-americanos, federais ou unitários, caracterizam-se por haver consolidado, em seu desenvolvimento, um alto grau de centralização político-administrativa e territorial, apesar de inúmeras diferenças geográficas, econômicas, políticas e culturais. Para se ter uma idéia da magnitude desse fenômeno, Stöhr¹ “calculava que em fins da década de 60, o governo central administrava entre 71 e 98% do gasto público nos países unitários e entre 58 e 87% nos federais”.

Alguns autores têm buscado as raízes mais profundas da centralização latino-americana em sua história política, econômica e social, encontrando os seguintes fatores causais: “o primeiro é a ausência de experiência feudal na tradição latino-americana; o segundo é a ausência do fenômeno da dissidência religiosa e o resultante centralismo latitudinário da religião dominante; o terceiro é a ausência de qualquer acontecimento ou circunstância ao longo dos anos comparável à Revolução industrial européia; o quarto é a ausência daqueles aspectos da evolução ideológica, social e política, associados com a Revolução francesa, que tão radi-

* Este trabalho foi elaborado, em fevereiro de 1989, por solicitação do Governo da Bolívia ao Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (Clad) e contou com o apoio do Programa Regional de Desenvolvimento da Capacidade de Gestão do Setor Público, das Nações Unidas. No período de um mês foram realizadas diversas entrevistas (Anexo 1) e consultados numerosos documentos oficiais (Anexo 2), além da literatura especializada. O fato de ter sido este trabalho elaborado por uma só pessoa pode, sem dúvida, explicar algumas de suas limitações. Contudo, os documentos sobre o sistema de saúde produzidos pela equipe de trabalho do projeto MPSSP/Banco Mundial foram de grande utilidade. A autora agradece: ao Dr. Nelson Ibañez e à Dr^a Maria del Carmen Daroca o acesso a essas informações; a Cesar Vieira e Eugenio Vilaca, pela bibliografia que enviaram; a Maria Patricia Van Stralen, Narda Crespo e Sergio Huchani, que foram imprescindíveis nas duas tarefas de levantamento bibliográfico e datilografia; a Fernando Rezende, que a ensinou a ver o lado prático da vida, como este, da descentralização dos serviços públicos.

** Professora da Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP) da Fundação Getúlio Vargas. (Endereço da autora: Praia de Botafogo, 190/408-A – 22.253 – Rio de Janeiro, RJ.)

¹ Stöhr, W. *El desarrollo regional en América Latina – experiencias y perspectivas*. Buenos Aires, Siap, 1972. Apud Boisier, Sergio. *Centralización y descentralización territorial en el proceso decisorio del sector público*. Washington, OPS/OMS. (Desarrollo de Servicios de Salud, n. 3)

calmente têm transformado o caráter da sociedade européia ocidental durante o último século e meio”.²

Conquanto esse tipo de explicação causal, baseado na “ausência” de fatores, não resista a um debate acadêmico, tem, contudo, o mérito de estabelecer o caráter estrutural do centralismo latino-americano e, assim, minimizar suas decisões mais conjunturais.

Outros autores, como López,³ identificam fatores explicativos com base na tradição rigidamente centralizadora do Império inca e na centralização política mais sistemática do período colonial. Além disso, apresentam uma explicação importante do fracasso das tentativas de descentralização territorial, no caso boliviano, com base no argumento de preservação da segurança nacional em relação às inúmeras guerras com os países vizinhos.

Este último argumento é muito interessante, porque demonstra que os países de desenvolvimento capitalista atrasado não tiveram as mesmas condições que, na maior parte dos países centrais, favoreceram a descentralização, a saber: a) a constituição do Estado nacional, antes da industrialização; b) a existência de uma burguesia industrial forte e defensora do credo liberal e do não-intervencionismo estatal; c) a urbanização como consequência do processo de industrialização. Na América Latina, ao contrário, o desenvolvimento do capitalismo ocorreu em condições que exigiram a presença de um Estado altamente centralizado, seja por necessidade de resguardar a soberania nacional ou de realizar os maiores investimentos, ou ainda porque se constituiu na principal fonte de geração de emprego urbano.

Essas considerações acerca do caráter estrutural da centralização tiveram como objetivo situar a atual demanda por descentralização no contexto regional, de tal sorte que ninguém se esqueça dos obstáculos que possam representar as estruturas centralizadas consolidadas em todos esses anos.

A história política e econômica mais recente, de 1930 até a década de 60, reforçou a tradição centralista ao atribuir ao Estado, em seu nível central, o papel principal no planejamento do desenvolvimento econômico. Para isso foram realizadas reformas administrativas em vários países, com o objetivo de fortalecer o governo central, dotando-o de condições técnicas para intervir de maneira mais planejada e eficaz.

O fracasso do projeto desenvolvimentista para romper a dependência das economias nacionais, bem como para obter melhor distribuição da riqueza na região, manifestou-se a partir dos anos 70. Todavia, o predomínio dos governos militares autoritário-burocráticos não somente preteriu a demanda por descentralização, mas também fortaleceu as estruturas centrais com um estilo de gestão altamente excludente e autoritário. Excludente na medida em que foram fechados os canais de cooptação dos trabalhadores, originários dos governos populistas, criando uma autonomia decisória sem precedentes na história da burocracia regional. Autoritário, na medida em que utilizou largamente a repressão para impor um projeto de desenvolvimento econômico que favoreceu de maneira flagrante certas frações do capital nacional associado e/ou as empresas transnacionais.

Os efeitos dessa política serão sentidos mais claramente a partir da crise econômica mundial, que começou em meados dos anos 70 nos países centrais e se

² Veliz, C. *La tradición centralista de América Latina*. Barcelona, Ariel, 1984. Apud Boisier, Sergio, op. cit.

³ López, R. C. Centralismo y federalismo: In: *El federalismo en Bolivia – contribución a su historia*. *Cuadernos de Hoy*, La Paz, 2(11), 1984.

transportou aos países periféricos, de forma aguda, nos anos 80.

O alto nível de dependência das economias latino-americanas se tem manifestado agora sob a forma de endividamento em razão tanto das políticas de financiamento adotadas pelos regimes autoritários, quanto pela elevação desmedida das taxas de juros, pelos bancos internacionais.

O colapso dos governos autoritários inaugurou, na História da América Latina, uma nova etapa de *transição para a democracia*, caracterizada pela irrupção da demanda contida de participação cidadã e utilização das políticas estatais para promoção de uma redistribuição da riqueza em favor dos setores preteridos.

Ambos os *fatores conjunturais*, o endividamento regional (sem querer negar, com isso, o caráter estrutural da crise econômica) e a transição para a democracia, concorrem para mostrar a necessidade de uma profunda reforma do Estado, na qual surge a questão da descentralização.

A intervenção crescente do governo central que, até os anos 60, era vista como a alavanca para o desenvolvimento, é agora tratada como seu mais sério obstáculo,⁴ ou como uma característica do subdesenvolvimento.⁵

Esses argumentos continuam servindo de pano de fundo para o germe de liberalismo que assola os governos regionais, mesmo quando é desmentido por uma instituição como o Banco Mundial, que analisa a enorme expansão do Estado dentro das economias industrializadas: “o gasto público, que no começo do século representava 10% do PIB, atualmente alcança 40%”.⁶

A extrema dependência das economias latino-americanas em relação às instituições internacionais tem contribuído para que os governos locais sejam levados a adotar, no enfrentamento da crise, medidas de caráter recessivo.

A redução do gasto público vem sendo uma das medidas que mais tem afetado os setores sociais, intrinsecamente mais débeis na negociação dos recursos públicos, em relação a outros setores mais fortes e resistentes, como a defesa e a burocracia. A descentralização é então instituída como uma estratégia para a redução do gasto público nos setores sociais. Vejamos a formulação desse raciocínio pelo Banco Mundial:⁷ “Gastos públicos eficientes e eficazes requerem o estabelecimento de prioridades bem definidas e um esforço no sentido da qualidade. Tanto os gastos quanto a acumulação da renda poderiam melhorar se fosse dada maior autonomia e mais responsabilidade às entidades públicas descentralizadas, inclusive às empresas estatais a níveis subnacionais de governo.”

Para isso é necessário adotar as seguintes estratégias: “Reforma do planejamento, do orçamento, da implementação e do monitoramento fiscal.”

Tratando especificamente do setor saúde, o Banco Mundial diagnostica os problemas mais comuns: gastos insuficientes, ineficiência dos programas públicos e dificuldade de acesso por parte dos pobres. Para solucionar estes problemas propõe três tipos de reformas das finanças públicas: “orientar os gastos para atividades em que seja mais difícil a participação do governo; recorrer mais às taxas de utilização e outras taxas ligadas a benefícios, para financiar esses gastos, e descentralizar algumas responsabilidades públicas, transferindo-as para órgãos mais ligados às necessidades e condições locais.”

⁴ Banco Mundial, *Relatório sobre o desenvolvimento mundial-1988*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1988.

⁵ Kliksberg, B. A gerência na década de 90. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 22(1):59-85, jan./mar. 1988.

⁶ Kliksberg, B. op. cit. p. 63.

⁷ Banco Mundial, op. cit. p. 2-11, 141-65 e 167-80.

A descentralização proposta neste caso, visando reduzir o gasto público, está claramente associada à privatização dos setores sociais, seja através da transferência de responsabilidades, seja através da cobrança de taxas para utilização dos serviços.

Em tal caso, a descentralização seguramente aumentaria a iniquidade dos sistemas sociais regionais, que se caracterizam por oferecer privilégios diferenciais para as frações da classe trabalhadora que têm mais poder de pressão, em detrimento dos setores marginalizados, como os caponeses e subempregados.⁸

Sendo assim, a proposta de descentralização como estratégia de redução do gasto público opõe-se às expectativas de universalização dos direitos sociais gerados em relação a esse processo no recente período democrático. Jaramillo⁹ critica essa concepção de descentralização que “está motivada, no fundo, pela crise fiscal do Estado moderno e pela necessidade política de neutralizar as demandas sociais, desconcentrando os conflitos e envolvendo a população na busca de solução para seus próprios problemas, vale dizer, descentralizando as soluções.”

A privatização e a descentralização das políticas sociais se opõem, pois, às propostas de descentralização em saúde, formuladas pelo Diretor do Escritório Sanitário Pan-Americano, Dr. Carlyle Macedo,¹⁰ como parte da estratégia de “desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde com o objetivo de alcançar a meta de saúde para todos, com equidade, cobertura universal, eficiência e participação social”.

A descentralização, como parte da estratégia de democratização, além de ser uma formulação técnico-administrativa, assume valores políticos finalísticos tais como a universalização, a equidade, o controle social, que não são enfatizados em uma perspectiva meramente racionalizadora.

Em resumo, se os fatores conjunturais da crise econômica e a democratização concorrem juntos para estabelecer a necessidade de descentralização da política pública, estes mesmos determinantes entram em conflito quanto aos limites e objetivos das propostas de descentralização.

Todos os autores que tratam do tema são, porém, unânimes em apontar o caráter político da descentralização, além de seus aspectos técnico-administrativos, já que se trata de um deslocamento do poder. A questão que se coloca imediatamente é: *deslocamento a favor de quem?*

A resposta a esta questão tem que estar clara não somente para os planejadores, como também, e principalmente, para os setores sociais que serão beneficiados, uma vez que a descentralização sempre é um movimento social e político de ruptura da centralização.¹¹

Ainda quanto aos aspectos políticos envolvidos no processo de descentralização, o Ilpes/Cepal, em seu relatório sobre o tema do planejamento participativo, chama a atenção para a necessidade de ampliar as possibilidades de negociação democrática através da descentralização: “O primeiro objetivo da descentralização territorial é, justamente, descentralizar os conflitos, impedindo que se acumulem na cúpula do sistema nacional de planejamento. Sua tarefa principal é prover uma

⁸ Ver a respeito os trabalhos de Carmelo Mesa-Lago sobre o desenvolvimento da Previdência Social na América Latina.

⁹ Jaramillo, P. Ivan. *Centralización y descentralización en los académicos de la administración pública. Descentralización administrativa y autonomía regional*. Medellín, Colômbia, set. 1985.

¹⁰ Macedo, C. G. Mensaje del director. *Bolivia/OPAS, 102(2)*, 1987.

¹¹ Palma, E. *La descentralización desde una perspectiva política*. Ilpes, 1986. Apud Boisier. op. cit.

base de opções para as negociações das organizações sindicais e patronais. Para manter o conflito dentro de limites razoáveis é indispensável que existam diversas instâncias de conciliação e que, inclusive, outras clivagens, como as provenientes das desigualdades regionais, possam ser processadas com maior ou menor independência do conflito principal.”¹²

É interessante observar esta formulação, já que os governos anteriores preferiram tratar com órgãos centralizados, cooptando a cúpula no populismo ou reprimindo, até a destruição física, o pequeno grupo de dirigentes, nos governos militares. A democracia, tal como estabelecida na conjuntura atual, parece exigir um fracionamento das instituições de representação de interesses como um pré-requisito para preservar a estabilidade política e impedir a “paralisia decisória”.

Rondinelli¹³ identificou um conjunto de argumentos a favor da descentralização do planejamento:

1. “A descentralização no sentido dos níveis regional ou local permite aos funcionários desagregar os programas e planos de desenvolvimento, ajustando-os às necessidades de regiões e grupos heterogêneos.
2. A descentralização pode reduzir os enormes gastos burocráticos com o nível central.
3. Os contatos mais próximos entre os funcionários do governo e a população local deveriam permitir a ambos obter melhor informação para formular, de forma mais realista e efetiva, os planos e projetos.
4. A descentralização também permitiria uma melhor penetração política e administrativa das políticas do governo nacional em áreas afastadas da capital.
5. A descentralização permitiria uma melhor representação dos diferentes grupos no processo decisório do desenvolvimento, conduzindo a uma maior equidade na atribuição de recursos governamentais e nos investimentos.
6. A descentralização poderia conduzir ao desenvolvimento de maior capacidade administrativa por parte dos governos locais e instituições privadas, nas regiões e províncias.
7. A eficiência do governo central deveria aumentar mediante a descentralização, liberando os funcionários superiores das tarefas rotineiras e poupando tempo para o planejamento e a supervisão.
8. A descentralização pode prover uma estrutura através da qual os diversos ministérios e agências do governo central possam estabelecer uma coordenação mais efetiva entre si e com os líderes locais e organizações não-governamentais existentes nas diversas regiões.
9. Uma estrutura governamental descentralizada é um requisito para institucionalizar a participação dos cidadãos no planejamento e na administração.
10. Mediante a criação de meios alternativos de decisão, a descentralização pode resistir à influência ou ao controle exercido por elites locais.
11. A descentralização pode significar uma administração mais flexível, inovadora e criativa.
12. A descentralização do planejamento e da administração possibilita maior eficiência dentro das comunidades.
13. A descentralização pode aumentar a estabilidade política e a unidade nacional, dando aos grupos capacidade para participar das decisões.

¹² Iipes, *Informe sobre planificación participativa en América Latina*. Apud Boisier. op. cit.

¹³ Shabbir, Chelna & Rondinelli, Denis. *Descentralization and development*. Apud Boisier. op. cit.

14. Mediante a redução das deseconomias de escala inerentes à superconcentração das decisões na capital nacional, a descentralização pode aumentar a quantidade de bens e serviços públicos e a eficiência com a qual podem ser providos, a um custo menor.”

Apesar de todos esses argumentos a favor da descentralização, pouco foi feito na América Latina nesse sentido. Além das resistências políticas, temos que considerar também os aspectos técnicos que, ao estabelecer alguns critérios para a descentralização, demonstram que ela não é a solução mágica para todos os nossos problemas.

Valeria a pena recordar que muitos desses mesmos argumentos a favor da descentralização foram utilizados também em defesa da centralização.

Mesmo assim poderíamos concordar com seu uso atual na medida em que o processo de descentralização leve em conta outros aspectos técnicos, políticos e institucionais. De um ponto podemos discordar de imediato: é com relação à capacidade intrínseca da descentralização de reduzir os gastos públicos.

Se não se trata de uma proposta de privatização ou desestatização, a descentralização dos serviços de saúde poderá representar, a médio prazo, um aumento nos gastos.

Isto se deve à necessidade de adequar a rede de serviços a suas novas funções, assim como aumentar o acesso aos serviços básicos, melhorar a qualificação do pessoal, etc. Então, só poderíamos falar da redução de gastos como efeito da descentralização tratando-se de uma perspectiva de longo prazo.

2. Conceito, critérios e dimensões político-organizacionais

A problemática da descentralização trata fundamentalmente da distribuição do poder e da atribuição de competências às diferentes esferas do governo. Segundo Vieira¹⁴ “a descentralização é definida como o processo de investir de autoridade as estruturas político-administrativas locais para a formulação de suas políticas e o desempenho das funções de natureza local”.

As competências governamentais podem ser agrupadas em três categorias básicas:¹⁵ competência exclusiva (um só nível governamental); competência concorrente (exercida simultaneamente por mais de um nível) e competência subjetiva (um nível complementa o outro). A distribuição dos encargos e a atribuição de competências entre níveis governamentais indicam o grau de centralização/descentralização do sistema. Neste sentido, estamos tratando o fenômeno como um conjunto de diferentes gradações, e refutando a concepção de descentralização político-administrativa como um conceito puro, ou seja, como afirma Vieira,¹⁶ não há sistemas onde a variável centralização, ou a variável descentralização, sejam absolutas e exclusivas. Este mesmo autor considera descentralização tanto a *desconcentração* como a *devolução* de poderes.

Entende-se por desconcentração a delegação de competência para execução dos serviços, sem que haja, porém, deslocamento do poder decisório para o nível local. A descentralização, como devolução de poderes, trata de outorgar legalmente os poderes ao nível local que passa, assim, a gozar de poder de decisão sobre as

¹⁴ Vieira, P. R. *Em busca de una teoría de descentralización*.

¹⁵ Rezende, F. & Brasileiro, A. M. A repartição de encargos públicos entre níveis de Governo. In: *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 18(3): 66-87, 1984.

¹⁶ Vieira, P. R. op. cit.

políticas e procedimentos. Neste sentido, quando se fala de devolução de poder se está falando da ampliação da *autonomia* do nível local.

Segundo Medici,¹⁷ para que essa autonomia realmente exista, torna-se necessário que o processo seja acompanhado por uma correspondente descentralização dos recursos. Contudo, a descentralização financeira isolada também não é eficaz; tem que haver, além disso, uma definição legal da competência do nível local.

A questão da autonomia – em seus três aspectos principais: político, administrativo e financeiro – também está estabelecida em termos da diferenciação entre descentralização funcional e descentralização territorial.

Segundo Güait,¹⁸ na *descentralização funcional*, ou por serviços, a transferência de competência é feita a favor de uma pessoa jurídica, mas as funções e serviços transferidos são de competência exclusiva do Estado e, em última análise, são funções que não saem de sua esfera de ação. Na *descentralização territorial*, a transferência de funções ou competências do governo central para os órgãos e divisões territoriais só pode concretizar-se mediante disposições legais, na medida em que a própria Constituição do país autorize.

Sendo assim, a descentralização funcional parece ser mais adequada aos países unitários, enquanto a descentralização territorial é inerente à organização federada. Não obstante, nem sempre se cumpre. Os estudos realizados por Vieira¹⁹ em diferentes países procuram desmistificar a visão corrente de que somente os países federados podem ser descentralizados. Levando em conta que este autor não faz distinção entre desconcentração e devolução de poderes, seus estudos concluem que o grau de descentralização em um país depende principalmente do desenvolvimento de seus elementos econômicos e tecnológicos e não dos elementos culturais e das características da organização constitucional.

Contudo, a maioria dos que estudam a descentralização somente considera sob este conceito a efetiva participação na tomada de decisões. Assim, a desconcentração ou transferência de competências é entendida como uma condição necessária, mas insuficiente.²⁰

Outra afirmação que deve ser desmistificada, tanto para aqueles que defendem como para os que repelem a descentralização, é que a desconcentração conduz necessariamente à descentralização. A participação na tomada de decisões, o que, segundo Boisier,²¹ implica a transformação das estruturas de poder, não parece ser uma consequência da desconcentração.

Conhecidos os conceitos, as decisões acerca do que deve ser desconcentrado ou descentralizado, por que e de que modo, requerem a definição de critérios que orientem a tomada de decisões. Segundo especialistas²² no assunto, as pré-condições para um bom andamento do processo são:

1. Aspectos econômico-financeiros:

– a participação das entidades internacionais (caso exista) deve diminuir gradualmente para que o processo não se debilite frente a uma retirada inesperada de recursos;

¹⁷ Medici, A. C. et alii. *Descentralização e políticas de saúde*. IEI/UFRJ 1988, mimeogr.

¹⁸ Güait, A. *División territorial y descentralización*. Apud Van Stralen, Patricia. *O município no Brasil e na Colômbia: um estudo comparativo*. Dissertação de mestrado em Administração Pública. EBAP/FGV, 1989.

¹⁹ Vieira. op. cit.

²⁰ Boisier. op. cit.

²¹ Id. ibid.

²² Expert Meeting group on Strategies Forenhancing the Effectiveness of Decentralization Programs. *Report*, 1985, Apud Médiçi. op. cit.

2. Aspectos políticos:

- os projetos devem alcançar a comunidade de alguma maneira, para que ela participe do processo;
- as relações intergovernamentais devem ser de apoio, e não de rivalidade;
- o papel de organizações voluntárias a nível local deve ser fortalecido;

3. Aspectos institucionais:

- os objetivos devem ser claramente definidos;
- o processo de implantação deve ser flexível, levando em conta que as regiões diferentes não devem ser tratadas de maneira homogênea;
- a devolução de poderes deve ser implementada onde seja conveniente;
- o controle social deve ser adotado, se não esperar, com a descentralização, a democratização do Estado;

4. Aspectos administrativos:

- a implantação da descentralização deve ser gradualista, no tempo e no espaço;
- a capacidade local deve ser fortalecida através de transferência de competências, delegação de poderes sobre uso de recursos, treinamento e qualificação do pessoal, etc.;
- a descentralização deve ser pensada como um processo a longo prazo, para que possa consolidar-se;
- as políticas de descentralização devem começar com programas de pequena escala, para depois expandir-se;
- o processo deve ser progressivo;
- o processo decisório deve ser transparente, tornando possível a atribuição de responsabilidade.

As recomendações anteriores podem ser completadas com a aplicação simultânea dos critérios de escalas (espacial, econômica, financeira, técnica e político-institucional) sugerida por Rezende e Brasileiro²³ para a definição da repartição de encargos entre as esferas governamentais. Segundo os autores, os governos locais poderiam tomar para si os programas que atendessem os seguintes requisitos:

- a) os benefícios devem ser absolutamente privativos, ou seja, quanto menor o espaço geográfico em que o problema ou os serviços se manifestem ou sejam absorvidos, maior é o caráter local da respectiva função e vice-versa;
- b) a operação em escala reduzida não afeta significativamente os gastos;
- c) a produção local não pode depender de outras etapas que se processam fora dos limites geográficos e políticos locais;
- d) o volume de recursos necessários para financiar sua expansão deve ser compatível com a capacidade financeira da comunidade;
- e) a menor distância entre autoridades e usuários torna mais efetivos os controles administrativos, substituindo complexos procedimentos burocráticos pelo contato mais direto com a comunidade;
- f) a proximidade governo/eleitor contribui para maior representatividade das decisões sobre a utilização de recursos públicos e maior responsabilidade do governo.

As listas de critérios apresentadas não têm como objetivo concorrer para a formulação de um modelo fechado de descentralização. Ao contrário, procuram chamar a atenção para a necessidade de traçar um projeto de descentralização adequado a cada caso, isto é, flexível, progressivo, que possa ser revisto periodicamente em função de avaliações, etc.

²³ Rezende, F. & Brasileiro, A.M. op. cit.

Contudo, alguns riscos podem ser evitados se os levarmos em conta. São eles:²⁴

- a) como a descentralização implica uma transformação na estrutura de poder, espera-se que o processo enfrente numerosas resistências. Por isso, duas medidas necessitam ser tomadas: criação de condições de apoio político ao projeto e revisão periódica das estratégias, em função de análises de correlação de forças (o planejamento da descentralização será tratado em outro tópico);
- b) a descentralização é um processo demorado, que em geral se cumpre por etapas. Sendo assim, uma visão imediatista pode comprometer todo o processo. O planejamento da descentralização deve levar em conta os critérios de flexibilidade, gradualismo e progressividade considerados em termos espaciais e temporais;
- c) a descentralização não deve levar à autonomia anárquica das instâncias governamentais. Mesmo nos sistemas federados, o que se espera é não só a autodeterminação no processo decisório, mas também a cooperação e o equilíbrio entre os níveis governamentais.

Oslack²⁵ aponta necessidade de integração e coordenação no processo de descentralização: “A descentralização é um processo que não pode ser adotado nem entendido às expensas do par que o complementa: a centralização. Quando descentralizamos por um lado, estamos centralizando por outro. Quando criamos sistemas locais de saúde, temos presente, a cada momento, o fortalecimento e a integração do sistema nacional de saúde, que preside, orienta e induz estrategicamente a marcha de cada um de seus componentes, do maior ao menor;

d) a descentralização deve ser alcançada através de um processo cuidadoso, no qual as unidades locais sejam dotadas de condições efetivas de atendimento da demanda. Caso contrário, dois problemas podem ocorrer: a subtração das bases de apoio ao processo, por parte dos funcionários e usuários do sistema (caso do Brasil), ou o direcionamento espontâneo da demanda para os níveis centrais, em razão de serem os únicos que podem resolver os problemas (caso da Nicarágua).²⁶

3. *Organização dos serviços de saúde: modelos e alternativas*

A organização dos serviços de saúde na América Latina obedeceu a um padrão característico que, se não chega a configurar um modelo ou sistema, apresenta traços comuns que podem identificar uma modalidade tradicional de organização da atenção à saúde.

A característica mais marcante parece ser a multiplicidade de órgãos e instituições atuando de maneira descoordenada e, quase sempre, duplicando esforços. Essa irracionalidade é proveniente de superposição de órgãos e funções que se foram acumulando ao longo da história de nossos países.

As origens dos serviços hoje em dia pertencentes aos Ministérios de Saúde remontam aos programas de combate às epidemias que ocorreram desde o início do século. Até então, o cuidado com a saúde estivera a cargo das instituições religiosas caritativas, sendo que o Estado começa a atuar no campo de atenção à saúde

²⁴ Tomamos como base as recomendações feitas por: Lobo, Teresa. Descentralização – uma alternativa de mudança. In: *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 22 (1): 14-24, 1988.

²⁵ Oslack et alii. Descentralización de servicios de salud. Washington, OPS, 1988 (*Desarrollo de Servicios de Salud*, n. 17)

²⁶ Capote & Gonzales. Evaluación del proceso de regionalización – caso: Nicaragua, 1986. Washington, OPS/OMS. (*Desarrollo de servicios de salud*, n. 10).

somente quando os riscos representados pelas epidemias passaram a ameaçar o modelo exportador prevalente nas economias regionais.²⁷

O sanitarismo dessa época tratava de combater os vetores transmissores das epidemias, livrando as cidades e as zonas produtoras (extrativas, portos) dos riscos que representavam essas doenças. A organização desses serviços de saúde pública foi moldada em estruturas verticais definidas em função do perigo que se propunham combater.²⁸ O alto grau de centralização que caracterizou a organização dos serviços de saúde pública estruturados por programas verticais tinha sua razão de ser naquele momento: como tratavam do combate a uma doença específica que ameaçava a produção, e não da promoção integral da saúde, parece que a centralização e verticalidade eram muito funcionais.

O surgimento do proletariado urbano e da classe média, representada principalmente pelas burocracias civil e militar, estabeleceu uma nova demanda em termos de atenção à saúde.

Já não se tratava somente de evitar uma epidemia que dizimava as cidades e áreas produtivas, mas também de atender aos apelos políticos e econômicos de recuperação da saúde dos trabalhadores. Mas, em vez dessa nova demanda modificar os serviços existentes de saúde pública, a solução foi criar uma nova instituição: a Previdência Social.

Os serviços de saúde da previdência social têm características muito distintas daquelas da saúde pública:

- primeiro, pela sua fragmentação em diferentes instituições responsáveis por frações da classe trabalhadora. Essa fragmentação se deu em decorrência da capacidade de pressão de cada grupo. Assim, os militares, os funcionários, os operários envolvidos na produção mais rentável para o país, conseguiram serviços melhores que os demais trabalhadores;
- segundo, por seu caráter excludente, na medida em que são beneficiados apenas aqueles que contam, em termos políticos e/ou econômicos. Os mais necessitados – camponeses, empregadas domésticas, desempregados, etc. – não têm direito a esse tipo de atendimento médico;
- terceiro, o cuidado médico prestado por essas instituições, voltado para a recuperação da força de trabalho, desenvolveu um modelo de atenção de base hospitalar e curativa.

Ao lado dos serviços de saúde pública, das organizações filantrópicas, da previdência social, também se desenvolveram os serviços e a produção de insumos com fins lucrativos. São clínicas, hospitais e indústrias multinacionais de remédios que, apesar de terem seu crescimento limitado pela baixa capacidade de consumo da população, têm suas atividades determinadas exclusivamente pela necessidade de obtenção de lucros, em geral sem qualquer controle público.

Esses vários participantes do sistema de saúde na realidade não são coordenados pelos Ministérios de Saúde; cada qual atua em função de sua própria lógica.

As características centrais desses pseudo-sistemas de saúde são:

- a) multiplicidade de instituições com ações desordenadas;
- b) superposição e irracionalidade na distribuição da rede de serviços;
- c) seletividade e exclusão da população mais pobre, com concentração da rede nas áreas urbanas mais ricas;

²⁷ Ver, a respeito, os numerosos trabalhos de Juan Cezar Garcia.

²⁸ Cordoni, L. Sobre a organização do nível central dos serviços públicos de saúde. In: *Saúde em debate*, Londrina, Cebes, out. 1988.

- d) centralização e burocratização da administração dos serviços;
- e) programação verticalizada;
- f) ausência de controle da produção de insumos; ao contrário, a produção passa a determinar o modelo de atenção;
- g) não-valorização dos profissionais;
- h) não-participação da comunidade.

As conseqüências desta modalidade de organização dos serviços são:

- a) privilegiar as ações curativas;
- b) alto nível de incorporação de tecnologia, tornando os custos da atenção insustentáveis;
- c) baixa resolubilidade;
- d) alto nível de insatisfação dos usuários;
- e) baixo nível de compromisso dos profissionais com o serviço;
- f) inadequação dos serviços oferecidos em relação à demanda prevalente;
- g) absolutização do saber e do poder médico.

O desenvolvimento desta modalidade de organização dos serviços de saúde começa a entrar em crise mais recentemente, quando as demandas pelo direito universal à saúde passam a ser veiculadas por organismos internacionais como a OPS/OMS, e cada dia mais reivindicadas pelas comunidades locais. O sistema tradicional, todavia, não tem condições de enfrentar os desafios estabelecidos pela necessidade de universalização da atenção de maneira a solucionar, de forma efetiva, os graves problemas de saúde existentes na América Latina, apesar de tudo o que já se conhece sobre as formas de resolver os problemas.

Outra dificuldade está em que o sistema tradicional não consegue tornar os custos da atenção compatíveis com a realidade regional.

Diferentemente das organizações de serviço de saúde geradas a partir das forças econômicas e políticas do "mercado", uma nova proposta começa a ser elaborada e divulgada em meados dos anos 70, baseada na necessidade de transformação da situação atual através da criação do sistema nacional descentralizado de saúde.

Em outras palavras, a transformação exigida para alcançar a meta de "saúde para todos no ano 2000" pressupõe uma ação planejada do Estado para, através das políticas públicas, criar as condições e os instrumentos necessários ao desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde, imprescindíveis para alcançar o objetivo de saúde para todos, com equidade, cobertura universal, eficiência e participação social.

Alguns pontos podem ser destacados para assinalar as mudanças profundas implícitas nesta nova postura:

- a) a saúde é um direito de todos;
- b) o Estado é responsável pelo provimento das condições necessárias à promoção, prevenção e recuperação da saúde;
- c) a efetiva proteção à saúde decorrerá da mudança da situação atual da organização dos serviços de saúde através da intervenção estatal.

São elementos do sistema nacional de saúde proposto: a prioridade da ação preventiva, a organização de uma rede de serviços por níveis de complexidade, a descentralização e a participação nos sistemas locais de saúde.

Essa proposta de transformação dos sistemas de saúde foi aprovada na XXII Conferência Sanitária Pan-Americana como a prioridade programática para o quadriênio 1987-90 e está assim formulada nas palavras de seu diretor:

"A atenção primária de saúde, como estratégia de transformação de todo o sistema

de serviços de saúde, constitui o instrumento principal de ação: permite a visualização integral da atenção e dos componentes do sistema, em função da cobertura universal e equitativa das necessidades essenciais e dos serviços básicos propiciando, ao mesmo tempo, o acesso necessário aos serviços de maior complexidade. A ordenação e articulação funcional de todo o sistema complementar-se-á com o processo efetivo de descentralização e uma relação de responsabilidade mútua entre os serviços e as comunidades correspondentes.²⁹

Essa proposta vem sendo preparada e aperfeiçoada desde a Conferência de Alma-Ata em 1978, em seus aspectos técnicos, constituindo-se, hoje em dia, em modelo altamente aceito e complexo. Todavia, na última década ele tem sido objeto de análises profundas, de maneira a evitar erros comuns, parcialmente devido às sucessivas escolhas de “bases” centrais que acabaram por provocar uma alteração da proposta original.

A proposta foi, inicialmente, identificada com a estratégia de atenção primária em saúde com a participação comunitária. A *redução à atenção primária* acarretou um desvirtuamento da proposta original, na medida em que foram esquecidos os outros componentes.

Assim, os sistemas tradicionais foram mantidos intocáveis, enquanto os governos recebiam financiamento para ampliação de sua rede básica de serviços.

O resultado foi a criação de uma atenção de segunda classe para cidadãos de segunda classe, utilizando a população como mão-de-obra barata. Esta rede não se articulava com os hospitais (níveis secundários e terciários), que permaneciam com seus papéis tradicionais. Como conseqüência, a rede de serviços básicos foi sendo abandonada, tanto por sua baixa capacidade de resolução, quanto pela incapacidade dos governos de obter recursos financeiros para mantê-la.

Outra modificação da proposta se deu ao identificá-la com a regionalização. A *redução à regionalização* dividiu os países em áreas geográficas onde são escalonados os serviços de saúde, apesar de quase nunca terem funcionado articuladamente através do sistema de referência e contra-referência entre os diferentes níveis.

A regionalização, segundo Oslack,³⁰ é um processo complementar à descentralização, mas não é a mesma coisa, pois não tem implícita a transferência, para as regiões ou níveis inferiores, da função de tomada de decisões.

A redução da proposta da descentralização tem levado a algumas interpretações errôneas, como:

– *privatização e autonomização das entidades privadas e públicas* – “a descentralização, pelo contrário, não supõe uma autonomia total da unidade descentralizada, mas leva à centralização de algumas funções a cargo do nível central, tais como as de coordenação e controle das diferentes unidades locais”;³¹

– *identificação de descentralização com horizontalização* – A horizontalização da atenção está baseada na organização dos serviços de forma a tratar os problemas de saúde da população de uma maneira integral. Sendo assim, está de acordo com a proposta e se coordena com a descentralização dos serviços verticalizados. Todavia, os sistemas nacionais de saúde comportam ações centrais e até mesmo verticalizadas.

Outro erro comum tem sido a *redução do sistema exclusivamente aos serviços públicos*. Neste caso, a organização dos sistemas nacionais de saúde é restrita aos

²⁹ Macedo, C. G. Mensaje del Director-1987, op. cit.

³⁰ Oslack, op. cit.

³¹ Id. ibid.

serviços da saúde pública, mantendo inalterados tanto a situação da previdência social, quanto os recursos privados existentes. Se bem que esta possa ser, em diferentes combinações, uma estratégia de transição para os sistemas nacionais de saúde, não se pode, contudo, reduzir tais sistemas à rede dos Ministérios de Saúde, porque os grandes problemas apontados de descoordenação e superposição continuariam existindo.

Para evitar esse erro tem-se enfatizado, atualmente, o desenvolvimento de sistemas locais de saúde (Silos), definidos como o eixo integrador de todas as atividades e dos diferentes serviços, como a estratégia básica de coordenação interinstitucional e intersetorial. "Um Sistema Local de Saúde compreende a articulação *de todos* os recursos existentes em uma zona para sua melhor utilização, adequação à realidade local e, sobretudo, para o estabelecimento de uma relação de mútua responsabilidade com a população envolvida."³²

Segundo o Escritório Sanitário Pan-Americano, os Sistemas Locais de Saúde podem definir-se como unidades administrativo-políticas mínimas, cuja base é uma rede de serviços de saúde com as seguintes características:

- a) clara definição político-administrativa de descentralização de autoridade e responsabilidade a nível local;
- b) responsabilidade geográfica e populacional;
- c) promoção e integração da comunidade com todo o processo decisório (...);
- d) processo de planejamento local (...) adotado em função de riscos epidemiológicos;
- e) integração de todas as atividades de programas de saúde (...);
- f) relação técnico-administrativo-política com o resto dos níveis do país (...);
- g) definição de uma rede de serviços de atenção à saúde, coordenados entre si, com sistemas de informação de referência e contra-referência de pacientes, baseados em uma clara definição de níveis de atenção, que produza cobertura efetiva para um nível básico de atenção, na maioria das necessidades de atenção à saúde;
- h) processo permanente de capacitação, em serviço, de todo o pessoal de saúde;
- i) coordenação intersetorial (...) para facilitar as atividades de promoção e proteção da saúde;
- j) execução de ações de coordenação intra-setorial, incluindo todos os recursos para a atenção à saúde, públicos, da previdência social e privados, de maneira a identificar necessidades de grupos populacionais e atribuir a cada um responsabilidade pela atenção, adotando, em todos os casos, os princípios de equidade, eficácia e eficiência para obter cobertura universal de saúde;
- l) desenvolvimento integrado de subsistemas e componentes essenciais dos serviços de saúde, em especial os seguintes: serviços de laboratório, enfermagem de saúde pública, radiologia, medicamentos, bancos de sangue e biológicos; recursos físicos, equipamentos e sua programação, manutenção e recuperação; subsistemas de informação e registro médicos, programas de saúde bucal;
- m) desenvolvimento adequado, descentralizado, de todos os sistemas de apoio, em especial os de provisão de pessoal e de recursos orçamentários, para assegurar uma atenção eficiente e oportuna;
- n) coordenação das diversas fontes financeiras;
- o) introdução da investigação de serviços na prática permanente (...) com a participação ativa do pessoal dos serviços de saúde e da comunidade (...).³³

³² Macedo, C.G. op. cit.

³³ OPS/OMS. Guía de Documentación para un Análisis de la Situación de la Descentralización y los Sistemas Locales de Salud (Silos). Versão preliminar. Washington, 1988.

Essa extensa definição dos Silos formulada pela OPS parece reunir todos os elementos da proposta de uma forma articulada. Todavia, pode levar a uma *redução ao nível local*, ao não enfatizar, de maneira convincente, o papel crucial que deve ser desempenhado pelo nível central no funcionamento dos Silos: na necessidade de alterar as leis, na negociação do orçamento setorial, na normalização das ações, no controle da produção e distribuição de medicamentos, na formação de pessoal e no desenvolvimento de pesquisas.

A exposição feita até aqui teve por objetivo defender a idéia de que *as conseqüências da adoção da proposta de criação de sistemas nacionais de saúde reside exatamente na impossibilidade de fracionar a organicidade em seus componentes, o que acarreta diferentes reduções incapazes de cumprir os objetivos e metas estabelecidos.*

Assim, as políticas governamentais que se propõem a criar sistemas locais, descentralizados, etc. têm que atender a todos os demais requisitos, sob pena de reduzirem a proposta de mudança da situação de saúde da população a uma mera alteração das estruturas administrativas.

Os países que realizaram uma transformação mais profunda, criando sistemas únicos e descentralizados de saúde, participativos e democráticos, foram aqueles que conseguiram incluir os aspectos administrativos no bojo de amplos projetos de Reforma Sanitária, nos quais se consegue mobilizar a base de apoio político necessária à mudança proposta.

A descentralização, entendida como deslocamento de poder, é um elemento central da Reforma Sanitária. Entretanto, enquanto a descentralização se resume ao deslocamento de poder do nível central para os níveis locais, a Reforma Sanitária se define como um deslocamento do poder para os setores organizados da classe trabalhadora, em aliança com movimentos sociais de usuários e de profissionais. A Reforma Sanitária é o processo político-institucional de transformação da consciência sanitária e das instituições de saúde no sentido de resgatar a cidadania e garantir o direito universal de saúde. Os novos modelos de organização do sistema de saúde, assim como a estratégia de descentralização, são parte do processo de reforma, que, não obstante, não se reduz a eles.

4. Planejamento para a descentralização

O papel do planejamento é fundamental na formulação da estratégia de descentralização, mas é crucial também na etapa de implantação da descentralização. Em outras palavras, o planejamento é a alavanca para a efetiva descentralização.

Quando falamos de planejamento, estamos tratando tanto de suas dimensões normativas quanto da dimensão estratégica, cada qual contribuindo com distintas condições técnicas e políticas – ambas imprescindíveis para garantir o resultado esperado.

A *dimensão normativa* inclui o conjunto de conhecimentos técnicos acumulados sobre a estruturação e o funcionamento de um sistema descentralizado de saúde. Na medida em que tal sistema supõe um conjunto de unidades vinculadas por relações de dependência mútua e coordenadas por um eixo técnico-político, as normas devem incluir tanto a estrutura desse sistema, como as relações funcionais que lhe asseguram a organização.

“Contudo, é sabido que as relações que efetivamente se estabelecem nem sempre se ajustam aos esquemas normativos formais. O funcionamento real tende a distanciar-se do que indicam a legislação e os organogramas. É o resultado de uma

prática cotidiana que se manifesta em comportamentos adequados aos fins almejados por cada ator – indivíduo, unidade, organização, dentro das restrições impostas pelo sistema normativo aplicável à situação. Os graus de liberdade para decidir em cada caso variam de ator para ator, segundo sua situação hierárquica, legitimidade e capacidade de mobilizar recursos.”³⁴

Essas observações de Oslack são importantes, porque traçam os limites dos instrumentos formais da programação, que, se necessários, têm que ser considerados mais como parâmetros com algum grau de liberdade, do que como regras e esquemas rígidos. Em outras palavras, a insegurança e a incerteza são componentes do planejamento, tendo inclusive um papel importante na medida em que deixam espaço para o planejamento e a negociação necessários à legitimação e representatividade do plano.

Feitas todas estas advertências àqueles que sempre esperam obter uma fórmula pronta para ser aplicada, podemos tratar de explicitar alguns dos parâmetros e normas que devem ser considerados na descentralização dos sistemas de saúde. A questão mais imediata é relativa à necessidade de garantir a *unidade do sistema* quanto às metas e aos objetivos almejados, ao mesmo tempo que são transferidas responsabilidades, funções, e são gerados processos decisórios nos níveis mais baixos.

A preservação da interdependência hierárquica inclui, segundo Oslack,³⁵ uma certa estrutura de autoridade e um sistema de controle externo.

Uma proposta nesse sentido é formulada por Boisier³⁶ em termos das funções que devem ou não ser descentralizadas. Para ele, são três as funções do planejamento descentralizado:

- a *função de dotação*, associada aos critérios e procedimentos para distribuir os recursos nacionais, estabelecer as prioridades regionais e definir os mecanismos de transferência; é uma *função centralizada*;
- a *função de compensação*, associada à análise e aos procedimentos de negociação destinados a compensar o efeito prejudicial das políticas sobre as regiões; é uma *função desconcentrada*;
- a *função de ativação*, associada à criação e ao estímulo de um complexo conjunto de instituições políticas, burocráticas e sociais coordenando a distribuição de papéis de cada uma; é uma *função descentralizada*.

À primeira vista, poderia parecer que esta sugestão restringisse a participação dos níveis locais. Todavia, considerando-se o planejamento descentralizado como uma aprendizagem da democracia, é claro que uma proposta mais gradualista pode ser mais viável. Nos regimes democráticos, é mais difícil manter as independências funcionais baseadas na divisão do trabalho, o que tende a tornar absolutos a vinculação e o controle com base na atribuição dos recursos. Contudo, se o planejamento que fornece os critérios para a distribuição de recursos foi feito de baixo para cima, a preservação de uma função centralizada de atribuição não é contraditória às práticas democráticas.

Para outros autores, como Bravo,³⁷ a descentralização deve ser efetiva em relação à administração do pessoal, ao controle do orçamento, à aplicação de leis e regulamentos e, se possível, também às atividades de financiamento.

³⁴ Oslack, op. cit.

³⁵ Id. ibid.

³⁶ Boisier, op. cit.

³⁷ Bravo, L. A. Planificación regional de las instalaciones de salud, Apud Novaes, H. & Capote R. Sistemas locales de servicios como política de regionalización de salud, Washington, OPS, 1987. mimeogr.

Isso traz como conseqüência a necessidade de atribuir capacidade administrativa ao nível local.

A experiência tem demonstrado que são inúmeráveis as alternativas que podem ser formuladas em termos de descentralização de sistemas de saúde. Capote³⁸ cita vários casos distintos:

- Cuba – onde existe um modelo nacional, provincial e municipal, com descentralização administrativa e orçamentária;
- Inglaterra – a responsabilidade administrativa da saúde pública é transferida das autoridades locais para conselhos de saúde nomeados pelo Ministério da Saúde;
- URSS – a atenção médica é descentralizada, mas a atenção epidemiológica é responsabilidade de outras unidades a nível municipal;
- Canadá – os conselhos regionais têm a responsabilidade de planejar e coordenar os serviços médicos.

A questão que se levanta em seguida refere-se à *definição da unidade territorial* que se constituirá na unidade político-administrativa mínima do sistema, tendo a seu cargo uma rede de serviços e uma população a ser atendida.

Recomenda a Organização Mundial da Saúde que sejam suficientemente pequenas para que seus problemas sanitários e econômico-sociais possam ser compreendidos e enfrentados e suficientemente grandes para possibilitar o desenvolvimento de habilidades técnicas e gerenciais essenciais para planejar e administrar, evitando a dispersão de recursos.

O princípio básico é que o serviço de atenção à saúde seja oferecido pelo nível mais próximo da população, que será o nível da base do sistema. A determinação dessa unidade mínima deve levar em conta numerosos fatores tais como os geográficos, a distribuição e a capacidade da rede, a incidência de enfermidades, etc.

Assim, a implementação do modelo regionalizado deve:

1. Prover informação demográfica e epidemiológica sobre a população-objeto.
2. Ter um inventário atualizado dos serviços existentes.
3. Receber informação sobre a utilização de recursos.
4. Obter consenso comunitário sobre prioridades.
5. Possuir completo conhecimento sobre os diversos aspectos da acessibilidade aos serviços, para sanar as principais deficiências do sistema de prestações.
6. Relacionar a formação de graduados nas ciências da saúde.
7. Estabelecer novos mecanismos de cooperação intersetorial de planejamento conjunto, controle de qualidade e monitoração dos serviços.³⁹

A terceira questão trata da *classificação dos níveis de atenção* em primários, secundários e terciários e do estabelecimento do sistema de informação – referência e contra-referência – entre os níveis.

De uma maneira geral, a rede de serviços deve ser classificada em termos de seus recursos físicos humanos e tecnológicos. O nível primário inclui os serviços de prevenção, além dos de emergência hospitalar, que constituem a porta de entrada para os sistemas de saúde. “O nível secundário se refere aos Hospitais Gerais ou aos ambulatórios de especialistas e finalmente, o terceiro nível, aos serviços que por sua alta tecnologia e por economia de escala se espera solucionem os problemas de maior complexidade, com a utilização de equipamento e pessoal especializado, envolvendo hospitalização, pesquisa e ensino superior na área médica.”⁴⁰

³⁸ Id. *ibid.*

³⁹ Id. *ibid.*

⁴⁰ Id. *ibid.*

Em termos ideais, sugere-se, como critérios para localização das unidades de atenção primária, que a distância entre a residência e a unidade sanitária não deve ultrapassar 30 minutos, na zona urbana; nas zonas rurais pode encontrar-se de três a 12 horas de distância, quando as condições de transporte não permitirem outra solução. A população a ser atendida pelas unidades do nível básico deve ser de até 50.000 habitantes em zonas urbanas, enquanto que aos Hospitais Gerais de nível secundário recomenda-se uma cobertura de um milhão de habitantes nas zonas rurais e 500.000 habitantes em áreas urbanas, em países do Caribe e América Central.

O nível terciário conta com hospitais de mais de 400 leitos, que oferecem os serviços de subespecialidades médicas incluindo psiquiatria. Este nível deve cobrir uma população de cerca de um milhão de habitantes e em geral está filiado a uma ou mais universidades.⁴¹

O problema relativo à construção do sistema de informação de referência e contra-referência não parece ser facilmente solucionável. Inúmeras tentativas, nem sempre bem-sucedidas, têm sido feitas. Parece que os problemas não são tanto de caráter técnico, mas decorrentes das dificuldades inerentes à dinâmica e às peculiaridades institucionais que geram competência e autonomia.

Finalmente, os estudos sobre a descentralização dos serviços de saúde procuram *distribuir os encargos entre os níveis governamentais*. Nesse sentido, a proposta de Santos⁴² para o sistema federado brasileiro pode, com algumas mudanças, ser adaptada aos sistemas unitários:

A. Responsabilidades do nível federal ou central:

1. Formulação do planejamento global e definição das estratégias e políticas nacionais de saúde.
2. Gestão, coordenação, controle e avaliação, de caráter predominantemente normativo no setor e de articulação intersetorial.
3. Normatização das relações setor público/setor privado.
4. Implementação, em conjunto com os sistemas estaduais e departamentos de saúde, dos seguintes objetivos:
 - incorporação e desenvolvimento de tecnologias;
 - produção e controle estatal da produção de insumos críticos: medicamentos, reagentes, equipamentos imunológicos, sangue e hemoderivados;
 - organização do sistema único de pessoal de saúde do serviço público (plano de cargos e salários e de carreira);
 - organização do sistema nacional de informação da saúde.
5. Transferência, aos níveis regionais e locais, dos serviços de atenção direta à população, com exceção dos considerados estratégicos para o desenvolvimento de pesquisas, previdência e referência nacionais.
6. Administração do Fundo Nacional de Saúde com ênfase na transferência para as unidades descentralizadas.

B. Responsabilidades do nível estadual, departamental ou regional:

1. Planejamento, direção, coordenação, controle e avaliação do sistema regional de saúde.
2. Compatibilização das normas e diretrizes centrais com as peculiaridades regionais.

⁴¹ Id. *ibid.*

⁴² Santos, N. R. *A saúde vista do município*, Campinas, s.d. mimeogr.

3. Prestação de serviços que, por seu custo, especialização ou grau de complexidade, não podem ser prestados pelo município.
4. Transferência, aos municípios, dos serviços básicos de saúde.
5. Realização de contratos e convênios com prestadores privados bem como sua gestão e controle, a fim de assegurar a universalização da cobertura.
6. Administração do Fundo Regional de Saúde, incluindo o repasse de recursos para as unidades locais de prestação de serviços.

C. Responsabilidades de nível municipal e distrital:

1. Planejamento, direção, coordenação, controle e avaliação do sistema municipal ou distrital de saúde.
2. Compatibilização das normas centrais e regionais com as peculiaridades locais.
3. Prestação dos serviços básicos de saúde a toda a população e, quando houver recursos, serviços de maior complexidade.
4. Administração do Fundo Municipal de Saúde.
5. Organização de municípios pequenos em estruturas conjuntas de caráter micror-regional.

Todas estas proposições estão baseadas em dois pressupostos gerais:

1. *O sistema nacional de saúde, em cada um dos seus níveis, é dirigido por um único órgão público, que resultou da integração de todos os diferentes prestadores de serviços e conta com a participação da comunidade.*⁴³
2. *Todos os indivíduos devem ter acesso aos serviços de prevenção, orientação e reabilitação, assim como aos de diagnóstico e tratamento, sem restrições financeiras ou de qualquer outra natureza.*⁴⁴

Estes dois pressupostos e a organização de serviços descentralizados que lhes correspondem mostram a necessidade de uma transformação profunda dos valores, mecanismos, estruturas e funções dos sistemas tradicionais de saúde. Para isso, não basta conhecer as normas e modelos; é indispensável fazer um planejamento estratégico que viabilize a mudança.

O *planejamento estratégico* objetiva conhecer, além das metas e recursos existentes, a estrutura de poder do setor saúde e definir como as mudanças propostas afetarão essa estrutura já consolidada.

Na medida em que a descentralização representa uma luta para que se mude a centralização existente, as estratégias a serem adotadas devem estar baseadas na contante evolução da correlação de forças. Para isto é necessário conhecer os diferentes atores que, com suas ações, recursos e mesmo sua inação podem favorecer ou dificultar o processo.

Na medida em que a descentralização é um meio e não um fim em si mesma, a primeira providência consiste em definir os objetivos e metas. Descentralizar para quê? Com que finalidade?

A resposta a estas perguntas indica o caráter da descentralização; se é mera reforma administrativa ou também se se trata de uma reforma sanitária para mudar a situação sanitária da população. Também indica a resposta à seguinte questão: a favor de quem se deslocará o poder?

As respostas a estas perguntas nos permitirão ter uma visão mais clara dos interesses que serão afetados pelo processo de descentralização. Em primeiro lugar, o processo opõe-se aos interesses de todos aqueles que se beneficiam com a existência de um sistema não-universal e que não deterá o controle da ação de seus vários

⁴³ Santos, op. cit.

⁴⁴ Novaes & Capote, op. cit.

componentes. Encontram-se nesse caso todos os produtores de serviços ou insumos que se beneficiam financeiramente da ausência de uma política de universalização da cobertura ou de controle de qualidade.

A principal base de apoio desse projeto de descentralização, supõe-se, serão todos aqueles que hoje em dia não têm acesso aos serviços ou o têm de forma insatisfatória. A dificuldade de acesso pode depender da inexistência dos serviços necessários, da seletividade do sistema, que só garante o direito de atenção a uma parcela da população ou do pagamento de taxas pela utilização dos serviços. As taxas, além de excluir a população mais necessitada, induzem à privatização geral dos serviços.

Todavia, a população não dará apoio decisivo a um projeto de descentralização que esteja voltado para os aspectos administrativos e não para a transformação da situação da saúde da comunidade. Da mesma maneira, não se pode esperar dela o apoio político requerido para a mudança das estruturas centralizadas, se não se conhece claramente os objetivos e os direitos que conquistará com esse processo. Assim, quando percebe sua participação como uma manipulação ou como mera utilização de mão-de-obra barata, além de manter restrições (financeiras e outras) ao exercício do direito à saúde, a população nega seu apoio ao projeto.

Outros atores que merecem ser destacados são aqueles cuja organização corporativa, altamente centralizada, demonstrou até agora sua eficácia com a representação de seus interesses particulares. Neste caso estão, em geral, frações da classe trabalhadora beneficiadas pela Previdência Social e também as organizações médicas. Ambas tendem a resistir ao projeto em razão da ameaça que representa para benefícios já alcançados. Para obtenção do apoio dessas categorias, é necessário oferecer garantias seguras de que não serão prejudicadas. As recentes crises das instituições da Previdência Social favorecem o processo de negociação de uma política universal de saúde.

Os profissionais de saúde podem resistir a um projeto que não leve em conta fatores como carreira, salários, treinamento, etc. Como sabemos, os sistemas de saúde têm muitos problemas no que se refere a pessoal: o ingresso muitas vezes não se faz por competência, mas por relações clientelistas: não há planos de carreira; os salários tradicionalmente baixos foram degradados nos anos recentes, etc. Para fazer frente a isto os profissionais procuram manter múltiplos vínculos com as diferentes instituições do sistema fragmentado. A unificação, integração ou coordenação das instituições implica uma mudança das situações funcionais que deverão ser bem analisadas e negociadas: isonomia salarial, planos de carreira, possibilidade de exercício da profissão em tempo integral, ainda que seja só geográfico (isto é, os diversos vínculos podem ser cumpridos em uma mesma instituição).

O que é certo é que todas as mudanças profundas no setor saúde tiveram que enfrentar muitos problemas, especialmente em relação aos médicos. Mas também é certo que se não se consegue obter sua solidariedade, o projeto pode fracassar. A universidade, enquanto formadora de pessoal para o sistema de saúde, deve ser integrada ao projeto. Todavia, esta não é uma tarefa fácil, já que as universidades tendem a ser estruturadas de forma centralizadora.

Outro ator importante no desenvolvimento da descentralização é a burocracia. Como em qualquer grande projeto de mudança, a burocracia se sente ameaçada se não são muito claramente apresentados, discutidos e internalizados seus objetivos e estratégias. A inércia da burocracia em relação a um projeto de mudança, imposto pela cúpula, sem uma mobilização prévia, pode inviabilizar a transformação das estruturas e procedimentos.

Outros atores deverão ser considerados em cada caso, tais como os Partidos Políticos e as lideranças locais, etc. O que é certo é que um projeto de mudança tão amplo tem que ser acompanhado de uma intensa divulgação, capaz de mobilizar os apoios favoráveis à mudança. Igualmente deve ser flexível para criar espaços para mediação e negociações.

Desta maneira, as análises estratégicas podem ir traçando os caminhos do processo em cada realidade. A avaliação e a negociação são inerentes a este processo, mas os objetivos têm que ser claros e firmes. Estes não mudam, mas se adaptam às estratégias e trajetórias possíveis de viabilizá-los. Se, ao contrário, os objetivos forem reformulados em função das pressões, a proposta será descaracterizada, o que, por sua vez, implicará a perda de sua legitimidade política e a fragmentação de sua base de apoio.

Summary

The article deals with the analytical dimensions comprised within the scope of health service's decentralization. The writer comments, to start with, on the structural character of Latin American centralization, trying thus to identify obstacles to be probably faced by the present demand for decentralization felt in the regional sphere.

She goes further to establish positively that if the circumstantial factors inherent to the economic crisis and the process of democratization jointly contribute to indicate the necessity of decentralization of public policies, these very determinants come mutually into conflict as regards the limits and objectives of the proposal for decentralization, since the latter has its own set of problems, circumscribed to questions of distribution of power and to the definition of competence between different governmental spheres.

Starting from her examination of a specific bibliography, the author presents a list of prerequisites for a convenient development of the decentralization process, at the same time calling attention to a few evitable risks and underlining the necessity of a flexible decentralization project, to be gradually applied and susceptible of periodical revisions.

The organization of health services in Latin America is a subject exhaustively examined, its shows a certain definitive pattern, of which the more striking feature is a multiplicity of agencies and institutions acting in a disordinate manner, very often operating with duplicity of efforts.

The question defined as the goal guaranteeing "health for all in the year 2000" presents itself as a proposal of change in the actual and really chaotic situation prevailing in health services. It foresees the institution of national decentralized systems of health and the writer describes some forms for its implementation, pointing out that during the last decade such proposal has been object of serious analyses, in an attempt to avoid ordinary mistakes, partly due to the repeated choices coming from central "bases", always altering the original proposal.

The results from the establishment of national systems of health are a corollary of the impossibility to fragment the organic texture of its components, thus entailing the incapacity to accomplish previously fixed objectives and goals. The proposal for changing the condition of health of the population can not be seen as a mere alteration in the administrative framework.

The author ends by considering the role of planning, that she presents as fundamental in the strategic definition of decentralization, as well as in the phase of its implementation.

Anexo 1 – Entrevistas realizadas

1. Dr. Freddy Henrich, Representante do Clad.
2. Dr. Joaquim Arce, Ministro de Previsão Social e Saúde Pública.
3. Dr^a. Maria del Carmen Daroca, Assessora do Ministro de Previsão Social e Saúde Pública.
4. Lic. Milton Hoz de Vila, Consultor em Planejamento.
5. Dr. Nelson Ibañez; Lic. Vera Lucia Barba; Dr. Gonzalo Fernández. Consultores do Projeto Desenvolvimento Integrado de Saúde – Banco Mundial.
6. Jeannette Mercado e equipe, Coordenadora do Projeto Emso/MPC/Banco Mundial.
7. Juan Manuel Sotelo, Representante da OPS/OMS.
8. Julio Cesar Mallón, Presidente do Conselho Popular de Saúde Nacional.
9. Dr. Angel Valencia, Diretor-Geral de Saúde Pública.
10. Presidente do Colégio Médico da Bolívia.
11. Dr. Rolando Costa Arduz; Dr. Francisco de Urioste, Direção de Planejamento da Previdência Social.
12. Dr. José Guillermo Campos, Diretor de Ciência e Tecnologia, Ministério de Planejamento e Coordenação; Representante do Clad.
13. Dr. José Luis Galindo, Subsecretário de Assuntos Jurídicos e Administrativos/Ministério de Planejamento e Coordenação.
14. Dra. Rosário André, Coordenadora Técnica do Projeto de Desenvolvimento Integrado de Saúde – Banco Mundial.
15. Subdiretor de Saúde/Ministério da Previsão Social e Saúde Pública.
16. Lic. Ronald MacLean, Prefeitura Municipal de La Paz.
17. Unidade Sanitária de La Paz.

Anexo 2 – Documentos consultados

1. Constitución política del Estado.
2. MPSSP/Banco Mundial. Diagnóstico institucional referido a la capacidad de gestión del MPSSP. Consultora de Hospitales de Barcelona (Codeli). Coord. Josep Rocabado. Ago. 1988.
3. MPSSP. Estrategias para el desarrollo de las políticas de salud-1988.
4. D. S. Nº 21.364 – Reglamento de la Ley Financial.
5. MPSSP. Plan Trienal de Salud 1987-89.
6. MPSSP. Bases para la política de salud del Gobierno democrático y popular. Jul. 1983.
7. MPSSP. Ley Orgánica-1976.
8. MPSSP/OPS – Administración de servicios de salud. Assessores OPS: Lic. Eduardo Carrillo; Lic. Humberto Godoy. MPSSP/Banco Mundial. Proyecto de fortalecimiento y desarrollo institucional.
9. Análisis de fuentes y usos del gasto público en salud en Bolivia. Ana Luisa Viana; Vera Lucia Barba. Sept. 1988.

10. Propuesta de organización del Sistema Presupuestario. Ana Luisa Viana; Vera Lucia Barba. Sept. 1988.
11. Estudio dinámica interactiva población-institución. Ana Quiroga. Oct. 1988.
12. Propuesta de desarrollo estratégico. Dic. 1988.
13. Propuesta de readecuación estructural del MPSS. Dic. 1988.
14. Diagnóstico estratégico hospitalario. Dic. 1988. Dr. Javier Mejia; Dr. Fernando Lavadenz.
15. Participación Comunitario. Dic. 1988.
16. MPSSP. Descentralización y sistema nacional de salud. Mar. 1988.
17. MPSSP. Modelo de atención; Dirección general de salud.
18. MPSSP/Banco Mundial. Plan de fortalecimiento institucional y desarrollo de acciones preliminares a la implementación del proyecto. Feb. 1989.
19. MPSSP. Propuesta del sistema nacional de planeamiento y salud. Consultor: Lic. Milton Hoz de Vila.
20. MPSSP. Plan de Aceiones inmediatas-1986.
21. IBSS. Documentos sobre la salud en la seguridad social boliviana presentados en el Seminario-Taller en Cochabamba. Mayo 1988.
22. IBSS – Proyecto de cooperación técnica de salud y extensión de cobertura de la seguridad social. OPS/OMS/OIT. Nov. 1988.
23. Ministério de Planeamiento y coordinación. Tamaño del Sector Público en Bolivia. Ayala, V. H. & Guachalla, G. Oct. 1988.
24. Manifiesto Popular de Salud del II Congreso de Comités Populares de Salud del Departamento de Cochabamba. Mayo 1987.
25. Consejo Popular de Salud Nacional – II Congreso Nacional de Comités Populares de Salud. Conclusiones y recomendaciones. Feb. 1988.
26. Consejo Popular de Salud. Dep. La Paz, Guadernillo. n° 1 e n° 2.
27. The World Bank. Bolívia. Population, health and nutrition. Sector Memorandum. Deport. n° 6.965. Boliivia, Feb. 1988.
28. Banco Mundial. Relatorio sobre Desenvolvimento Económico. 1985-86. Naciones Unidas FGV. Rio de Janeiro.
29. Conferência realizada pelo candidato Gonzalo Sánchez de Lozada em 20 de janeiro de 1989, no Comité Cívico de Santa Cruz.
30. MPSSP. Processo de Descentralización de Salud en Bolivia (Ayuda Memoria).
31. Ley Orgánica de Municipalidades.
32. MPSSP. Projeto Nacional de Saúde, 1989.