

A NOB-2000 AQUELAS QUE TODOS SABEM QUE EXISTE, MAS, MUITOS AINDA NÃO VIRAM.

GILSON CARVALHO

Todos sabemos sobejamente que as NOBs por serem operacionais podem e devem ir mudando conforme muda a realidade. Não podemos, entretanto, deixar que as NOBs modifiquem, entrem em contradição e transgridam os fundamentos legais que lhe dão legitimidade.

Temo que esta NOB que aí está sendo gestada há vários meses deixe de ser 2000 e passe a 2001 com características de retrógrada e contrária à lei maior. Vou fazer apenas alguns comentários para suscitar o debate. O vetor das modificações parece-me mais anti-sus. Anti os princípios constitucionais da descentralização (não desconcentração, nem recentralização), da gestão única em cada esfera de governo, das ações e serviços de saúde sob a responsabilidade dos municípios (Art.30/VII CF), do planejamento ascendente com estabelecimento do que fazer de baixo para cima e não ao inverso, de autonomia das três esferas de governo sem perda do caráter federativo da república . Esta proposta de NOB se põe anti os muitos e pequenos avanços havidos no SUS nestes dez anos de sua implantação verdadeira.

.....

PARA QUE FIQUE ABSOLUTAMENTE CLARO, CONTINUO DEFENDENDO A REGIONALIZAÇÃO-HIERARQUIZAÇÃO COMO UM CAMINHO PARA MELHORAR A EFICÁCIA E EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE (HOJE REPRESENTADO COMO SUS).

DEFENDO ÊNFASE NA MUNICIPALIZAÇÃO COM REGIONALIZAÇÃO ASCENDENTE

.....

Varias versões desta NOB se sucederam sem, contudo abrir mão dos desvios constitucionais que têm na sua essência. Eu sintetizaria como desvios fundamentais desta NOB o seguinte:

- **A construção de um processo de regionalização de cima para baixo determinando micro e macro regiões e as condições de se chegar a ela e, pasmem, cada caso terá a avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde/MS. Congestionamento centralista.**
- **Foi, escamoteadamente, mantida nova divisão arbitrada e arbitrária. Até agora dois tipos de gestão: Municípios em gestão plena do básico e em gestão plena do sistema municipal. Na nova proposta: 1) Gestão Plena do Básico; 2) Gestão Plena do Básico Ampliada; 3) Gestão Plena do Sistema**

Municipal; 4) Município em Gestão Plena do Sistema com habilitação para município pólo de microrregião de saúde; 5) municípios capazes de atividades de média complexidade; 6) municípios com capacidade para serem pólo da média complexidade.

- Como nem todos os municípios podem ser pólos, e como atividades específicas estão ligadas aos municípios pólo, com certeza vários municípios que têm potencial para realizar estes procedimentos (do pólo) ficaram direta ou indiretamente cerceados de fazer-lo ou de receber o correspondente financeiro para tal.
- **Coloca que os Gestores Municipais poderão desempenhar funções referentes à organização dos serviços de Alta Complexidade.** É interessante a inversão do termo, pois, a base correta é que os Municípios devem desempenhar ações e serviços de saúde (CF30,VII) sem nenhuma limitação constitucional. A exceção que se pode abrir é dizer que os municípios poderão, excepcionalmente, por circunstâncias de porte ou de falta absoluta de condições técnicas, deixar de fazer os serviços de alta complexidade. A exceção é o não fazer e aí, se tem que ver, quem fará.
- A velha questão de qual seja o limite para um município estar em Gestão Plena do Sistema agravou-se. Foram colocadas mais barreiras de modo que municípios pequenos não poderão nunca entrar em gestão plena de seu sistema. Dúvida antiga, pois, a reivindicação de tantos quantos municípios pequenos que conheço são no sentido de que a eles seja atribuída sua cota financeira para o tamanho de sua competência. Isto possibilitaria a eles comprar serviços fora, em outro município, via gestor-gestor, e ele próprio negociar em condições de atendimento, valores etc. É claro e evidente que este teto não incluiria procedimentos de alta complexidade pois seria impraticável pela estatística assegurar a cada um o montante de recursos por risco. Para isto ainda o defensável é um “resseguro símile” que cobrisse os procedimentos menos comuns e mais dispendiosos. (Bem diferente do que é hoje ou pretende ser o FAEC.) Por exemplo um município pequeno que tivesse um cidadão dos seus numa UTI por trinta dias, ou submetido a um grande procedimento com prótese ortopédica, cardíaca ou outra, jamais teria condições de arcar com isto, o que caberia ao que denomino preliminarmente de “resseguro”.
- Um comentário final: entre as questões importantes a se mudar ou regulamentar realmente está o sistema de referência e contrarreferência não tão explícito nas NOBs anteriores. É necessária definição clara e recursos financeiros adequadamente alocados aos municípios pólo. Novamente estamos assistindo mais um modismo que são as microrregiões, macrorregiões etc. Logo sairão livros teorizando tudo sobre estas micro e macro regiões, com citações gregas, latinas, inglesas, italianas e francesas.

Já assisti a estes modismos como a Municipalização, a Distritalização e outros. Teóricos e radicais começam a atribuir virtudes e vantagens a um determinado termo (micro, macro, municipalização, distritalização) indo muito além do que significam nominal, política e tecnicamente. Todos eles dizem respeito apenas a um sistema regionalizado um dos aspectos do SUS, baseado na descentralização como caminho (não fim, não objeto principal, não como panacéia, não como denominação sacralizada de um novo modelo de per si.) O novo modelo é o SUS que defende inovações gerenciais, assistenciais, de rh e outros tantos. Dizer que a micro-macro tem algum atributo além de gerência hierarquizada e regionalizada é invencionismo. Não sou contra estes termos. Sou contra seu endeusamento, seu uso errado, a expansão de seus significados além do que significam.

- Nas primeiras redações de proposta desta NOB 2000 falava-se em fazer contrato de gestão entre as esferas de governo, contrariando o espírito e preceito constitucional. Ao se apertarem os autores disseram que era o bode na sala da história... e riram. Agora acabo de ver o bode inteiro pois recebi pelo fax minutas de TERMOS DE COMPROMISSO ENTRE MUNICÍPIOS E ESTADOS FORMALIZANDO A CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS OFERTADOS E OUTRO VISANDO A GARANTIA DE ACESSO DA POPULAÇÃO REFERENCIADA POR OUTROS MUNICÍPIOS. Fiquei pasmo... o bode veio como bode mesmo, mas camuflado com peninhas da pomba da paz. Vi-me há 12 anos atrás quando assinávamos convênios SUDS com os Estados depois os termos de reti-rati!

- **PARA QUE FIQUE ABSOLUTAMENTE CLARO, CONTINUO DEFENDENDO A REGIONALIZAÇÃO-HIERARQUIZAÇÃO COMO UM CAMINHO PARA MELHORAR A EFICÁCIA E EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE (HOJE REPRESENTADO COMO SUS).**

DEFENDO ÊNFASE NA MUNICIPALIZAÇÃO COM REGIONALIZAÇÃO ASCENDENTE.

MUNICÍPIO É UMA ESFERA DE GOVERNO REAL, PALPÁVEL, CONSTITUCIONAL, COM EXECUTIVO, LEGISLATIVO, CONSELHO. E, NO SUS, UNGIDA COM A COMPETÊNCIA DE FAZER AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (CF30,VII). FALO ISTO E ESCREVO HÁ ANOS. NÃO PODEMOS CORRER O RISCO DE TER UM SISTEMA DE SAÚDE, EM SUA PONTA EFETORA, CENTRADO EM MICRO-MACRO-DISTRITO QUE NÃO SÃO INSTÂNCIAS E ESFERAS DE GOVERNO. SÃO ÁREAS DE DIVISÃO ADMINISTRATIVA DOS ESTADOS, SOB SUA INFLUÊNCIA DIRETA, MUITAS VEZES DIVIDIDA ENTRE PARLAMENTARES ALIADOS ETC. NÃO PODEMOS DEIXAR POR CONTA DA INSTÂNCIA ESTADUAL O COMANDO INDIRETO DA SAÚDE. HOJE MESMO, SEM

ISTO, GRANDE PARTE DOS ESTADOS DOMINAM, CONDUZEM E MANIPULAM AS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITES FAVORECENDO OS ALIADOS E AMIGOS E PREJUDICANDO OS OPOSITORES. IMAGINEM QUANDO TODO O SISTEMA DE SAÚDE ESTIVER ALICERÇADO EM INSTÂNCIAS REGIONAIS ANCORADOS NAS DIVISÕES ADMINISTRATIVAS ESTADUAIS! SOPA NO MEL! REENGOLE-SE O SUS E VOLTAMOS AO SUDS???!!! SERÁ A SUDEIZAÇÃO DO SUS.

REGIONALIZAÇÃO ENCABEÇADA, LIDERADA, CHEFIADA PELOS MUNICÍPIOS COM DIREÇÃO COLEGIADA É A ÚNICA MANEIRA CORRETA DE SE FAZER QUALQUER REGIONALIZAÇÃO MICRO-MACRO-DISTRITAL, COM A "COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA DA UNIÃO E DOS ESTADOS"(CF30,VII)

Continuo defendendo uma NOB-2001 que consolide o passado e melhore o futuro. Hoje temos inúmeras questões mal definidas como esta da regionalização ascendente, de recursos humanos, de referência e contrareferência intermunicipal e estadual, de disciplinamento do controle e avaliação, da humanização, do protocolo de condutas e rotinas etc. etc. Qualquer nova NOB tem que passar primeiro pelo crivo dos princípios pétreos do SUS : universalidade, equidade, integralidade, intersetorialidade, descentralização, gestão única em cada esfera de governo, participação, financiamento triparte e outros. Nenhuma Norma Operacional circular ou instrução normativa pode passar por cima da constituição e da legislação infraconstitucional, prática corriqueira do Ministério da Saúde.

.....

Concluindo:

- 1) **Pasmo ao imaginar que ninguém esteja atinando com o que está acontecendo. Está havendo um loteamento do SUS onde o Ministério da Saúde vai ficar com a alta complexidade, os estados com a média e os municípios com o básico: basal, mini-ampliado, midi-ampliado e pleni-ampliado!!! Não adiantam reuniões onde não se ouvem contrapontos. Segundo um amigo meu: ou não ouvem, ou ouvem... mas, não escutam; se escutam... não implementam.**
- 2) **Está cheio de gente progressista que ao ouvir que o MS faz uma proposta de regionalização e hierarquização bate palmas e tece loas. Somos todos a favor da regionalização e hierarquização. O que faz a diferença é saber qual o modelo que se está pretendendo para esta descentralização. Não podemos cair noutra da PEC... continuou-se defendendo o que nem era mais a PEC da saúde e que estava longe**

longe do que pretendíamos. Querem a regionalização centralista e queremos a regionalização de base municipalista e ascendente

- 3) **Desaconselho que se tome qualquer decisão em relação à regionalização neste momento. Só pode ser oportunismo querer decidir alguma coisa de importância tão transcendental neste momento de fim dos governos municipais. Qualquer decisão só deve amadurecer ouvindo os novos gestores e pelo menos no segundo trimestre de 2001.**

- 4) **Não quero fazer julgamentos temerários mas pergunto-me se tudo isto não está servindo para mascarar o grande problema da referência que é a falta de dinheiro suficiente para garanti-la para si, quanto mais para os outros municípios vizinhos? Não se esqueçam que hoje (no ano 2000) os recursos federais para a saúde representam US\$ 66 per capita e no Governo Itamar tivemos US\$67 e no Governo Sarney US\$80. Aumento nominal do real não significa aumento real do dinheiro destinado à saúde.**