

Os municípios, no Brasil, de modo geral tiveram sua formação e desenvolvimento por via "extrínseca", isto é, através da ação tradicionalmente paternalista, clientelista e centralizadora do poder central, ao contrário da prática européia e americana neste sentido, na qual os municípios se originam por um processo de coesão social intrínseco. Explica-se desta forma o caráter distorcido e assimétrico da distribuição de recursos e de poder da nossa "federação", ao contrário do "federalismo municipalista" de outros países (1).

Algumas conseqüências destes processos autoritários e irracionais são que os municípios acabam por representar a parcela mais fraca e mais vulnerável da estrutura política. Assim, 60 por cento dos municípios brasileiros não chegam a 15.000 habitantes; 80 por cento não têm a mínima condição de tomar e honrar empréstimos externos; a distribuição tributária é a que se conhece, com aproximadamente 80, 17 e 3 por cento dos recursos destinados à União, Estados e municípios, respectivamente. É a confirmação da advertência bíblica: "De quem nada tem, mais ainda lhe será tirado" (2). Junta-se a isto o quadro das transferências de recursos por parte dos níveis superiores — processo altamente centralizado e restritivo — operacionalizado mediante administração convencional quase sempre "leonina", na qual o Município — esvaziado de poder decisório — cumpre decisões tecnocráticas alheias à sua realidade, embaraça-se com freqüência em um sem-número de liames burocráticos e vê seus Prefeitos melancolicamente transformados em "caixeiros-viajantes" a circular com sofreguidão pelas capitais dos Estados e mesmo em Brasília em busca de recursos minguados e pouco significativos em termos de impacto social. A esse respeito ressalte-se o desabafo de um Prefeito do interior de Minas Gerais: "Se soubesse que governar minha cidade era o mesmo que "rodar bolsinha" na Praça da Liberdade (logradouro onde se situa a sede do governo mineiro e parte das Secretarias de Estado), juro que não teria me candidatado".

POR QUE MUNICIPALIZAR?

Partamos do pressuposto que a saúde deve ser realmente "direito de todos e dever do Estado", conforme a nova Constituição — todos esperamos — venha a confirmar. Ora, haverá poder exer-

a organização dos serviços no sistema unificado e descentralizado de saúde — SUDS: a visão do município

FLÁVIO A. DE ANDRADE GOULART

Haverá poder exercido com a participação ou pelo menos a fiscalização mais direta dos cidadãos que o municipal? Respondendo a esta e outras questões afins, o autor defende a municipalização dos serviços de saúde e discute as formas e os pontos polêmicos para sua concretização.

cido com a participação ou pelo menos a fiscalização mais direta dos cidadãos e com maior compromisso em termos de distribuição de benefícios e custos sociais do que o poder municipal? Na maioria absoluta das cidades brasileiras o prefeito tem seu nome, endereço e telefone de conhecimento amplo por parte da população, que usa desta proximidade com uma freqüência que por certo chocaria os detentores de mandatos políticos e técnicos lotados nas ou-

"O município pode e deve assumir responsabilidades crescentes em várias áreas"

tras esferas do governo. Isso sem falar no Poder Legislativo Municipal, com atuação variável, todavia refletindo ainda assim mais de perto os interesses e contradições de uma realidade imediata em termos de tempo e espaço. E não se pode esquecer do verdadeiro poder alternativo que legitimamente é construído no país hoje tendo por base justamente (e mais uma vez) os municípios, constituído pelas associações comunitárias, sindicatos, entidades de profissionais, de minorias etc.

Por essas e outras razões é que defendemos que o município pode e deve as-

sumir responsabilidades crescentes, não só na área de saúde como em outras de interesse essencial para a população, desde que consideradas algumas condições, como por exemplo: uma política tributária condizente com as novas responsabilidades; o fim da legislação centralizadora, de modo a conferir maior autonomia política aos municípios; maior racionalidade e programas efetivos de apoio técnico e administrativo aos municípios; o fim da administração convencional ou por projetos; restrição legal aos interesses lucrativistas que, na área de saúde, encontram-se em franco conflito com quaisquer políticas centralizadoras. O importante, enfim, neste processo, aliás simultâneo com a consolidação da democracia no país, é municipalizar, mais do que os problemas, os recursos; mais que o atrelamento ao poder central, a autonomia política e administrativa. Nas palavras de Nelson Rodrigues Santos: "O município não deve ser mero repassador e signatário de convênios; não deve ser unidade administrativa terminal, esvaziada, mas sim unidade político-administrativa que assuma um projeto global político, econômico e social com influência decisória nos determinantes das políticas a serem implantadas a nível local" (1).

Aliás, a este respeito, a Exposição de Motivos número 31, de 10.7.87, dos ministros da Previdência e Assistência Social e da Saúde, que fundamentou o Decreto Presidencial número 94.657, de 20.7.87, que dispõe sobre a criação do

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – no país, é taxativa quando ‘propõem uma clara redefinição de atribuições dos três níveis federativos, dentro de princípios de solidariedade e complementaridade e da necessária redistribuição regional da renda no país’ (3).

Vale lembrar ainda uma certa confusão que se provoca com o enunciado das teses de municipalização, nas quais muitos vêem – eivados de intenções e interesses os mais variados – os perigos de se caminhar para um processo de reversão, onde se veria, longe da descentralização proposta, o aparecimento de condições problemáticas tais como a “prefeiturização” (não muito bem definida), o localismo restrito, o reforço da administração convenial, a pulverização de recursos e a exacerbação do clientelismo (do qual, diga-se de passagem, a nível municipal de governo não há monopólio no Brasil). É preciso ressaltar como resposta a tais críticas, algumas até pertinentes, que o conceito mais amplo de municipalização pressupõe uma forma de poder mediador que não engloba exclusivamente a figura do prefeito municipal ou de seus assessores. Poderíamos chamá-lo de poder local e dele tomariam parte não só a representação do Executivo, como também do Legislativo Municipal, das entidades organizadas da comunidade, de usuários, prestadores públicos e privados, associações profissionais de liberais e assalariados etc. Este poder local, como já acontece em muitos locais, teria a configuração de uma instância colegiada (CIMS, Conselho de Saúde etc.) coordenada pelo Executivo e com amplos poderes de programação, acompanhamento, assessoramento, fiscalização etc., inclusive quanto aos recursos financeiros envolvidos, independente de sua fonte.

O PAPEL DOS MUNICÍPIOS

A Exposição de Motivos MPAS/MS nº 31, já citada anteriormente, coloca claramente a necessidade de “um novo entendimento de federação, fundado na cooperação e na integração e não na competição e na dispersão e na compartimentalização das responsabilidades”. Cremos que deve ser este o pressuposto fundamental para se pensar o novo papel que certamente caberá aos municípios no país – ainda imaginário – da Democracia política e social plena. Contraditoriamente, entretanto, o texto do Decreto assinado pelo Presidente da República, em consonância aparente com as propostas de seus ministros, se refere

ao “Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados nos Estados” (grifo nosso) questão que, a nosso ver, escapa à simples alçada da semântica, visto que a fase de municipalização não fica delineada com clareza e já se tem visto, em termos institucionais, o surgimento de propostas estratégicas do tipo “primeiro estadualizar, depois municipalizar”. Opomo-nos com veemência a este tipo de colocação, não fosse pelas suas implicações centralizadoras evidentes, pelo menos pelo prejuízo que causarão a muitos municípios no Brasil – principalmente na faixa de médio ou grande porte – que possuem melhores condições que os próprios Estados de bancarem e assumirem a construção de um modelo assistencial distritalizado, hierarquizado, de acesso amplo à clientela, integrado, integralizado e resolutivo, além de condições efetivas de ser gerido colegiadamente com participação da população. Não caberia aos Estados, nesta questão, abrir mão de qualquer interferência direta e apenas intermediar – através da constituição de figura jurídica apropriada – a construção dos sistemas unificados e descentralizados a partir dos municípios que seriam efetivamente modelos dinâmicos para a Reforma Sanitária em curso?

Ainda o documento citado (E.M. MPAS/MS nº 31), em seu item 1.3, dispõe sobre o papel a ser atribuído aos municípios no SUDS. Não teríamos objeções frontais a fazer a quaisquer dos tópicos assinalados como atribuições dos municípios, fruto que são de um consenso que já vai se tornando histórico. É preciso se precaver, contudo, contra certos descompassos entre o que está explícito no texto e aquilo que a prática habitual das Instituições (sem deixar de considerar que elas estão em transição e mutação) promove efetivamente. Assim, por exemplo, é bom ressaltar alguns tópicos que se configuram como possíveis pontos polêmicos, resultado da “distância entre intenção e gesto” comentada acima:

– **Gestão, Coordenação, Controle e Avaliação:** isto pressupõe a municipalização real do poder decisório e o grau de abrangência do mesmo: sabe-se da insuficiência crônica do poder municipal, exaurido e esvaziado, bem como da rejeição de algumas instituições ao controle local, como é o caso do Inamps e das Universidades. Recentes discussões levadas à efeito entre o Ministério da Educação e os Hospitais Universitários do país parecem levar na direção de se aumentar a autonomia (será sinônimo de

não-integração?) dos hospitais, posição esta até certo ponto referenciada pelo documento preliminar emanado da Presidência do Inamps, intitulado “Reforma Sanitária” (4). Evidentemente não somos contra a autonomia, mas esperamos sinceramente que não aumente o já crônico distanciamento entre os serviços universitários mais especializados e as redes de atenção primária, distanciamento verificado até mesmo dentro das próprias Universidades, que carecem de uma política concreta de hierarquização de níveis de atenção.

– **Vigilância Epidemiológica e Saúde Ocupacional:** são dois grupos de atividades cuja descentralização seria, em princípio, recomendável. Mas é preciso prestar atenção em alguns percalços que podem estar presentes desde agora e ao longo dos processos de implantação e operacionalização das medidas. Assim, por exemplo: a tradição de atuação dos Serviços Estaduais de Saúde e do Ministério do Trabalho respectivamente nestas áreas, que tipo de repercussão institucional vai causar, ao nível destes órgãos? E a questão da qualificação técnica e do montante de recursos humanos para estas atividades sabidamente restritas no mercado e concentrados, embora deficitariamente, apenas nos organismos de nível central? No caso da saúde ocupacional, os pequenos municípios – e mesmo os médios e grandes – poderão ter dificuldades ponderáveis ao serem obrigados a intervir em empresas de grande porte.

– **Controle dos Convênios Privados:** as dificuldades nesta área são bem conhecidas e dispensariam maiores comentários. O próprio Inamps, com o grande poder de barganha de que está investido por ser o detentor da “chave do cofre”, atesta as dificuldades quase intransponíveis de se assinar os novos contratos de direito público com os hospitais privados. A questão é de cunho eminentemente político e sua resolução terá que passar sem sombra de dúvida por instâncias colegiadas onde a representação comunitária esteja presente e atuante. Um alerta: as Superintendências do Inamps – pelo menos em Minas Gerais – vêm mantendo contratos e assinaturas de convênios filantrópicos e até alterações de quotas de AIH sem consulta às Comissões Locais e Municipais – um mau começo para a medida preconizada no documento ministerial.

– **Política de Recursos Humanos:** há questões mais amplas, ao nível de Constituição e legislação ordinária, bem como no âmbito da própria política de fi-

nanciamento do setor a serem equacionadas, caso contrário restará muito pouco a ser assumido pelos municípios, persistindo as distorções atuais.

— **Sistema de Informação em Saúde:** fatores diversos de natureza institucional, econômica, tecnológica e até mesmo cultural têm impedido avanços neste setor. A gestão colegiada local, dotada de efetivo poder decisório, poderia capitanear um melhor equacionamento para a questão. Não é demais lembrar que a política de informação em saúde deve, necessariamente, estar articulada à proposta de controle social dos serviços, de modo a evitar os componentes tecnocráticos e não-finalísticos bem como a falta de transparência que costuma envolver os sistemas de informação em saúde.

EM BUSCA DO MODELO ASSISTENCIAL

Os vícios já citados em relação à formação e desenvolvimento dos municípios brasileiros afetam de igual forma a maneira como os serviços de saúde se organizam localmente, ou seja, com atendimento não-universalizado, não-integralidade dos cuidados, baixa resolutividade, grande capacidade ociosa, descoordenação administrativa, centralização decisória, ausência de controle so-

“A proposta de “pagamento por metas” não elimina o que é essencialmente distorcido pelo sistema atual”

cial. É preciso, pois, superar este autêntico “anti-modelo” através de propostas concretas que levem em conta a realidade institucional e epidemiológica local, e que passem por um processo amplo de discussão junto aos setores organizados da comunidade. No caso dos municípios, onde haverá sucessão já no ano de 1988, torna-se fundamental que este trabalho venha a transcorrer a curtíssimo prazo, fundamentalmente a partir da realidade local e, sempre que possível, contando com a participação de técnicos organicamente vinculados ao sistema local. Com relação a este trabalho de elaboração e discussão ampla de “Modelos Assistenciais”, peça estratégica fundamental para implantar ou garantir a continuidade de sistemas locais de saú-

de realmente efetivos, vale transcrever um trecho do trabalho de Eugênio V. Mendes:

“Por modelos assistenciais se quer dar a entender as formas como se organizam, em determinados espaços populacionais, os serviços de saúde, incluindo diferentes unidades prestadas de diversas complexidades tecnológicas — e as relações que se estabelecem dentro delas e entre elas.

(...) É por isso que se torna necessário ir trabalhando, desde já, e aproveitando os espaços políticos, jurídicos e institucionais que se apresentam no regime de transição democrática, ao nível micro-social, no sentido da construção, **de baixo para cima** (grifo nosso) de modelos assistenciais que incorporem, gradualmente, nas suas concretudes a doutrina e os princípios reorientadores de um novo Sistema Nacional de Saúde” (5).

PERCALÇOS E LIMITAÇÕES DO PRESENTE

A Reforma Sanitária e sua etapa estratégica, que é a criação do SUDS, já se mostra esboçada a partir de um sem-número de medidas técnicas e políticas já vigentes no sistema de saúde do país. É em relação a alguns destes processos em curso — incipientes ou não — que gostaríamos de apontar certos fatores que têm se colocado como obstáculos, no sentido de que se obtenha sua superação para que realmente se proceda a uma avaliação adequada de cada um deles, de modo a balizar e delinear de maneira mais objetiva o Sistema Unificado e Descentralizado que se pretende. Os comentários abaixo não apresentam necessariamente negações a priori e nem compõem o que poder-se-ia chamar de uma listagem exaustiva:

— **Relações de compra e venda:** impõe-se sua superação a curto prazo. A proposta de “pagamento por metas” não elimina o que é essencialmente distorcido no sistema atual, ou seja, a compra e venda de serviços. A proposta de co-gestão financeira colocada pelo Inamps e já vigente em alguns Estados e municípios precisa ser melhor explicitada e difundida pelo órgão.

— **Gestão Colegiada:** é flagrante a “assimetria” decisória das Comissões, bem como a necessidade de se ter mecanismos mais rígidos de condução de suas discussões, calendários etc. A participação efetiva da comunidade nestas Co-

missões ainda é exceção no país. Sem risco de exagero, pode-se dizer que o processo de gestão colegiada ainda possui forte tendência para ser setorial, restrito em termos de poder decisório, não-autônomo e não-democratizado. Estes atributos negativos precisam ser superados com urgência.

— **Porte dos municípios X descentralização:** trata-se de argumento usado com frequência, o de que a maioria dos municípios — pelo pequeno porte e escassez de recursos — não tem condições de assumir quaisquer encargos na área de saúde ou outras áreas. Trata-se claramente de uma visão imobilista e imobilizadora, porquanto a municipalização pressupõe processos bastante mais amplos do que a simples transferência de encargos. De qualquer forma, em termos táticos e enquanto não se viabilizam mudanças palpáveis na política tributária e não se definem os novos papéis das unidades da federação na nova Constituição, é importante pensar em municipalização em termos de certo gradualismo, em alguma hierarquia que contemple inicialmente os municípios que tenham implantados sistemas locais de saúde efetivos ou que tenham condições de fazê-lo, independente do porte.

— **Referência e Contra-Referência:** de modo geral trata-se de questão mal resolvida dentro do sistema de saúde como um todo. A inclusão dos hospitais filantrópicos nas AIS terá representado um passo importante, mas o acompanhamento dos convênios deve ser entregue às Comissões Locais, com autonomia de fiscalização, o mais depressa possível. Da mesma forma, os hospitais universitários precisam ser realmente integrados aos sistemas local e regional de saúde, assumindo o papel essencial de órgãos de referência do sistema e garantindo simultaneamente a contra-referência. O convênio vigente entre Inamps e MEC deve assegurar o cumprimento desta atribuição específica dos serviços universitários. Uma maior autonomia dos órgãos colegiados locais e regionais seria importante no sentido de se definir e agilizar localmente a busca de alternativas visando o equacionamento do problema, inclusive contratos ou credenciamentos diretos com produtores privados, de caráter temporário (6).

— **Participação e jogo de interesses:** a questão do jogo de interesses na saúde é evidente e componente natural do processo democrático. Não pode ser simplesmente negado ou de alguma forma

“contornado” pelo distanciamento das instituições. Há que se analisar detalhadamente, em relação a cada realidade local e momento histórico, a participação de fatores diversos e conflitantes como partidos políticos, interesses eleitorais, interesses corporativos (com suas vertentes liberal e assalariada, muitas vezes imbricadas), grupos organizados da população, de tecnocracia estatal etc. A inclusão destes setores nas comissões colegiadas certamente gerará conflitos e dificuldades importantes, que deverão ser trabalhados politicamente, mas que certamente irão conferir maior legitimidade às decisões tomadas. É preciso se ter bem claro a questão da simetria da representação, considerando que alguns grupos mais organizados e poderosos em termos financeiros e de acesso a meios de comunicação — como é o caso dos prestadores privados — poderão manipular decisões dentro das Comissões. O processo de elaboração e discussão do Modelo Assistencial poderá servir de eixo aglutinador para que haja participação real e democratizada dos diversos interesses em jogo.

— **Política de Recursos Humanos:** estamos convencidos que esta é a questão primordial da organização do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. E parece que os avanços não têm sido grandes nesta área hoje, visto as recentes greves ocorridas no setor público, algumas delas resolvidas em caráter muito precário. Os interesses corporativos, embora legítimos em relação a muitos itens genéricos, costumam caminhar irracionalmente em questões específicas, negando ou propondo retrocesso em avanços obtidos a duras penas. De qualquer forma, preocupa a maneira vaga como a atribuição dos municípios ficou declarada na Exposição de Motivos nº 31, já citada, já que a existência de um “Plano Municipal de Recursos Humanos” irá depender fundamentalmente de requisitos externos ao poder de decisão dos municípios (Constituinte, Legislação Trabalhista, política de financiamento etc.).

— **Treinamento gerencial:** é notória a escassez de técnicos qualificados para a gerência, mesmo no atual sistema. Há que se considerar o desafio da implantação do SUDS em larga escala, com a conseqüente necessidade quantitativa e qualitativa de profissionais desta área, para atuar nos diversos níveis do sistema. Não deixa de ser alvissareira a iniciativa da CIPLAN — juntamente com outras instituições — de promover cursos

de capacitação gerencial para a Reforma Sanitária. Esperamos que tal processo tenha continuidade bem como ocorra participação crescente de técnicos dos sistemas locais nos referidos cursos.

— **Programação Integrada: discurso X prática:** esta questão foi analisada de maneira profundamente crítica em documento recente da Secretaria Técnica da CIPLAN (7), o qual deixa bem claro que embora certos avanços tenham sido obtidos, ainda restam medidas importantes a serem implementadas e garantidas. Assim, reforçaríamos as conclusões do estudo em sua totalidade, enfatizando especialmente que seja evitada a necessidade de projetos e instrumentos jurídicos em separado dentro da programação; o fortalecimento e a dinamização e o estreitamento dos contatos entre as instâncias gestoras dos três níveis político-administrativos; o fortalecimento das Secretarias técnicas dos colegiados; maior flexibilidade e agilização dos processos compartilhados da elaboração e acompanhamento da POI. Só desta maneira a Programação/Orçamentação Integrada se consolidará como instrumento realmente unificado de gestão, programação e acompanhamento, regulando toda a relação entre instituições e níveis envolvidos, como pretende o documento citado.

— **Entraves burocráticos:** lamentavelmente continuam a existir — particularmente no Inamps e nas Secretarias de Estado da Saúde. Os repasses financeiros continuam a ter o atraso como regra, as informações circulam com muita dificuldade entre os órgãos centrais e intermediários das duas instituições citadas, não há responsabilidades definidas dentro dos órgãos a respeito das AIS e, para agravar agora o quadro, em alguns Estados as CIS estão pouco ativas ou funcionam como instâncias paralelas às instituições que na verdade são seus componentes.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SANTOS, N.R. "O Município e a Saúde". Campinas, 1986. 2. Evangelho Segundo SÃO MATEUS. 25:29 "Parábola dos Talentos". 3. MPAS/MS: Exposição de Motivos nº 31. 10/7/87, Brasília. 4. INAMPS: "Reforma Sanitária" — Documento Preliminar.

Rio de Janeiro, 1987. 5. MENDES, E.V. "Modelos Assistenciais". Xerocópia. Brasília, maio de 1986. 6. GOULART, F.A. "Distritalização Sanitária: Proposta da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia". Xerocópia. Uberlândia,

dezembro de 1986. 7. CIPLAN. "Proposições da Secretaria Técnica para o aperfeiçoamento do POI para 1988 e para a sistematização do acompanhamento e avaliação". Brasília, julho de 1987.

Flávio A. de Andrade Goulart é Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia-MG, presidente do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais — COSEMS/MG e vice-presidente do CONASENS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.