

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Estudos Sociais Aplicados
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

Descentralização: a municipalização da saúde.

Alcenir Rodrigues de Oliveira

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Estudos Sociais Aplicados
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

Título:

Descentralização: a municipalização da saúde.

Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Administração
- Faculdade de Estudos Sociais Aplicados da Universidade de Brasília.

Por

Alcenir Rodrigues de Oliveira

Brasília, 1997.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Estudos Sociais Aplicados
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Administração - Faculdade de Estudos Sociais Aplicados - da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre.

Descentralização: a municipalização da saúde

Alcenir Rodrigues de Oliveira

Brasília, 4 de março de 1997

Aprovada por: _____

Professor Gilberto Tristão

(Professor Orientador)

Professor João Paulo M. Peixoto

(Membro da banca examinadora)

Professor Geraldo Sardinha Almeida

(Membro da banca examinadora)

Professor Aldery Silveira Júnior

(Membro da banca examinadora)

Dedico

À minha mulher, Míria Ângela, que me deu apoio e incentivo e, sobretudo, soube aceitar e relevar com paciência e carinho as vezes que a fiz privar-se de minha presença;

A meus filhos, Thiago Lucas e Pedro Henrique, que souberam entender as vezes que não pude estar presente quando lhes era tão necessário que eu estivesse por perto;

A meus pais, que não tiveram as mesmas oportunidades mas lutaram para que seus filhos pudessem alcançar o que não lhes foi possível na vida;

Àqueles que são privados até mesmo do remédio básico para a saúde, a alimentação, por estarem à margem da sociedade, sem terra, sem teto, sem emprego, sem renda, sem horizontes. Vivem de migalhas, esmolas ou sobras, gerando filhos que darão continuidade à mesma miséria que cultivaram pela vida afora até que haja a conscientização de que as ações primárias da saúde não estão apenas nos hospitais, nos postos de saúde, nem tampouco que sejam responsabilidade do SUS unicamente, mas que devem começar pela erradicação da miséria, geração de emprego e renda e preparação dessa população para andar com as próprias pernas, pescar seu próprio peixe, através de um sistema de educação que os reintegre à sociedade como cidadãos dignos e úteis;

À Deus, acima de tudo, que permitiu minha caminhada até concluir esta etapa.

Agradecimentos

Ao Professor Gilberto Tristão, meu orientador, a quem devo os melhores conselhos e a mais calorosa assistência para que meu barco não naufragasse mas viesse a aportar com segurança no seu destino final;

Ao Professor Adriel Rodrigues de Oliveira, da Universidade Federal de Viçosa, que fez-me ver a relevância do tema e a importância de abordar uma questão social tão ampla, tão ligada às necessidades da população;

Ao Sr. Roberto Brandt, diretor do núcleo de planejamento da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, pela sua disposição em fornecer as informações que se buscava;

Ao Dr. José Teixeira, Secretário Municipal de Saúde de Luziânia, pela cordialidade com que se dispôs a falar sobre os trabalhos de sua secretaria;

Ao Dr. Carlos Alberto, Diretor de Ações Básicas da Secretaria de Saúde do Município de Luziânia, pelas lições de sanitário, epidemiologia e planejamento, que não são apenas informações úteis, mas subsídios para fazer acreditar que tem consciência de estar fazendo um trabalho de grande significado e contribuição para melhorar a qualidade de vida de parte da sofrida população brasileira.

“Sabemos cada vez mais por que os indivíduos desenvolvem doenças específicas, mas ainda entendemos pouco os motivos pelos quais as doenças existem.

“O grande mistério da medicina é a presença, em uma máquina primorosamente estruturada, do que parecem ser falhas, fragilidades e mecanismos paliativos que dão origem à maioria das doenças.

“As estruturas mais simples do organismo revelam desenhos primorosos que nenhuma criação humana consegue igualar.

“O desenho de nosso corpo é, ao mesmo tempo, extraordinariamente preciso e inacreditavelmente desleixado.

“Até nosso comportamento e nossas emoções parecem ter sido projetados por um moleque brincalhão.

“É como se os melhores engenheiros do universo tivessem tirado o sétimo dia de folga e passado o trabalho a amadores cheios de si.

“Ao contrário, ... o organismo é um conjunto de cuidadosos ajustes.”

(NESSE: 1997)

“Criou Deus, pois, o homem à sua imagem, à imagem de Deus o criou; homem e mulher os criou. E Deus os abençoou e lhes disse: sede fecundos, multiplicai-vos, enchei a terra e *sujeitai-a*.”

Gênesis 1: 27-28.

Anexos	Página
Anexo 1 - Dificuldades na área da saúde	100
Anexo 2 - Principal causa de mortalidade geral	102
Anexo 3 - Principal causa de mortalidade infantil	104
Anexo 4 - A razão pela qual o serviço de saúde do município ainda não foi municipalizado	105
Anexo 5 - Os maiores obstáculos à municipalização da saúde	106
Anexo 6 - Obstáculo político à municipalização da saúde	108
Anexo 7 - Dificuldades do serviço de saúde no município	110
Anexo 8 - Dificuldades com o SUS	112
Anexo 9 - Entrevista na Secretaria de Saúde do Distrito Federal	113
Anexo 10 - Entrevista na Secretaria de Saúde de Cristalina	125
Anexo 11 - Entrevista com o Prefeito de Cristalina	137
Anexo 12 - Entrevista na Secretaria de Saúde de Abadiânia	142
Anexo 13 - Entrevista na Secretaria de Saúde de Alexânia	149
Anexo 14 - Entrevista na Secretaria de Saúde de Luziânia	158
Anexo 15 - Entrevista com o diretor de ações básicas de Luziânia	171
Anexo 16 - Questionário submetido aos participantes da X Conferência Nacional de Saúde	181
Anexo 17 - Detalhamento dos objetivos das questões da pesquisa	183
Anexo 18 - Artigos 29 a 31 da Constituição federal sobre a lei orgânica, competência e fiscalização dos municípios	185
Anexo 19 - Artigos 196 a 200 da Constituição Federal sobre a saúde	188

Tabelas	Página
Tabela 1 - Representantes à X Conferência Nacional da Saúde	69
Tabela 2 - Principais dificuldades dos municípios na área da saúde.....	70
Tabela 3 - Principal causa de mortalidade geral	71
Tabela 4 - As causas externas entre as causas de mortalidade	72
Tabela 5 - Principal causa de mortalidade infantil	72
Tabela 6 - O serviço de saúde municipalizado ou não	73
Tabela 7 - Relação de afirmações sobre a municipalização dos serviços de saúde de por ano de 1986 a 1996	73
Tabela 8 - Cidades com serviços de saúde municipalizados por unidades da federação	74
Tabela 9 - Os maiores obstáculos à municipalização da saúde	75
Tabela 10 - Obstáculo político à municipalização da saúde	76
Tabela 11 - Conselho Municipal de Saúde: resolutivo, dificultador ou não faz diferença	76
Tabela 12 - Assistência à saúde após a municipalização: mais resolutiva, menos resolutiva ou não fez diferença	77
Tabela 13 - A mortalidade geral após a municipalização: diminuiu, aumentou, manteve-se ou não há dados	77
Tabela 14 - A mortalidade infantil após a municipalização: diminuiu, aumentou, manteve-se ou não há dados	77
Tabela 15 - A procura pelos hospitais após a municipalização: diminuiu, aumentou, manteve-se ou não há dados	77
Tabela 16 - O serviço de saúde é mais resolutivo quando é: mais preventivo, mais curativo, igualmente curativo e pre- ventivo ou apenas curativo	77
Tabela 17 - Dificuldades na área da saúde	79
Tabela 18 - Principal causa de doenças	79
Tabela 19 - Dificuldades com o SUS	80

Sumário	Página
Resumo	i
Abstract	ii
Introdução	01
1. Revisão de Literatura	08
1.1. Municipalismo e Municipalização	08
1.2. O Municipalismo	09
1.2.1. A constituição e organização do município	10
1.2.2. Abordagem histórica do município	12
1.2.3. O municipalismo e a monarquia portuguesa	13
1.2.4. O município no Brasil Colônia	14
1.2.5. O município no império	15
1.2.6. O município no período republicano	18
a) Na Constituição de 1891	18
b) Na Constituição de 1934	19
c) Na Constituição de 1937	19
d) Na Constituição de 1946	20
e) Na Constituição de 1967	21
f) Na Constituição de 1988	22
1.3. Centralização e descentralização	22
1.3.1. Abordagem conceitual de centralização e descentralização	23
1.3.2. Descentralização administrativa ou política	27
1.4. Saúde pública e controle social	31
1.4.1. A doença	32
1.4.2. A saúde pública na história	34
1.5. A organização dos serviços de saúde	38
1.5.1. Política de saúde	40
1.5.2. O sistema de saúde	43
1.5.3. SUS - Sistema Único de Saúde	44
1.5.4. O Conselho Municipal de Saúde	48

1.5.5. Implantação do processo de municipalização da saúde	49
2. Metodologia	51
2.1. População	51
2.2. Amostra	51
2.3. Objetivos	51
2.4. Hipóteses	52
2.4.1. Hipótese principal - Ho	52
2.4.2. Hipóteses secundárias	53
a) Obstáculo político	53
b) Obstáculo gerencial ou administrativo	53
c) Obstáculo financeiro	53
2.4.3. H1	54
2.5. Coleta de dados	54
2.5.1. A pesquisa	54
3. Análise e comentários sobre as entrevistas	55
3.1. Entrevista na Secretaria de Saúde do DF	55
3.1.1. Os principais problemas	55
a) O acesso ao serviço de saúde	55
b) A resolutividade da rede de serviços	56
c) Os recursos humanos	56
3.1.2. Os resultados	56
3.1.3. O controle social previsto na descentralização	57
3.1.4. Brasília e a clientela flutuante	57
3.1.5. A profilaxia no DF	58
3.1.6. As maiores dificuldades	58
3.1.7. O planejamento na Secretaria de Saúde do DF	58
3.2. Entrevista na Secretaria de Saúde de Cristalina	59
3.2.1. A maior dificuldade	59
3.2.2. O planejamento das atividades	59
3.2.3. A profilaxia em Cristalina	59
3.2.4. O maior problema	59

3.2.5. O Conselho Municipal de Saúde	59
3.2.6. O êxodo rural	60
3.2.7. A migração de demanda	60
3.2.8. A intersetorialidade	60
3.2.9. Os consórcios	60
3.3. Entrevista com o prefeito de Cristalina, Goiás	60
3.4. Entrevista na Secretaria de Saúde de Alexânia, Goiás.....	61
3.5. Entrevista na Secretaria de Saúde de Abadiânia, Goiás	62
3.6. Entrevista com o Secretário de Saúde de Luziânia, Goiás	63
3.7. Entrevista com o Diretor de Ações Básicas de Luziânia, Goiás	64
3.7.1. A construção do perfil epidemiológico	64
3.7.2. A intersetorialidade	65
3.7.3. O plano de saúde	65
3.7.4. A profilaxia	65
3.7.5. Um modelo de municipalização de saúde	66
4. Análise e interpretação dos dados	67
3.1. Perfil da amostra.....	67
3.2. Dados básicos da questão da saúde	70
3.3. Avaliação do processo de municipalização da saúde	76
5. Conclusões e recomendações	81
5.1. O processo de municipalização a partir do SUS	85
5.2. O processo de municipalização em nível local	87
5.3. Conclusão	93
6. Bibliografia	97
7. Anexos	100

Este estudo procura fazer uma análise de todos os aspectos relevantes que envolvem a descentralização, especificamente a municipalização dos serviços de saúde no Brasil. Procura apontar as dificuldades e obstáculos que se antepõem à sua implantação e desenvolvimento, com o objetivo, ademais, de verificar se os resultados são positivos.

Foi desenvolvida uma abordagem diagnóstica histórica da questão municipal em relação ao governo central, tendo sido mostrado que o municipalismo, desde as épocas mais remotas de antes do período cristão, já ocupava lugar na administração pública. O seu desenvolvimento apresenta aspectos ora pendentes para uma maior autonomia, ora pendentes para uma maior dependência do governo central.

A descentralização dos serviços públicos foi uma bandeira de luta dos municipalistas, desde o período colonial, havendo sempre grande oscilação entre a conquista e a perda de autonomia dos municípios. Crê-se mesmo que só a partir da Nova República e da Constituição de 1988 a órbita municipal adquire a autonomia nos níveis desejados.

Há circunstâncias em que a descentralização não reflete senão um interesse do governo central, procurando aliviar-se quando se vê sobrecarregado. Ou, por outro lado, a centralização, quando acontece, resulta da preocupação com a possível perda de poder.

O centralismo das ações públicas do governo brasileiro teve como conseqüência a elaboração de diretrizes na capital federal para aplicação a todos os Municípios, sem levar em conta suas características próprias, reduzando no que se denomina uniformismo das políticas públicas.

A descentralização dos serviços de saúde que ora se promove, pela abertura à participação comunitária através do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e por priorizar um serviço que privilegia a profilaxia, possibilita evitar o retorno ao uniformismo dos sistemas centralizados anteriores.

A municipalização da saúde, por envolver um universo muito amplo, leva à identificação das carências mais comuns à gestão dos serviços nos municípios de forma geral. Assim, este estudo procura mostrar alguns aspectos sobre os quais se deve procurar reunir “feedback” suficiente para operar as correções necessárias.

This work examines the most important aspect of the municipalization of health care in Brazil, trying to show the difficulties and obstacles faced through its initialization and development, also aiming at bringing about what is coming out as result of the process so that one could assure that efficiency, efficacy and effectively is being reached.

An approach was made exploring the way municipalism was developed through history concerning the relationship of the local with the central government, showing that for long time, even before the Christian period, it has had its place in the public administration. Its development shows that sometime it has more autonomy, others it has to be more dependent of the central government.

The more independence of decision making of local government about managing their own public services has its controversy through history. There are circumstances at which the decentralization do not show but the interest of the central government. It means the need to get free from the burden of responsibility when it is too heavy. On the other hand, the centralization is promoted to avoid the possibility of losing power. Even though, since the colonialism the municipalists have fought for it, it has been oscillating between the conquest and loss of autonomy of the local government. It is accepted that only at the New Republic which takes place after the military ruling government, and within the Constitution of 1988, real autonomy is given to the municipalities at the desired level.

The centralism of public policies of the Brazilian government made the way for the existence of rules concerning all the local governments without taking into consideration their own characteristics, ending up with a uniform public policy.

The decentralization of health care services which is being practiced make it possible to avoid the uniformity like the actions taken by the old centralized system, based on the fact that the participation of the community is promoted through the municipal council for the health care service and also for its concern with the need of a more preventive health care service.

The municipalization of the health care services cover a wide range of regions, so it shows up difficulties and needs common to all municipalities. Therefore, this work try to show some conclusions about problems for what feed back is needed to help making the necessary corrections.

Introdução

As políticas públicas brasileiras têm sido marcadas pelo grande esforço através dos anos no sentido de aumentar a excelência da prestação de serviços em todas as áreas. Esse esforço, apesar de útil e oportuno, não tem conseguido encontrar a forma ideal de solucionar o problema da saúde em vista do sem-número de obstáculos que qualquer iniciativa nessa área enfrenta.

Há críticas que se fundamentam no fato de que o governo municipal tem sido tratado como aspecto secundário no contexto do planejamento, dos estudos, da elaboração de projetos ou programas, mesmo sendo ele a parte mais diretamente ligada aos problemas de prestação de serviços à população.

É importante ter em consideração a história da municipalização no Brasil. O processo tem sido lento, devido à estrutura política brasileira que não tem favorecido a descentralização. Entretanto, deve-se levar em conta que hoje se vive uma maior abertura democrática, havendo, assim, uma tendência a se voltar os olhos para o município como a unidade administrativa que está mais afeta aos problemas, carências e potencialidades da população de sua jurisdição. A municipalização já começa a ser uma realidade porque a população está tomando consciência de que esta é a forma mais própria para que os serviços públicos sejam prestados, embora não tenha ainda decorrido tempo suficiente para que o centralismo histórico brasileiro comece a apresentar traços de reversão, tendo em vista que a centralização e a descentralização sempre foram usadas como jogo político.

Algumas iniciativas na área da saúde foram marcantes, como, por exemplo, a criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde - SUDS, que redundou em práticas pouco produtivas. Foi nesse período, já na Nova República, que o sistema tornou mais visível seu estado de quase total falência.

Atualmente vive-se nova iniciativa, desta vez propondo-se uma tentativa de municipalização da saúde, a qual ganha força dentro do contexto da Reforma do Estado que está sendo levada a

efeito no governo atual. Assim, observando as dificuldades e buscas de soluções para os problemas locais por parte dos municípios, e acreditando ser a iniciativa inédita em termos de municipalização, a abordagem que se faz aqui reveste-se de grande importância, mesmo porque o processo de municipalização da saúde não estará sendo ou será dos menos espinhosos. Problemas que germinaram durante décadas, que se solidificaram no tronco da estrutura das instituições também levarão décadas para serem totalmente extirpados, ainda assim as cicatrizes restaram.

Algumas evidências deixam transparecer que o problema da saúde não está apenas nos hospitais ou na forma como o sistema de saúde é operado ou planejado. Em primeiro lugar, as raízes da má qualidade da saúde no Brasil estariam no baixo poder aquisitivo do cidadão. Pressupõe-se que a geração de emprego ou a iniciativa de implementação de projetos que visem à melhoria da renda do brasileiro refletir-se-iam nas condições de saúde do povo, tendo em vista que, também se pressupõe, a melhoria da alimentação estaria relacionada com a melhoria da renda do indivíduo. Dessa forma, o indivíduo mais bem alimentado estaria menos sujeito a doenças, pois a defesa de seu organismo melhoraria. Conseqüentemente, a procura pelos postos de saúde e hospitais diminuiria. Logicamente esse não é um passe de mágica, pois, apesar da resistência do organismo às doenças, acabará ele por ser minado se não lhe for proporcionado ambiente sadio, i.e., condições sanitárias adequadas.

Em segundo lugar, o trabalho preventivo seria, por outro lado, uma boa forma de melhorar o sistema de saúde. Entretanto, a maneira de se promover a prevenção não estaria ligada ao sistema de saúde exclusivamente mas a uma intersectorialidade. As ações devem ser integradas de forma que todos contribuam para a melhoria da qualidade de vida do cidadão, o que redundaria na melhoria de sua saúde. Isto significa que não só o sistema de saúde como também o de educação, o de comunicações, o de previdência e assistência social, bem como as ações de planejamento do desenvolvimento econômico desempenham papel fundamental no processo de melhoria da saúde do cidadão. Através das escolas se executaria o programa de preparação da população para a prevenção de doenças; o sistema de comunicações divulgaria programas e informaria a população sobre aspectos preventivos; a previdência e assistência social socorreriam os casos de emergência; as ações de planejamento definiriam os caminhos a serem seguidos no setor para se alcançar os objetivos estabelecidos. Neste caso, o investimento básico não seria destinado ao sistema de saúde apenas e, sim, de forma integrada com os demais, ao desenvolvimento geral do setor.

Há inúmeros estudiosos da questão da saúde que apresentam diagnóstico crítico com fundamentação idônea digna de menção. Entre eles, vale destacar as considerações de PINOTTI (1986). Em primeiro lugar, ele aponta a questão da soma de competência entre a Previdência (O Sistema de Previdência Social) e a Saúde (Sistema de Assistência à Saúde) que se encontram disputando a mesma clientela.

Em segundo lugar, ele diz que há um caos de competência entre as esferas de governo, sendo que há um sem número de unidades das três esferas (União, Estados e Municípios) para atender a uma mesma clientela.

Em terceiro e último lugar, ele aponta algumas características do sistema de saúde que, apesar da disposição do governo em revertê-las, ainda estão longe de ser mudadas devido à amplitude dessa organização que consome por volta de R\$ 15 bilhões por ano, argumentando que a tendência é para:

- a fragmentação do sistema em detrimento da integração;
- a complexidade em detrimento da simplicidade;
- estrutura hospitalar predominantemente curativa em detrimento de uma de atuação primária predominantemente preventiva;
- atendimento episódico, sistemático, ao invés do permanente e integral.

Retratando o processo de municipalização da saúde da Prefeitura Municipal de Bauru, São Paulo, através de convênio assinado em novembro de 1987, como uma das iniciativas pioneiras de descentralização da saúde, Aparecida Linhares Pimenta e Maria Teresa Gobbi Porto relatam que as maiores dificuldades enfrentadas para a implantação da nova gestão foram com relação à necessidade de mudar o entendimento do que era o fim da instituição, que deixaria de ser o de servir aos interesses particulares, substituindo-o pelo de melhorar as condições do atendimento ao povo. Difícil, também foi convencer os funcionários de que não se pretendia fazer perseguição. Com relação à eficiência gerencial, aduzem que “os municípios têm mostrado competência e sensibilidade para gerenciar os serviços de saúde, alcançando resultados melhores do que o Estado” e “por estarem mais próximos da população, os governos municipais são muito mais ‘atingíveis’ pela pressão popular e, se democráticos, podem ser mais eficientes para atender a estas pressões. Porém, ainda

que democráticos, não há como atender à imensa demanda reprimida do povo, se persistir a perversa centralização de recursos herdada do tempo da ditadura militar” Porto (FILHO & PIMENTA, 1988: 36 a 41).

Uma das maiores dificuldades normalmente destacadas na implementação de políticas públicas na área da saúde tem sido a vontade política. Essa vontade política, como expressa AKERMAN (1995), transparecer a vontade coletiva, uma espécie de desinteresse geral. Em suas palavras, ele fala da “... falta de uma vontade coletiva, de resgate do bem-estar social” e menciona os seis maiores desafios a serem enfrentados no final deste século apontados por representante da OMS em conferência na Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres: a) redução das desigualdades sociais, b) melhoria da infra-estrutura, c) geração de recursos suficientes para a saúde, e) incorporação das demandas na área da saúde que afetam o meio ambiente (água e esgoto) ao movimento ecológico mais global, f) adaptação dinâmica na localização e no tipo de serviços oferecidos, em função das mudanças no perfil demográfico e nos padrões de morbimortalidade, e também da migração e da crescente urbanização.

O problema abordado aqui é o da municipalização da saúde como um aspecto do processo de descentralização dos serviços públicos. Em seqüência, surge o questionamento sobre o que seja municipalizar a saúde. A resposta é dada por CUNHA (1994: 6) dizendo que “municipalizar a saúde significa o reconhecimento da responsabilidade política do Município com a saúde dos seus cidadãos. O exercício pleno desta responsabilidade pressupõe a unificação dos diferentes recursos destinados à saúde, colocando-os sob gestão do poder municipal, que passa a assumir a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, a organização, a execução, a avaliação e o controle das ações e serviços de saúde na sua área de atuação”.

Busca-se maior compreensão de como está se processando a municipalização da saúde, bem como avaliar o processo de delegação de poderes pelo Executivo central para a execução do serviço de saúde a nível municipal, ademais de aferirem, em nível de governo local e comunidade, até que ponto o processo de municipalização está sendo viabilizado para alcançar a eficiência desejada.

O processo de municipalização no nível do Executivo central, previsto na Constituição Federal, se efetiva em três níveis de forma gradativa. O primeiro, é a chamado gestão incipiente. Nesta o município tem autonomia mínima para gerir a Saúde, assumindo a autorização, o cadastramento e a contratação de prestador; a programação e a autorização de AIH e procedimentos ambulatoriais; assume imediata ou progressivamente o controle e a avaliação de serviços ambulatoriais e hospitalares, de acordo com condições técnico-operacionais, em cronograma discutido com a Comissão Bipartite. Demonstra disposição de gerenciar rede ambulatorial pública; desenvolve ações de vigilância e saúde do trabalhador. Entretanto, ainda não está habilitado para receber diferença entre teto e serviços prestados nem tampouco receber total de recursos de custeio ambulatorial e hospitalar.

O segundo é a gestão parcial. Neste momento da transferência das responsabilidades de execução do serviço de assistência à saúde, o município tem autonomia parcial. É um método de gestão que envolve as três esferas governamentais, ou seja, o Ministério da Saúde transfere os procedimentos para as Secretarias de Saúde dos Estados que, por sua vez, os transferem para as Secretarias de Saúde dos Municípios. Nesta o município assume a autorização, o cadastramento e a contratação de prestador; a programação e a autorização de AIH e procedimentos ambulatoriais; assume também o controle e avaliação de serviços ambulatoriais e hospitalares; gerencia a rede ambulatorial pública; desenvolve ações de vigilância e saúde do trabalhador; recebe diferença entre o teto e os serviços prestados. Não está, entretanto, habilitado a receber o total de recursos de custeio ambulatorial e hospitalar.

O terceiro é a gestão semiplena, método em que o processo de delegação de competência se faz diretamente da União, Ministério da Saúde, para o Município, Secretaria Municipal de Saúde. Nesta o município assume a autorização, o cadastramento e a contratação de prestador; a programação e a autorização de AIH e procedimentos ambulatoriais; assume também o controle e a avaliação de serviços ambulatoriais e hospitalares; gerencia a rede ambulatorial pública; desenvolve ações de vigilância e saúde do trabalhador; recebe a diferença entre o teto e os serviços prestados. Diferentemente dos dois níveis anteriores, neste o Município já está habilitado a receber o total de recursos de custeio ambulatorial e hospitalar.

A instituição dos três níveis de gestão no processo de municipalização da Saúde pela chamada NOB - SUS 01/93, segundo CUNHA (1994:14), se coloca como “... etapas de transição entre a situação atual, em que estados e municípios são tratados como meros prestadores de serviços, e a municipalização plena, como definida na Constituição Federal” de 1988, sendo progressiva, embora não necessariamente em seqüência, ou seja, não são todos obrigados a começar pelo nível de gestão incipiente, nem tampouco obrigados a passar pelo nível de gestão parcial para se chegar ao nível de gestão semiplena. Trata-se de um processo em que a idéia de que cada caso é singular e não só é válido como também se configura na expressão da desuniformidade das características dos governos locais nesse País de regiões tão diferentes entre si.

Dentro do contexto da Reforma do Estado, que está sendo levada a efeito no governo atual, percebe-se a iniciativa de fazer com que haja estruturação e coordenação do Sistema de Saúde (SUS - Sistema Único de Saúde). Essa iniciativa, o processo de municipalização da saúde, tomada no governo anterior, mereceu continuidade no governo atual, visto tratar-se de projeto inédito favorecido pela visão política de se procurar esvaziar a sobrecarga de responsabilidades do Estado sobre algumas das diversas áreas de sua competência.

A constante retórica municipalista, pregando a necessidade de maior participação do governo local nas decisões que lhes dizem respeito, através de consulta ou de coordenação com a esfera municipal, alerta para a oportunidade de estudar a descentralização, que se leva a efeito através da implementação de política pública na área da saúde.

Este é um país de baixa renda e de carências variadas, com uma larga história de acertos e desacertos de políticas sanitárias, dotado, sim, de grande potencial para ter um sistema de saúde eficiente, sendo obstaculizado, entretanto, por uma estrutura administrativa sofrível e um plano nacional de saúde evasivo e superficial. Encontra-se em plena execução, apesar de tudo, o processo de descentralização, embora se observe que a maioria das municipalidades é portadora de uma estrutura administrativa local despreparada em todos os aspectos, principalmente para iniciar um processo que requer revisão de estrutura, revisão dos métodos de administração de recursos humanos, treinamento de todo o corpo de atores envolvidos e promover a mudança de atitude da

comunidade, para que atue como clientela e, ao mesmo tempo, como fator de promoção indireta da saúde.

Toda esta circunstância deve ser revista para se criar uma visão conjunta de envolvimento na busca de resultados que são de interesse de todos, quase que pela implantação do impulso embrionário de uma ideologia de saúde para todos e responsabilidade de cada um.

O sistema de assistência à saúde é muito amplo e, por isso mesmo, de difícil gestão. Está sujeito a desvios de grandes proporções, tanto no aspecto estrutural e gerencial como no de controle e retroalimentação e de sua readaptação constante.

Os fundamentos que levaram à iniciativa de municipalizar a saúde residem nas dificuldades de gerir o sistema de saúde de forma centralizada, bem como nas dificuldades geradas pelo tratamento uniformista dado a regiões de características diversas, sujeitando-as à execução de programas gerados em Brasília e destinados a resolver os problemas de municípios tão distantes quanto Uberlândia no Triângulo Mineira a Sant'Ana do Livramento na fronteira do Rio Grande do Sul com o Uruguai, ou querendo os mesmos efeitos uniformes para municípios que se situam desde o Oiapoque até o Chuí.

Por pressuposto constitucional, é competência da União a elaboração e implementação da política de saúde. Entretanto, a execução dos serviços de assistência à saúde pode ser delegada aos governos locais, fazendo-se, assim, chegar a assistência a todos os cantos, tendo em vista as características peculiares de cada um, em um país de dimensões continentais como o nosso, evitando os erros e dificuldades que se antepõem ao processo decisório centralizado em Brasília.

1. Revisão de Literatura

Este estudo faz uma abordagem da municipalização da saúde no contexto da descentralização administrativa. Para que haja um melhor entendimento do tema, que apresenta três aspectos, i.e., a descentralização, a municipalização e a saúde, desenvolve uma análise, embora de forma pouco exaustiva, da evolução histórica do município ou do municipalismo, que oscila entre a centralização e a descentralização, bem como do desenvolvimento da assistência à saúde ou da saúde pública.

Feitas as considerações preliminares, trilha-se em direção às reflexões sobre o sistema de saúde e o processo de transferência para a esfera municipal da promoção da assistência à saúde.

1.1. Municipalismo e Municipalização

Seria óbvio dizer que há diferença entre municipalismo e municipalização. No primeiro transparece o sentido do ideal ou, talvez, idealismo da construção de um sistema em que a unidade mais importante venha a ser o município, ou mesmo um sistema onde não seja o município a unidade de maior importância, mas que busque evidenciar o desejo de uma luta pela atribuição de maior participatividade deste na discussão, elaboração e implementação de políticas públicas; por outro lado, a municipalização vem a ser o ato de transferir um programa, projeto, plano, órgão ou ação, anteriormente de responsabilidade de outra esfera de governo, para a órbita municipal, ou ainda o processo de emancipação de um distrito para município autônomo.

A criação do Estado federativo procura definir as unidades federadas, podendo adotar o sistema municipalista em que a unidade mais importante do sistema seja o município, ou adotar o sistema estadualista, em que a unidade mais importante seja o estado.

1.2. O Municipalismo

Etimologicamente, a palavra município origina-se do latim nas *munus*, que significa ofício, obrigação, tarefa, e *capere*, que tem o sentido de tomar, agarrar, apoderar-se. *Munia*, no Império Romano, referia-se ao serviço militar a que as cidades italianas, denominadas de *municipia*, ficavam obrigadas. Forma-se, assim, a palavra *municipium*, ou seja, município ou cidade municipal, e o habitante do município é, em latim, o *municeps*, ou munícipe - cidadão municipal (FERREIRA, 1988: 12).

Fica mais claro o entendimento da estruturação do município se estabelecermos que sua circunscrição contém vários povoados (distritos ou vilas), mas apenas um deles tem a caracterização pelo Código Civil como pessoa jurídica de direito público interno, segundo ensina CABRAL (1996: 21), dizendo que “Conforme preceitua o Código Civil, o município legalmente constituído é pessoa jurídica de direito público interno. Dessa forma vale ressaltar que os distritos não são pessoas jurídicas, mas simples divisões administrativas do território municipal”.

Um conceito social de município apreende-se da seguinte definição de Pimenta Bueno, citado por CARNEIRO (1953): “Não é uma associação criatura da lei, sim uma consequência natural da vizinhança, do contato, da mútua dependência dos gozos e perigos comuns, do complexo de suas numerosas relações diárias”.

Da mesma forma, em crítica à afirmação de que a existência do município é promovida por força de lei e que sem ela não viria a se constituir, FERREIRA (1988: 12) diz que “Exatamente por ser uma realidade viva, nascida dos anseios de uma comunidade, é que obriga a lei a querer. Dissociar a lei da vontade dos seus súditos é fazer lei para outrem ou para não ser obedecida. A lei é

a expressão da vontade do povo que se faz representar no Congresso Nacional. O querer da realidade viva é que se transforma na lei que passa a querer”.

O conceito de Pimenta Bueno relaciona-se com a idéia de formação de poder e autoridade, no contexto antropológico, i.e., surge nos grupos primitivos a necessidade de se delegar a alguns indivíduos autoridade para a consecução de certos objetivos comuns, contando eles para isso com o apoio dos membros do grupo que, sob seu comando, desempenharão as atividades necessárias para se chegar ao alvo. Nesses grupos primitivos, os caçadores, pescadores ou guerreiros, por cujos dotes se sobressaíam, tinham-lhes tributada espontaneamente a responsabilidade de guiar, cuidar ou proteger o grupo. Assim, os grupos, independentemente do momento e espaço, delegam a indivíduos alguns atributos, segundo suas características ou necessidades, bem como segundo sua capacidade de conseguir a cooperação dos participantes para alcançar os objetivos comuns, mesmo que para isso lhes seja necessário o uso da coerção, seja pelo uso da força física, do argumento verbal ou do exemplo pessoal. (AZAMBUJA, 1953).

Não fica distante dessas considerações o esforço da burguesia no seu período de consolidação como força econômica e política e legitimação nas cidades que se obrigavam à prestação de serviço militar em troca de apoio, quando os reis procuravam se fortalecer promovendo a autonomia das cidades ou comunas para conseguir ajuda no conflito contra o clero e os senhores feudais. (FERREIRA, 1988: 15).

1.2.1. A Constituição e organização do município

Para se constituir como pessoa jurídica, o município deve se organizar dentro do que preceitua a Constituição Federal e a Constituição Estadual e, para os que se organizaram antes da Carta de 1988, a Lei Orgânica dos Municípios (lei estadual que regulamentava a criação e organização dos municípios, e que foi substituída pôr Lei Orgânica de competência própria do município). Sendo rigorosamente obedecidos os critérios de organização descritos anteriormente, serão os municípios considerados pessoas jurídicas, como aponta o art. 14 do Código Civil. Nesse aspecto, ele estará habilitado como pessoa jurídica para ter a faculdade de exercer direitos e poder contrair obrigações. (CABRAL, 1996.: 21)

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, as leis federais sobre a organização dos municípios perderam a validade, conforme aponta CABRAL (1996: 22), dizendo que “A criação, a incorporação, a fusão e o desmembramento de municípios preservarão a continuidade e a unidade histórico-cultural do ambiente urbano, far-se-ão por lei estadual, obedecidos os requisitos previstos em lei complementar estadual, e dependerão de consulta prévia, mediante plebiscito, às populações diretamente interessadas. As leis federais sobre a criação de municípios perderam validade a partir da promulgação da atual Carta Magna”.

Com relação à organização e competência dos municípios, a Carta de 1988 regulamenta o processo através dos artigos 29 e 30, que podem ser vistos no anexo 18.

Observação digna de menção, que CABRAL (1996: 23) comenta, é o fato de que o foro do município é o da comarca ou termo judiciário a que pertencer seu território e que não é sempre que este se constitui sede judiciária, sendo comum mais de um município pertencer à jurisdição de uma mesma comarca.

O município é constituído do poder Executivo, a prefeitura, e do Legislativo, a câmara, que compreendem várias funções. As principais funções do prefeito são as políticas e a executivas. As funções da câmara são a legislativa, de fiscalização, controle político e administrativo do prefeito e seus auxiliares, de assessoramento governamental da comunidade, de administração, i.e., sua organização interna.

Compreende a função política aquelas atividades de representação da comunidade na busca de soluções para satisfazer suas necessidades. É necessário que haja para isso uma postura de líder capaz de influenciar a câmara para aprovação de leis necessárias para a administração local, bem como a coordenação constante com as duas esferas superiores de governo, Estado e União, para se inteirar e viabilizar o aproveitamento de oportunidades oferecidas através de programas colocados à disposição dos governos locais e dos direitos das prefeituras na participação na arrecadação tributária, distribuição de recursos materiais, humanos e financeiros ligados a atividades que envolvem as três esferas, como é o caso da saúde e educação.

A função executiva é a que está mais afeta à população por ser aquela da qual a comunidade mais depende diretamente para satisfação de suas necessidades em termos de serviços públicos. Essa função resume as funções básicas da administração, como planejar, comandar, coordenar e controlar. A prefeitura deverá ter um plano que estabeleça os objetivos principais a alcançar, ou seja, a busca de solução dos maiores problemas locais, bem como o delineamento das atividades secundárias em todos os aspectos da administração; comandar a execução desse plano, através de atos administrativos, regulamentos, instruções, ordens de serviço, portarias, etc. A coordenação visa fazer com que todos os setores funcionem em harmonia, tendo em vista o alcance dos objetivos definidos. Finalmente, o controle é o acompanhamento do cumprimento das atividades e tarefas e a avaliação dos resultados alcançados, verificando se são satisfatórios ou não, e determinando as correções devidas. Os principais instrumentos de controle são balancetes, boletins de tesouraria e relatórios sobre o andamento dos programas e serviços. (CABRAL, 1996: 24).

1.2.2. Abordagem histórica do município

O surgimento do municipalismo não é recente. Vem da época do Império Romano a origem do sistema municipal.

Alguns indícios da estrutura administrativa municipal são evidenciadas há quase 500 anos a. C., quando a administração das cidades “...efetivava-se por um colégio de dois a quatro magistrados investidos de um supremo poder e, particularmente, da administração da justiça (*duunviri juridicundo* ou *quatuorviri juridicundo*), auxiliado por magistrados inferiores e encarregados administrativos de polícia (*edis*)” (FERREIRA, 1988:13). Tanto a figura do *edis* quanto a dos *Tribunas* da plebe foram criadas, mais precisamente, no ano de 494 a. C. O *edis* tinha várias funções, como a execução de sentenças, e posteriormente em 366 a. C., surge outros *edis* com funções de comandar a polícia da cidade, a higiene, as punições, etc. Essa palavra evoluiu para *edil*, que significa vereador.

Durante o Império Romano se permitia a certas cidades conquistadas o direito a algumas liberdades, como manter suas leis, nomear magistrados e exercer cargo público em igualdade com os

romanos, tendo o município como fórmula para tornar isto possível. A esses direitos correspondiam deveres, que eram certos tributos, e a obrigação de servir ao exército, ou serviço militar.

Os munícipes eram aqueles que pertenciam a uma dada população e se dividiam em *origo* (os nascidos localmente), os *manumissio* (libertos e seus filhos), *allectio* (os que vinham de fora), e os *adoptio* (eram os adotados por alguém da cidade) (FERREIRA, 1988: 12).

As invasões de bárbaros e outros povos no período de 251 a 271 não conseguiram desfazer ou abalar a legislação romana deixando permanecer o regime municipal intacto.

Júlio César no ano de 709 d.C. estende, por lei, o regime municipal a todas as colônias italianas e, posteriormente, impõe o municipalismo também à Grécia, à Gália e à península ibérica.

No período do feudalismo há uma multiplicidade de poderes. Os reis detinham o poder político; os senhores feudais detinham o domínio econômico, também com poder político; o clero dominava o campo espiritual com grande influência tanto política e social; e a burguesia, que tinha poder econômico, não tinha poder político e procurava se legitimar nas cidades.

As cidades sofriam, entretanto, com a força dos feudos e, sob a influência do clero e da burguesia, se revoltavam contra os feudos. Nesse conflito, interferiam os reis devido a sua condição debilitada em face do poder dos senhores feudais, concedendo cartas-contrato em que prometiam às comunas imunidades em troca da prestação de serviços militares e rendas. Essa celebração de contrato é um reconhecimento por parte dos reis de “certa individualidade política, ou independência de poder para estipularem condições recíprocas”. A intenção real não era a busca de um fortalecimento da municipalidade como instituição mas sim trazer essa força popular conflitante com o feudo a seu amparo. Quando alcançado seu intento, mais tarde os reis retiraram essa liberdade das comunas, que já era limitada. (FERREIRA, 1988: 15).

1.2.3. O Municipalismo e a Monarquia Portuguesa

O contexto português do municipalismo na história não difere muito dos demais. Por volta do século XII, documentos apontam a existência de magistrados como alcaides, alvazis, juizes, etc. e vê-se que o sistema municipal é necessário por razões muito justas e de interesse da coroa, pelo fato de que possibilitava e facilitava a fixação dos limites com a Espanha e cooptar a burguesia para fazê-la contrapor-se à influência do clero e da nobreza. Mas o principal fundamento era a consolidação dos domínios e o fato de que a vida municipal organizava a sociedade e fortalecia os recursos de poder.

O flerte entre a realeza e as cidades era evidente e se acha expresso em trecho da Carta Régia de Afonso III para o Alcáide e Conselho de Lisboa, datada de 1273, em que manifesta atenção ao protesto pela realização de uma feira nas dependências das instalações reais, informando que, pelo fato de esta feira contrariar a vontade dos destinatários, ela não mais se realizaria em suas dependências, deixando a eles a liberdade de criar um mercado para abrigá-la.

As cidades e vilas tinham o direito de enviar dois homens para serem procuradores nas cortes. Esse corpo de procuradores era uma espécie de representantes do povo para apresentarem suas reclamações ou insatisfações contra os dominadores. Um fato marcante e de grande significado na história do municipalismo português foi a aclamação em 1385 pelas cortes de Dom João I, a quem impuseram grandes exigências com relação à constituição dos conselhos de cidadãos por escolha de lista tríplice e não tomar decisões políticas afetas ao povo sem que esse fosse ouvido, como por exemplo a questão de guerra e paz. (FERREIRA, 1988: 17 e 18).

1.2.4. O Município no Brasil Colônia

Sem maior aprofundamento devido ao objetivo dessas considerações, é necessário ter em conta aqui apenas alguns aspectos da colonização brasileira que tiveram influência na formação dos municípios.

A colonização seguiu na realidade os interesses do seu mentor, Dom João III, que distribuiu as capitânicas de forma que o ônus português fosse de baixa monta. Este objetivo fez com que a estratégia principal fosse o delineamento das colônias voltadas para o litoral com fundos para o

interior. Essa configuração veio a influir no desenvolvimento econômico do país através dos tempos, sempre tendo seu foco centrado na linha litorânea, só merecendo sua reorientação com o programa de interiorização do desenvolvimento praticado a partir da década de 50 com o início da construção de Brasília e, posteriormente, com o fomento ao estabelecimento de indústrias em regiões menos próximas dos centros industriais tradicionais

As capitanias foram aos poucos se constituindo em vilas, como a de São Vicente em 1531, a de Santos em 1546, e, posteriormente, Santo André, São Paulo, etc. Segue-se à criação das vilas a formação, por força do povo, de seus governos locais. Exemplo da criação desses governos é a Vila de São Salvador, reconhecida em 1677, que, julgando a necessidade de um governo de leis, reagiu contra as autoridades e criou o seu governo. Outro caso que merece destaque é Pindamonhangaba, a qual recusava subordinação à vila de Taubaté, fazendo um primeiro ato histórico de corrupção no país, que foi o suborno ao Ouvidor de São Paulo para conseguir montar sua estrutura administrativa. Em vista dessa autonomia imposta e pressionado por Taubaté, a Corte proclama a vila por Carta Régia de 10 de julho de 1705 (FERREIRA, 1988:20).

As câmaras desde longa data assumem por si só autonomia e desde cedo vão adquirindo características que vão marcar o desenvolvimento municipalista brasileiro, i.e., sua agressividade para impor sua vontade de interferir em todos os aspectos da vida da cidade, fossem políticos, econômicos ou sociais, como atesta CARNEIRO (1953: 16) sobre a iniciativa da coroa, através da Carta Régia de 12 de abril de 1664 em que exige das câmaras reconhecer a superioridade dos governadores, tendo em vista a disposição destas de se imiscuírem em assuntos como a promoção da guerra e paz com os gentios, a decretação da criação de arraiais, convocação das juntas para discutir e deliberar sobre negócios da capitania, exigindo o comparecimento dos governadores às câmaras para tratar de negócios públicos, suspendendo-os, dando-lhes substitutos, até que o governo da metrópole tomasse providência.

Vê-se nesses atos que a autonomia das cidades no Brasil tinha uma característica forte, que era a imposição pelo povo aos poderosos da necessidade de instalação de um governo local.

1.2.5. O Município no Império

O governo no Brasil, se considerarmos os momentos em que se revestiu de características impositivas, como nos períodos imperial, no Estado Novo, no regime militar, a partir de 1964, impondo uma constituição ou modificando e interferindo noutras, poderemos afirmar que o país viveu muito mais em regime autoritário e concentrador de poder do que num regime democrático, desconcentrado e descentralizado. Em alguns momentos, apesar de desconcentrado estruturalmente, achava-se centralizado administrativamente. A começar pela constituição de 1824, imposta por Dom Pedro I que, após dissolver a Assembléia Constituinte, obrigou o novo Império à primeira Carta Constitucional.

Em seu comentário à Constituição do Império, CARNEIRO (1953:14) afirma que, no que se refere à organização municipal brasileira, houve uma cópia da Constituição portuguesa de 1821. Determinava que em todas as cidades e vilas haveria “câmaras” e sua competência seria o governo econômico e municipal, seriam eletivas, o presidente seria o mais votado. O número de vereadores e a definição de suas atribuições e funções seriam definidos por lei ordinária (art. 138, 167, 168 e 169).

A lei ordinária - de 1 de outubro de 1828 - a que se refere a Constituição, tratava no Título I da forma de eleição, número de vereadores e mandato (eram 9 vereadores para as cidades e 7 para as vilas com mandato de 4 anos); o Título II trazia as funções municipais e funcionamento das Câmaras; o Título III determinava as posturas policiais da administração municipal, abrangendo alinhamento de ruas, limpeza, iluminação, etc. Apesar de tratar da organização geral das atividades municipais, essa lei, segundo CARNEIRO (1953:17), torna as Câmaras dependentes dos conselhos gerais das províncias para meras atividades administrativas.

Considera-se, portanto, que essa lei tem um caráter centralizador, como volta a mencionar CARNEIRO (1953: 19), “... a lei de 28 organizou os governo municipais, com o mesmo sentido centralizador, ... - até certo ponto compreensível, porque este espírito dominara a vida dispersa, desconexa, do período colonial”.

Vale advertir aqui sobre o fato de que a legislação não procura traçar um marco entre a ação deliberativa e executiva, tendo, por exemplo, a Província de São Paulo criado por lei própria de 11 de abril de 1835 o Delegado Executivo que teria as mesmas funções do prefeito de hoje.

Tendo em vista que a espinha dorsal deste trabalho é a Saúde Pública, é relevante mencionar o que trata o § 2o. do art. 66 da Lei de 1 de outubro de 1928, que reflete a preocupação do governo com o controle sanitário: “sobre o estabelecimento de cemitérios fora do recinto dos templos, conferindo a esse fim com a principal autoridade eclesiástica do lugar; sobre esgotamento de pântanos, e qualquer estagnação de águas infectas; sobre a economia e asseio dos currais, e matadouros públicos, sobre colocação de curtumes, sobre os depósitos de imundícies, e quanto possa alterar e corromper a salubridade da atmosfera”. (FERREIRA, 1988: 24).

A Lei no. 16, de 12 de agosto de 1834, procura retirar mais ainda a liberdade dos municípios, reduzindo-lhes a emancipação, centralizando algumas atividades principais como a polícia, a economia municipal e a fixação de despesas e supressão de cargos, devendo esses atos passar pelas Assembléias Provinciais, conforme comenta FERREIRA (1988: 25).

Nesse aspecto centralizador, CARNEIRO (1953: 17) traz como exemplo o fato de que até 1850 as municipalidades da província do Rio de Janeiro não podiam fazer obras públicas que excedessem 500 mil réis, nem sequer nomear qualquer funcionário sem a aprovação do presidente da província.

A descentralização era, entretanto, uma bandeira pela qual lutavam os atores da administração pública local durante todo o período monárquico, mas só com a proclamação da República caminhos são abertos no sentido de maior autonomia municipal. Entretanto, também no período republicano, apesar da evolução do governo local, o jogo político da descentralização ou centralização permanece ainda vil, este quando é necessário neutralizar a força política de certos movimentos que contam com a distância do poder central para executar seus projetos de ascensão e aquele quando a sobrecarga das responsabilidades pela prestação de serviços é tamanha que o executivo federal se sente impotente para provê-la com eficiência.

A contextualização dos ideais de descentralização reinantes no fim do Império está expresso nas palavras de Visconde de Ouro Preto, numa colocação sobre como deveria ser a competência do Estado para que o sistema viesse a se constituir menos centralizador: “Ao Estado compete, não a tutela, que é a ingerência nos atos do menor, fazendo-os depender do seu consentimento, mas a inspeção, que consiste em deixar aos poderes locais o exercício de suas atribuições, só intervindo quando prejudiquem a comunhão, pois os interesses de alguns não podem sobrepujar o geral, que é de todos” (CARNEIRO, 1954: 24).

1.2.6. O Município no período republicano

a) Na Constituição de 1891

O estudo das Constituições brasileiras, no que diz respeito aos municípios, nos proporciona a inferência da existência de algumas práticas que pareciam resultar de cuidados para não exceder nas prerrogativas dadas aos governos locais que poderiam vir a dificultar providências no sentido de reverter a corrente de poder quando se fizesse necessário. Uma delas é a adoção do termo “de seu peculiar interesse”. Esse termo existe em todas as cartas constitucionais desde a imperial, que certamente o trouxe da constituição portuguesa, conforme se atribui à imperial ter sido copiada da portuguesa.

A Constituição provisória de 1890 apenas dá a partida sobre a organização do federalismo, estabelecendo que os estados se organizariam por suas próprias leis sob o regime municipal, com base na autonomia do município, “no que diz respeito a seu peculiar interesse”, e na eletividade da administração local.

A Constituição de 1891 corrige, entretanto, a menção da organização dos estados por suas próprias leis sob o regime municipal, passando a estabelecer que os estados se organizariam de forma a assegurar a autonomia do município “em tudo quanto respeite ao seu peculiar interesse”. Apesar de Ruy Barbosa ter insistido pela manutenção, através de emenda aditiva, da organização dos

estados por suas leis, esta não foi aceita. Percebe-se que, na realidade, esta menção daria uma amplitude vasta no que diz respeito à autonomia do estado. Mesmo assim, os Estados do Rio Grande do Sul e de Goiás, ainda sob a constituição provisória, concederam em suas constituições o direito aos municípios de elaborarem suas leis orgânicas. (FERREIRA, 1988: 26).

A abertura que deixou transparecer a Constituição de 1891 com relação à autonomia municipal não se consumou na prática, conforme atesta MEIRELLES (1957: 8): “Durante os quarenta anos em que vigorou a Constituição de 1891, não houve autonomia no Brasil. O hábito do centralismo, a opressão do coronelismo e a incultura do povo transformaram os municípios em feudos de políticos truculentos, que mandavam e desmandavam nos “seus” distritos de influência como se o município fosse propriedade particular e o eleitorado um rebanho dócil ao seu poder”.

b) Na Constituição de 1934

O governo provisório de Getúlio Vargas, que se inicia através do Decreto no. 19.398, de 11 de novembro de 1930, cria a figura do interventor a quem dá poderes sobre os municípios para nomear prefeitos, que ficam completamente subordinados a seu arbítrio, podendo intervir em qualquer de seus atos, e proíbe que os executivos municipais nomeiem qualquer parente até o sexto grau, a não ser para cargo de confiança pessoal. Essa atitude parece refletir, na realidade, a situação peculiar em que vivia a administração pública local no Brasil. Sob o poder e influência dos coronéis, os agentes públicos formavam uma grande família de apadrinhados e co-obrigados pelo voto, sendo a administração usada, através do empreguismo, para legitimar os políticos locais. (LEAL, 1948: 7 a 12).

Em 1934, a nova Constituição restaura a autonomia do município, rezando sobre a eletividade dos prefeitos e vereadores, a decretação de impostos e a organização dos serviços de sua competência. Rodrigo Octávio, em *Elementos de Direito Público e Constitucional Brasileiros*, 5ª ed., 1935, Ed.F. Briguiet e Cia Editores, p. 334, citado por FERREIRA (1988: 29) tece um comentário consistente sobre o sistema federalista em que o município estaria para o estado assim como o estado está para a União e cabe ao estado declarar em que consiste a autonomia municipal bem como definir o que seja de seu peculiar interesse, acrescentando que a autonomia municipal não é absoluta por

estar sujeito à fiscalização do estado que pode até suspender e anular suas resoluções e posturas que infringirem direitos ou leis do mesmo estado.

c) Na Constituição de 1937

A Constituição de 1937 não insere novidades com relação à definição da autonomia municipal. Pelo contrário, o prefeito passa a ser nomeado pelo estado, sendo apenas os vereadores escolhidos por eleição direta. Embora tenha ganhado significação política, o município foi diminuído como entidade auto-administrativa e não obteve melhoria econômica, ficando em terceiro plano na distribuição de recursos, fortalecendo o estado no aspecto econômico. Digno de menção, também com relação à autonomia municipal, foi a atribuição aos estados do direito de nomear os prefeitos, o que fez com que passassem a ter tanto poderes estaduais quanto municipais. MIRANDA (1938: 599).

Sobre a tentativa de redução do poder dos estados, MIRANDA (1938: 599) diz que o estadualismo continua evidente, “... o poder efetivo, real, que o art. 27 deu aos Governadores, é enorme. ... O Município, politicamente, é, hoje, um elemento de grande significação; todavia, como a execução em matéria econômica é que dá poder, o Município é um gigante peiado ...”

A quebra da autonomia municipal vai mais além com o Decreto no. 1202, de 8 de abril de 1939, com o qual o presidente passa a nomear os interventores estaduais, atribuição que era dos governadores. A nomeação dos prefeitos passa a ser feita pelos interventores e cria-se o Departamento das Municipalidades, órgão estadual que funcionava como entidade delegada das interventorias para reger as prefeituras, tendo sido dissolvidas as Câmaras Municipais.

d) Na Constituição de 1946

Após o logo período de ditadura, em 46 a Constituição restaura a autonomia municipal estabelecendo novamente eleição para prefeitos e vereadores e a administração própria de assuntos de seu peculiar interesse. Há ressalva apenas com relação aos municípios que continham bases ou portos militares, para os quais deu-se o direito aos governadores de nomear os seus prefeitos.

As duas grandes vantagens trazidas pela Constituição de 1946 para os municípios com relação à autonomia administrativa foi o seu desligamento da tutela do estado bem como a ampliação de suas receitas. Estas duas fontes de poder, se não são as únicas em importância, serão sem dúvida as que criam condições para a descentralização das atividades federais no município. Sem o poder político é vão o esforço de iniciar um processo de descentralização, seja por delegação do poder central ou por iniciativa própria; da mesma forma a restrição da amplitude do poder de arrecadação ou de constituir receitas do município, promovendo situação deficitária constante, é um entrave ou dificultador do processo de descentralização, como veremos em pesquisa na qual se baseou este trabalho, que um dos maiores entraves à municipalização da saúde é financeiro, i.e., na gestão parcial o repasse é feito de forma indireta, através do estado que, certamente por razões burocráticas, retém ou atrasa esse repasse aos municípios, obstaculizando o processo.

Esse período constitucional pós 46 é ainda mais enriquecido com a Lei Constitucional no. 5, de 21 de novembro de 1961, que reestrutura o art. 29 da Constituição, ampliando seu leque de arrecadação de impostos e acrescentando o imposto sobre terras rurais e o imposto de transmissão de propriedade imobiliária inter-vivos.

Essas prerrogativas tributárias só vêm a ser alteradas com a Emenda Constitucional no. 18, de 1 de setembro de 1965.

A Constituição de 1946, em seus 20 anos de vigência, conseguiu restabelecer a autonomia municipal e propiciar nova circunstância para o retorno à intensa política municipalista.

e) Na constituição de 1967

A Constituição de 1967 traz grandes alterações no trato com os municípios, embora seja ela que cria o FPM (Fundo de Participação dos municípios), ainda vigente.

Através do art. 26, que trata da participação dos municípios em imposto de renda e outras arrecadações, criou-se o FPM.

A Emenda Constitucional de 1969, com relação à questão municipal, não limita sua autonomia. Introduz, ademais, algumas inovações como o §3o. do art. 15, que trata da intervenção nos municípios que passa a ser regulada na Constituição do estado.

Vale destacar o item f) do parágrafo citado, que produz uma imposição ao município com relação à educação. Diz que uma das prerrogativas para intervenção seria a não-aplicação de 20% da receita tributária do município no ensino primário por ano.

A Carta de 1967 se transformou numa peça onde os remendos foram mais abundantes do que o material original - caricatura de Lei Maior, resultado de 27 Emendas, além da edição de 13 Atos Institucionais e 2 Atos Complementares. A Emenda no. 4 de 23 de abril de 1975 é o pior remendo. Através dela se concede remuneração a todos os vereadores do Brasil, instituindo assim um peso para os cofres municipais, trazendo à memória a Lei de 1 de outubro de 1828 - Lei Orgânica dos Municípios do Império - que além de não remunerar os vereadores ainda cobrava multa pelas faltas às sessões. (FERREIRA, 1988: 44/45).

f) Na constituição de 1988

Por mais que se estude o processo de evolução da organização municipal no Brasil e se atribua a um ou outro momento constitucional maior ou menor autonomia municipal, vamos encontrar a emancipação municipal plena somente com a Carta vigente.

1.3. A centralização e descentralização

A história da evolução do municipalismo contribui para esclarecer a polêmica da centralização ou descentralização municipal no Brasil. Percebe-se que desde longa data a mudança periódica de visão com relação à autonomia municipal formou um ciclo de alternância entre maior ou menor autonomia.

Há uma tendência a fortalecer o município, dar-lhe autonomia, descentralizar as atividades quando essas são pesadas ao poder central, tornando-se interessante se desobrigar das mesmas por razões financeiras ou políticas, ou quando se quer tirar algum proveito, como a questão de segurança da integralidade territorial ou algo parecido ao que sucedeu no regime feudal. Da mesma forma e pelas mesmas razões, essa autonomia é enfraquecida para fortalecer o poder central sempre que lhe é de interesse. Assim aconteceu com os reis e as comunas, sendo que aqueles reuniram estas à sua volta visando à sua defesa e as tolheu quando seu poder estava consolidado. CARNEIRO (1953: 15) diz que é “... interessante recordar que no municipalismo se reconhece, geralmente, uma reação ao feudalismo - e, assim, sabendo-se que nossas capitanias hereditárias tinham alguma coisa do regime feudal, não é de admirar que as câmaras municipais, em pleno regime colonial, se insurgissem contra os governadores. Era a mesma reação municipalista contra o feudalismo”.

E essa insubordinação e luta por maior autonomia não se restringe ao período colonial, prosseguindo no Império. Continua CARNEIRO (1953: 16) dizendo que “os conflitos prolongam-se no regime imperial. Governos provinciais chegaram a considerar-se com autoridade para *repreender* câmaras municipais - e estas repeliam, com arrogância, a advertência”.

Sobre essa oscilação entre a descentralização ou centralização, conforme seja a conveniência política do momento, CARNEIRO (1953: 26) tece algumas considerações sobre o municipalismo e o federalismo, dizendo que “... em 34, com o Ato Adicional, sobe o federalismo, baixa o municipalismo; em 40, com a lei de interpretação, decai o federalismo, cresce o municipalismo, em 91 (1891), proclama-se a autonomia ampla dos Estados - chega-se a falar na sua soberania - define-se a autonomia dos municípios com restrição considerável; em 34, em 37, em 46, sofrem os Estados limitações, que se procuram compensar - enganadoramente, como já disse - mediante novas garantias concedidas aos municípios”, e que a evolução constitucional brasileira sempre teve uma tendência acentuada à centralização, mencionando que de “... 34 a 37 cresceu, avassaladoramente, a influência, o poderio, a ação do governo central”. O autor acrescenta que, diminuído o poder dos Estados, “... é nos municípios, como sempre aconteceu em nossa história política, que se refugia a reação descentralizadora”.

1.3.1. Abordagem conceitual de centralização e descentralização

Não basta simplesmente aceitar como bastante a idéia de descentralização como sendo a ação de sentido contrário àquele da centralização.

Os teóricos clássicos têm visão contrária com relação às vantagens e aplicabilidade da descentralização, sendo que Fayol tem uma visão mais descentralizadora e Taylor mais centralizadora, segundo MARCELINO (1988).

Para se compreender melhor o sentido teórico da centralização e descentralização procurar-se-á mostrar aqui a abordagem de FAYOL (1970), bem como a conceituação neoclássica descrita por CHIAVENATO (1993).

Segundo FAYOL (1970: 54), a centralização é uma ordem natural. Ele parte do princípio de que o organismo animal ou social tem um cérebro, no caso do animal, ou direção, no caso social, de onde partem as ordens para o funcionamento das partes.

Nessa colocação de Fayol, com relação ao animal, fica difícil caracterizar a possibilidade de ser mais ou menos centralizado, tendo em vista que os órgãos dos seres vivos têm funções definidas e nunca podem tomar atitudes que não sejam comandadas pelo sistema nervoso central. A única possibilidade de se estabelecer qualquer paralelo seria o fato de se poder desenvolver maior habilidade com determinados órgãos em face de maior treinamento, como o músico que tem maior habilidade com as mãos e o jogador de futebol que tem maior habilidade com os pés.

A centralização ou descentralização é uma questão de medida em que a empresa deve encontrar o seu limite. Conclui-se dessa colocação que a maior ou menor descentralização vai depender da empresa, de suas características e de suas próprias razões. No transcorrer de sua argumentação, Fayol sugere ousadamente que medidas de valor do administrador como força, inteligência, experiência, etc. teriam uma relação de proporção com a centralização/descentralização. Tenderia ele à centralização se maior o valor, e à descentralização se seu valor for menos elevado, i.e., “se o valor do chefe ...” ...permite “estender bastante sua ação, ele poderá levar longe a

centralização e reduzir seus auxiliares a simples agentes de execução. Se, ao contrário, ..., pode efetuar ampla descentralização”.

Acrescenta Fayol que “encontrar a medida que dê o melhor rendimento total, este é o problema da centralização e da descentralização; tudo que aumenta a importância das funções dos subordinados é do terreno da descentralização; tudo que diminui a importância dessas funções pertence à centralização”.

Infere-se das palavras de Fayol que a adoção de um ou outro regime dependerá de se saber qual deles vai contribuir melhor para o alcance dos objetivos a que se propõe a organização. No caso do Estado brasileiro, sempre que se houve conveniente para a política administrativa do governo, o ponteiro do processo decisório oscilou entre o município, o estado-membro e a União.

Chiavenato, baseado no estudo dos cientistas clássicos e neoclássicos, diz que “a centralização ocorre quando a autoridade é retida e circunscrita nas mãos do executivo máximo da organização. A descentralização permite uma autoridade parcialmente delegada e distribuída aos níveis de supervisão situados nas camadas hierárquicas inferiores.

Prossegue Chiavenato dizendo que “o princípio que rege a descentralização é assim definido: a autoridade para tomar ou iniciar a ação deve ser delegada tão próximo da cena quanto possível”.

Chiavenato procura dar uma idéia mais clara do tema apontando as vantagens e desvantagens da centralização e da descentralização. Com relação à descentralização, o autor aponta suas características e o que identifica quando o grau de descentralização é maior. Para ele as vantagens da centralização são:

- . os decisores têm visão global da organização;
- . os gerentes do topo são geralmente melhores;
- . as decisões batem melhor com os objetivos globais;
- . evita esforços duplos e reduz custos; e,

. promove maior especialização e melhores habilidades.

As desvantagens são:

- . os decisores estão longe dos fatos;*
- . os decisores têm raro envolvimento com as pessoas e situações envolvidas;*
- . os decisores de níveis inferiores das decisões que envolvem os objetivos globais;*
- . distância de comunicação com demora e maior custo; e,*
- . envolvimento de muitas pessoas possibilita distorções e erros.*

Diz ele que o grau de descentralização depende dos seguintes fatores:

- . tamanho da organização;*
- . tipo de negócio;*
- . tendências econômicas e políticas do país;*
- . filosofia da alta administração e personalidades envolvidas;*
- . competência dos subordinados e confiança dos superiores nessa competência;*
- . facilidade de informações que permitem a tomada de decisões.*

E acrescenta que o grau de descentralização é maior quando:

- . maior for o número de decisões nos níveis hierárquicos inferiores;*
- . quanto mais importantes forem essas decisões;*
- . quanto maior for o número de funções afetadas por essas decisões;*
- . quanto menor for a supervisão da decisão (controle).*

Diz Chiavenato que os dois elementos descritos a seguir contribuem para acelerar a descentralização:

- . a complexidade dos problemas empresariais;*

. a delegação de autoridade: à medida que a organização cresce precisa delegar para se des-sobrecarregar.

São seis vantagens e duas desvantagens principais da descentralização, segundo Chiavenato, sendo vantagens as seguintes:

- . chefes mais próximos do ponto onde devem tomar as decisões. A descentralização administrativa corta os atrasos nas decisões por causa das consultas aos superiores;*
- . permite a eficiência, evitando a transferência de responsabilidade para os superiores;*
- . melhora as decisões mais importantes já que as menos importantes estão delegadas e sobra tempo para se ocupar das demais;*
- . o papelório e custos destes nos escritórios centrais diminuem e ganha-se tempo;*
- . permite a formação de executivos regionais ou locais motivados e conscientes de seus resultados.*

E são as seguintes as desvantagens:

- . falta de uniformidade nas decisões; e,*
- . insuficiente aproveitamento dos especialistas do topo da administração.*

Finalmente, o quadro a seguir faz um resumo de vantagens e desvantagens da descentralização na visão de Chiavenato:

Vantagens	Desvantagens
1 - decisões mais rápidas pelos executores;	1 - pode ocorrer falta de informação e coordenação entre os departamentos envolvidos no processo;
2 - decisores têm mais informação sobre a situação;	2 - maior custo na seleção e treinamento dos administradores médios;
3 - maior participação no processo decisório motiva e eleva o moral dos administradores;	3 - pode-se passar a dar maior valor a objetivos departamentais do que aos globais;
4 - melhora o treinamento para os administradores médios	4 - as políticas e procedimentos podem variar muito nos diversos departamentos.

1.3.2. Descentralização administrativa ou política

A descentralização pode ser entendida em três níveis. O primeiro nível é a descentralização administrativa, i.e., os municípios ou a organização do sistema municipal; a segunda é o que se pode chamar de descentralização provincial - província autônoma; e, a terceira, a descentralização federal, através dos estados. O autor que trata dessa conceituação, Mouskheli, citado por CARNEIRO (1953: 28), chama de descentralização administrativa ou de primeiro grau a autonomia municipal.

Como se pode perceber pela análise dos textos constitucionais, a autonomia municipal, ou atitudes descentralizadoras ou vice-versa, sempre foi objeto da Carta, versando sobre vários aspectos da competência ou interesse próprio do município. Em nenhuma, porém, surge qualquer proposta de regionalização, isto é, considerar as características regionais ou particulares dos municípios para se lhes atribuir tratamento próprio. Assim, as mesmas regras sempre foram aplicadas a quaisquer municípios independente do fato de estar ele situado nos rincões do Norte ou nas extremidades sulinas. Como acentua Nelson Jobim, ministro da justiça do governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, em discurso proferido no Congresso Brasileiro de Municípios em Brasília, realizado de 6 a 8 de novembro de 1995, dizendo que “... de 1891 a 1988”, referindo-se às Constituições, “foi dado um tratamento simétrico a um país assimétrico, ou seja, a mesma prática administrativa era adotada para municípios de características diversas, como Uberlândia, no interior de Minas Gerais, e Sant’Ana do Livramento, no interior do Rio Grande do Sul”.

Jobim refere-se ainda à criação do Fundo de Participação dos Municípios - FPM - pela Carta de 1969, acentuando que toda iniciativa e investimento em infra-estrutura era da União, baseado num plano nacional de desenvolvimento elaborado em Brasília para aplicação do Chuí ao Oiapoque, acrescentando que todos os programas prevêem a uniformização, enquanto que todos os municípios e seus habitantes têm características sociais, econômicas e culturais diferentes.

Discorrendo sobre a descentralização na história brasileira, MARCELINO (1988: 7-9) recorda que a criação das capitânicas hereditárias foi a primeira iniciativa de descentralização da história brasileira, ato este que viria a aliviar o fardo financeiro da coroa para custear a ocupação da nova colônia. Afirma ele que essa descentralização não se efetivou em vista do fato de que os

donatários se revestiram de grande poder político, tendo-se iniciado um processo para reverter a autonomia destes criando a figura do Governo Geral ainda no século XVI. O traçado das capitanias, segundo CARNEIRO (1953), com os fundos voltados para o interior e a frente para o litoral, obedece, entretanto, a uma estratégia que pode parecer uma forma de facilitar o controle pelo poder central, tendo em vista que de outra sorte se vislumbraria maior dificuldade de acesso da Corte às sedes dessas províncias. Vê-se, portanto, aí duas características antagônicas: descentralizar, porém garantir o controle.

Conforme comentário já esboçado em outro momento deste trabalho, a configuração do Estado colonial vai influir historicamente no processo de desenvolvimento brasileiro, promovendo a tendência à concentração das atividades industriais na linha litorânea, só se contemplando a diferenciação do esforço desenvolvimentista, forçando-se o redirecionamento em busca do interior, com a iniciativa da construção de Brasília no governo Juscelino Kubstcheck e com a implementação dos planos de desenvolvimento do Governo Revolucionário no período de 1964 a 1985, que promove a construção de uma planta de montagem de veículos no Estado de Minas Gerais.

Na linha de estudo da descentralização dos serviços públicos é necessário voltar os olhos para a questão das funções do Estado em virtude do contexto histórico de desenvolvimento econômico e social. As funções do Estado, enquanto a sociedade mantinha uma vocação agrícola de maiores proporções, eram centralizadas, tendo em vista que o processo de urbanização e desenvolvimento das cidades não havia atingido o estágio atual em que as populações se concentram em sua maioria nos centros urbanos, conforme menciona DOWBOR (1994: 101 e 105) que “em meio século, as nossas sociedades deixaram de ser rurais para se tornarem urbanas. ... Vale lembrar que, hoje, no Brasil, 80% da população vivem em cidades, invertendo as proporções do início dos anos 1950”, e que “esta situação implica o surgimento de milhões de pequenos dramas locais no conjunto do país, problemas graves de habitação, saúde, poluição, necessidades adicionais de escolas, organização de sistemas de abastecimento, programas especiais para pobreza crítica, elaboração de projetos de saneamento básico, e assim por diante”.

O desenvolvimento tecnológico, as características complexas da vida urbana e as grandes mudanças que se operam no momento exigem uma nova visão com relação às funções do Estado.

As mudanças se processam com tão grande rapidez que a readaptação deve ser em base constante e, de acordo com DOWBOR (1994: p.100), “gerir a mudança implica gerir um processo permanente de ajustes dos diversos segmentos da reprodução social, que poderíamos definir como gestão dinâmica”. Assim, o Estado se vê na contingência de encontrar caminhos para atender às novas e mais emergenciais exigências e necessidades da sociedade.

O que se procura estabelecer é uma mudança de visão com relação à prestação de serviço público, ou seja, grande parte dos problemas locais podem ser resolvidos pela própria população que vive em núcleos urbanos, em face das características complexas das necessidades dessas populações, como já foi mencionado anteriormente, tornando-se desnecessário um Estado excessivamente centralizado.

O novo contexto social toma dimensões que exigem uma reorganização da sociedade em torno dos seus interesses peculiares de forma que haja a participação direta do cidadão dentro do que se chama de “eixo comunitário”, o que a torna mais resolutiva do que o sistema representativo partidário atual. A participação comunitária para decidir estratégias para solução de seus problemas sobre o que se aplicará os recursos financeiros disponíveis obterá participação efetiva, visto não se tratar de reuniões políticas mas deliberativas. Esse sistema de participação traz à cena todos os líderes das entidades mais representativas da comunidade, como igrejas, sindicatos, associações, etc., tendo em vista as conseqüências que as decisões tomadas terão sobre seus interesses, levando, conseqüentemente, a atitudes imparciais.

Esse sistema de participação traz à cena todos os representantes das entidades mais representativas da comunidade, como igrejas, sindicatos, associações de bairro ou outras, tendo em vista as conseqüências que decisões tomadas terão sobre seus interesses, levando, certamente, a atitudes imparciais. A participação comunitária é representativa e traz resultados eficazes e efetivos “quando consegue modificar o orçamento estatal, de modo a oferecer serviços básicos para a população e, igualmente, quando obriga as autoridades públicas a implantar esses serviços com qualidade e eficiência” (NAJAR & outros: 95).

Chega-se, assim, aos fundamentos teóricos da descentralização em que se estabelece que as decisões devem ser tomadas mais próximas dos envolvidos com a solução dos problemas, o que dá aos municípios mais flexibilidade, já que as soluções devem levar em consideração as características particulares de cada um, fugindo, dessa forma, à uniformização que foi por muito tempo característica do tratamento que se dava aos municípios.

1.4. Saúde pública e controle social

Para se discorrer sobre a saúde pública é necessário entender a sua relação com o controle social. A questão da saúde surge, na realidade, do processo de controle social, tendo em vista que a ausência desse controle pode gerar uma tendência ao caos. E se pensarmos a sociedade estratificada, em que o controle ou o poder de controlar está nas mãos das classes mais favorecidas, as chamadas classes dominantes, vemos que é de interesse desses grupos dominadores que haja o controle para o seu próprio conforto e proteção. Nesse aspecto, um estudo histórico desenvolvido a pedido de Oswaldo Cruz (BARBOSA & RESENDE: 1909) sobre os serviços de saúde pública no Brasil, especialmente na cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907, mostra a preocupação dos governos brasileiros, naquele período, com a questão sanitária, o controle de epidemias, como a febre amarela e outras, que dizimaram milhares de vidas e poderiam por em risco a própria classe dirigente, tendo em vista a proximidade com a região infectada.

Há dois direcionamentos na busca do entendimento do que seja controle social. O primeiro é o de que a expressão tende a significar o controle sobre o Estado. Assim, pode estar ligada a enfoques de conteúdo político-ideológico. Isto quer dizer a forma de aceitação ou subordinação dos indivíduos ao sistema de dominação.

O conceito de constituição do Estado, muito relacionado com a definição de formação do poder, serve como subsídio ao entendimento de controle social, que estabelece, segundo CARVALHO (1995: 10-11) explica que o Estado se constitui quando os indivíduos renunciam ao uso do arbítrio e da força individuais - características do estado da natureza - potencialmente produtores de anarquia, para se entregarem a um poder coletivo ao qual se reconhece o direito de impor ordens, recorrendo inclusive à força, caso necessário. Assim, o controle social passa a ser

exercido pelo Estado com plena aceitação dos indivíduos. Por outro lado, o Estado como instituição procura perpetuar esse controle para se fortalecer, manipulando algumas variáveis que no entender dos dominadores convergem para a consolidação do poder. Nesta linha de pensamento, ações de caráter social como a saúde pública passam a se revestir de um sentido diverso do que deveria ser, procurando controlar as causas da doença, evitando morte e aumentando a longevidade sob o pressuposto de que o aumento da população significa força e prosperidade e fortalece o Estado.

O segundo direcionamento é o de que a sociedade ou comunidade tem o controle sobre o Estado. É a prática da participação comunitária que teve sua gestação no início do século nos EUA através dos centros comunitários de saúde. Isto teve início no momento em que as ações de saúde pública passaram, tecnicamente, a depender do assentimento da população para sua implementação e eficácia e persiste a idéia da população como alvo dos cuidados de saúde, mas agrega-se a idéia de que, sem a sua colaboração/compreensão, fica comprometida a efetividade das ações, segundo CARVALHO (1995: 14). Essa visão de administração da prestação de serviço público encontra resistência no Estado liberal, em vista de sua ideologia de dominação, obtendo maior aceitação em sistemas mais progressistas, transparecendo assim que o espelhamento da base de inspiração do Conselho de Saúde está nos Comprehensive Neighborhood Health Centers, criados nos EUA nos anos 60, que objetivavam oferecer, continua ele (p.17), “... ações integrais, na articulação dos serviços ambulatoriais com os hospitais e com a universidade na participação da população local no processo decisório do Centro, assim como em emprego de ações subprofissionais ou de baixa qualificação técnica.”

Procurando dar uma conceituação simples e de fácil compreensão à saúde pública, PORTERFIELD (1972: 11) diz que esta “lida com o saneamento e o controle das doenças contagiosas, como o abastecimento de alimentos e água em condições adequadas e de boa qualidade, com a provisão de cuidados médicos, o alívio da incapacidade e da indigência e a prevenção da primeira condição de doença ou o melhoramento dos seus piores períodos e conseqüências; ela se interessa por essas considerações enquanto que o grupo populacional implicado prossegue doente, criando novas dificuldades para si e para a proteção da sua saúde”.

1.4.1. A doença

Ao estudar a saúde pública, é necessário trazer à consideração conceitos e definições sobre doença. A definição clássica de doença considera-a uma disfunção do organismo provocada por agressões externas, do meio ambiente, ou que o tenha sido adquirida desde o útero. Essa definição requer, por outro lado, o entendimento do que seja o estado normal de funcionamento do organismo, o que precipita para aprofundamento técnico da área médica, que não é o objetivo deste estudo. Requer, ademais, o conhecimento das escalas de valores da sociedade, isto é, se a vida é mais saudável nos centros urbanos ou no campo. A agressão ao organismo pode ser proveniente da organização da sociedade (poluição, acidentes, dependência de drogas, conflitos familiares, etc.) ou da natureza. A Organização Mundial da Saúde atribui à doença uma idéia de medida do bem-estar físico, psíquico e social. (MAILLET & LARDÉ, 1982: 73).

Discorrendo sobre saúde individual ou coletiva e estabelecendo uma classificação das doenças, MELLO (1977: 16-17) apresenta dois conceitos de saúde: de Galeno a cerca de 150 a.C., de que a saúde é "... a condição de perfeito equilíbrio e perfeita harmonia do ser humano", e da OMS, em 1946, de que "... saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença", donde se pode estabelecer que o estado de doença é aquele em que o indivíduo não se encontra nas condições descritas pelos conceitos acima.

Disfunções do organismo podem ser de origem hereditária, de origem perinatal ou neonatal (disfunções adquiridas a partir das últimas semanas antes ou imediatamente após o parto), de problemas congênitos, degenerativos ou adquiridos. Deve-se acrescentar, entretanto, que a grande maioria das doenças pode ser considerada como de origem sócio-econômica. O quadro a seguir mostra a provável existência de uma relação inversa na taxa de mortalidade infantil com a renda per capita, ou seja, à medida a renda que diminui, aumenta a mortalidade. Embora conclusões não possam ser inferidas a partir desta variável apenas, é grande a probabilidade de sua influência sobre a medida das causas de mortalidade infantil.

Taxa de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos e renda líquida per capita em anos próximos a 1969

Região geoeconômica	Taxa de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos	Renda per capita em Cr\$
---------------------	--	--------------------------

Norte	70	480
Nordeste	180	420
Sudeste	76	1.300
Sul	68	880
Centro-Oeste	87	560
Brasil	105	884

Fonte: Ministério da Saúde, Política Nacional da Saúde, 1973, página 29.

O relatório da VI Conferência Nacional de Saúde faz uma abordagem conceitual da saúde em três circunstâncias, ou seja, com relação ao "objeto"¹, com relação à ciência e com relação ao setor produtivo ou institucional da saúde. A primeira refere-se à saúde como uma característica do indivíduo, incorporada à sua existência e à definição de sua pessoa, resultando a interação de fatores individuais, incluindo os genéticos, com fatores ambientais. Dessa forma, a responsabilidade pela saúde é atribuída conjuntamente ao indivíduo, à família, à empresa, às instituições comunitárias e ao Estado.

O segundo conceito refere-se à saúde como o campo de estudo relativo ao equilíbrio bio-psicossocial do homem com o seu meio, conceito este voltado para as ciências da saúde.

O terceiro refere-se ao setor produtivo que objetiva promover, preservar e restaurar a saúde humana (Anais da VI Conferência de Saúde, p. 162).

Concluindo, NESSE & WILLIAMS (1997: cap. 1), além de enumerarem as bases das disfunções comuns do organismo, atribuem também as causas de doenças, como em uma máquina, à necessidade de aperfeiçoamento de aspectos internos ou externos ao organismo. Na máquina, por exemplo o automóvel, não se preocupou em desenvolver um mecanismo de defesa contra a corrosão provocado pela maresia, enquanto que no organismo humano os antioxidantes diminuem e permitem o envelhecimento. Atribuem eles esses aspectos ao processo de evolução a que estaria suposto sujeitar-se a espécie humana, em vista das numerosas indagações que levantam, como “o sistema imunológico é útil, obviamente, mas por que não pode deixar o pólen de lado?”, entre outras.

¹ Objeto aqui traz no seu bojo a conotação de elemento de estudo.

Avançam também na questão genética como base para entender certas causas de doenças que fundamentariam também hipóteses evolutivas.

1.4.2. A saúde pública na história

Para bem entender o desenvolvimento da saúde pública na história é necessário estudar o desenvolvimento da idéia de existência de uma casa para cuidar de enfermos, que hoje conhecemos como hospital.

A palavra hospital origina-se da palavra latina *hospitalis*, que também deriva de *hospes* - hóspede, viajante, estrangeiro ou também o que hospeda ou dá agasalho.

Na maioria das vezes, os recintos de atendimento a enfermos eram dependências de templos no Egito e Grécia antigos. Os enfermos eram recebidos nos chamados hospitais-templos e obedeciam a certos rituais religiosos associados a tratamentos, dentro do que era possível naqueles tempos. Vale mencionar o templo-hospital de Atenas, datado de 429 a .C. Também na Índia constatou-se o registro de hospitais em 226 a. C. e no Ceilão em 437 a. C. Constantino construiu um hospital em Constantinopla em 335 d. C., destinado aos peregrinos à Terra Santa, em lugar do templo de Esculápio, ao se converter ao cristianismo. Na França, o “Hôtel de Dieu” foi destaque de assistência hospitalar na Idade Média. Na Inglaterra, dois hospitais foram erigidos em 1084 - St. John e St. Bartholomew. Também os mosteiros entre os séculos XII e XVI, período em que os frades aprendiam noções de medicina, tomavam características hospitalares. Da mesma forma, como expressão dos muçulmanos na área hospitalar, Harum-al-Raschid obrigou que toda mesquita tivesse um nosocômio (lugar para tratar de doentes, asilo de enfermos) em suas dependências, cuja organização, vale mencionar, incluía enfermarias separadas para mulheres (o islamismo não admite ambientes mistos), para convalescentes, para especialidades médicas, cozinha dietética, biblioteca, capela e asilo de órfão, tinham enfermeiros de ambos os sexos e davam dinheiro aos pacientes pobres para as primeiras despesas depois da alta. O IV Concílio de Cartagena ordenou que hospitais fossem nas dependências de igrejas. Na Renascença, os hospitais começaram a adquirir caráter municipal. Na Idade Média as organizações hospitalares tiveram muito a ver com o sentimento religioso, surgindo em 1634 a Congregação das Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, a partir do “Hôtel de Dieu” de Paris. O incêndio do “Hôtel de Dieu” em 1772 levou à busca de novas práticas, tendo em vista a

visão de que, acreditava-se, a estrutura antiga facilitava a proliferação de doenças. Dona Leonor, rainha de Portugal, iniciou as Obras de Misericórdia, gerando a instituição Santas Casas, tendo sido a primeira delas erigida no Brasil, em Santos, por Braz Cubas, em 1543. Até o final do século XVI, Olinda e São Paulo também foram contemplados.

O espírito caritativo inspirou o surgimento de organizações hospitalares dissociadas da visão portuguesa e, no período republicano, pouco se fez em termos de normas para a criação de hospitais. Só na segunda metade do século XX surgem cursos com vistas à formação de administradores hospitalares (USP e Católica do Rio).

Em 1956 a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu uma definição de hospital completa e abrangente, ou seja, é “uma parte integral de uma organização médica e social, cuja função é prover completa assistência de saúde à população - curativa e preventiva - e cujos serviços atingem à família e seu meio ambiente”. Aquela organização de saúde atribui ao hospital quatro funções básicas: restaurativa (diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados de emergência); preventiva; ensino (graduação, pós-graduação, enfermeiros, técnicos e auxiliares e outras profissões da área); e pesquisa. (CAMPOS & outros, 1986:18/19).

No Brasil, à época do descobrimento, as autoridades portuguesas descreviam a terra recém-descoberta como lugar de vida saudável, como o fizeram Manoel da Nóbrega (1549) e Frei Vicente do Salvador (1627). Entretanto, a primeira epidemia de varíola data de 1563, ceifando a vida de 100 mil índios, chegando ao Maranhão em 1621. Depois Paraíba, Pernambuco, Bahia, Espírito Santo e Rio de Janeiro até 1666, tendo-se iniciado ações de saúde pública apenas com a chegada da coroa portuguesa ao Brasil (CAMPOS & outros, 1986: 25/26). No ano de 1808, quando D. João VI chegou ao Brasil, foi criado o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte do Estado do Brasil, bem como as faculdades de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Em 1810, foi aprovada a primeira lei de controle da entrada de doenças pelos portos brasileiros e, em 1812, foi fundado o primeiro laboratório clínico-prático no Rio de Janeiro (SILVA & MAHAR, 1974: 21).

Nessa mesma época já se sentia os transtornos de um sistema centralizado de saúde, vindo a se extinguir o cargo de Provedor-Mor em 1828, delegando-se às Câmaras Municipais a fixação de

normas sanitárias e a fiscalização do comércio de drogas, bem como o exercício da profissão médico-cirúrgica. Entretanto, em 1850, a saúde volta a ser centralizada pela criação da Junta Central de Higiene Pública. A Junta Central fixava as normas e estas eram executadas pelas Juntas Municipais a ela subordinadas. Em 1852 foi criado o Hospício D. Pedro II, que em 1890 passou a chamar-se Hospício Nacional de Alienados. Em 1954 foi criado o Imperial Instituto dos Meninos Cegos. Em 1881 a Junta Central de Higiene Pública foi substituída pela Inspetoria Geral de Saúde e Higiene Públicas e, em 1886, foi criada a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos para melhorar o controle de entrada de doenças pelos portos. Em 1891, a Constituição Republicana transferiu para os municípios as responsabilidades pelas ações sanitárias e desligou da área federal as Inspetorias de Higiene. Três instituições de saúde são fundadas em 1899: o Instituto Benjamin Constant, o Instituto Butantan em São Paulo e o Instituto Soroterápico Municipal no Rio de Janeiro, em virtude do surto de peste bubônica no porto de Santos. Na gestão de Oswaldo Cruz no Instituto Soroterápico, este recebe o nome, em 1907, de Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos, e em 1908 passa a se chamar Instituto Oswaldo Cruz. À frente da Diretoria-Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz volta a centralizar as ações da saúde e, em 1904, obriga a vacinação e revacinação contra a varíola e regula o serviço de profilaxia da febre amarela. Oswaldo Cruz é tido como o pai da medicina preventiva no Brasil, fazendo com que nas três primeiras décadas da República as ações sanitárias fossem exclusivamente voltadas para a medicina preventiva (SILVA & MAHAR, 1974: 22 e 23).

A partir de 1923, as ações preventivas passam a ficar a cargo das autoridades federais e a medicina curativa fica sob a responsabilidade dos estados, municípios e órgãos da Previdência. Em 1930, surge um órgão federal que centraliza a saúde, o chamado Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, bem como o Ministério do Trabalho que também tinha responsabilidades médicas. Em 1937 e 1941, são criadas oito regiões sanitárias que enquadram os estados e territórios, com o objetivo de atender as questões de doenças transmissíveis, nutrição, administração sanitária e enfermagem. Em 1942, torna-se necessário maior controle da entrada de doenças pelos portos com o aumento da imigração em virtude da guerra, criando-se então o Regimento para o Serviço de Saúde dos Portos, e o SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), que vira fundação ligada ao Ministério da Saúde em 1960 com o fim de organizar e administrar os serviços de saneamento e de saúde. Em 1950, o Presidente Eurico Gaspar Dutra, com o plano SALTE, estabelece grandes campanhas contra malária, tuberculose, peste, lepra, febre amarela, câncer e demais doenças endêmicas e cria o

programa Higiene e Segurança do Trabalho. O Ministério da Saúde vem a ser criado efetivamente em 1953 com a competência de estabelecer planos nacionais de saúde, regulamentar as atividades médicas e paramédicas, ação preventiva em geral, controle de medicamentos e alimentos, vigilância dos portos e fronteiras, e pesquisas em saúde (SILVA & MAHAR, 1974: 24 e 25).

1.5. A Organização dos serviços de saúde

A preocupação com a necessidade de uma política de saúde mais consistente vem de longa data sempre subentendida no texto constitucional, como, por exemplo, o inciso XIV do art. 8, da Constituição de 1967, que atribui à União a competência da normatização da "proteção da saúde". O Decreto-lei no. 200, de 1967, registra como atribuição do Ministério da Saúde a iniciativa de estabelecer a Política Nacional da Saúde.

Essa conscientização levou a várias tentativas de formulação de uma política de saúde, "... entretanto não conseguiram atingir seus objetivos, principalmente por carecerem de consenso de outros importantes órgãos do Sistema, especialmente os de igual hierarquia, caindo assim no esquecimento antes mesmo que produzissem frutos" (Anais da VI Conferência de Saúde).

A realidade multiinstitucional, com flagrantes duplicações, antagonismos e desorientações do sistema de saúde brasileiro, carecia de diretrizes que a orientassem.

O Conselho de Desenvolvimento Social criado pela Lei no. 6.118, de 9/10/74, teve como uma de suas atribuições a apreciação da Política Nacional da Saúde. Estabelecia-se um colegiado supraministerial, dirigido pelo Presidente da República, que, por força de sua autoridade, fazia com que as diretrizes e doutrinas elaboradas pelo Ministério da Saúde adquirissem consenso por parte de outros participantes do Sistema.

Com a Lei no. 6229, de 17/7/75, surge o Sistema Nacional da Saúde. Este, por sua vez, de orientação sistêmica e caráter multiinstitucional, exigiu ação do Ministério da Saúde no sentido de criar condições de infra-estrutura para o seu funcionamento.

Pode-se citar como resultado da ação ministerial: a criação do Sistema de Vigilância Epidemiológica (Lei no. 6259, de 30/10/75); o estabelecimento de normas e padrões para prédios destinados ao serviço de saúde (Decreto no. 76.973, de 31/12/75); normatização da fiscalização sanitária com relação às profissões e ocupações ligadas à saúde (Decreto no. 77.052, de 19/01/76); regulamentação relativa a produtos destinados à saúde, medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos (Lei no. 6360, de 23/09/76, e Decreto no. 79.094, de 05/01/77); estabelecimento de padrões de potabilidade da água (Decreto no. 79.367, de 9/3/77); e, também digno de menção, o Decreto no. 79.056, de 30/12/77, que promove a reestruturação do Ministério da Saúde, ademais da criação da Comissão Permanente de Consulta entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social pela Portaria Interministerial no. 01/76-Bsb, de 20/07/76. Do trabalho conjunto, fruto do último instituto legal, surgem providências no sentido da unificação de instituições de prestação de serviços de saúde no âmbito da Previdência.

Dentre todos esses dispositivos legais, vamos encontrar no artigo 156 do Decreto-lei no. 200, de 1967, uma nítida preocupação com a iniciativa de um processo de descentralização, através de coordenação das três esferas de governo, bem como com a iniciativa privada.

O Programa de Extensão de Cobertura (PEC) é visto como marco inicial do processo de descentralização das ações e serviços de saúde na década de 70, com continuidade na década de 80 através das Ações Integradas de Saúde (AIS) e, mais tarde, com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), sendo este fruto do governo da Nova República (AIRES - RAP, out/nov 1995: 94).

O processo de descentralização, agora de forma mais abrangente, tanto das AIS quanto do SUDS, resulta, na realidade, da crise econômica do começo da década de 80, que restringe a capacidade financeira para custear os serviços privados de saúde. O processo no contexto das AIS se fazia na forma de convivência entre as três esferas de governo, sendo que o SUDS promovia através

de termo de adesão do município, sempre intermediado pelo estado, o que o diferencia do SUS, visto que neste a descentralização se dá diretamente em nível municipal (AIRES - RAP out/nov 1995: 95).

A Constituição de 1988, no art. 196, define a orientação jurídica básica do SUS, estabelecendo que "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (vide anexo 19, sobre os artigos 196 a 200 da Constituição Federal sobre a saúde).

Diz ainda a Constituição que o serviço de saúde será constituído por uma rede regionalizada e hierarquizada, num sistema único, tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral - priorizando as atividades preventivas, e participação da comunidade.

A Lei no. 8.080, de 19/07/91, chamada Lei Orgânica da Saúde, alinha os princípios básicos do sistema: "As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS - são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo os seguintes princípios:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo para os serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

1.5.1. Política de saúde

A política da saúde, no contexto de políticas públicas, reveste-se de grande importância, tendo em vista a abrangência e significado que carrega. O nível de saúde de uma população tem a ver com o grau de desenvolvimento sócio-econômico do país. É bem visível que a demanda pelos serviços de saúde cresce em virtude de variáveis econômicas, podendo-se inferir que as doenças ou a pouca saúde do indivíduo pode ser consequência de fatores causais diferentes daqueles mais visíveis.

Em análise de dados realizada por MEDICI & OLIVEIRA (1992) no período de 1976 a 1989, verificou-se haver uma correlação entre o crescimento do número de estabelecimentos de saúde e a recessão econômica, sendo o índice de crescimento maior nos momentos de maior recessão econômica. De forma simplista, esta informação nos leva a deduzir que haja uma relação direta entre a demanda pelos serviços de saúde e a recessão econômica, i.e., o indivíduo se torna mais vulnerável às doenças em períodos em que a luta pela sobrevivência se torna mais difícil.

Pode-se ainda argumentar que o sistema de saúde atua menos sobre a erradicação dos fatores causais do que sobre os sintomas, i.e., aplica mais os métodos curativos do que os profiláticos. É importante entender a diferença entre causas de doenças e causas de mortalidade. As doenças são causas de mortalidade. O que norteia basicamente a política de saúde são as causas de doenças. É neste aspecto que o desenvolvimento de uma política de saúde é ao mesmo tempo complexo, vulnerável e sujeito a críticas, tendo em vista que a definição de estratégias pode estar se pautando por caminhos que não refletem a melhor direção na solução eficaz e efetiva do problema. Excluem-se desta análise doenças que, cientificamente comprovadas, têm origem em outras causas como, por exemplo, o câncer que é, em grande parte, de origem genético-hereditário, o que dificulta o trabalho profilático, à exceção do câncer de pulmão e de estômago, cujas causas podem ser, no caso do pulmão, o cigarro e, no caso do estômago, o uso indiscriminado de comidas gordurosas pesadas.

O relatório da VI Conferência de Saúde traz uma definição de política de saúde bastante abrangente: "... corpo de doutrinas para fins operacionais, que deve ter um reconhecimento dos poderes públicos constituídos, devendo ser legitimado pela população como um todo ou pelos seus representantes e lideranças". Dentro do sentido desta definição, diz-se que o objetivo da política de saúde "... é a orientação do universo (da totalidade) das ações ... que tal política abrange, ... segundo diretrizes que visem o equacionamento e solução dos grandes problemas do setor em questão" (Anais da VI Conferência de Saúde: 159).

O relatório citado prossegue traçando a definição do processo político em que diz ser "... um conjunto de ações que têm lugar no seio do corpo social, tendo em vista a tomada de decisões por parte das entidades constituídas, a respeito de problemas que afetem a uma proporção

significativa da sociedade e a respeito dos quais não haja consenso" (Anais da VI Conferência de Saúde: 160).

Prosseguindo, o relatório propõe uma visão do que seja o sistema de saúde, partindo de suas considerações de uma visão macro, ou seja, o sistema social, do qual o sistema político é um subsistema. O sistema político por sua vez é constituído de entrada, composto por demandas políticas, apoios e reações a decisões. Esse processo que gera decisões, ações e resultados no campo social, retroalimentativamente modifica necessidades e gera apoios ou oposições que influenciarão essas decisões-ações.

Menciona-se ainda o fato de que o processo político trabalha com dois tipos de necessidades, ou seja, as necessidades sentidas e não sentidas. As primeiras demandam ação. As necessidades não sentidas, definidas como demanda técnica por serem identificadas pelo corpo técnico da saúde, estão mais relacionadas com epidemias e endemias, para o que se definem critérios de imunizações. Assim, o objetivo de uma política de saúde consiste no equacionamento dessas duas demandas.

Alerta ainda o documento citado que, para efeito de sistema de saúde, demanda não é a busca das instituições prestadoras de saúde por grupos de indivíduos que necessitam dos serviços, mas a pressão política relacionada à busca do sistema de saúde por parte do corpo social organizado.

Os instrumentos normatizadores do Sistema Único de Saúde - SUS deixam claro que a orientação básica da implementação do processo de municipalização da saúde baseia-se na visão da definição de demanda acima, tendo em vista a proposta de participação comunitária através do Conselho Municipal de Saúde.

Em muitos casos de procura pelos serviços de saúde, embora não seja este o objetivo deste estudo provar, baseado no aspecto da demanda técnica, pode-se afirmar que a profilaxia poderia ter início com ações sobre as variáveis formadoras de renda. No caso de classes menos favorecidas, o nível mais baixo da pobreza e da miséria, a doença tem como maior causa o próprio estado de pobreza. Analisando-se por etapas em seqüência, dir-se-ia assim:

- a) dado (A) não há emprego, logo, (B) não há renda;
- b) dado (B) não há renda, logo, (C) alimentação é precária;
- c) dado (C) alimentação é precária, logo, (D) há debilidade geral do organismo do indivíduo;
- d) dado (D) há debilidade geral do organismo do indivíduo, logo, (E) há desenvolvimento de doenças, devido a que o organismo debilitado favorece o desenvolvimento delas;
- e) dado (E) há desenvolvimento de doenças, logo, (F) demanda por serviço de saúde;
- f) dado (F) demanda por serviço de saúde, logo, (G) o Estado provê a ação curativa, i.e., trata os sintomas ou conseqüências e não as causas da doença, como deveria;
- g) dado (G) o Estado provê ação curativa apenas, logo, (H) a demanda não é satisfeita, visto que o indivíduo fica novamente doente e retorna à unidade de saúde à procura de tratamento.

1.5.2. O Sistema de Saúde

A Lei no. 6.229/75, de 17/07/75, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional da Saúde, estabelece que os componentes do Sistema são os Ministérios da Saúde, da Previdência, da Educação, do Interior (hoje extinto), do Trabalho, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, sendo suas atribuições as seguintes:

- a) Ministério da Saúde - formular a Política Nacional da Saúde, promover ou executar ações voltadas para o interesse coletivo no âmbito da saúde;
- b) Ministério da Previdência - promover a assistência médico-assistencial individualizada;
- c) Ministério da Educação - formar e habilitar profissionais da saúde;
- d) Ministério do Interior - atuar nas áreas de saneamento, calamidades, desenvolvimento integrado e assentamento de população;

- e) Ministério do Trabalho - atuar na área de higiene e segurança do trabalho, prevenção de acidentes e doenças do trabalho, entre outros;
- f) Os Estados, o Distrito Federal, Territórios e Municípios - organizar seus serviços, atividades e programas de saúde, dentro das diretrizes da política nacional de saúde.

Particularmente aos municípios são atribuídas as seguintes competências:

- a) manter os serviços de saúde de interesse da população local, especialmente os de pronto-socorro;
- b) manter vigilância epidemiológica;
- c) articular seus planos locais de saúde com os planos estaduais e federais para a área;
- d) integrar seus serviços de proteção e recuperação da saúde no sistema nacional da saúde.

1.5.3. SUS - Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 200, reza que as competências do Sistema Único de Saúde são:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV- participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V- incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O Sistema Único de Saúde surge num momento em que o contexto organizacional passa por grandes mudanças e requer a reformulação de conceitos que prevaleceram por décadas.

O conceito de mercado e consumidor possui neste momento uma abrangência muito mais ampla. Quando se considera o conceito de mercado e consumidor, os agentes de mercado ou de consumo partem sempre do pressuposto da existência de um fator chamado necessidade. Assim, vemos que o processo de constituição do SUS foi fortemente influenciado, tanto pela necessidade de se encontrar uma forma adequada de reformulação do sistema que historicamente tendeu ao fracasso na consecução de seus objetivos, pela atitude centralizadora da história da administração federal, bem como, e principalmente, pelas contingências que envolvem todas as organizações no contexto atual e as forçam à revisão de seus métodos organizacionais e estruturais, tendo em vista a necessidade de se readaptarem para se tornarem mais eficientes e não acabarem divergindo de seus verdadeiros objetivos.

Os grandes males sociais do momento têm provavelmente como conseqüência variáveis de mercado. Tendo como exemplo a saúde e a violência, pode-se dizer que a população alijada do mercado, privada da aquisição de produtos de primeira necessidade como alimentação, vestuário, habitação e transporte, tornam-se doentes ou procuram se agregar a grupos marginais da sociedade para ter acesso a esses produtos. Assim, prover o acesso aos produtos disponíveis no mercado seria uma atitude profilática em ambos os casos, pois reduziria a propensão a doenças, bem como aliviaria os impulsos de se lançar à busca do apoio de recursos ou grupos marginais para abrir as portas de acesso ao mercado onde estão disponíveis os objetos do desejo de sobrevivência.

Consciente desse fato, Carlos Eduardo Venturelli Mosconi, secretário da Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, em nota de abertura do Guia de referências para criação do Conselho Municipal de Saúde, diz que "a implantação do SUS - com a conseqüente descentralização e municipalização - não irá, de um dia para o outro, modificar os indicadores de saúde de nossa população, pois eles também estão vinculados à miséria, à fome, à concentração de rendas. ... A saúde não está na porta dos hospitais. Ao contrário, está exatamente fora delas" (Ministério da Saúde: Conselho de Saúde: guia de referências para sua criação). Explicita-se aqui que a melhoria da

saúde da população depende, de igual modo, de políticas públicas eficazes no domínio das variáveis aqui mencionadas por Mosconi.

Em suas tentativas de definir o que seja o SUS, seus idealizadores deixam claro que essa iniciativa parte de uma inversão de atuação. Até aqui o sistema funcionava de cima para baixo, de dentro para fora, eram sistemas fechados, começando nos centros decisórios, centralizados, em direção às unidades onde estão os cidadãos usuários. O SUS repensa essa situação, procurando começar de baixo para cima, estabelecendo que o cidadão "conhece perfeitamente quais são os problemas e as prioridades da comunidade em que vive". Esse cidadão vive na menor unidade da federação que é o município. Daí então começar a ação a partir do município propondo a municipalização dos serviços de saúde como estratégia básica para se alcançar os objetivos do sistema, que é prover saúde para todos.

O Ministro da Saúde, em discurso (1994), argumenta que o modelo atual de assistência à saúde em todo o mundo é voltado para o método curativo e não o profilático, tendendo a privilegiar um número reduzido de usuários e baseado em um serviço complexo e cada vez mais caro e de resultados discutíveis. Isto leva à necessidade de se ir em busca de um sistema que fuja do atual método "... curativo e hospitalocêntrico, restrito ao indivíduo, sem compromisso com o bem-estar da coletividade e perdulário no seu exercício". Sua abordagem aprofunda-se na afirmação de que os rumos desse processo devem ser invertidos, definindo-se como objetivo o "... ato sanitário de natureza preventiva e educativa de abrangência coletiva, fundado muito mais na promoção e na proteção da saúde do que no tratamento das doenças" (Seminário Saúde para Todos, Ministério da Saúde: 1994).

Comentando a aprovação pelo Congresso Nacional da Lei no. 8.689, que transferiu as competências do INAMPS para o SUS, o Ministério da Saúde diz que "... saiu de cena um órgão símbolo de um modelo de saúde ineficiente e distanciado da população. Um modelo que durante décadas foi sustentado pela tese de que uma só pessoa, instalada na Capital Federal, seria capaz de decidir sobre o nascimento de crianças no Oiapoque até o tratamento de pneumonia no Chuí" (Trajetória da municipalização, MS: 1994).

O novo sistema contém aspectos visíveis da reorientação organizacional que redefine sua razão de ser baseada na demanda dos serviços que presta. Falando sobre o desenvolvimento na Inglaterra do que chama "orientação do serviço público", CARLEY (1988: 2), citando CLARKE & STEWART (1985: 2) diz que esse processo baseia-se em que " ...

- a) as atividades da autoridade local existem para prover serviço para o público;
- b) a autoridade local será julgada pela qualidade do serviço provido com os recursos de que dispõe;
- c) o serviço provido somente é de real valor se tiver algum valor para aqueles a quem se destina;
- d) aqueles a quem os serviços se destinam são clientes demandando serviço de alta qualidade; e
- e) qualidade de serviço exige proximidade com o cliente. Nesse aspecto, para atingir seus objetivos com eficiência a agência de prestação de serviços deveria realizar os seus serviços com base na demanda e, ao mesmo tempo, o seu desempenho deveria ser avaliado pela medida da satisfação de sua clientela".

Num evidente alinhamento com a forma de avaliação das agências prestadoras de serviço apresentadas por CARLEY (1988: 2), o Ministério da Saúde diz que "cada morador sabe em que porta deve bater e a quem procurar para cobrar soluções", agindo como um "aliado na fiscalização das ações administrativas", bem como tendo como aliados "o Ministério Público e o Tribunal de Contas". A Lei Orgânica da Saúde prevê, inclusive, "... a participação da comunidade no planejamento e na fiscalização dos gastos públicos com o setor, através do Conselho Municipal de Saúde". Esse órgão representa a comunidade junto ao SUS, em princípio, com a finalidade de acompanhar a execução dos serviços, tendo em vista a quantificação e qualificação da demanda local, bem como fazer avaliação constante do desempenho das agências prestadoras do serviço, propondo as correções e readaptações necessárias (Ministério da Saúde: trajetória da municipalização: 1994).

Nesta linha de pensamento sobre a organização e participação comunitária nos serviços de saúde, PORTERFIELD (1972: 13/14) fala sobre os princípios básicos considerados essenciais pelos assistentes de saúde nos EUA e afirma que "o primeiro destes é que os programas de saúde pública

são mais eficazes quando criados na própria comunidade. Ali eles estão mais próximos do povo a que servem. Ali eles estão mais alertas às necessidades e recursos da comunidades específica. Ali eles são mais sensíveis às necessidades em modificação”.

A experiência de participação comunitária nos serviços públicos de saúde nos Estados Unidos da América do Norte é longa e data de fins do século passado, conforme atesta PORTERFIELD (1972: 18), dizendo que “As associações voluntárias de saúde ... originárias em 1892 com a fundação da primeira sociedade local de tuberculose, criaram um padrão que tem resultado no crescimento de uma série impressionante de organismos de saúde nacional voluntários. ... que atraem um amplo seguimento da população para participar nos serviços de saúde da comunidade”.

1.5.4. O Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde é a forma de fazer com que todos os seguimentos da comunidade se representem na formulação de estratégias e controle da implementação de programas de saúde. É onde a sociedade vai se expressar, mostrar suas reais necessidades e exigir que recursos conjugados, públicos e da comunidade, sejam empregados na busca de soluções. Esse órgão representa a comunidade junto ao sistema de assistência à saúde.

O art. 3º da Lei no. 6.229, de 17.07.1975, ao definir áreas de ações próprias da União, diz no inciso II que, no campo da saúde individual, exercerá ações próprias e supletivas, de preferência conjugando esforços e recursos da União, dos Estados e dos Municípios e das entidades privadas (Anais da VI Conferência Nacional da Saúde: 164/167). O papel do Conselho Municipal de Saúde é essencial nesse aspecto, tendo em vista que, até mesmo com o nível de gestão semiplena (o mais elevado no processo de municipalização da saúde), ainda haverá setores do serviço de saúde pública que, por suas características, encampam ações para as quais o município não tem infra-estrutura suficiente para implementá-las com exclusividade, sendo necessária a interação das três esferas de governo, ou até a ação da União ou dos Estados independentemente.

O Conselho Municipal de Saúde é uma instituição que tem por finalidade a avaliação constante dos programas de saúde, em termos locais, do SUS, bem como, ao mesmo tempo, uma tentativa de criação de um sistema de controle externo diferente daquele exercido pela Câmara Municipal.

A Criação do Conselho Municipal de Saúde deve dar-se através de lei municipal. Sua composição deve observar o princípio da paridade, i.e., 50% dos membros devem ser de representantes dos usuários; 25%, representantes dos segmentos do governo; e 25%, de prestadores de serviços e profissionais da saúde. O Secretário de Saúde é o presidente do Conselho e tem direito a voto de desempate. Membros do poder legislativo e judiciário não podem compor o Conselho em vista da independência entre os poderes. O Conselho Nacional de Saúde recomenda que a composição não seja de menos de 10 nem mais de 20 membros. O conselheiro pode ser substituído pela entidade que representa antes do final de seu mandato.

A competência do Conselho Municipal de Saúde, segundo a Resolução 33, de 23.12.92, do Conselho Nacional de Saúde, resume-se em 1) formulação e controle da execução da política de saúde, 2) estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, 3) traçar diretrizes de elaboração e aprovar planos de saúde, 4) propor adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, 5) propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e funcionamento do SUS, 6) fiscalizar a movimentação de recursos, 7) estimular a participação comunitária, 8) propor critérios para a programação financeira e orçamentária, 9) estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadores de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, e 10) elaborar o Regimento Interno.

Com relação à avaliação e ao controle externos, a iniciativa encontra grandes resistências por parte das autoridades e agentes públicos, tendo em vista tratar-se de uma inovação, uma mudança de “orientação do serviço público”. Essa mudança de orientação se fundamenta em dois aspectos. O primeiro é definir qual a orientação do serviço público. Segundo Sérgio Abranches (JAGUARIBE & outros: 1992), o corporativismo e outros fatores fizeram com que as agências estatais se tornassem um fim em si mesmas. Produzem o que lhes é imposto produzir e entregar ao

consumidor sem nenhum parâmetro para avaliar sua eficiência. O serviço é decidido de cima para baixo, de dentro para fora.

O segundo é a reorientação da prestação de serviços. Esta se basearia em mudar essa concepção, pois a agência estatal passaria a existir com o fim de satisfazer um claro de demanda de um produto (serviço) pelos seus consumidores, o que redundaria na mudança para uma situação que privilegia a “clientela” ou o “cliente”, em substituição àquela que se fundamenta no “clientelismo”.

1.5.5. Implantação do processo de municipalização da saúde

A condição do município que não participa do programa de descentralização é de mero prestador de serviços de saúde. Ao se decidir pela adesão ao programa, existem procedimentos a serem seguidos. O primeiro passo é o cadastramento dos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares públicos e privados para possibilitar às esferas de governo conhecer a rede de serviços de saúde existente no município e a capacidade de produção de suas ações. Existem dois documentos a serem preenchidos chamados Ficha de Cadastramento Ambulatorial (FCA) e Ficha de Cadastramento Hospitalar (FCH). Esse procedimento é responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente.

O segundo passo é a programação físico-orçamentária dos serviços ambulatoriais, a fim de compatibilizar as disponibilidades orçamentárias com a capacidade instalada e as necessidades da população, permitindo acompanhar a oferta e a demanda de serviços. Através da Ficha de Programação Orçamentária (FPO), reúnem-se informações por grupo de unidade, de procedimentos, a quantidade física e o valor orçamentário.

O terceiro passo é o acompanhamento da produção, para o que existem o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), para se conhecer a quantidade de serviços produzidos, e o Boletim de Diferença de Produção (BDP), que permite alterar o pagamento ao prestador em função de revisões técnico-administrativas. A assinatura destes boletins pelo Secretário de Saúde é a comprovação de sua veracidade. Com as AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) comprova-se a produção hospitalar.

Os boletins e fichas FCA, BPA, BDP e FPO, integram o que se conhece como Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e a FCH e a AIH integram o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

2. Metodologia

2.1. A população

A abrangência do trabalho desenvolvido tomaria contornos cuja amplitude se tornaria elemento dificultador, caso fosse considerado o contexto geral do país.

A população foi considerada o universo dos representantes dos diversos seguimentos da sociedade brasileira que, de uma forma ou de outra, estão envolvidos com a questão da Saúde.

2.2. Amostra

Por conveniência, para o nível de estudo levado a efeito, a amostra foi definida por chamada através da distribuição de questionário aos participantes da X Conferência Nacional de Saúde, para preenchimento livre. O número de participantes que voluntariamente devolveram os questionários foi tido como a amostra considerada. Esse procedimento tornou-se necessário tendo em vista a liberdade dada ao participante para responder ou não os questionários.

O ato de preencher e devolver o questionário pode ser entendido como uma demonstração do interesse e envolvimento do pesquisado com o setor saúde, bem como uma manifestação de vontade de apoiar aqueles que, de uma forma ou de outra, como a iniciativa do estudo em questão, estejam interessados em dar uma contribuição para o aperfeiçoamento do sistema, podendo-se, portanto, desconsiderar os que não devolveram o questionário preenchido.

2.3. Objetivos

A municipalização da saúde é um aspecto da descentralização da administração pública. Este estudo procura mostrar, baseado nos fundamentos da descentralização administrativa, se esta vem acontecendo como aponta os pressupostos teóricos.

O pressuposto que serviu de base para a pesquisa é o de que a descentralização possibilita que as decisões sejam tomadas mais próximo do nível de execução. Dessa forma, se alcançaria maior resolutividade nas ações para solução dos problemas de saúde locais. Suporte teórico são os estudos sobre centralização e descentralização de MARCELINO (1988), e os ensinamentos de FAYOL (1970) e de CHIAVENATO (1993). Também foi considerado o estudo de CARLEY (1988), que defende a avaliação de desempenho das agências de prestação de serviço público pela clientela destinatária destes serviços. Buscar-se-á, assim, avaliar, através da pesquisa, se há resultado positivo, ou seja, até que ponto o processo está sendo resolutivo.

O resultado mais resolutivo ou menos resolutivo do processo é considerado aqui como parâmetro para a medida da eficiência, eficácia e efetividade do processo.

Procurou-se verificar como se deu ou está se dando a municipalização da saúde nos municípios brasileiros, evidenciando-se quais teriam ou têm sido os eventuais **obstáculos** enfrentados e os **resultados** conseguidos.

Um aspecto adicional de relevância que foi questionado através de entrevistas é a afluência de clientes dos sistemas de saúde de municípios pequenos para as cidades médias e grandes; como é percebida a questão, no contexto do processo de municipalização, por aqueles que estão envolvidos

com sua implementação; e que soluções e propostas são visualizadas para equacionar esse problema. Tal aspecto reveste-se de importância em vista da limitação de repasse de recursos que não teriam incluído como usuários, na previsão e provisão, esse segmento da clientela do município.

2.4. Hipóteses

2.4.1. Ho

Há aumento de resolutividade dos serviços de saúde com a implantação do processo de municipalização. Portanto, o processo de descentralização está alcançando seu objetivo em termos de eficiência, eficácia e efetividade.

2.4.2. Hipóteses secundárias

Algumas hipóteses secundárias têm a ver com a existência de obstáculos que dificultam o processo e que podem inviabilizá-lo. São eles de ordem financeira, política e administrativa.

a) O obstáculo financeiro se situa na interposição do Estado no processo de repasse de recursos, que acontece no caso das gestões incipientes e parciais, desobedecendo o cronograma que deve ser obedecido para que o sistema não seja estrangulado. Embora não seja analisado aqui, o processo anterior, que possibilitava um nível alto de corrupção, leva a cuidado excessivo por parte das autoridades centrais, desvirtuando o compromisso de viabilização de um sistema descentralizado.

b) O obstáculo político se situa em nível local. Pode ser identificado nos níveis executivo, legislativo e do Conselho Municipal de Saúde, em vista da existência de correntes ideológicas opostas. Portanto, os focos de oposição à criação de condições para viabilização do processo se vê presente. Ainda nesse contexto, a questão política assume também uma característica que pode ser identificada na usurpação do poder, tendo em vista que um sistema descentralizado pressupõe, naturalmente, a perda de uma porção significativa de poder por parte do topo da administração, o que é discutido em teoria.

c) O obstáculo administrativo reflete o despreparo da máquina administrativa municipal para fazer funcionar um sistema descentralizado por carecer de uma visão clara da necessidade de planejar suas atividades e as executar de forma descentralizada, envolvendo a participação geral da comunidade. Isso leva a um processo de gestão compartilhada em que cada ator tenha consciência da importância de sua participação, mesmo que mínima e aparentemente insignificante, nos resultados que se pretende alcançar.

Em decorrência dos três obstáculos apresentados, o processo pode ser afetado tornando-se mais lento, entrando em impasse ou gerando um sem-número de problemas derivados daí que comprometem a continuidade de sua implantação.

2.4.3. H1

Não há aumento da resolutividade, portanto a eficiência, a eficácia e efetividade são comprometidas.

- a) Não há obstáculo político.
- b) Não há obstáculo financeiro.
- c) Não há obstáculo administrativo.

2.5. Coleta de dados

2.5.1. A pesquisa

A pesquisa se resume em duas fases.

A **primeira é a fase** de entrevistas exploratórias com autoridades municipais e do Distrito Federal com o propósito de buscar informações sobre o processo de descentralização dos serviços de saúde. Esta fase trouxe subsídios para a elaboração do questionário para ser submetido à X Conferência de Saúde na segunda fase da pesquisa.

A **segunda fase** é o levantamento de dados para confirmar ou refutar as hipóteses levantadas. Constituiu-se de um questionário que foi distribuído por ocasião da X Conferência Nacional da Saúde.

3. Análise e comentários sobre as entrevistas

As entrevistas foram realizadas em Brasília, Cristalina, Abadiânia, Alexânia e Luziânia. Faz-se a seguir uma rápida análise e comentários sobre as mesmas e sua íntegra pode ser vista nos anexos ao final deste estudo.

3.1. Entrevista na Secretaria de Saúde do DF

Talvez possa-se criticar o fato de incluir o Distrito Federal no contexto de um estudo sobre a municipalização da saúde por ser Brasília de uma cidade-Estado. Entretanto, foi a entrevista mais rica em informações sobre o setor saúde de forma geral e contextualizada com o processo de descentralização dos serviços de saúde do Governo Federal.

Em Brasília, conforme aponta o Sr. Campos, embora não sendo município, o serviço funciona como tal, existindo e com grande experiência os Conselhos Distritais de Saúde, à semelhança do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Algumas informações básicas foram levantadas através da entrevista, sendo muitas delas comuns aos demais governos locais. As informações relevantes e dignas de destaque serão itemizadas a seguir.

3.1.1. Os principais problemas

Foram apresentados três situações principais:

a) o acesso ao serviço de saúde.

- Acesso ao serviço de saúde é um problema comum a quase todos os sistemas de saúde locais. É nesse contexto que se valoriza o trabalho profilático, preventivo, através principalmente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em que os agentes acompanham com visitas periódicas a situação de saúde das famílias domiciliadas longe dos centros de saúde.

- O acesso ao serviço de saúde no DF é ruim porque foi planejado para uma população bem menor do que é hoje. A população do DF cresceu excessivamente a partir de 1990, acompanhada pela do entorno, que também em grande parte é absorvida pelo serviço de saúde de Brasília.

b) a resolutividade da rede de serviços de saúde

O serviço de saúde do DF responde por 80% da demanda local e um grande fluxo do entorno, região geoeconômica de Brasília. Assim, apesar da grande infra-estrutura hospitalar existente no DF, a demanda ainda supera a capacidade de atendimento da rede, comprometendo a resolutividade.

c) os recursos humanos

Os problemas apresentados nesta área são de produtividade ou desempenho dos servidores, além do problema quantitativo, i.e., a carência de mais servidores.

3.1.2. Os resultados

Medindo-se a resolutividade pelos dados mencionados, percebe-se um nível de positividade alto fazendo-se algumas comparações. O índice de mortalidade infantil nacional é de 65/1000, enquanto que o DF tem uma média de 21/1000, que em algumas cidades-satélites cai a níveis inferiores, como, por exemplo, o Guará, onde a taxa é 13/1000, superando os EUA, que têm uma taxa de 16/1000.

Em termos de saneamento básico, há alguns dados relevantes. A água tratada está em 95% dos domicílios e 80% têm esgotamento sanitário, estando ambos os índices acima da média nacional.

Ainda no âmbito da resolutividade, por outro lado, há um aspecto de difícil contorno, a questão do desemprego, que atinge em torno de 16%, enquanto a taxa nacional fica entre 7 e 8 %. Isso se reflete num dos grande problemas da saúde pública, que são as chamadas causas externas. Quando o índice de desemprego cresce, cresce também a criminalidade, e o índice de mortalidade por causas externas aumenta. No DF, as causas externas já são responsáveis pelo segundo lugar como causa de mortalidade geral, depois das doenças cardiovasculares.

3.1.3. O controle social previsto na descentralização

Essa questão, mesmo porque se trata de um governo de base progressista, é prioridade como projeto estratégico. Os 19 distritos existentes no momento já possuem seus Conselhos implantados, funcionando, paritários (metade usuários e metade trabalhadores, profissionais e gestores da saúde), sendo iniciado agora o projeto de implantação dos conselhos gestores das unidades (cada uma das 111 unidades terá um conselho gestor), cuja função é discutir a política da unidade em consonância com a política maior. Há uma interação dos conselhos de saúde com os conselhos do orçamento participativo.

3.1.4. Brasília e a clientela flutuante

O problema de Brasília em relação à região geoeconômica é altamente polêmica com relação à questão saúde, tendo em vista alguns aspectos básicos:

- o primeiro é que as cidades do entorno são em sua maioria dormitórios, tendo como consequência a perda de impostos para o DF;

- o cálculo de repasse de verbas é feito com relação ao número de habitantes através de cotas. O orçamento do DF não inclui a população flutuante;

- os governos do entorno e o de Goiás não aceitam o argumento de coobrigação. Há informação de que o Ministério da Saúde está trabalhando esta questão das cidades pólo, que não é o caso apenas de Brasília.

3.1.5. A profilaxia no DF

A Secretaria de Saúde está trabalhando o chamado projeto REMA, que preconiza a mudança das práticas no nível das unidades de saúde no rumo da integralidade da ação, incluindo, além da consulta médica e internação, a visita domiciliar. Esta é a base da orientação da saúde preventiva, i.e., trabalhar o ambiente onde o indivíduo vive e fica doente.

O REMA prevê uma maior coordenação e harmonização de objetivos entre os demais setores do governo, a intersetorialidade.

3.1.6. As maiores dificuldades

As maiores dificuldades são a financeira e profissional, que, de certa forma, estão relacionadas, pois qualquer ação sobre o segundo implica necessidade de verba.

3.1.7. O planejamento na Secretaria de Saúde do DF

O planejamento na área da saúde no DF não é muito claro. Entretanto, segundo o entrevistado, há um grande avanço devido ao fato de que não existia planejamento na área da saúde.

O Distrito Federal, embora atípico em relação a certos contextos, apresenta características similares às dos municípios, mesmo porque as ações do setor saúde estão sujeitas a um mesmo órgão central, que é o Ministério da Saúde, e as características de população e problemas urbanos não diferem muito dos demais centros urbanos. Ademais, como vimos, as ações no setor saúde são basicamente as mesmas que se aplicam em termos de descentralização da saúde.

Um elemento importante de se mencionar é que, como qualquer outro município, Brasília tem gestão parcial e estava, no momento da entrevista, fazendo gestões junto ao Ministério da Saúde para se capacitar ao nível de gestão semiplena.

3.2. Entrevista na Secretaria de Saúde de Cristalina, Goiás

3.2.1. A maior dificuldade

A maior dificuldade é a falta de integração entre as unidades com relação à coordenação das ações básicas.

3.2.2. O planejamento das atividades

Não há um projeto. Vai-se tocando o serviço na medida em que surgem as demandas. A questão da saúde fica muito no emergencial. Quando um governo começa a entender a sua complexidade é hora de transferir a administração.

3.2.3. A saúde preventiva

Embora cientes da necessidade de mudar a visão do sistema para preventivo, a falta de informações dificulta a implantação de programas de saúde familiar como o PACS, assistência à mulher, assistência à criança, assistência ao hanseniano, imunização, etc.

3.2.4. O maior problema

A cidade enfrenta grandes dificuldades com o saneamento básico.

3.2.5 O Conselho Municipal de Saúde

Embora ainda não tenha alcançado grande eficiência, o Conselho Municipal de Saúde é um fator positivo de participação da comunidade na questão saúde.

3.2.6. O êxodo rural

A cidade tem um êxodo característico de safra e entre-safra agrícola. Isto é um fator dificultador das ações da saúde.

3.2.7. A migração de demanda

Atualmente a migração é para Brasília, embora algumas vezes também manda-se para Luziânia. No caso de cidade de Goiás, é emitida uma AIH.

3.2.8. A intersetorialidade

Não há integração das ações no município.

3.2.9. Os consórcios

Os consórcios seriam grande avanço, mas as dificuldades de informação são obstáculos. Conta-se também com a resistência de alguns municípios.

Pode-se constatar que a municipalização da saúde em Cristalina é positiva, apesar da existência de vários obstáculos. Pelo que se pode verificar, as maiores dificuldades são a falta de

informações sobre os próprios problemas do município e inexistência de um planejamento dos serviços de saúde.

3.3. Entrevista com o prefeito de Cristalina, Goiás

A entrevista com o prefeito de Cristalina veio confirmar as afirmações colhidas na entrevista com a assessora da Secretaria Municipal de Saúde.

Apenas uma parte de sua entrevista cabe ser comentada, menos pela inserção no projeto de governo do que pelo aspecto inovador. Trata-se do projeto de construção de agrovilas com o propósito de reverter a tendência ao êxodo rural. Segundo o prefeito, sua previsão era de implantação de 150 unidades em princípio.

A menção desse ideal do prefeito de Cristalina é importante, não pela sua iniciativa, que não se sabe se será concretizada, mas por não ser o único. Pelo contrário, ele se fez discípulo do Governo do Paraná, que tem experiência nesse tipo de empreendimento.

Vale mencionar também a iniciativa da prefeitura de Balsas no Maranhão que, em face de problemas enfrentados com o inchaço das áreas urbanas pelo êxodo rural, implantou projeto semelhante. Esse projeto consta de criação de toda infra-estrutura no campo, como escola, postos de saúde, facilidades de comunicação e assistência técnica na área agrícola, para que o cidadão não saia do campo em busca destas facilidades.

Segundo relatou o consultor da prefeitura de Balsas, em seis meses de funcionamento o projeto não só evitou que mais famílias saíssem do campo, como também algumas famílias que haviam saído retornassem para o campo.

A questão urbana ou o êxodo rural não é parte essencial deste estudo, mas as conseqüências para o serviço de assistência à saúde provenientes da má atenção a essa questão são inúmeras. Portanto, no contexto da intersetorialidade, as iniciativas nesse sentido contribuem positivamente para as ações do serviço de saúde.

3.4. Entrevista com a Secretária de Saúde de Alexânia, Goiás

Foi constatado que Alexânia não iniciou o processo de municipalização da saúde e nem tem intenção de fazê-lo. Entretanto, realiza um trabalho preventivo com vários programas de saúde familiar, inclusive o PACS. Não deixa claro, porém, a razão pela qual não se interessou pela municipalização da saúde.

Com relação ao planejamento das ações da saúde, as informações prestadas não são claras. Vê-se que há uma Secretaria de Planejamento que não interfere nas ações da Saúde. A partir daí pode-se concluir que a intersetorialidade não existe.

Outra questão verificada é a clara disputa entre o Executivo e o Legislativo, quando a secretária menciona que os projetos elaborados pela Secretaria não são aprovados na Câmara. Isto pode ser estudado para se verificar se a não municipalização estaria relacionada com a questão do poder, já que, com base em outras análises, vê-se que muitos prefeitos temem a municipalização receosos de esvaziamento do poder.

Os maiores problemas relacionados foram financeiros, desorganização do sistema e entraves burocráticos.

3.5. Entrevista com a secretária de Saúde de Abadiânia/GO

As dificuldades de Abadiânia estão relacionadas com o fato de ser um dos municípios mais pobres da região e o fato de não haver empregos na cidade.

Os problemas mais significativos são a pobreza, o saneamento básico e a população flutuante devido à existência de curandeiro na cidade, chegando a 50% da população do município.

As dificuldades da secretaria municipal de saúde são financeiras e de repasse de medicamentos.

A saúde está municipalizada. Entretanto, considera-se o Conselho Municipal de Saúde um obstáculo, tendo em vista que os membros têm dificuldades para frequentar as reuniões tornando-se pouco participativo. Embora não haja atraso nas tomadas de decisão em virtude deste fato.

O serviço de saúde familiar é bastante atuante, contando com 32 agentes. Constata-se que a mortalidade infantil diminuiu nos últimos três anos como resultado da conscientização da população da necessidade de um trabalho de prevenção. Esse resultado é fruto da municipalização, que facilita o trabalho de prevenção. Por exemplo, uma das maiores causas de mortalidade era a diarreia, que foi revertida por ação dos agentes. Também as causas neo e perinatais estavam entre as maiores e foram revertidas com o trabalho assistencial preventivo.

Não há integração intersetorial de modo geral. Apenas as ações de educação e saúde se coordenam por questão de afinidade.

A maior causa de mortalidade geral é acidente de trânsito, seguida de doenças respiratórias e cardiovasculares.

Não há obstáculos políticos. Entretanto, quando muda o governo, muda-se todo o processo.

O caso de Abadiânia é bem particular. Conta com uma Secretária de Saúde que não é profissional médico. Portanto, tem certas facilidades de interação com o SUS, segundo a entrevistada. Isto deve-se ao fato de que o secretário médico ocupa-se adicionalmente de funções médicas, além das de Secretário de Saúde. Não se percebem grandes dificuldades ou obstáculos ao processo de municipalização. Vê-se que sempre se destaca a dificuldade financeira, embora se perceba que não há grande preocupação com o planejamento das ações da saúde.

3.6. Entrevista com o Secretário de Saúde de Luziânia/GO

As informações obtidas refletem como deve ser uma boa administração dos serviços de saúde. A saúde em Luziânia é municipalizada. No momento da entrevista, a Secretaria estava sendo elevada

à gestão semiplena. Pelo que se depreende da entrevista, o processo de gestão dos serviços de saúde compreende todos os passos que devem ser seguidos para a municipalização.

Luziânia é um modelo em termos de gestão dos serviços de saúde não porque seus problemas sejam menores do que os dos demais municípios da região. Pelo contrário, há uma multiplicidade desses problemas pelas suas características próprias de cidade pertencente ao entorno do Distrito Federal, uma cidade dormitório, podendo ser vista quase que como uma cidade-satélite mais distante envolvendo seis distritos, que já têm condições para serem emancipados como municípios autônomos.

Poder-se-ia dizer que estas características são positivas por tratar-se de uma sinergia com o serviço de saúde do DF. Entretanto, a realidade é outra. O fato de ser uma cidade dormitório dá a Luziânia grande dificuldade de arrecadação de tributos por compartilhá-los com o DF, pois a maior parte dos negócios da população é realizada em Brasília, onde deixa seus tributos.

A entrevista com o Secretário de Saúde é muito completa e contém elementos de grande contribuição para conhecer-se melhor o processo e a prática da descentralização da saúde. A entrevista na íntegra pode ser vista no anexo 14. Maiores detalhes afloram da entrevista seguinte fornecida pelo coordenador de Ações Básicas do Município de Luziânia.

3.7 Entrevista com o coordenador de ações básicas de Luziânia, Goiás

A entrevista dada pelo Dr. Carlos Alberto é rica em conteúdo. Deve ser vista na íntegra para se acompanhar os detalhes das ações desenvolvidas para se conseguir dominar os fatores predominantes causadores de doença e responsáveis pelos elevados indicadores de mortalidade no município. Procurar-se-á mostrar apenas algumas ações que são julgadas essenciais, para que se possa conseguir alcançar os objetivos estabelecidos e, conseqüentemente, eficiência, eficácia e efetividade.

3.7.1. A construção do perfil epidemiológico

O primeiro passo é a construção do perfil epidemiológico. É uma expressão técnica própria do serviço de saúde, que corresponde ao diagnóstico que toda organização deve fazer ao se iniciar um processo de planejamento. Isto significa o levantamento de todas as informações necessárias para se conhecer os problemas e poder-se então planejar algum tipo de ação para solucioná-los.

Segundo Carlos Alberto, foi realizado o diagnóstico geral ou perfil epidemiológico para se construir um plano de ação baseado nessas informações. Com relação à mortalidade, a primeira causa no município são as causas externas, vindo logo em seguida as doenças cardiovasculares. A principal causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais por hipoxia intra-uterina não especificada, que caracterizam os óbitos ocorridos em final de gestação.

3.7.2. A intersectorialidade

Apossando-se de informações como estas, começa-se a preparar o próximo passo, ou seja, que tipo de intervenção se poderá fazer para conter o aumento do número de ocorrências. Por exemplo, o que se pode fazer com relação às causas externas? É necessário uma coordenação com os setores responsáveis para se chegar a um consenso sobre que atitudes tomar. Neste caso específico, houve um trabalho conjunto com o Departamento de Trânsito para se conhecer quais os tipos de acidentes que mais acontecem e onde; e com a Polícia, para se saber as causas dos homicídios, no intuito de se fazer um trabalho preventivo em ambos os casos.

3.7.3. O plano de saúde

Vários trabalhos foram desenvolvidos para se obter dados sobre todos os problemas relacionados com a saúde. A partir daí desenvolveu-se o plano de saúde. Todos os programas que compõem as ações básicas de saúde foram desenvolvidos, como o PACS, saúde da mulher e da criança, etc., bem como a adoção de medidas pouco comuns como o desenvolvimento de parcerias com segmentos da comunidade e com empresas que dispõem de instalações e outras facilidades mas não possuem os recursos técnicos próprios.

Vale mencionar ademais o trabalho relatado pelo Dr. Carlos Alberto sobre o controle de epidemias, como a dengue, a raiva animal, meningite e outros, que servem de subsídios para um bom programa de trabalho.

3.7.4. A profilaxia

É importante voltar a atenção para o trabalho preventivo desenvolvido pela Secretaria relatado nas entrevistas. A filosofia básica do serviço de saúde é evitar que se contraíam doenças. Fazendo isso, o número de pessoas que procuram os hospitais e centros de saúde diminui. Assim, um elenco de ações são planejadas e desenvolvidas para o envolvimento não apenas dos indivíduos e setores ligados à questão da saúde mas, também e principalmente, chamando a comunidade para participar através do Conselho Municipal de Saúde e através de ações diretas dentro das escolas, envolvendo professores e alunos.

3.7.5. Um modelo de municipalização da saúde

Diante das informações obtidas nas entrevistas e documentos fornecidos pela Secretaria de Saúde, Luziânia pode ser apresentada como modelo de municipalização da saúde. Um aspecto que merece ainda ser lembrado é que tudo isso se torna possível quando se vê uma clara vontade política que possibilita descentralizar todo o sistema. O prefeito de Luziânia, ao ser-lhe solicitada entrevista, disse que os esclarecimentos que se buscava sobre os serviços de saúde não os saberia dar, tendo em vista que havia descentralizado completamente o setor saúde e só o gestor seria capaz de traçar um diagnóstico completo de forma a satisfazer os propósitos deste estudo. Conforme pode ser visto na entrevista com o Secretário de Saúde, um dos primeiros passos de sua administração foi também delegar tudo que fosse possível, para que as decisões fossem tomadas por quem estivesse diretamente envolvido com a ação.

4. Análise e interpretação dos dados

A análise da pesquisa está dividida em duas fases, precedidas por comentários sobre as três questões iniciais, procurando-se traçar o perfil da amostra. Procurou-se, então, classificar a amostra por número de representantes por unidade da federação e por categoria profissional. A primeira fase, que envolve as 6 questões seguintes, desenvolveu-se com a finalidade de conseguir dos participantes algumas informações básicas, baseadas em sua experiência e seu conhecimento sobre a questão da saúde.

A segunda fase, composta das 10 últimas questões, busca fazer com que os pesquisados se manifestem sobre a implementação do processo de municipalização da saúde.

4.1. Perfil da amostra: elementos sobre o interesse das unidades da federação pela questão da saúde

Pode-se constatar que os dados indicam que o maior número de participantes que responderam o questionário é proveniente da Região Nordeste, com 54 representantes de cinco estados, equivalentes a 32% da amostra, e da Região Sudeste, com 46 representantes de quatro estados, equivalentes a 27%, totalizando 59% de participantes apenas dessas duas Regiões. Embora outras variáveis também devam ser consideradas, alguma justificativa há para essa maior presença,

podendo-se a princípio atribuir-se ao maior compromisso com a questão saúde como também porque o processo de municipalização nessas regiões tem conseguido maior avanço.

Partindo-se do agrupamento desses dados por categoria profissional como mostra a tabela 1, encontramos 20% de profissionais médicos, 37% de profissionais da saúde (esse grupo congrega todos os níveis, desde de assistente, agentes comunitários de saúde, que são, em sua maioria, compostos de pessoal alfabetizado ou semi-alfabetizado, até profissionais de nível superior), e 43% de profissionais de outras áreas que, por alguma razão, estão envolvidos com a questão da saúde. O médico, embora seja o profissional mais afeto diretamente à questão da saúde, é menos representado, o que poderíamos atribuir ao fato de que, em relação ao universo de profissionais da saúde, eles sejam menos numerosos, como, por exemplo, se compararmos a relação enfermeiros e médicos em um hospital. A proporção de representantes, portanto, não significa tendência em conjunto, embora em particular, se considerarmos por unidade da federação, já possamos constatar alguma possibilidade de tendência, ao separarmos os estados com 2 ou mais representantes, o que vai somar apenas 9, e, ao agrupá-los por região, verifica-se que a maior frequência é do Sudeste (Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo) com 11 e Nordeste (Ceará, Pernambuco e Piauí) com 7. Novamente, nos deparamos com a possibilidade de tendência ao maior envolvimento com as questões da saúde por parte dos médicos provenientes das regiões em listadas.

Outro dado importante a ser considerado é que, da amostra que conseguiu reunir representantes de 25 unidades da federação, apenas um secretário estadual da Saúde (0.6%) e quatro secretários municipais da Saúde (2.4%) se manifestaram, levantando nova possibilidade de tendência, como, por exemplo, a ausência à conferência poderia estar relacionada com a falta de interesse, devido a que a questão da saúde não seja prioridade no Estado ou no Município.

TABELA 1 - Representantes à X Conferência Nacional da Saúde

UF	R	%	M	PS	OP	SMS	SES
AL	2	1	-	-	2	-	-
AP	1	1	1	-	-	-	-
AM	2	1	-	1	1	-	-
BA	15	9	1	9	5	1	1
DF	4	2	4	-	-	-	-
CE	16	9	3	6	7	-	-
ES	2	1	1	1	-	1	-
GO	4	2	1	1	2	-	-
MA	2	1	-	2	-	-	-
MG	14	8	4	3	7	2	-
MT	11	7	2	4	5	-	-
MS	4	2	1	1	2	-	-
PA	2	1	-	-	2	-	-
PR	10	6	2	4	4	-	-
PB	4	2	1	1	2	-	-
PE	12	7	2	4	6	-	-
PI	10	6	2	5	3	-	-
RJ	14	8	5	6	3	-	-
RN	3	2	1	1	1	-	-
RS	13	8	1	5	7	-	-
RO	1	1	-	-	1	-	-
SC	1	1	-	1	-	-	-
SP	16	9	2	5	9	-	-
SE	1	1	1	-	-	-	-
TO	2	1	-	-	2	1	-
NI	4	2	-	2	2	-	-

T	170	-	35	62	73	5	1
T %	-	100	20	37	43	3	1

R = representantes

M = médicos

NI = não identificado

OP = outros profissionais

PS = profissionais da saúde

SES = secretário estadual de saúde

SMS = secretário municipal de saúde

T = total

T% = total do percentual

4.2. Dados básicos da questão da saúde: dificuldades, causas de mortalidade

infantil e geral, causas externas de mortalidade e obstáculos à municipalização da saúde

A inquirição dos pesquisados visa aqui, de início, saber qual a principal dificuldade do município na área da saúde. Foi feita em forma de questão aberta com a finalidade de dar ao participante maior liberdade de expressar-se. Em vista da variedade das informações obtidas, foi necessário agrupá-las por categoria conforme se pode verificar na tabela 2 a seguir.

TABELA 2 - Principais dificuldades dos municípios na área da saúde

Categorias de dificuldades	quantidade de respostas	% sobre respostas válidas	% acumulada
Assistenciais	25	16	16
Gerenciais	25	16	32
Políticas	24	15	47
R. Humanos	19	13	60
R. Financeiros	31	21	81
Dificuldades estruturais	29	19	100
Total	153	-	-

A categoria 1, dificuldades assistenciais, são aquelas ligadas diretamente à questão de assistência à saúde. A categoria 2 lista as dificuldades gerenciais, i.e., aquelas que estão ligadas à capacidade gerencial dos gestores administrar o serviço de saúde. A terceira categoria trata das

dificuldades políticas, ou seja, os entraves ligados à questão do poder, às intrigas partidárias, o que, em resumo, vai definir a maior ou menor vontade ou interesse político em priorizar a área da saúde. Recursos humanos é a quarta categoria e é uma das dificuldades que compõem a bandeira de luta dos médicos, envolvendo a necessidade de uma política de recursos humanos que privilegie o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade de vida do trabalhador da saúde. A quinta categoria são as dificuldades financeiras, que alguns consideram como a principal razão da má qualidade de assistência à saúde; e está relacionada com o repasse de verbas e financiamento para a criação de infra-estrutura. A sexta e última categoria, aqui denominada dificuldades estruturais, compreende variáveis sócio-econômicas como desemprego, pobreza, saneamento e vigilância sanitária. A lista dos itens que compõem a categorização pode ser vista no anexo 1.

Pode-se verificar, pelas informações aqui obtidas, que as três primeiras categorias de dificuldades ocupam um mesmo percentual, enquanto que recursos financeiros são considerados a maior dificuldade na área da saúde com 21% das opiniões, vindo logo em seguida às dificuldades estruturais com 19%. É importante observar que, segundo os pesquisados, as dificuldades geradas pela falta de saneamento básico isoladamente dentro da categoria de dificuldades estruturais ocupam um nível de 14%. Recursos humanos representa 13%, vindo logo depois as dificuldade políticas (15%) e assistenciais e gerenciais (16%).

A segunda inquirição desta parte da pesquisa trata de uma questão aberta sobre as causas de mortalidade geral que, em vista da multiplicidade de respostas, exigiu-se, também, um agrupamento das causas de características próximas. Assim, formaram-se 6 grupos. Convencionou-se denominar “sócio-econômicas” as causas do primeiro grupo para caracterizar aquelas ligadas à pobreza, miséria, desemprego e saneamento, como diarreia, desidratação, fome, etc. (28%); “causas externas”, como o grupo representado por acidentes de trânsito, homicídios, etc. (20%) (vide tabela 4); “doenças cardiovasculares” (29%); “epidemias” (dengue, malária e outras) (3%); “doenças graves” como AIDS, câncer, afecções respiratórias, etc. (15%); e “outras causas” (5%). Pode-se obter uma melhor compreensão do agrupamento através do anexo 2.

TABELA 3 - Principal causa de mortalidade geral

Causas de mortalidade	No. repostas	%	% acumulada
Sócio-econômicas	36	28	28

Causas externas	27	20	48
Doenças cardiovasculares	37	29	77
Epidemias	4	3	80
Doenças graves	20	15	95
Outras causas	6	5	100
Total respostas aceitas	130	-	-

Foi questionado em seguida sobre a percepção que o pesquisado tem das causas externas entre as causas de mortalidade. O resultado dessa percepção é bastante significativo, tendo em vista que transparece a realidade do comportamento dessas causas de mortalidade levantadas por pesquisas oficiais. Segundo a tabela 5, 31% diz que as causas externas ocupam o primeiro lugar; o segundo e o terceiro lugares têm o mesmo percentual (24%). Se somarmos os três primeiros lugares, vamos obter 79%, o que mostra que há uma conscientização do grupo envolvido com a questão saúde de que a realidade da participação das causas externas entre as causas de mortalidade é altamente significativa.

TABELA 4 - As causas externas entre as causas de mortalidade

ord	classificação	resp	acumulada	%	% acumulada
1	Primeiro lugar	22	22	31	31
2	Segundo lugar	17	39	24	55
3	Terceiro lugar	17	56	24	79
4	Quarto lugar	10	66	14	93
5	Quinto lugar	2	68	3	96
6	Sexto lugar	1	69	1	97
7	Sétimo lugar	2	71	3	100
-	Total	71	-	100	-

O terceiro questionamento da segunda parte, também aberto, pede ao pesquisado para dizer, no seu ponto de vista, qual a principal causa de mortalidade infantil. As respostas foram agrupadas à semelhança da tabela 3, em causas “sócio-econômicas”, causas “respiratórias”, causas “peri ou neonatais”(óbitos que ocorrem das últimas semanas de gravidez até as primeiras semanas pós-parto), causas “gerais” e causas “estruturais” (aquelas que dizem respeito à infra-estrutura assistencial do serviço de assistência à saúde) (tabela 5).

Surpreende aqui o destaque que se obtém como causa de mortalidade infantil a categoria “sócio-econômicas”, com 56% do total das causas, lembrando-se que saneamento básico não está incluído, o que poderia elevar ainda mais o percentual. As duas causas mais significativas, seguidas à categoria “sócio-econômicas”, - causas “respiratórias” e “peri e neonatais” -, somadas, perfazem pouco mais de metade daquela categoria (Ver anexo 3).

TABELA 5 - Principal causa de mortalidade infantil

ord	Causa de mortalidade infantil	Qtd	%	% acumulada
1	Sócio-econômicas	79	56	56
2	Respiratórias	30	21	77
3	Neo e perinatais	18	13	90
4	Gerais	8	5	95
5	Estruturais	8	5	100
	Respostas aceitas	143	100	-

O questionamento seguinte busca mostrar como está o processo de municipalização da saúde. Aproximadamente um quarto (24%) dos participantes informaram que seus município ainda não iniciaram o processo de municipalização. A outra parte significativa das informações levantadas é com relação ao desenvolvimento do processo de municipalização em que se pode depreender que o processo foi lento de 1986 até 1992, quando então aumentou consideravelmente. No período de 1986 a 1992, apenas 27% dizem que a saúde foi municipalizada em sua cidade. Entretanto, somando o período que vai de 1993 a 1996, o percentual atinge 73%. Isso leva à percepção de que o processo de municipalização da saúde tomou impulso nos últimos três anos (tabelas 6 e 7).

Outro aspecto que também se procurou listar (ver anexo 4) foram as razões pelas quais os municípios não iniciaram o processo de municipalização da saúde. Vale chamar à atenção sobre o fato de que 39% acham que a razão principal é a falta de vontade ou interesse político.

TABELA 6 - O serviço de saúde municipalizado ou não

Ord.	Respostas	Qtd	%
1	Não	39	24
2	Sim	121	76
-	Total	160	100

TABELA 7 - Afirmações sobre a municipalização dos serviços de saúde por ano no período de 1986 a 1996

Ano	Quantidade	Quant. acum.	%	% acumulada
1986	2	2	2	2
1988	3	5	4	6
1989	1	6	1	7
1990	6	12	7	14
1991	6	18	7	21
1992	5	23	6	27
1993	18	41	21	48
1994	21	62	24	72
1995	13	73	15	87
1996	11	86	13	100
Total	86	-	100	-

Outro dado relevante é o processo de municipalização por unidade da federação (tabela 8). Pode-se observar que Minas Gerais e São Paulo se destacam, sendo que no primeiro estado, dos 11 que responderam, nenhum respondeu negativamente e no segundo, dos 12 que responderam, apenas 1 disse que ainda não iniciou o processo de municipalização.

TABELA 8 - Cidades com serviços de saúde municipalizados por unidades da federação

UF	Rep.	Sim	Não
Alagoas	2	2	0
Amapá	1	0	1
Amazonas	2	0	1
Bahia	16	6	4
Ceará	16	7	2
Esp. Santo	2	2	0
Goiás	4	1	2
Maranhão	2	2	0
Mato Grosso	11	6	3
M. Grosso do Sul	4	2	0
Minas Gerais	14	11	0
Pará	2	1	1
Paraíba	4	2	2
Paraná	10	5	1

Pernambuco	12	7	2
Piauí	10	2	3
Rondônia	1	1	0
Rio de Janeiro	15	3	0
Rio G. do Norte	3	2	0
Rio G. do Sul	12	7	2
São Paulo	17	12	1
Sergipe	1	0	1
Tocantins	2	1	1

O último questionamento aberto aos pesquisados busca conhecer qual o maior obstáculo à municipalização da saúde. Há uma imensa variedade de respostas. Foram reunidas em seis tipos de entraves, ou seja, entraves políticos, entraves gerenciais, entraves financeiros, entraves de recursos humanos, entraves estruturais e outros entraves. O grupo dos entraves políticos é o que carrega maior peso, atingindo 41%, sendo que o item “falta de vontade política” foi o mais apontado, tendo uma participação de 48% do total, em vista da importância que é atribuída pelos pesquisados à ausência de interesse pela questão da saúde por parte dos agentes públicos eleitos, do Executivo ou do Legislativo local.

O segundo grupo trata dos entraves gerenciais. Esse grupo equivale a 29% do total de respostas aceitas, ocupando, assim, o segundo lugar como obstáculo à municipalização da saúde apontado pelos pesquisados.

O terceiro grupo, entraves financeiros, é considerado, também, uma das grandes dificuldades para o andamento do processo de municipalização da saúde, vindo em segundo lugar com 18% das respostas aceitas.

Faz-se necessário esclarecer aqui que este item da pesquisa foi feito em aberto para que houvesse maior proximidade da realidade da percepção dos pesquisados com relação ao processo de municipalização da saúde, evitando-se que fossem direcionados a um tipo de resposta específica do tipo escolha múltipla. No caso tratado aqui, houve maior liberdade de expressão, embora o número de respostas aceitas tenha sido menor do que seria se feito em questionário fechado.

A tabela 9 mostra os dados aqui mencionados e as respostas individuais podem ser analisadas no anexo 5.

TABELA 9 - Os maiores obstáculos à municipalização da saúde

Ordem	Obstáculo	qtd	%	%acumulado
1	Entraves políticos	44	41	41
2	Entraves gerenciais	32	29	70
3	Entraves financeiros	20	18	88
4	Entraves de RH	4	4	92
5	Entraves estruturais	4	4	96
6	Outros entraves	4	4	100
-	Total	108	100	-

4.3. Avaliação do processo de municipalização da saúde

Esta parte é composta de dez itens básicos. Procuram mostrar a percepção dos representantes à X Conferência Nacional da Saúde sobre a implementação do processo de municipalização em seu lugar de origem.

O primeiro item visa confirmar se a questão política é um obstáculo ao processo (tabela 10 e anexo 6);

TABELA 10 - Obstáculo político à municipalização da saúde

Ord.	Respostas	quantidade	%
1	sim e especificou	96	66
2	sim e não especificou	14	10
3	não	36	24
-	total	146	100

O segundo procura saber dos participantes se o Conselho Municipal de Saúde, requisito indispensável para o iniciar o processo de municipalização da saúde, é resolutivo, se contribui para

contornar obstáculos e ajudar a resolver problemas que impedem o bom funcionamento e desempenho do setor saúde, bem como ser um meio de controle social, i.e., ser representativo da comunidade;

TABELA 11 - Conselho Municipal de Saúde: resolutivo, dificultador ou não faz diferença.

ord	respostas	qtd	%
a)	resolutivo	101	64
b)	dificultador	11	7
c)	não faz diferença	46	29
-	total	158	100

O terceiro, o quarto e o quinto itens procuram traçar a percepção dos pesquisados sobre os resultados do setor saúde após o início do processo de municipalização, inquirindo sobre se a assistência à saúde tornou-se mais resolutive e se a mortalidade geral e infantil diminuíram (tabelas 12, 13 e 14).

TABELA 12 - A assistência à saúde após a municipalização: mais resolutive, menos resolutive ou não fez diferença

Ord	respostas	qtd	%
a)	mais resolutive	93	71
b)	menos resolutive	14	11
c)	não fez diferença	24	18
-	total	131	100

TABELA 13 - A mortalidade geral após a municipalização: diminuiu, aumentou, manteve-se ou não há dados

Ord	respostas	qtd	%
a)	diminuiu	58	46
b)	aumentou	8	6
c)	manteve-se	30	23
d)	não há dados	32	25

-	total	128	100
---	-------	-----	-----

TABELA 14 - A mortalidade infantil após a municipalização: diminuiu, aumentou, manteve-se ou não há dados

Ord	respostas	qtd	%
a)	diminuiu	78	62
b)	aumentou	6	5
c)	manteve-se	20	16
d)	não há dados	22	17
-	total	126	100

O sexto item, que versa sobre a procura pelos hospitais após o processo de municipalização, apresentou resultado que supostamente fora influenciado por variáveis desconhecidas e que carecem de outras observações (tabela 15).

TABELA 15 - A procura pelos hospitais após a municipalização: diminuiu, aumentou, manteve-se ou não há dados

ord	respostas	qtd	%
a)	diminuiu	41	32
b)	aumentou	40	31
c)	manteve-se	32	25
d)	não há dados	15	12
-	total	128	100

O sétimo item procura fazer o entrevistado externar sua visão com relação à prática da assistência à saúde, sendo indagado sobre se o serviço de saúde deve ser mais preventivo, mais curativo, igualmente preventivo e curativo ou apenas curativo. O objetivo deste item é saber se o entrevistado, que é um dos atores da implementação do processo de municipalização, i.e., o indivíduo que está de alguma forma envolvido com a questão da saúde, compartilha a mesma visão, que é básica para a municipalização da saúde, de se criar um sistema de saúde mais preventivo, profilático, e menos hospitalocêntrico. Isto deve-se ao fato de que, se a visão dos atores é antagônica à filosofia do sistema que está sendo implementado, fatalmente isto poderia constituir obstáculos (tabela16).

TABELA 16 - O serviço de saúde é mais resolutivo quando é: mais preventivo, mais curativo, igualmente curativo e preventivo ou apenas curativo

ord	respostas	qtd	%
a)	mais preventivo que curativo	110	69
b)	mais curativo que preventivo	5	3
c)	igualmente preventivo e curativo	43	27
d)	apenas curativo	1	1
-	total	159	100

O oitavo item procura avaliar a importância que o entrevistado atribui a certas dificuldades consideradas fundamentais, tais como a falta de planejamento, a falta de verbas, a falta de recursos humanos bem preparados, o despreparo gerencial e outros fatores de livre menção. A manifestação neste item contribui para a comparação com o que foi respondido anteriormente sobre o mesmo tema. Através da tabela 17, a seguir, pode-se observar os graus de dificuldades na área da saúde que se obteve através das respostas por ordem de importância da questão “o serviço de saúde é dificultado por a) falta de planejamento amplo e detalhado como ponto de partida; b) falta de verbas; c) falta de recursos humanos bem preparados; d) despreparo gerencial; e e) outros fatores, especificar” (vide anexo 7 para verificar como se chegou aos resultados da tabela 17).

TABELA 17 - Dificuldades na área da saúde

Dificuldades	grau de dificuldades (*)
Falta de planejamento	413
Falta de verbas	405
falta de recursos humanos	373
Despreparo gerencial	323
Outros fatores	258

(*) Obtido através do somatório dos percentuais de citações, ponderados pelo nível de importância (primeira = 5; segunda = 4; terceira = 3; quarta = 2; quinta = 1).

O nono item procura levar o pesquisado a manifestar-se sobre o que ele considera como causa das doenças.

TABELA 18 - Principal causa de doenças

ordem	descrição da resposta	qtd	%
a)	renda/emprego	61	51
b)	educação	19	16
c)	falta de saneamento básico	37	33
d)	outros - especificar	-	-
-	total	117	100

O décimo item procura identificar, através da percepção dos pesquisados, a existência e o que eles consideram como dificuldade que o serviço de saúde local, dentro do contexto do processo de municipalização da saúde, enfrenta no seu relacionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). A tabela 17 mostra o resultado das respostas à questão “Há dificuldades com o SUS? Se sim, escolher pela ordem de importância de 1 a 5 as alternativas a) repasse de verba, b) repasse de medicamento, c) falta de informação, d) entraves burocráticos e e) outros, especificar” (vide anexo 8 para verificar como se chegou aos resultados da tabela 19).

TABELA 19 - Dificuldades com o SUS

Dificuldades com o SUS	Grau de dificuldade (*)
Repasse de verba	438
Repasse de medicamento	305
Falta de informação	368
Entraves burocráticos	371
Outras dificuldades	265

(*) Obtido através do somatório dos percentuais de citações, ponderados pelo nível de importância (primeira = 5; segunda = 4; terceira = 3; quarta = 2; quinta = 1)

5. Conclusões e recomendações

Este estudo faz uma análise de todos os aspectos relevantes que envolvem a descentralização, especificamente a municipalização dos serviços de saúde.

Foi desenvolvida uma abordagem diagnóstica histórica da questão municipal em relação ao governo central, tendo sido mostrado que o municipalismo, desde as épocas mais remotas de antes do período cristão, já ocupava lugar na administração do Estado. O seu desenvolvimento apresenta aspectos ora pendentes para uma maior autonomia, ora pendentes para uma maior dependência do governo central.

Essa oscilação entre autonomia e dependência do governo central era, por vezes, fruto de conveniência política na busca de consolidação do poder, face às ameaças que o Estado enfrentava e por temer possível desestabilização. Quando a municipalização ou descentralização do poder em

favor do município era vista como forma de fortalecer o Estado em termos de defesa contra as ameaças externas, esta era adotada. Entretanto, a descentralização é vista, por vezes, como um processo que tende ao esvaziamento do poder e é, portanto, temido pelo governantes, como se pode ver em algumas respostas levantadas através da pesquisa realizada, que informa ter o Executivo medo da perda de poder, por isso não adotando a municipalização ou adotando-a mas, ao mesmo tempo, obstaculizando o desenvolvimento do processo. Assim, quando a conveniência da descentralização não existe mais, o governo central tende a inverter o processo em seu favor, caracterizando-se, assim, um jogo político.

Não é o objetivo básico deste estudo, mas vale trazer à consideração o que foi observado na entrevista realizada no município de Alexânia. Dos municípios onde foram realizadas entrevistas, foi aquele o único que não iniciou o processo de municipalização dos serviços de saúde e manifestou não haver intenção de iniciá-lo em algum momento no futuro. Verificou-se que há oposição da Câmara Legislativa ao Executivo. Neste caso, a municipalização de fato viria a encontrar grandes dificuldades em vista da sua característica de abrir-se à maior participação da comunidade e à necessária descentralização dos processos. Assim, vê-se uma situação em que pode haver temor de que, com a descentralização, possa ocorrer perda de poder, ou obstaculização ao invés de facilitação e melhoria na prestação de serviços.

O municipalismo no Brasil foi caracterizado, desde a colonização, por uma busca de autonomia pela própria comunidade local. As câmaras eram subordinadas aos governos das províncias e sua atuação era muitas vezes permeada de atos de rebeldia até que se lhes delegava mais poder de decisão em suas deliberações.

Durante o império, dentro de um contexto constitucional de país independente, viu-se também as reservas com que eram tratadas as questões relativas à autonomia dos municípios. Da mesma forma, no período republicano o municipalismo foi barrado pelo centralismo do Governo Federal, que poucas vezes deixou irradiar para os governos locais um pouco do poder de decisão, como foi o caso da Constituição de 46. Ao período Vargas é atribuída iniciativa descentralizadora em favor do municipalismo que carece, entretanto, de análises mais detidas para melhor entendimento do ambiente político-administrativo daquele momento, em vista do fato de que se buscava uma maior

subordinação dos governos estaduais ao Governo Federal. No governo que se inicia a partir de 1964, verifica-se iniciativas descentralizadoras, contidas no Decreto-lei no. 200, de 25 de fevereiro de 1967, que não vieram a se concretizar integralmente. Na Nova República, com o encerramento do governo revolucionário, começa-se uma etapa em que a tendência é des-sobrecarregar as atividades do governo central.

No que diz respeito ao serviço de saúde, sua organização básica sempre foi responsabilidade do governo federal, restando ao município principalmente a prestação de serviços de emergência, mesmo porque o desenvolvimento do serviço de saúde pública no Brasil liga-se, quase exclusivamente, às intervenções do governo federal para controle das epidemias.

Essa vocação centralizadora do Estado desenvolveu uma situação que pode ser considerada no mínimo desastrosa com relação à implementação de políticas públicas. Trata-se do uniformismo. As decisões são geradas pelo órgão da União responsável pela área, sem chamar à participação a comunidade afeta ao problema. Quando chamada, a participação é feita de forma a satisfazer certas exigências políticas ou burocráticas e não de forma a haver um envolvimento maior desta para que o diagnóstico reflita a realidade de suas necessidades e as soluções por ela desejadas. Assim, o tratamento é uniformizado, partindo de fórmulas gerais, padronizadas, para um contexto em que não há padronização.

O País é composto de uma multiplicidade de características próprias em todas as unidades administrativas, sejam elas estados, municípios, vilas ou distritos. Dificilmente encontram-se pares que compartilham exatamente os mesmos padrões. As diferenças vão desde a topografia, a produção, o tipo físico da população, a linguagem, até a música e a alimentação. Não se pode, portanto, dar tratamento uniforme a problemas de dimensões e características tão diferentes entre si.

O caminho trilhado pelo Sistema Único de Saúde, segundo se pode depreender dos documentos analisados, é o de adaptar o serviço de saúde à realidade atual da formação de um mercado global. Procurou-se mostrar neste estudo que as organizações que compõem o sistema de saúde foram engravidadas por esta idéia e que a gestação está em curso. Esta gravidez tem por objetivo envolver toda a comunidade à semelhança de um útero gigantesco, recebendo

acompanhamento especializado, cuidados e medicamentos profiláticos para que o resultado seja um parto saudável, trazendo à luz um indivíduo sadio, satisfazendo-se todas as suas necessidades básicas para o seu crescimento, e assim venha a tornar-se, quando adulto, um ser perfeito e altamente produtivo.

O sentido de mercado, que foi melhor abordado por CARLEY (1988) em face das agências públicas, é o de que todas as organizações, qualquer que seja seu fim, produzem alguma coisa destinada a alguém, indivíduo ou outra organização. Diferentemente do período da produção em massa, em que se fabricava um produto para oferecer ao consumidor sem conhecer de antemão sua necessidade de consumi-lo, este momento é de produzir aquilo que o consumidor deseja. Dessa forma, entende-se as organizações como entidades que surgem devido a necessidades a serem satisfeitas. Logo, o cliente, o consumidor, torna-se a sua razão de ser. Nesse aspecto, inverte-se o poder que regula o relacionamento, passando-se da organização cheia de poderes, que dita as regras segundo seu próprio interesse, para uma maior interação com o usuário de seus produtos ou serviços, a quem cabe decidir se está sendo bem servido e se deve continuar consumindo aqueles produtos ou serviços; ou, quando não lhe resta outra alternativa, como é o caso do serviço público de saúde, ter o arbítrio de contribuir para que o sistema se aperfeiçoe ou corrija as distorções, através de sua participação por meio dos mecanismos criados para esse fim, como é o caso do Conselho Municipal de Saúde. Isto implica uma avaliação constante das organizações pela comunidade como cliente de seus produtos.

Querem alguns que este relacionamento das organizações com a comunidade seja chamado de controle social. Entretanto, como foi dito anteriormente, isto toma características de uma relação de mercado onde o cliente, neste caso a comunidade, tem voz ativa.

Esta é uma característica de organização descentralizada, bem como um dos requisitos necessários para que a descentralização se processe, tendo em vista exigir-se mudança da maneira de perceber o sentido da organização, o porquê da sua existência, por parte dos atores que a compõem. Descentralizar a organização sem descentralizar a cabeça das pessoas não funciona. É aí que residem os grandes obstáculos à mudança organizacional. E é essa resistência que deve ser administrada de

forma a que se opere, em primeiro lugar, a mudança da cultura organizacional, da postura e visão das pessoas com relação aos objetivos a serem alcançados.

Os dados coletados para subsídios deste estudo indicam a existência de receio, desconfiança e falta de vontade para implementar o processo de municipalização da saúde e a pouca significância do Conselho Municipal de Saúde. Isso revela que a mudança do universo onde se desenvolve o processo de mudança não foi submetido a um trabalho de informação e preparação dos indivíduos que serão envolvidos. Portanto, a cultura estável e bem estruturada se vê na iminência de uma mudança radical da qual não conhecem quais serão os resultados nem o novo posicionamento desses indivíduos no contexto organizacional ou comunitário, o que o leva a temer a perda de poder, a perda de valor ou importância no seu meio ou, ainda, a perda de benefícios, no caso de funcionários públicos. Isto foi o que ocorreu no caso da implantação do processo de municipalização da saúde no Município de Bauru (FILHO & PIMENTA, 1988: 36-41), abordado no decorrer deste estudo, um dos casos pioneiros, iniciado em 1987, tendo encontrado grande resistência, principalmente pelos funcionários das organizações das três esferas de governo que se viram ameaçados com a mudança.

A descentralização administrativa caracteriza o processo de municipalização da saúde, i.e., onde uma atividade meramente administrativa tem o seu exercício ou execução delegada, neste caso, ao executivo de outra esfera de governo, o município, como conceitua MARCELINO (1988: 14-15), que justifica a necessidade de descentralização administrativa em nosso País devido à vastidão de seu território, o crescimento demográfico e a complexidade dos problemas administrativos. O próprio Ministério da Saúde diz que o princípio norteador do SUS é a descentralização das ações, do planejamento e dos recursos financeiros. Diz também que, alinhando-se ao exposto acima, nos municípios, a comunidade, que vivência de perto os problemas, sabe também encontrar as melhores repostas.

5.1. O processo de municipalização a partir do SUS: de cima para baixo

O processo de municipalização da saúde a partir do SUS, de cima para baixo, vem acontecendo institucional e estrategicamente dentro das expectativas sem alterações das diretrizes que norteiam o processo no nível político, sem perigo de retroceder. Tanto que as atitudes tomadas

têm sido no sentido de aperfeiçoar o processo e corrigir as distorções, embora se tenha consciência das dificuldades financeiras que enfrenta o Ministério da Saúde. Entretanto, o mesmo não se constata no nível de execução.

O resultado da pesquisa realizada constatou que a quase totalidade dos pesquisados (93%) aponta a existência de dificuldades com o SUS. Das dificuldades apontadas, em primeiro lugar encontra-se o repasse de verbas. Isto se alinha com a maior dificuldade dos municípios apontada, tanto pela pesquisa quanto pelas entrevistas realizadas, como sendo a falta de recursos financeiros. Isto parece, na realidade, ser um escape para justificar a incompetência de um serviço sem planejamento das atividades e de completa desorganização. Os municípios que estão conseguindo resultados positivos não enfrentam menores dificuldades na área financeira. Essa resposta subentende um sem-número de outras como a principal delas que é a vontade política ou obstáculos políticos locais de maneira geral.

Procurou-se, entretanto, levantar separadamente as dificuldades do município na área da saúde e suas dificuldades com o SUS. No caso do repasse de verbas, que significa a totalidade do repasse, os atrasos, ou desobediência ou inexistência de um cronograma de repasses, pode-se atribuir alta confiabilidade às respostas levantadas.

Em segundo lugar, a dificuldade, segundo os pesquisados, é a alta burocratização dos procedimentos. Segundo se verificou através das entrevistas, a burocracia do sistema é grande responsável pelos problemas existentes. A Secretária de Saúde de Alexânia relata em sua entrevista que muitas vezes são fornecidas informações incorretas sobre o preenchimento de formulários, os quais induzem a erros que implicam o retorno dos papéis para novo preenchimento. Surgem daí os atrasos que dificultam a prestação dos serviços com a eficiência desejada.

Em terceiro lugar, a maior dificuldade foi atribuída à falta de informação. Sabe-se, a informação é o subsídio básico para se administrar qualquer serviço. No decorrer das entrevistas, foi observado que muitas das dificuldades relacionavam-se com o desconhecimento de procedimentos. A assessora da Secretaria de Saúde de Cristalina atribuiu grande importância a esse fator, dizendo que

muitas vezes não se tomam algumas iniciativas na área da saúde por simples desconhecimento da existência de diretrizes que concedem certas facilidades.

A quarta maior dificuldade foi considerada como sendo os problemas relacionados com o repasse de medicamentos. Esse é um entrave que pode ocasionar sérios problemas. Alguns medicamentos são muito caros. O doente de baixa renda tem dificuldade de adquiri-los na rede privada, podendo ocasionar a interrupção do tratamento com conseqüências altamente negativas. A Secretaria de Saúde de Cristalina, para fazer face a este problema, e tendo em vista que as outras esferas de governo dificultavam o compartilhamento nessa área, criou a farmácia básica da prefeitura, onde o estoque de medicamentos é administrado independentemente. Assim, evita que estoque de alto uso venha a faltar. Admite em alguns casos até a aquisição de medicamentos no setor privado para não privar a comunidade de suas necessidades, procurando repassar aos demais municípios restos de estoques que se encontram em vias de perder a validade mas que, pelo alto consumo daquele tipo de medicamento em outro local, ainda poderão vir a ser consumidos.

Foram apresentadas outras dificuldades, das quais merece menção a que foi chamada de “compromisso profissional”, que poderíamos classificar entre os entraves gerenciais do sistema, i.e., o desinteresse do pessoal com os fins da organização. Outro que vale destacar é a questão da “obrigatoriedade da contrapartida do município ao fundo municipal”, que estaria relacionada com a irresponsabilidade dos gestores do município em vista da liberação dessa participação, a existência de formas de pressionar o município a cumprir a obrigação, bem como o fato de onerar ainda mais os cofres do município, onde reside a crítica de que houve delegação não apenas da administração dos serviços mas também das despesas. Foi apontada também a falta de intersectorialidade na estratégia de descentralização através da participação de escolas, universidades, meios de comunicação e de outros setores da sociedade. A última observação como dificuldade digna de ser mencionada é a questão do teto orçamentário, que se alega não ser compatível com as necessidades locais. Isto foi mencionado também pelos entrevistados nas Secretarias Municipais de Saúde.

Pelo visto, conclui-se que o processo de descentralização da saúde de cima para baixo é permeado de fatores dificultadores, na sua maioria, de caráter administrativo. Isso contribui ainda mais para diminuir a eficiência dos serviços de saúde locais que, além das suas próprias dificuldades,

estão sujeitos a dificuldades de ordem burocrática ou estrutural do SUS. Vale mencionar nesse aspecto que a maioria das dificuldades está no nível de relacionamento com o estado, situação que resulta da triangulação de procedimentos, ou seja, do SUS para o estado e deste para o município, tornando-se inviável o processo em vista do tempo consumido para concluir uma solicitação de repasse, por exemplo, ou outros procedimentos.

5.2. O processo de municipalização no nível local.

Antes de elaborar conclusões sobre a percepção dos pesquisados sobre o processo de municipalização da saúde, no nível local, faz-se necessário considerar alguns aspectos que contribuem para a compreensão da abordagem que ora se faz. Em primeiro lugar, embora não seja de relevância muito significativa, é importante voltar a atenção para o número de participantes por unidade da federação que responderam à pesquisa como medida de interesse pelas questões relacionadas à saúde. A pesquisa constatou que de 25 estados apenas 10 enviaram 10 ou mais representantes. Considerada a distribuição por região, constata-se que a Região Sudeste e a Região Nordeste têm maior frequência. Ao analisar a literatura relativa à avaliação do andamento do processo de municipalização da saúde, confirma-se que a maioria dos estados com maior número de resultados positivos encontra-se nessas duas regiões (tabela 1).

Em segundo lugar, com base nas informações extraídas da pesquisa, verifica-se que a municipalização da saúde começa a se ampliar a partir de 1993. Dos 86 que informaram quando a municipalização foi iniciada em sua cidade, 63 - 73% - situam-se entre 1993 e 1996, sendo que o ano de 1994 foi o de maior ocorrência de afirmações sobre o início de processo, com 24%.

Desses dados pode-se extrair algumas considerações merecedoras de verificação, tendo em vista que podem contribuir estrategicamente para aperfeiçoamento e ampliação do processo. A localização do maior índice de processos iniciados nas Regiões Sudeste e Nordeste, bem como o fato de maior avanço da municipalização a partir de 1993, estariam relacionados a muitas variáveis que não nos cabe levantar. Entretanto, pode-se atribuir o menor avanço do processo à pouca divulgação, em primeiro lugar, de como começar a municipalização e, em segundo, a respeito dos benefícios de sua implantação. Nas respostas abertas relativas a se o serviço de saúde já é municipalizado, algumas

respostas relacionam-se ao desconhecimento das vantagens ou do real sentido da municipalização, além de que 31% atribuem este fato à falta de vontade política. Essa vontade política também pode estar relacionada à falta de um trabalho de conscientização dos políticos e governantes municipais sobre o sentido e os benefícios dessa iniciativa, tendo em vista que, quando se analisa a questão de descentralização administrativa, tem-se de início a impressão de esvaziamento de poder, que é um fator altamente significativo, em vista da herança da prática política do coronelismo na órbita municipal (ver anexo 4).

Para prosseguir, cumpre refletir sobre a situação da saúde no Brasil, partindo das informações fornecidas pelos representantes diretos dos municípios, e que serão importantes para fundamentação dos dados que serão analisados posteriormente, relacionados com as hipóteses aqui testadas. Algumas dessas informações podem não coincidir com dados das pesquisas oficiais; nem por isso, para o interesse deste estudo, deixam de ser significativas. Em primeiro lugar, ao tratar das dificuldades dos municípios na área da saúde, verifica-se que a maioria atribui suas dificuldades à questão financeira (falta de recursos) - 21%- e a questões estruturais (sócio-econômicas: desemprego, miséria, fome, falta de saneamento, etc.) - 19% -, percebendo-se que esses dois fatores somam 40% juntos, vindo logo após, com frequência aproximada, as questões gerenciais, assistenciais e políticas. A falta de recursos e os problemas sócio-econômicos possuem uma relação muito próxima. Ao se analisar posteriormente a questão das doenças e causas de mortalidade, pode-se ver que a maior significância é atribuída à questão sócio-econômica. Em termos institucionais, pode-se notar que o trinômio dinheiro, gerenciamento e política possuem grande peso (ver tabela 2).

Em segundo lugar, alguns indicadores de saúde são levantados com a pesquisa. São relevantes para se entender alguns requisitos essenciais para iniciar o processo de municipalização da saúde. Entre outros, foram consideradas as causas de mortalidade geral, as causas de mortalidade infantil e a participação das causas externas entre as causas de mortalidade.

As doenças cardiovasculares ocupam o primeiro lugar, com 29%, vindo em seguida o que foi convencionalmente denominado, para efeito deste estudo, causas sócio-econômicas, com 28%, seguida pelas causas externas, com 20%. Com relação à mortalidade infantil destacam-se as causas sócio-econômicas, com 56%, seguidas das respiratórias, com 21%, e neo e perinatais, com 13%.

A relevância dessas informações é significativa para se entender, em primeiro lugar, a orientação principal do processo de municipalização da saúde, que busca implantar um sistema que privilegie a profilaxia em confronto com o hospitalocentrismo reinante no país, passando da ação curativa, vocação própria do hospital, para a preventiva. Em vista dos dados analisados acima, em que se apontam as doenças que têm como causa a pobreza e a miséria, pode-se concluir que, em primeiro lugar, é inegável a perspectiva de se obter resultados positivos através de uma ampla ação preventiva, pelo fato de que muitas das doenças dessa natureza estão ligadas ao fator nutrição. Assim, um trabalho de restabelecimento do nível nutricional da população carente torna-se uma iniciativa que redundará em resultados significativos com relação à diminuição da procura por hospitais e postos de saúde. Conforme relatos levantados através das entrevistas, os programas de reabilitação alimentar de gestantes e recém-nascidos, chamado programa do leite, ou o programa de assistência à criança, conseguem reverter tendências de elevação de mortalidade infantil e de procura pelos serviços de saúde. Recordando o relatório de Chadwick em 1850 sobre condições sanitárias na Inglaterra, MELLO (1977: 15) diz que a pobreza e a enfermidade formam um círculo vicioso e que as pessoas adoecem porque eram pobres e eram pobres porque adoeciam, ficavam mais pobres porque estavam doentes e mais doentes porque eram mais pobres, o que, segundo ele, Myrdal chamou de “causação circular acumulativa”.

O processo de municipalização da saúde, ao ser iniciado, deve contar com um eficiente levantamento do perfil epidemiológico, através do qual se vai constatar o nível dos indicadores de saúde e as tendências dos problemas locais (ver o anexo 18 - a título de exemplificação, a entrevista com o Diretor de Ações Básicas da Secretaria de Saúde do Município de Luziânia). De posse desse diagnóstico, o gestor terá condições de decidir sobre os programas a serem adotados para reverter os quadros de morbidade do município. O SUS tem os programas para os quais a Secretaria de Saúde deverá se habilitar para implementá-los. É nesse momento que a informação atualizada é tão necessária, e que muitas vezes não está disponível, conforme foi levantado nas entrevistas.

Por outro lado, por tratar-se de morbidade originária de variáveis sócio-econômicas, como desemprego/renda, miséria, pobreza, falta de saneamento básico, os gestores dos serviços de saúde não poderão contar exclusivamente com ações próprias da saúde, mas contar também com a

coordenação e interação com os demais setores, bem como com parcerias com entidades de todos os gêneros, inclusive a participação comunitária, para a implementação de ações que representem a erradicação ou pelo menos a redução das causas básicas dessa morbidade. A fome é causa de muitas doenças. Esta, por sua vez, origina-se da falta de renda que pode ser consequência do desemprego. Ações que representem a criação de empregos podem promover a reversão permanente do problema.

A tabela 18 trata das principais causas de doenças e aponta a renda/emprego como a principal, com 51% das respostas, vindo em seguida a falta de saneamento básico (33%) e, em terceiro lugar, a educação (16%). Vê-se que são problemas que requerem ação conjunta, intersetorial, para serem contidos. Com relação a esse aspecto, vale mencionar a ação do governo de Goiás com o chamado programa do pão e leite, bem como a parceria com o setor empresarial, para a criação de condições para a reintegração de populações sem renda. O empresariado participa diretamente do programa de alimentação, bem como na preparação da mão-de-obra e criação de emprego.

A participação das causas externas entre as causas de mortalidade é mostrada na tabela 5. Neste particular, é importante conhecer as atitudes tomadas pela Secretaria de Saúde de Luziânia para reverter a tendência. Houve receptividade e disposição dos órgãos responsáveis pelo tratamento dos problemas ligados à violência e acidentes de trânsito para a realização de um trabalho conjunto, visando à diminuição da participação das causas externas no conjunto das causas de mortalidade (anexo 18). As causas externas de mortalidade, ou a violência, como preferem alguns, teve um progresso rápido nos últimos anos chegando a ocupar atualmente o segundo lugar no País. Discorrendo sobre o problema da violência oriunda da expansão sem controle e sem planejamento das grandes metrópoles, MARICATO (1996: 74 a 82) apresenta alguns dados da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro e estes mostram que São Paulo passa de 17,3 homicídios para cada 100 mil habitantes em 1980 para 39,7 em 1993, e o Rio de Janeiro passa de 33 em 1980 para 55 em 1993, para justificar o aumento progressivo da violência como causa de mortalidade.

A linha mestra deste estudo foi fazer um diagnóstico da municipalização da saúde para verificar as dificuldades e obstáculos enfrentados pelos gestores, bem como, apesar da existência desses obstáculos, saber se do processo de descentralização já se poderia extrair opiniões sobre os

resultados, através da alteração de alguns indicadores como mortalidade geral, mortalidade infantil e procura pelos hospitais, e opiniões sobre a resolutividade.

Os obstáculos enfrentados pelos gestores municipais, dificultadores da implantação ou do andamento do processo de municipalização da saúde, são apontados pelos pesquisados como sendo em primeiro lugar os entraves políticos, que representam 41% das respostas aceitas, vindo em logo após os entraves gerenciais (29%), seguido dos entraves financeiros (18%). Os demais (entraves na área de recursos humanos (4%), entraves estruturais (4%) e outros (4%)) são pouco significativos pela sua participação no total de opiniões (ver tabelas 9 e 10 e anexos 5 e 6).

Vê-se que o trinômio política, gestão e finanças é tripé de sustentação na implantação de mudanças no setor público nos governos municipais. Quando se fala de implantação de qualquer processo de mudança organizacional, como o planejamento estratégico, a qualidade e produtividade e a administração participativa, entre outros, leva-se sempre em consideração a preparação do ambiente organizacional para a aceitação dessas mudanças e o principal aspecto que normalmente se procura desenvolver é a conscientização dos participantes da organização sobre a importância do seu papel para se alcançar os objetivos estabelecidos. O clima de barganha ou de compra e venda, i.e., a organização compra os serviços do empregado ou este vende os seus serviços, não denota qualquer compromisso relevante além de, de um lado, a organização remunerar adequadamente o vendedor do serviço, e, de outro, o empregado realizar adequadamente suas tarefas. A conscientização da importância de sua participação nos objetivos, como o pedreiro que não acentava tijolos, nem elevava uma parede, mas construía uma catedral, é o combustível que vai mover a máquina organizacional para alcançar os resultados pretendidos.

A conscientização é resultado de uma motivação contagiante, transmitida de cima para baixo. Assim, ela não deve envolver apenas os superiores, mas principalmente estes e vemos que a municipalização da saúde é obstaculizada principalmente no nível político, em vista de sua falta. A falta de vontade política pode denotar que aqueles que detêm o poder não foram convencidos da importância ou dos resultados do processo de mudança, como atestam algumas respostas abertas da pesquisa em que se disse não estarem claros os benefícios, não se ver o real sentido ou se temer a perda de poder (dá mais valor à sua estabilidade do que os resultados que se pode alcançar com o

processo). Quando este envolvimento é fraco a partir dos superiores, os intermediários dificilmente terão total motivação. No caso de falta de vontade política, os gestores são diretamente afetados.

Finalmente, depois dessa discussão exaustiva das características, dificuldades e entraves à descentralização dos serviços de saúde, resta questionar se os resultados desse processo já podem ser vistos como positivos. Para este fim, procurou-se verificar a opinião dos pesquisados sobre a atuação do Conselho Municipal de Saúde, sobre o comportamento da mortalidade geral e infantil, sobre a procura pelos hospitais e sobre a evolução da assistência à saúde.

Particularmente, sobre a atuação do Conselho Municipal de Saúde, a maioria o considera resolutivo. É significativa esta percepção, tendo em vista que o controle social se efetiva a partir do CMS. É aí que a comunidade interfere no contexto da saúde, desde que esteja bem representada a ponto de poder influenciar o processo decisório no que lhe seja de particular interesse e competência. A resolutividade ou participatividade do CMS (neste caso entenda-se resolutividade como sua influência nos resultados que significam a resolução de problemas no contexto dos serviços de saúde) é um indicador de que o processo caminha dentro das expectativas, tendo em vista que a composição do CMS é paritária por regulamento (profissionais da saúde e dos gestores e representantes da comunidade), significando a disposição positiva, o interesse e a motivação em relação ao processo de municipalização. É pouco significativa a parte dos pesquisados que considera não ter havido diferença na atuação, porém é mínima a opinião daqueles que indicam ser o CMS dificultador (ver tabela 11).

A melhoria dos serviços de assistência à saúde após a implantação do processo de municipalização dos serviços é evidente, de acordo com as opiniões levantadas. A percepção da assistência como mais resolutiva compreende 71% dos pesquisados. Dos demais, 11% acham que os serviços estão menos resolutivos e 18% dizem que não fez diferença (tabela 12). Na seqüência, os entrevistados informaram os indicadores de mortalidade, apontando a diminuição da mortalidade geral e da mortalidade infantil após a municipalização da saúde. A significância das opiniões está no fato da relação da diminuição da mortalidade com a municipalização da saúde, justificando-se a resolutividade do processo. Com relação à mortalidade geral, 25% deixaram de opinar por falta de dados, 23% disseram que a mortalidade se manteve e apenas 6% apontam aumento, sendo que os

46% restantes perceberam que houve diminuição. Sobre a mortalidade infantil, 17% deixaram de opinar por falta de dados, 16% consideram que não houve alteração, 5% apontam aumento e, os demais, 62%, perceberam diminuição (tabelas 13 e 14). Vê-se um resultado significativo da atuação sobre os fatores causadores de doenças e conseqüente diminuição de mortalidade infantil, que são principalmente aqueles ligados à pobreza. Portanto, sua reversão está relacionada à ação preventiva através dos programas de saúde comunitária adotados pelos serviços de saúde.

A ação preventiva, como visão que norteia os procedimentos dentro do contexto da descentralização dos serviços de saúde, está justificada através da percepção dos pesquisados visto na tabela 16. Verifica-se que a maioria daqueles que estão envolvidos com a questão da saúde (69%) prefere que os serviços de saúde sejam mais preventivos do que curativos e 27% os preferem igualmente preventivos e curativos. Os demais, de visão hospitalocêntrica, resumem-se a 4%.

5.3. Conclusão

Verificou-se que a municipalização da saúde é um processo que tem inúmeras negatividades com relação aos caminhos adotados para sua implementação, embora não se vislumbrem caminhos diferentes que possibilitem uma dinâmica melhor. O processo foi estabelecido para ser criado em níveis diferentes de gestão exatamente por considerar as características particulares de cada município em vários aspectos. Há município, independentemente de seu tamanho ou significado político e econômico na sua região, estado ou até no contexto nacional, que tem maturidade política e gerencial para ser-lhe delegada a gestão semiplena. Outros, porém, não a têm nem ao menos para a gestão parcial. Entretanto, há grandes dificuldades situadas no nível de relacionamento dos órgãos gestores locais com os estaduais e federais, tendo em vista que nos casos da gestão parcial e da gestão incipiente há uma triangulação, i.e., a descentralização é processada através dos estados. As maiores dificuldades neste aspecto relacionam-se com repasse de verbas, repasse de medicamentos, informações e burocracia de procedimentos.

Só com a maturação do processo, ou seja, com a soma de experiências na solução de problemas peculiares de cada um, as correções virão acontecendo em resposta ao “feedback” e as dificuldades poderão ser vencidas.

Conclui-se que a hipótese principal com relação à resolutividade do processo de municipalização da saúde está plenamente confirmada, com base na percepção dos pesquisados presentes à X Conferência Nacional da Saúde, bem como pelas observações levantadas com as entrevistas realizadas. Como foi visto, a opinião é de que a municipalização é resolutiva. Ela é eficiente na medida em que o que foi possível fazer, até o estágio atual, trouxe resultados positivos, embora haja obstáculos a serem ainda transpostos. Com relação à eficácia, a afirmação é também positiva, à vista do fato de que os programas adotados e implementados pelos gestores locais começam a mostrar reversão de tendências de indicadores. Diante do que foi visto, pode-se afirmar também que a municipalização já mostra sinais de efetividade, embora correções devam advir para que isto se concretize com maior nitidez.

As hipóteses secundárias sobre a existência de obstáculos políticos, obstáculos gerenciais e obstáculos financeiros também se comprovam. Verifica-se que esses aspectos do processo de descentralização dos serviços de saúde são básicos. Embora já mencionado anteriormente, vale acentuar ainda mais que, não havendo interesse ou vontade política, o processo de municipalização da saúde está destinado ao fracasso ou, pelo menos, a não alcançar os objetivos desejados. Da mesma forma, requer-se dos gestores preparo gerencial em vista de que há necessidade de se partir de um bom planejamento e uma boa gestão de sua execução para que se possa chegar a resultados positivos. A área financeira é a que se atribuem mais críticas e um peso excessivo, como se o dinheiro fosse o único remédio para os males do setor.

Como se pode verificar, há três aspectos que afetam o processo de municipalização, sendo o político, o gerencial e o financeiro, os quais deverão receber algum tipo de atenção no sentido de promover o aperfeiçoamento. Em primeiro lugar, é necessário que se desenvolva um trabalho de conscientização político-partidária com relação à importância de se melhorar a questão da saúde no Brasil. É imprescindível, portanto, que todos aqueles que um dia poderão ocupar posições no executivo ou no legislativo tenham conhecimento dos procedimentos para se implantar e administrar o processo de municipalização da saúde, e de como acontece a interação com as demais esferas de governo, no que está diretamente ligado aos órgãos federais, e que carecem de gestão direta, e no que está ligado aos governos estaduais por onde a gestão deve ser feita.

O aspecto gerencial, diz respeito à capacidade dos gestores em termos de preparo administrativo para conseguir executar os programas de forma eficiente e fazer caminhar o processo dentro da expectativa de realização dos objetivos estabelecidos em planejamento inicial. Por se lhes atribuir grande parte da responsabilidade pelas críticas ao setor saúde, urge que alguma iniciativa seja tomada no sentido de proporcionar o desenvolvimento gerencial do setor saúde. Esta é uma questão polêmica por esbarrar na resistência da categoria dos profissionais da saúde, que não aceitam, em sua maioria, que a administração dos serviços de saúde seja executada por profissionais de outra área, tendo em vista a necessidade de que o gerente tenha conhecimentos técnicos de saúde. É neste aspecto que se enquadra também a questão de recursos humanos em termos de atenção especial, embora para fins de pesquisa tenha sido tratado independentemente.

O aspecto financeiro tem relevância significativa na percepção dos pesquisados. Embora seja grande realidade as dificuldades por que passam os municípios com relação à insuficiência de verbas, parece haver uma tendência a se atribuir todos os males dos serviços públicos prestados pelos municípios a essa questão. Pode-se, entretanto, verificar através das entrevistas e da própria pesquisa que por vezes o problema da insuficiência se agrava ainda mais por dificuldades com o repasse de verbas.

O conjunto dos três obstáculos parece envolver uma interligação, pois a falta de vontade política e os obstáculos gerenciais levariam também a dificuldades com relação à questão financeira. Por outro lado, havendo vontade política e bons gestores, o efeito das carências financeiras seriam menos visíveis.

Boa parte dos responsáveis pela gestão dos serviços de saúde são recrutados dentro das próprias organizações de saúde. É assim necessário que programas de desenvolvimento de recursos humanos sejam executados no sentido de atualizar e preparar o corpo de pessoal, tanto para desempenhar com maior qualidade e produtividade as funções do setor enquanto simples funcionários, como também para que, na eventualidade de assumir posição gerencial, tenham a experiência e conhecimentos compatíveis com as exigências do cargo. Desta forma, é necessário que o setor encarregado de administração de recursos humanos no sistema de saúde seja conscientizado do valor do seu papel no contexto da descentralização administrativa, para que possa desenvolver

programas que privilegiem o aperfeiçoamento de pessoal em todos os níveis em termos de transmissão de conhecimentos, bem como de mudança de visão com relação ao contexto atual da assistência à saúde.

É devido às carências apresentadas aqui que alguns casos dão certo e conseguem resultados. Necessitam, porém, de aprimoramento para atingir um grau de excelência ainda maior. Outros conseguem resultados positivos, situando-se abaixo do nível de excelência que pretendem. Há ainda aqueles que não conseguem sair do ponto de partida, avançar com o processo. É nesse aspecto que, se executadas as correções necessárias, o processo de descentralização dos serviços de saúde estará destinado a cumprir seu papel a contento.

Bibliografia

1. ABRANCHES, Sérgio. ***O Estado***. Coletânea de Textos. Hélio Jaguaribe e Outros. Sociedade, Estado e Partidos na Atualidade Brasileira. Rio de Janeiro: PAZ E TERRA, 1992.
2. AIRES, Ildmar Cruz & VENUTO, Adriana. ***O Sistema Único de Saúde (SUS): discussão sobre sua implantação de especialidades em municípios do Estado de Minas Gerais***. In Revista de Administração Pública - RAP. Rio de Janeiro: Out/dez. 1995, p. 94.
3. AKERMAN, Marco. ***Determinação de prioridades na alocação de recursos para a assistência à saúde: um desafio contemporâneo para o setor saúde***. In: Revista de

- Administração Pública (RAP), Rio de Janeiro 29 (2): 126-36, ABR/JUN. 1995. 16. ---
4. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil: atualizada até a Emenda Constitucional 15, de 12-9-1996*. 16^a. ed. São Paulo, SARAIVA: 1997.
 5. _____ Ministério da Saúde. *Anais da VI Conferência Nacional da Saúde*. Brasília, 1977.
 6. AZAMBUJA, Darcy. *Teoria Geral do Estado*. 3ed. Rio de Janeiro: GLOBO, 1953.
 7. _____ Ministério da Saúde. *Saúde para todos: um desafio para o Brasil no final do século*. Seminário. Brasília, 14 a 16 de junho de 1994.
 8. _____ Ministério da Saúde. *A trajetória da municipalização*. Brasília: Coordenação de Comunicação com o Usuário, 1994.
 9. BARBOSA, Plácido & RESENDE, Cássio Barbosa. *Os Serviços de Saúde Pública no Brasil, especialmente na Cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907*. Rio de Janeiro: IMPRENSA NACIONAL, 1909.
 10. CABRAL, Bernardo. *O Município e a Cidadania*. Seleção de textos para o administrador público e o cidadão. Série Estudos no. 2/96. Brasília: SENADO FEDERAL, 1996.
 11. CAMPOS, Juarez de Queiroz & FERNANDES, Aloísio & ROZENBOJM, Jayme. *Assistência Médico-Hospitalar no Brasil: Resumo Histórico, Situação Atual e Perspectivas*. São Paulo: IPCC, 1986.
 12. CARLEY, Michael. *Performance Monitoring in a Professional Public Service: The case of the careers service*. London: PSI, 1988.
 13. CARNEIRO, Levi. *Organização dos Municípios e do Distrito Federal*. Rio de Janeiro: SUL AMERICANA, 1953
 14. CARVALHO, Antônio Ivo de. *Conselho de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social*. 1ed. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.
 15. CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 4ed. São Paulo: MAKRON BOOKS, 1993.
 16. _____ Ministério da Saúde. *Conselho de Saúde*. Guia de referência para sua criação organização. Brasília: 1993.
 17. CUNHA, Rosani Evangelista da. *Avançando na Municipalização Plena da Saúde: O que Cabe ao Município*. Brasília, Ministério da Saúde/SAS: 1994.
 18. DOWBOR, Ladislau. *Governabilidade e desenvolvimento*. In: Revista do Serviço Público, ano 45, vol. 118, no. 1, jan/jul 1994, p.95.

19. FAYOL, Henri. *Administração Industrial e Geral*. 8ed. São Paulo, ATLAS: 1970.
20. FERREIRA, Wolgran Junqueira. *O Município à Luz da Constituição de 1988*.
21. FILHO, David Capistrano & PIMENTA, Aparecida Linhares. *Saúde Para Todos: desafio ao Município*. São Paulo: HUCITEC.
22. LEAL, Victor Nunes. *O Coronelismo, Enxada e Voto: O Município e o Regime Representativo no Brasil*. Contribuição ao estudo do “Coronelismo”. Rio de Janeiro, FORENSE: 1948.
23. MAILLET, Pierre et LARDÉ, Philippe. *Pour Une Politique Globale de Santé*. 1ed. Paris, ECONÔMICA: 1982.
24. MARCELINO, Gileno. *Descentralização (Um Modelo Conceitual): atualização para dirigentes e gerentes da área pública*. Brasília, FUNCEP: 1988. 1ed.
25. MARICATO, Ermínia. *Metrópole na periferia do capitalismo: ilegalidade, desigualdade e violência*. São Paulo, HUCITEC: 1996.
26. MÉDICI, André Cezar & OLIVEIRA, Francisco E.B. *A Dimensão do Setor Saúde no Brasil*: Relatório Interno no. 04/92. Brasília, IPEA: 1992.
27. MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito Municipal Brasileiro* V.1. São Paul, REVISTA DOS TRIBUNAIS: 1957.
28. MELLO, Carlo Gentile. *Saúde e assistência médica no Brasil*. 1ed. São Paul, HUCITEC: 1977.
29. MIRANDA, Pontes de. *Comentários à Constituição de 10 de novembro de 1937*. 1ed. Rio de Janeiro, PONGETTI: 1938.
30. MIRANDA, Pontes de. *Comentários à Constituição de 1946*. 4ed. Rio de Janeiro, BORSOI: 1963.
31. NAJAR, Alberto Lopes & outros. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis, VOZES: 1986.
32. NESSE, Randolph M. & WILLIAMS, George C. *Por que adoecemos?*. Rio de Janeiro: CAMPUS, 1997.
33. PINOTTI, José Aristodemo. *Ação e Reflexão: Política, Educação e Saúde*. 1ed. Campinas, UNICAMP/PAPIRUS: 1986.
34. PORTERFIELD, John D. *A Sociedade Comunitária nos Estados Unidos*. São Paulo(?): FREITAS BASTOS, 1972.

35. SILVA, Fernando A. Resende & MAHAR, Dennis. *Saúde e previdência social: uma análise econômica*. Rio de Janeiro, IPEA/INPES: 1974.

Anexos

ANEXO 1

Dificuldades na área da saúde

Categoria 1 - dificuldades assistenciais - 25 em 153 = 16%

1	Acesso ao serviço de saúde	1
2	Assistência básica e primária	2
4	Atendimento em geral ao portador de deficiência	2
5	Condições dignas de atendimento hospitalar	6
6	Demanda reprimida (demanda maior que oferta)	3
9	Exame clínico (laboratório)	1
10	Falta de atenção à saúde de modo geral	1
11	Falta de leito nos hospitais e UTI(falta de hospital)	3
12	Falta de medicamentos	2
13	Serviços de urgência	3
14	Urgência e emergência integrada à prevenção	1
	Total	25

Categoria 2 - dificuldades gerenciais - 25 em 153 = 16%

1	Avançar no processo de municipalização	1
2	Baixa resolutividade dos serviços	1
3	Cobertura efetiva dos procedimentos de média e alta complexidade	1
4	Cumprimento da lei orgânica pelos gestores	1
5	Descentralização do estado e do município no FMS	1
6	Falta de posto de saúde de alta resolutividade	1
7	Falta de serviço de educação para a saúde	2
8	Falta de serviço de saúde preventiva	2
10	Formar o CMS	1
11	Gerenciamento	3
12	Grande demanda pela saúde curativa	1
13	Implantar um sistema integralizado e regionalizado face à multiplicidade de consultas na cidade (RJ/RJ)	1
14	Localização (dificuldade de acesso ao município)	1
15	Melhoria e organização do SUS	1
16	Planejamento (falta ou mal uso)	1
17	Questões administrativas	3
18	Ser parte do SUS (atendimento hospitalar pelo SUS)	3

Total	25
-------	----

Categoria 3 - dificuldades políticas - 24 em 153 = 16%

1	Controle social frágil ou inexistente	1
2	Desinteresse do governo estadual ou municipal	8
3	Desonestidade no emprego de verbas	1
4	Falta de conhecimento popular	1
5	Falta de decisão política (no DF, para o entorno)	2
6	Falta de transparência do poder municipal	3
7	Não implantação do processo de municipalização	4
8	Participação popular	1
9	Poder de decisão do CMS (legitimidade)	1
10	Privatização (PAS)	2
	Total	24

Categoria 4 - dificuldades de recursos humanos - 19 em 153 = 13%

1	Condições de trabalho do profissional de saúde	1
2	Recursos humanos (carência e comprometimento com a instituição)	15
3	Salários do profissional de saúde	2
4	Valorização do trabalhador da saúde preventiva	1
	Total	19

Categoria 5 - dificuldades financeiras - 31 em 153 = 20%

1	Recursos financeiros (inclui-se financiamento à saúde)	25
2	Repasse de verbas (burocracia na aplicação dos recursos)	6
	Total	31

Categoria 6 - dificuldades estruturais (variáveis sócio-econômicas)
29 em 153 = 19%

1	Desemprego	1
2	Problemas da seca	1
3	Pobreza: salário, habitação e alimentação.	3
4	Saneamento básico	22
5	Vigilância sanitária efetiva (perfil epidemiológico)	2
	Total	29

ANEXO 2

Principal causa de mortalidade geral

ord	Grupo 1 - pobreza	quantidade
1	Desidratação	1
2	Diarréia	8
3	Desemprego	2
4	Falta de condição de vida melhor	1
5	Falta de saneamento básico	2
6	Verminose	1
7	Desnutrição (inclui-se fome)	19
8	Afecções mal definidas	1
-	Total	36
-	% s/respostas aceitas	28

-	Grupo 2 - causas externas	27
-	% s/respostas aceitas	20

-	Grupo 3 - doenças cardiovasculares	37
-	% s/respostas aceitas	28

ord	Grupo 4 - epidemias	-
1	Dengue	2
2	Malária (Rondônia)	1
3	Epidemias	1
-	Total	4
-	% s/respostas aceitas	3

-	Grupo 5 - doenças graves	-
1	AIDS -HIV	1
2	Pneumonia, tuberculose (doenças respiratórias)	11
3	Doenças crônicas	1
4	Doenças degenerativas	6
5	Câncer	1
-	Total	20
-	% s/respostas aceitas	15

-	Grupo 6 - outras causas	-
1	Falta de assistência à saúde	2
2	Falta de atendimento	2
3	Mal atendimento hospitalar	1
4	Agrotóxico	1
-	Total	6
-	% sobre respostas aceitas	5

-	Total	130
---	-------	-----

-	Total de respostas em branco	26
-	Total de respostas duvidosas	14
-	Total de respostas não aceitas	40

ANEXO 3

Principal causa de mortalidade infantil

ord	causa	qtd	qtd ac	%	% acum
	Grupo 1 - pobreza				
1	Desidratação	8			
2	Desnutrição (inclui-se fome)	51			
3	Gastroenterite	3			
4	Desemprego, miséria, falta de condição de vida melhor	3			
5	Diarréia (infecção intestinal)	14			
	Total	79	79	55	55
	Grupo 2 - respiratórias				
1	Tuberculose	1			
2	Pneumonia (doenças respiratórias)	29			
	Total	30	109	21	76
	Grupo 3 - neo e perinatais				
1	Doenças neonatais	7			
2	Doenças perinatais	11			
	Total	18	127	13	89
	Grupo 4 - gerais				
1	Doenças infecto-contagiosas	3			
2	Anomalias congênitas	1			
3	Câncer	1			
4	Infecções genéricas	3			
	Total	8	134	6	95
	Grupo 5 - estruturais				
1	Falta de estrutura na saúde	1			
2	Falta de atendimento médico	1			

3	Falta de solidariedade	1			
4	Falta de trab. de vig. sanit. adequad	1			
5	Falta de plano de atend. à criança	1			
6	Falta de saneamento básico	3			
-	Total	8	143	5	100

-	Respostas não aceitas	5			
-	Respostas em branco	22			

ANEXO 4

A razão pela qual o serviço de saúde do município ainda não foi municipalizado

Ord	Descrição	Qtd	
1	O estado ainda vem se desvinculando das ligações do ex-território (Macapá)	1	3
2	Ausência de decisão política	2	6
3	Ainda está na fase incipiente	3	9
4	Não é conveniente a determinados interesses políticos	1	3
5	Ainda não está concretizada financeiramente	1	3
6	Desconhece o real sentido da municipalização	1	3
7	Falta de vontade política ou interesse político	10	31
8	Falta de compromisso do Estado e do Governador	1	3
9	Sendo tomadas providências para o início do processo	4	13
10	Não vê vantagem na municipalização	1	3
11	Ainda não existe rede física	1	3
12	Problema de ordem técnica e política	1	3
13	Estão discutindo a gestão semiplena	1	3
14	Os recursos não chegam ao município	1	3
15	O município emancipou-se em 1995	1	3
16	O prefeito não aceitou	2	6
-	total	32	100

ANEXO 5

Os maiores obstáculos à municipalização da saúde

-	Grupo 1 - entraves políticos	qtd
1	O coronelismo e o descaso do Estado	1
2	O descomprometimento do poder executivo e legislativo no cumprimento da Lei 8080, do regimento do SUS.	4
4	A questão política, ausência de decisão política.	4
5	Falta de vontade política (desinteresse dos governantes, politicagem, oposições, divergências, partidarismo, etc.	21
6	Estado	1
7	Falta de seriedade e compromisso das forças competentes.	2
8	Falta de conhecimento entre os candidatos a prefeito	1
9	Falta de consciência do povo	1
10	O prefeito é muito estreito e político. Só faz quem reza na cartilha dele.	1
11	Falta de corresponsabilidade estado-município	1
12	Falta de acordo governo, estado, município e autarquias	2
13	Falta de controle social	2
14	Desconfiança	1
15	A questão saúde não ser prioridade do governo municipal	1
16	Desinteresse do prefeito em iniciar a municipalização	1
	Total	44

	Grupo 2 - Entraves gerenciais	
1	Falta de informação (desinformação por parte do usuário, burocracia, má assistência da IU-DIRES, entraves burocráticos, falta de comunicação, etc.)	8
2	Dificuldade de descentralização (principalmente do poder político, e financeira)	3
3	Falta de empenho dos administradores em cumprir seu papel	1
4	A administração (resistência do administrador público:	2

	prefeito, SMS, etc.)	
5	Despreparo gerencial, visão errada e atrasada do gestor - SMS - e equipe técnica, falta de técnicos	5
6	A secretaria de estado não deixa claras as vantagens e desvantagens	1
7	Efetivação dos conselhos e imposição dos gestores	3
8	O governo organizar o município	1
9	O gestor municipal	2
10	Falta de capacitação dos conselheiros para fazer cumprir a municipalização efetivamente	1
11	O conselho é paritário mas não está sendo deliberativo	1

1	Aceitação dos conselhos (falta de legitimidade dos conselhos, aceitação das decisões dos conselho pelos governantes)	3
2	Interação mais transparente de modo que todos participem	1
-	Total	32

-	Grupo 3 - entraves financeiros	-
1	Inexistência do fundo distrital de saúde (DF)	1
2	Falta de autonomia da gestão dos recursos	1
3	Repasse de verba (recursos financeiros insuficientes, financiamento, controle do estado, respeito ao quesito 4)	18
-	Total	20

-	Grupo 4 - entraves estruturais	-
1	Falta de hospital público na cidade	1
2	Falta de infra-estrutura	2
3	O hospital municipal	1
-	Total	4

-	Grupo 5 - recursos humanos	-
1	Recursos humanos	4

-	Grupo 6 - outros	-
1	Privatização (PAS)	1
2	Os prestadores da rede privada e a falta de cooperação dos profissionais da área	1
3	A UNIMED (representante de MG)	1
4	A iniciativa privada	1
	Total	4

-	TOTAL	108
---	-------	-----

-	Respostas não aceitas	-
1	Não tinha os pré-requisitos exigidos	1
2	Não houve (ou não há)	3
3	Não respondeu	54
-	Representantes do DF	4
-	Total	62
-	-	170

ANEXO 6 - Obstáculos políticos à municipalização da saúde

1	As prestações de contas por parte do gestor	1
2	Incompatibilidade entre prefeitura e governo do estado	4
3	Divergências políticas (obstáculo político partidário, jogos de interesse e poder)	11
4	Falta de vontade política (pouca atuação do Executivo, posição em implementar o PAS)	12
5	Relação sesab x sesau	1
6	Falta de hospital municipal que foi doado a uma associação na gestão anterior	1
7	O poder está nas mãos de poucos (politicagem das pessoas ligadas ao governo)	3
8	Secretaria de estado (falta de interesse da SES)	3
9	Na política financeira (não há repasse de verbas ao FMS, aplicação incorreta, endividam.)	9
10	O governo do município é oposição (ou outro partido) ao governo do estado	4
11	A saúde não foi municipalizada	1
12	A verba do pagamento dos servidores da saúde vem da União	1
13	Não-execução das deliberações do CES	1
14	Não implantação do FMS	1
15	O prefeito não gosta de trabalhar em parceria	1
16	A disputa pelo poder entre o PMDB e o PSDB	1
17	Desentendimento político por disputa de cargos	1
18	Falta de informações (o legislativo não conhece as leis da saúde, desconhecimento)	6
19	manipulação do gerenciamento, burocracia lobista	1

20	Perda de poder (medo da descentralização, medo de perder o poder de barganha)	3
21	o CMS não é respeitado, manipulação do CMS pelo prefeito, não é deliberativo	3
22	Interesses particulares acima do bem comum (diferenças de interesse entre os gerentes)	2
23	A política das cooperativas médicas	1
24	O prefeito não está engajado no sistema	1
25	Falta de compromisso (da Câmara - não aprova projeto, da prefeitura, dos poderes, etc.)	4
26	Não queriam a municipalização dos hospitais	1

27	Só eles querem ser os bons e isto prejudica	1
28	Municipalização torna-se prefeiturização	1
29	Coronelismo	1
30	Morosidade da Câmara dos Vereadores	1
31	Perda de poder de quem descentraliza	1
32	Burocracia do setor compras	1
33	A SMS recusa-se a receber-nos para informações	1
34	Corrupção (feudos do ex-INAMPS, dos grandes hospitais, PAM's dos "deputados")	3
35	O prefeito não quer controle social, não quer ser fiscalizado pelo CMS	2
36	Despreparo dos gestores municipais	1
37	Falta de responsabilidade dos poderes	1
38	A centralização (governo centralizador)	2
39	Se está bom, todos querem a paternidade	1
40	De grupos que sempre lucraram em cima da doença	1
41	Priorização de outras áreas	1
42	Não há transparência	1
43	Governo municipal	1

ANEXO 7 - Dificuldades do serviço de saúde no município

1	Falta de conscientização da clientela	1
2	Erros cometidos no passado. Mentalidade.	1
3	Agilidade nos procedimentos.	1
4	Falta de vontade política (questão política, descompromisso, decisão, interesse dos dirigentes, divergência política, ingerência política, não respeito às diretrizes estabelecida pela SMS, política de saúde definida.	20
5	Emperramento dentro da SESAB	1
6	RH (Falta de PCC, baixos salários, e valorização dos trabalhadores da saúde)	4
7	Modelo privatista	1
8	Obstáculo gerencial	1
9	Falta de participação comunitária (participação social efetiva)	3
10	Falta de médico residente	1
11	Integração das 3 esferas de governo com relação à saúde	2
12	Falta de conhecimento da saúde, conhecimento da realidade	2
13	Manipulação dos CMS	1
14	Falta de informação ao usuário, divulgação, conscientizar a população	4
15	Finanças: as verbas ficam com a prefeitura, falta de verbas, falta de investimento pelo estado, manipulação de verbas	3
16	Valorização dos agentes comunitários da saúde	1

17	Deficiência no atendimento médico	1
18	Necessidade de implantar um sistema hierarquizado e regionalizado face à multiplicidade de consumidores na cidade	1
19	Privatização PAS	1

ANEXO 7-A - Tabela relativa às ponderações sobre a resposta à questão “O serviço de saúde do seu município é dificultado por a) falta de planejamento amplo e detalhado como ponto de partida; b) falta de verbas; c) falta de recursos humanos bem preparados; d) despreparo gerencial; e e) outros fatores, especificar”

Percentual do nível de importância relativo ao total de repostas dadas para cada dificuldade

Ordem	a)	%	b)	%	c)	%	d)	%	e)	%
Primeira	41	52	51	49	23	24	11	14	11	25
Segunda	17	21	22	21	40	42	21	26	2	4
Terceira	13	16	15	15	19	20	26	32	7	16
Quarta	8	10	15	15	11	11	20	25	6	14
Quinta	1	1	-	-	3	3	2	3	18	41
Total	80	100	103	100	96	100	80	100	44	100
Não aceitas	90	-	67	-	74	-	90	-	126	-

ANEXO 7-B - Somatório do resultado da multiplicação do peso atribuído a cada nível de importância pelo percentual de cada resposta

Ord	peso	% a)	-	% b)	-	% c)	-	% d)	-	% e)	-
1 ^a .	5	52	260	49	246	24	120	14	70	25	125
2 ^a .	4	21	84	21	84	42	168	26	104	4	16
3 ^a .	3	16	48	15	45	20	60	32	96	16	48

4 ^a .	2	10	20	15	30	11	22	25	50	14	28
5 ^a .	1	1	1	-	-	3	3	3	3	41	41
-	-	100	413	100	405	100	373	100	323	100	258

ANEXO 8 - Relação de outros fatores de dificuldades com o SUS não relacionados na tabela 18

1	Compromisso profissional	1
2	Obrigatoriedade da contrapartida do município ao fundo municipal	1
3	Falta de integralização, política intersetores: saúde, escolas, universidades, meios de comunicações, e participação da população	1
4	Teto orçamentário não compatível com as reais necessidades do município. Abaixo da produção ambulatorial oferecida pelas unidades	1

ANEXO 8-A - Tabela relativa às respostas à questão sobre a escolha das dificuldades com o SUS entre a) repasse de verba, b) repasse de medicamento, c) falta de informação, d) entraves burocráticos e e) outros, por ordem de importância. Em caso da alternativa “outros” especificar.

Ordem	respostas	qtd	%
1	reposta sim	140	93
2	resposta não	10	7
-	total	150	100

ANEXO 8-B - Percentual do nível de importância em relação ao total de respostas para cada dificuldade

Imp.	a)	% a)	b)	% b)	c)	% c)	d)	% d)	e)	% e)
1 ^a .	67	66	1	1	16	20	32	32	9	33

2 ^a .	12	12	34	43	26	32	26	26	1	4
3 ^a .	17	17	14	17	36	44	24	24	2	7
4 ^a .	5	4	30	38	3	4	17	17	2	7
5 ^a .	1	1	1	1	-	-	1	1	13	49
Tota l	102	100	80	100	81	100	100	100	27	100
NR	68	-	90	-	79	-	70	-	143	-

NR = Não respondeu sobre a importância da dificuldade específica

ANEXO 8-C - Somatório do resultado da multiplicação do peso atribuído a cada nível de importância da resposta pelo percentual obtido no anexo 8-b.

ord	peso	% a)	-	% b)	-	% c)	-	% d)	-	% e)	-
1 ^a .	5	66	330	1	5	20	100	32	160	33	165
2 ^a .	4	12	48	43	172	32	128	26	104	4	16
3 ^a .	3	17	51	17	51	44	132	24	72	7	21
4 ^a .	2	4	8	38	76	4	8	17	34	7	14
5 ^a .	1	1	1	1	1	-	-	1	1	49	49
-	-	100	438	100	305	100	368	100	371	100	265

ANEXO 9 - Entrevista na Secretária de Saúde do DF

Entrevista concedida pelo diretor do Núcleo de Planejamento da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal, Sr. Roberto Luiz Brant Campos², em 23 de abril de 1996

1 - Como está a saúde do DF?

Do ponto de vista de setor, a gente pode dizer que o setor saúde tem alguns problemas sérios em relação à assistência à saúde. Se consideramos o conceito amplo, conforme estamos trabalhando nestes dias a questão saúde, ela extrapola o setor saúde, Secretaria de Saúde. Teríamos que discutir do ponto de vista mais amplo os indicadores de qualidade de vida. Estamos trabalhando com o conceito de saúde como um componente dissociado da qualidade de vida. Então, do ponto de vista geral, teríamos que estar discutindo alguns outros indicadores que se refletem na saúde, mas que não são objeto da ação direta da Secretaria de Saúde. Essa é a primeira questão. E o corte que acho

² O Sr. Roberto Luiz Brant Campos é médico sanitário com especialização em planejamento, formado em 1980 pela Universidade Federal de Minas

mais interessante fazer neste momento seria o do ponto de vista da Secretaria de Saúde, senão a gente acaba ficando num plano muito geral.

Da Secretaria de Saúde o diagnóstico que fazemos é que temos três principais problemas hoje na questão saúde, isto é, de toda a gama de problemas que nós temos, consideramos três como sendo mais importantes, ou mais relevantes, com os quais estamos nos preocupando mais. **O primeiro é a questão do acesso da população ao serviço de saúde.** O acesso hoje ao serviço de saúde é um acesso restrito. Esse primeiro aspecto, do ponto de vista setorial, não vai muito bem. Não vai muito bem porque o acesso da população ao serviço de saúde está limitado.

A segunda questão é a resolubilidade de nossa rede de serviços. Temos uma rede diferenciada do resto do país. Temos uma rede pública grande. Respondemos por 80% da demanda da população do Distrito Federal mais um tanto do entorno. Essa demanda é respondida pela rede pública. Temos apenas a área de hemodinâmica e hemodiálise e alguns leitos psiquiátricos contratados à rede particular, a rede privada. Mas essa rede (a rede privada) é pouco resolutive. Além da população ter pouco acesso à rede (privada), nós temos também a questão de que, quando ele tem o acesso, não tem o seu problema resolvido. Ele bate de porta em porta, vai de centro em centro, até encontrar alguém que resolva o problema dele.

A terceira questão, também grave, que estamos tentando atacar, **é aquela relacionada a recursos humanos.** Nós temos o problema da esfera da produtividade, do rendimento, do desempenho de nossos recursos humanos em algumas áreas e em outras áreas. Além disso, nós temos também carência quantitativa de recursos humanos.

Então, **respondo sua pergunta, “como vai a saúde”.** Saúde do ponto de vista setorial, ela tem problemas nessa órbita aí. **Do ponto de vista mais geral,** aí é interessante, porque se você pega os indicadores, **os nossos indicadores não são dos piores.** Por exemplo, nosso índice de **mortalidade infantil** está entre os menores do país, em torno **de 21 óbitos, antes de completarem um ano de idade,** por cada mil nascidos vivos, que é uma média baixa, visto que **o país tem uma média de 65 óbitos por mil nascidos vivos,** sendo 21 a média do Distrito Federal, sendo que

algumas áreas, algumas regiões administrativas, como o Guará, por exemplo, cai para 13. Uma taxa invejável, comparada com os países desenvolvidos. Os Estados Unidos (da América do Norte), por exemplo, têm uma taxa de 16. Então nós, no Guará, estamos até abaixo da média dos Estados Unidos, e a nossa média, do Distrito Federal, é 21, que é uma média baixa. Se você pega a **renda per capita**, a nossa é a **maior do país, temos US\$ 7.000,00** de renda per capita. Se você pega ndice de **saneamento básico**, ndice de água encanada, água tratada, é **mais ou menos 95% dos domicílios**; esgotamento sanitário cai aí para uns 80%, mas também são índices **acima da média do país**, e isso tem uma influência direta na saúde.

Por outro lado nós temos **uma taxa de desemprego** altíssima, **em torno de 16%**, **enquanto a média do país é de 7% e 8%**. E temos um ndice de subemprego e economia informal também muito elevado que, também, poderia estar refletindo para reduzir as condições de saúde e qualidade de vida da população.

Outro dado importante é na área da violência, na área de segurança. Hoje, as chamadas **causas externas**, a mortalidade por causas externas, que inclui a violência, acidentes, atropelamentos, homicídios, suicídios, já são em várias cidades-satélites a primeira causa de mortalidade, e, no geral, **no DF ela já é a segunda causa**. Esse grupo das causas externas já compo o segundo grupo de mortalidade no Distrito Federal - **primeiro é o grupo das doenças cardiovasculares** -, mostrando que a violência urbana é um problema de relevância para a saúde pública do DF.

Isso é de uma forma geral. Há alguns indicadores que podem demonstrar que a saúde do brasileiro vai até bem, se comparada com outros estados, mas há algumas peculiaridades que mostram que há alguns aspectos bastante fortes como, por exemplo, essa questão da violência. **Do ponto de vista setorial, nós temos uma rede boa**, uma rede grande, uma massa de **oito mil trabalhadores**. Só na fundação hospitalar; temos **um instituto de saúde** razoável, **uma fundação hemocentro, também, com produção de albumina**, etc., mas temos problemas nessas três áreas.

Detalhando um pouco mais, **por que o acesso está ruim? A rede** do Distrito Federal **foi planejada para uma população muito abaixo do que é** a população hoje, houve um crescimento populacional muito grande, principalmente de 90 até 95, às custas de migração.

Um **outro problema seríssimo que aconteceu é a questão do entorno**, porque esse crescimento populacional do DF até não é muito grande. A rede absorveria o impacto disso, mas o entorno, o crescimento populacional do entorno, esse sim, foi explosivo. Há dez anos você não tinha nada quase, Cidade Ocidental e outras. Então, essa população do entorno vive e trabalha no Distrito Federal. Ela gera renda, inclusive, para o Distrito Federal. Ela mora em cidade dormitório e, portanto, ela usa os serviços públicos do DF e aí ela pressiona nossa rede enormemente. Como ela não tem uma rede básica lá, ela não vem para a rede básica do DF, ela vem para as emergências. Então, o que está acontecendo? Nós temos uma grande demanda pelos serviços emergenciais, que deveria estar respondendo por 20% da demanda e hoje está respondendo em torno de 60%.

Basicamente, a questão populacional. Veja a questão de recursos humanos que migraram, ou que migram, principalmente recursos humanos médicos, da periferia para o centro. Você tem uma carência de profissional na periferia, que é onde há mais demanda e onde o serviço público é mais importante, porque a população não tem recursos para pagar convênios nem para ir para a rede privada - ela depende mesmo é do serviço público - e é onde você tem menos profissional médico, porque a política histórica da instituição privilegiou os profissionais e não os usuários. Então os profissionais migraram para os níveis mais centrais e a periferia ficou abandonada. E a questão da resolubilidade dos centros de saúde - os centros de saúde se fecharam em programas e não atendem a população de uma maneira geral. Por isso, a população, não tendo seu problema resolvido, vai bater às portas das emergências.

2 - Como se processa no DF a política do Governo Federal de descentralização da saúde?

A política do Governo Federal na área da saúde preconiza claramente a descentralização e municipalização. O Governo Federal, (através do) Ministério da Saúde, gerencia esse processo de descentralização através da Lei Orgânica da saúde - está lá bem claramente escrito esse processo. Do ponto de vista gerencial, a Lei Orgânica dá os princípios políticos de gestão mais gerais (é a lei

8080), e a Lei no. 8142 trata da questão do controle social, formação de conselhos, funcionamento dos conselhos de saúde, isso em nível mais geral. Mas a questão gerencial é tratada pela chamada Norma Operacional Básica de 91 (NOB/91), a norma que regulamenta a forma como se dá essa descentralização. No caso específico do Distrito Federal, nós não temos municípios, somos um híbrido entre município e estado. Então, a NOB/91, ao tratar do Distrito Federal, trata-o como estado, se ela possibilita que nós tenhamos autonomia relativa da gestão dos nossos recursos, através da chamada gestão semiplena. A norma coloca três níveis de gestão: gestão incipiente, parcial e semiplena. Nós atualmente estamos no estágio de gestão parcial, ou seja, temos um controle parcial dos nossos recursos financeiros que são repassados do Ministério para cá, e estamos em via de nos tornarmos, de irmos para a gestão semiplena, o que daria a nós autonomia total, ou quase total, na gestão dos nossos recursos. Então é assim que o Ministério age, dá essa autonomia. Essa norma, inclusive, está sendo reformulada, está sendo discutida a chamada NOB/96, que muda alguma coisa mas, do ponto de vista do estado, para nós Distrito Federal ela não muda muito. O que temos a fazer é nos capacitar para sermos gestores autônomos através da gestão semiplena.

3 - Do ponto de vista prático, assistencial e de avaliação, a política do governo transfere para a sociedade o controle e avaliação através dos conselhos. Nesse aspecto como age o Distrito Federal?

Isso para nós é prioridade absoluta. Temos claro que o grande projeto estratégico nosso é o da gestão através do controle social. Isso é um ponto fundamental da nossa administração. Hoje nós já temos as dezenove regiões administrativas do Distrito Federal, com dezenove conselhos de saúde implantados e funcionando, paritários - metade do conselho formado pelos usuários e a outra metade formada pelos trabalhadores na saúde e profissionais e gestores. Isso já está funcionando nas dezenove regiões e nós estamos partindo agora para a implantação dos chamados conselhos gestores das unidades, ou seja, cada unidade de saúde - postos de saúde, centros de saúde, hospitais, núcleos regionais, central de radiologia, central de laboratório, fundação hemocentro, inspetorias de saúde, etc. - cada uma das nossas quase 111 unidades vai ter (cada uma) um conselho gestor. Tudo que tem a ver com o setor saúde vai ser conduzido politicamente por conselho gestor, várias dessas unidades já têm esse conselho formado. O conselho gestor tem como função dar a política da unidade. O conselho gestor se reúne não para ficar discutindo escala de profissionais e sim para traçar a política

da unidade em consonância com a política maior. O controle social é o ponto, o pilar mestre da proposta.

4 - Mesmo porque o Distrito Federal é quase pioneiro na questão da administração participativa, do orçamento participativo, e parece que a política de descentralização, de transferência de controle para a sociedade se aproxima muito da política de participação da sociedade do governo do Distrito Federal.

Os conselhos de saúde são anteriores aos conselhos do orçamento participativo. Assim, o que está acontecendo é que os conselheiros de saúde estão integrando os conselhos do orçamento participativo com voz ativa por sua experiência e prática. A saúde está bem nessa área.

5 - A municipalização da saúde é a base da política de descentralização do Governo Federal. Há entretanto alguns problemas que não são quantificados e considerados, como a questão das cidades-pólo, como o caso de Brasília. Neste aspecto, como Brasília é afetada pela falta de infra-estrutura dos municípios da região geoeconômica?

Parte desse assunto já foi abordado. É o seguinte: o sistema de saúde é universal, é aberto a todos independentemente de qualquer questão. O que ocorre é que nacionalmente há um movimento, uma migração por questão de saúde, que é pouco quantificada, pouco avaliada e difícil de ser avaliada.

O Ministério está desenvolvendo alguns instrumentos para tentar avaliar o problema, para obter dados como: quem é que atrai mais, quem manda (envia para outros) mais, em que casos e quem vai para onde. Isso está sendo mapeado pelo Ministério. Por exemplo, São Paulo capital recebe muitos pacientes terciários do país inteiro, mas manda para o interior do estado muitos pacientes. Na órbita materno-infantil, por exemplo, muita gente sai da capital para ter filho nas cidades do interior, isso foi constatado antes desse estudo. Vista o Brasil como um todo, Brasília não é diferente. Mandamos gente para outros estados e recebemos gente de outros estados. Agora, o que acontece é que, Brasília, sendo cidade-pólo, recebe muito mais do que manda - esse é o primeiro ponto -, e recebe do país inteiro. Hoje Brasília é referência para o Nordeste, a Região Norte, os garimpos da

Região Centro-Oeste. Tem como referência o Hospital de Base para suas questões de saúde. A região de fronteira agrícola - Rondônia - também envia a Brasília como estágio antes do paciente chegar a São Paulo ou Rio de Janeiro. Áreas de transplantes renais são as que mais produzem no país, porque recebem pacientes de todos os lados.

Então, essa demanda por serviços terciários é uma demanda razoavelmente absorvida. Ela não é muito reprimida. Quer dizer, o Hospital de Base, que é o hospital referência, absorve em alguma medida essa demanda maior.

Particularizando a questão da região geoeconômica, temos que considerar o problema do entorno. O entorno de Brasília, hoje, responde, por exemplo, na emergência do Gama em alguns setores como a área pediátrica, por 33% da demanda; em Planaltina, em alguns meses a gente constata procura de origem do entorno pelas emergências em torno de 40% a 45%, principalmente na área materno-infantil, questão do parto e no atendimento pediátrico de uma forma geral, bem como em áreas de cirurgias eletivas. É um problema muito sério que estamos tentando equacionar da seguinte forma: não estamos cerceando o atendimento, o atendimento é o universal, e o SUS garante o atendimento para qualquer cidadão, sendo do DF ou não. Em segundo lugar, essa população reside na região do entorno mas trabalha e vive em função do DF e em alguma medida, que não se sabe quantificar, ela está revertendo em imposto para o DF, estando de alguma forma legitimamente usando o serviço público do DF, uma vez que ela compra carro no DF e isso reverte em imposto, ela emplaca o carro - a classe média do entorno emplaca o carro em Brasília - e recolhe o IPVA para Brasília, compra em supermercados em Brasília e recolhe imposto de circulação - ICMS - para Brasília -, apenas o IPTU é recolhido em Goiás. Ela teria, em tese, legitimamente, o direito de usar esse serviço de saúde do DF. O que estamos procurando fazer é que os prefeitos implantem o SUS do lado de lá, da mesma forma que estamos fazendo aqui.

O que é implantar o SUS? É fazer um serviço básico de qualidade funcionando de modo que aumente a resolubilidade e possa estar refreando um pouco essa demanda que está vindo para cá, porque nós estamos atendendo aqui problemas da emergência que não são da emergência, são problemas simples que, se o sistema lá dos municípios estivesse minimamente organizado, poderia estar respondendo a isso e o cidadão não precisaria ficar andando de ônibus 10, 20, 30, 40 km para

tentar resolver o problema dele. Estamos em contato com esses prefeitos tentando ajudá-los, com todo o apoio técnico possível, para que eles também montem o seu SUS. Por outro lado, estamos trabalhando com essa população para que ela reivindique seu direito de ter o controle social, de ter seus conselhos montados, porque ela tem o dever de estar participando desse processo, tem que cobrar do poder público a implementação das políticas e outras ações. Isso é uma coisa lenta, pequena, mas uma forma de fazer com que os problemas de saúde dessas populações sejam resolvidos próximo de onde elas moram.

6 - Com relação à abordagem anterior, há alguma providência nesse aspecto? Há alguma preocupação do Governo Federal e do Governo de Goiás?

Do Governo Federal há, de Goiás não. É o que parece. Nós temos estado em diversos momentos reunidos com Governo Federal tentando argumentar nessa linha que já apresentei. O Ministério está atento para esse problema, está levantando dados que comprovam esse problema, grau de internação, quanto o Estado está mandando e quanto está recebendo. E no caso de Goiás, está claro que ele manda muito mais do que recebe e que (com relação a Goiás) nós recebemos muito mais do que mandamos. Numericamente, do ponto de vista aritmético, do ponto de vista de indicadores, nós já temos precisão desse problema através do Ministério da Saúde, que está, inclusive, empenhado em aumentar o nosso teto financeiro para dar conta dessa demanda. O que nós não sentimos é se o Governo de Goiás tem essa mesma preocupação ou disposição, parece que está entendendo que essa região (o entorno de Brasília) é nossa, só está querendo levar o bônus e não levar o ônus. Estão em franca campanha política, inclusive criticando o governo democrático e popular do DF, estão predispostos a não tomar nenhuma providência para resolver a questão. O secretário de governo do Estado de Goiás não tem uma posição firme quanto a essa questão. Assim, o diálogo é difícil com o Governo de Goiás nesse momento, mas estamos tentando e vamos ver como isso vai se desdobrar.

7 - Há um projeto de criação da região metropolitana de Brasília. Isso exigiria uma abordagem diferente do sistema saúde. Em que isso poderia significar solução?

É um projeto pertinente mas acho que não resolve o problema. O ideal seria que realmente o Estado de Goiás levasse bem a sério essa questão, porque você não pode tratar desigualmente dois aspectos. Aí eu me reporto bem ao problema político, é de parceria, a quem o poder municipal vai responder. Do ponto de vista de planejamento não muda nada. O problema continua. As unidades do serviço vão continuar sucateadas, a população vai continuar carente, vai continuar andando 30 a 40 km para tentar ver o seu problema de saúde ser resolvido, quando o ideal seria que ela tivesse seu problema resolvido em local o mais próximo possível de sua casa. Isso só irá acontecer se houver vontade política para resolver o problema.

8 - Tenho visto muito argumento de que a profilaxia como abordagem da assistência à saúde seria bem mais resolutiva do que a abordagem curativa. Como isso é visto no âmbito da Secretaria de Saúde?

Sem sobre de dúvida. Nós estamos com um projeto chamado REMA, que é um projeto de reformulação do modelo assistencial. Preconiza uma mudança das práticas a nível das unidades de saúde no rumo da integralidade da ação em que o cidadão não teria só consulta médica e internação, mas sim visita a sua casa, levantamento de problemas locais, condições sanitárias. O sistema de saúde teria que estar interligado intersetorialmente com os outros setores do governo para sanar possíveis causas de problemas, como, por exemplo, o saneamento básico, o saneamento básico e a revisão da política de saneamento.

Então, esse projeto REMA preconiza a integralidade das ações, o que muda o processo de trabalho dentro do centro de saúde, por exemplo, e faz com que a equipe se reorganize para dar conta de estar saindo e indo visitar a região adstrita ao centro e resolver problemas antes que as pessoas necessitem procurar o centro. Ou seja, ao invés de trabalhar com a demanda de quem chega já com o problema instalado, ir à comunidade tentar resolver o problema antes que sobrevenha alguma doença. Esse é um ponto.

O outro ponto do projeto é a intersetorialidade. A política de saúde tem de contemplar não só as ações setoriais como coordenar-se com a Secretaria de Obras, para ver onde é mais importante sanear, fazer uma obra de saneamento, de canalização, de esgotamento sanitário;

coordenar-se com a Secretaria de Educação para desenvolver programas de prevenção em áreas como, por exemplo, de oftalmologia para prevenção de cegueira por tracoma, a questão da deficiência visual, etc.; coordenar-se com a Secretaria de Meio Ambiente sobre a questão da proteção ambiental, entre outras.

Esse projeto de reformulação do modelo assistencial preconiza isso. A prevenção através da integralidade das ações, através da intersetorialidade. Assim, as obras do governo têm que estar relacionadas com a questão da saúde. Esse modelo está sendo mudando com o objetivo de dar conta desse aspecto preventivo, tanto do ponto de vista econômico, por estarmos no momento de carência absoluta de recursos. Não estamos em período para gastar 20 milhões em construção de hospital, estamos num período para gastar 2 milhões num programa efetivo de transformação num centro de saúde de uma unidade resolutive que faça parto, pequenas cirurgias, que possa dar conta dessa gama de problemas da população. E usar essa outra parte dos recursos para programa amplo de saneamento básico, por exemplo, que poderia dar um resultado muito maior em termos de custo-benefício, por ter uma relação custo-benefício muito mais favorável.

9 - Quais as maiores dificuldades do setor saúde?

Nossa maior dificuldade na saúde é a carência de recursos. Estamos com uma demanda tal que estouramos nosso teto no Ministério da Saúde em 15% a 20% todo mês. Nós temos corte no que é produzido pela rede assistencial e ambulatorial de 15% a 20% todo mês.

10 - A mudança da política do Governo Federal trouxe alguma dificuldade ou foi mais facilitadora?

Trouxe alguma facilidade no sentido de racionalizar recursos, de racionalizar procedimentos, de estar dando uma nova inflexão no sistema, de estar mostrando a necessidade da mudança. Sem dúvida nenhuma a população tende a apoiar, embora ainda esteja numa fase muito embrionária, muito técnica, ainda não conseguimos passar para a população o que estamos querendo fazer, a verdade é essa, nesse um ano e meio. Mas onde o trabalho tem andado um pouco mais a população tem respondido, e isso tem facilitado. Porém, do ponto de vista dos profissionais da saúde,

muitas vezes a gente tem tido mais dificuldades, por não quererem eles abrir mão de alguns privilégios históricos que vieram se consolidando.

Resumindo, a grande dificuldade nossa é a carência de recursos financeiros. Temos pouco, pouquíssimo dinheiro para trabalhar, tanto em custo como em investimento. A outra dificuldade é na relação com os setores dos profissionais de saúde, que estão sendo muito bem convencidos da necessidade da mudança e nos apoiar, porque o primeiro movimento é de resistência por medo da perda de privilégios - em termos de horário, de escala, de organização de serviço, em termos de processo de trabalho nas unidades.

11 - Você poderia falar um pouco sobre o planejamento, tecnicamente, dentro da área da saúde?

O planejamento na área da saúde não existia. Havia um esboço de planejamento na parte de investimento, um esboço de uma política de obras e de ações que o planejamento tangenciava, nunca existiu um plano de saúde do DF, não existe uma programação de saúde.

Essa atividade foi exercida pela área finalística da instituição, basicamente da Fundação Hospitalar, em cima de séries históricas. Você tem uma série histórica de consultas, internações, partos e etc. Faz-se uma projeção anual e faz-se um acréscimo de recursos e manda o resultado para o nível central do governo. Na área de custeio, na área dos programas foi assim. Na área de investimento sempre se seguiram mais ou menos os interesses políticos. Nunca houve um plano territorial, um plano demográfico, que respeitasse essa questão demográfica, a migração da população, crescimento populacional, ocupação do território, geoprocessamento, nada disso.

O que estamos fazendo é tentar iniciar um processo de planejamento que é moroso e difícil. A programação para 96 ainda foi feita nesses velhos padrões. A programação para 1997, nós a estamos tentando trabalhar do ponto de vista ascendente, fazendo uma programação local - das unidades - depois regional, consolidando a nível central, levando em consideração essas variáveis mencionadas, demografia, migração, das prioridades do orçamento participativo, tentando casar a área técnica com a área financeira, fazendo com que o planejamento de 97 espelhe realmente quais foram as prioridades técnicas levantadas em nível local. É um processo que estamos inaugurando, vai ser ainda um pouco tosco, mas a gente vai aprimorando.

12 - Com relação ao envolvimento dos atores da organização no processo de planejamento, em todos os níveis, há uma busca de interação do corpo social da organização no sentido de colocar todos conscientes da necessidade de planejamento ou de se operar determinadas mudanças?

Da saúde, sim. Estamos trabalhando com o construtivismo, exatamente porque a gente acha fundamental estar envolvendo todos os atores e responsáveis pelo processo de programação. Então, isso vai muito além da equipe de planejamento, do núcleo de planejamento, isto está envolvendo gestores em nível regional, em nível local, gerentes. Estamos num processo coletivo de construção dessa mudança. Temos a informação do modelo, temos nosso objetivo, temos nossos principais pontos de estrangulamento mapeados, estamos trabalhando para mudar o modelo a partir desses pontos de estrangulamento, com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência à saúde para o usuário, que é o nosso grande ator. Esse processo está em curso, estamos trabalhando razoavelmente bem e esperamos ter no final do semestre uma programação um pouco mais democraticamente construída. Em nível de governo como um todo, o que a gente percebe é uma certa indecisão. Em certos momentos, o planejamento aparece mais aflorado; em outros, o planejamento recua mais; em algum momento, algum ator sobressai; em outro sobressai um ator diferente; uma tarefa que estava com alguém vai para outra pessoa, tornando-se uma coisa meio movediça. O que transparece é que o governo ainda não sabe que tipo de planejamento vai imprimir, se é o planejamento estratégico democrático, se é o planejamento solidário ou se é o planejamento normativo simplesmente. Quanto ao orçamento participativo, onde é que ele se encaixa nesse contexto, não está claro, é uma coisa muito nova, como é que ele entra nesse processo de planejamento e como é que a peça orçamentária vai refletir o orçamento participativo na parte de investimentos. A tendência geral do governo é que o planejamento seja uma atividade de relevância e seja democrático, participativo, mas a prática às vezes deixa um pouco a desejar.

13 - O que se tem observado, não como uma visão crítica mas pensando a dificuldade de se trabalhar com o planejamento participativo, é que o orçamento participativo é feita, levantando-se as prioridades imediatas, i.e., para o exercício seguinte. O tempo é muito curto para se encaixar todo esse conjunto de dados em qualquer projeto ou programa.

Confirmando que é realmente uma grande dificuldade. Atualmente, por exemplo, estamos trabalhando o cronograma de obras do orçamento participativo do ano passado para começar a execução a partir de julho próximo. Estamos terminando o cronograma para, a partir dele, realizar as obras determinadas no ano passado. Sem dúvida, um desafio.

ANEXO 10 - Entrevista na Secretaria de Saúde de Cristalina

Entrevista concedida pela Enfermeira Padrão Eloísa de Lourdes Silva Araújo, Assessora da Secretaria de Saúde do Município de Cristalina, Goiás, em 3 de maio de 1996.

1 - Poderia falar sobre a competência da Secretaria Municipal de Saúde?

Compete à Secretaria Municipal de Saúde assegurar recursos técnicos, recursos financeiros. A competência da Secretaria de Saúde fica muito ligada tanto ao poder de negociação do Secretário de Saúde, enquanto entidade, força política e conhecimento do que é ser um Secretário de Saúde e como um prefeito ou uma entidade maior do município percebe a saúde e lhe atribui esse poder. Fica muito restrita a negociações, dá um passo, retrocede dois; não tem um saneamento básico, tem de prover um serviço de vigilância sanitária, atenção à mulher, à criança, o programa de Hanseníase tem que estar em dia, tem que ter profissional trabalhando e dar-lhe condição de trabalho, tem que ter uma política de organização da estrutura do serviço; uma estrutura mais forte, mais consolidada, para que não haja atrito de funções.

O município atualmente está com essa debilidade, porque há choques políticos, interesses políticos que não destoam da saúde mas se chocam no momento do poder, são ilhas de poder que se chocam em momentos em que não deveriam se chocar, porque estão no mesmo ponto de ação.

Fica um pouco complicado definir o que seria a competência da Secretaria Municipal da Saúde porque ela não se revestiu desse poder. Atualmente, é ocupada por uma pessoa que tem força de trabalho, que tem disposição para trabalhar, que tem ouvido para ouvir, mas não conhece a máquina, e tem que conviver com as forças de poder dentro das suas ilhas que torna-se muito difícil desenvolver um trabalho com todo um processo de formação de uma infra-estrutura.

Num ambiente como esse, como em outras regiões assemelhadas, não existe um projeto, vai-se tocando o serviço à medida que vão surgindo as demandas, o que é quase regra geral no País todo, do que sou testemunha em vários municípios no Nordeste, onde já prestei serviços.

2 - O que se tem observado sobre o processo de municipalização é que se cria um projeto de reformulação do sistema de saúde local, redefinem todos os objetivos, todas as metas. Na maior parte dos projetos de que se tem conhecimento, inverte-se o direcionamento da assistência à saúde, i.e., de assistencialista, curativo, para a assistência preventiva. Ao invés de se criar uma estrutura muito grande para combater a doença, desenvolvem-se mecanismos que possibilitam ir ao cidadão e evitar que a doença aconteça. Assim, os projetos estão sendo elaborados com essa visão, logicamente sem abandonar a questão da parte assistencialista curativa, embora conjuntamente fazendo esta e

preparando a outra para que uma venha a implicar na diminuição da demanda pela outra, provocando uma redução na necessidade de investimento na estrutura que busca a implementação do processo curativo por força do desenvolvimento do programa de profilaxia através da chamada implementação de "saúde coletiva", mesmo porque uma é muito menos onerosa que a outra. Assim, normalmente há um projeto de mudança de orientação. E esse projeto surge naturalmente, pelo que percebo aqui isso ainda não aconteceu, não havendo um planejamento originado de cima para baixo.

O que se procura entender é que o município é carente de informação, carente de percepção de suas necessidades, de onde ele deve investir.

Há cinquenta anos atrás, era gratificante para a população ter um hospital, era motivo de orgulho. Mas sabe-se que atualmente o hospital não resolve o problema porque hoje os problemas não se resolvem apenas no hospital, resolvem-se na casa da pessoa. A assistência deve ser na célula do problema. Assim, o serviço de saúde deve chegar até a casa da pessoa. Daí a razão pela qual os programas de saúde familiar e o PACs - Programa de Agentes Comunitários -, do qual eu sou instrutora aqui no município, tiveram tanta força.

No município há apenas três postos de saúde, sendo que desses um está situado na em distrito rural, para uma população de aproximadamente 28 mil habitantes. Assim pode se ver a noção que se tem de assistência à saúde, de saúde comunitária. Pode-se observar que se está investindo na estrutura física do hospital local, embora isto não seja dispensável, muito pelo contrário. Entretanto, deveria ter-se promovido uma concentração maior de forças objetivando o desenvolvimento e ampliação da rede ambulatorial.

3 - Quais as maiores dificuldades da Secretaria Municipal de Saúde?

As maiores dificuldades hoje são o despreparo da rede básica para promover um intercâmbio entre as unidades, três postos e um hospital, não existindo uma integração de ações para as tornar mais eficientes, eficazes e efetivas. Uma questão gerencial.

Esta situação não surgiu na atual administração. Isto sempre existiu de longa data, numa espécie de consenso de que deve ser assim, ilhas independentes, por entender-se que era assim que funcionava e é assim que deve ser para dar certo, não havendo preocupação em se pensar de outra forma.

4 - Há preocupação das autoridades de saúde e de governo em se tomar alguma iniciativa para mudar?

Há sim. Procura-se acentuar a necessidade de atuar mais no nível ambulatorial do que hospitalar. O hospital não deve ampliar sua função ambulatorial, pelo contrário, essa função deve ser diminuída e incentivada a busca pelas unidades cuja função é unicamente ambulatorial, direcionando-se assim a assistência no hospital só para casos que exijam a busca desta unidade. A própria característica de uma e de outra unidade é singular, pois não haverá grande heterogeneidade de casos, simples e graves, criando naqueles doentes sem gravidade um mal estar por presenciarem casos de emergência.

Assim, trazendo-se o serviço de assistência à mulher só para o ambulatório torna-o mais apropriado para o atendimento. O problema dos ambulatórios são recursos humanos, poucos médicos. Há maior concentração dos médicos no hospital, o que provoca o aumento da demanda pelo hospital.

O serviço de imunização funciona bem nos ambulatórios, no hospital não há, vindo periodicamente um imunizador ao hospital. Isto parece simples, mas para se conseguir que o imunizador do ambulatório passasse a vir ao hospital tomou dois meses de trabalho para que isso acontecesse, pois para assumir o compromisso de passar uma hora no hospital e vacinar, seja apenas uma criança na maternidade, há grande resistência.

5 - Quais os maiores problemas do município?

Os maiores problemas estão relacionados com a estrutura do município em termos de saneamento básico e a formação cultural da população. Problemas que não são próprios de uma

cidade nova, de vocação agropecuária, como a favela. Não são favelas como das grandes metrópoles, mas injustificadas, pelas características rurais e de tamanho da cidade, e que, entretanto, está acontecendo de forma muito rápida, trazendo um quadro epidemiológico de muitas doenças que são características de cidade grande, como o alto índice de ocorrência de tuberculose, câncer de colo de útero.

O trabalho de assistência à mulher é muito solto por não existir um trabalho de acompanhamento, de informação e de educação para a saúde direcionado à mulher. Da mesma forma acontece com a atenção ao hanseniano, ao chagásico.

Conclui-se que é muito problema para uma área pequena. Não há saneamento básico no centro da cidade. Na própria rua principal há esgotos de restaurantes a céu aberto, o que está sendo negociado pela prefeitura com os próprios donos de restaurantes. Um processo lento, pois a estrutura da cidade não suporta a ampliação da rede de esgotos existente. O solo não permite formação de fossas negras que viabilizem uma solução menos complexa. É uma situação nebulosa que exige mais do que simples ações cosméticas.

A cidade foi criada prevendo-se um crescimento padrão. Ultrapassou de muito essa previsão, sem ter condições agora de formar uma infra-estrutura que se adeqüe às novas demandas. Em outras palavras, não se sabe o que fazer.

Uma administração toma muito tempo para entender o complexo da situação. Quando tem condições de tomar providências, já não lhe resta muito tempo, e ao final do mandato já não se sabe muito o que fazer devido ao acúmulo de problemas.

Observa-se que o serviço de saúde de forma geral, aqui e em outras regiões onde já prestei serviços, tende a ser sempre muito emergencial. Não há meios de se promover um planejamento para se tentar abranger a questão saúde como um todo e assim trabalhar de forma racional e coerente, pois o plano é diretor, não deixando que se desvie das metas, desafios e prioridades. Às vezes, quando a situação o exige, o planejamento permite flexibilidade por ser um processo dinâmico sujeito a adaptações possíveis, mas desde que não provoque o seu

estrangulamento. Essa flexibilidade permite que, ao se deparar com um nó crítico, se possa adequar a essa situação, pois, ao contrário, o processo pode até mesmo ser interrompido. Esses nós são muito identificados nas resistências que são encontradas ao se implementar projetos ambiciosos. Forças do ambiente interno ou externo, das quais os atores devem estar cientes e saber se e como fazer-lhes face.

6 - Já está formado o Conselho Municipal de Saúde de Cristalina?

O Conselho existe e se reúne mensalmente. As dificuldades do Conselho são reflexo do próprio município, tendo em vista que a pauta de discussões se compõe de pontos que não levam a nada, perdendo-se muito tempo discutindo temas sem maiores relevâncias, são pontos que devem ser discutidos mas que não constituem prioridades. Por exemplo, numa das últimas reuniões discutia-se a saída do PACS em definitivo ou não do município, bem como assuntos relativos à reforma do hospital. E a atenção à saúde, o que se pode fazer, o que fazer para organizar a sociedade que o representa para viabilizar o processo de municipalização, viabilizar a estruturação da saúde no município.

7 - A atuação do CMS tem sido positiva, colaboradora, ou constitui-se, na realidade, em obstáculo?

Está caminhando a seu modo, embora ainda não tenha contribuído efetivamente, apesar de se fazer presente. O CMS é inegavelmente representativo. O fato de existir, de comparecer às reuniões, fazer sentar alguns indivíduos para discutir algumas idéias, mesmo que não sejam relevantes, está acontecendo um encontro de opiniões. Em algum momento pode surgir repentinamente alguma sugestão de valor.

A existência do processo já é um grande começo, apesar de lento, não existe tradição, a cultura do serviço nunca experimentou uma descentralização tão profunda a ponto de se ter membros fora da estrutura administrativa que pudessem opinar, sugerir, argumentar, discutir sua administração e o porquê das atitudes administrativas. Portanto, essa iniciativa é um grande avanço. Entretanto, o Conselho não tem orçamento, não tem uma estrutura própria, não se organizou ainda suficientemente para fazer pressão popular. A pressão popular não existe. Há a figura do representante, porém ele

não organiza esses representados para acionar essa força. Têm o suporte da comunidade, ou seja, o representante foi escolhido por ela, mas de forma muito primitiva, do tipo "eu não quero ir, vai você". Esse tipo de escolha que mais parece uma imposição; não deixa de ser legítima, mas não tem a força que deveria ter.

8 - Como é feita a assistência à saúde na área rural?

A assistência ao meio rural resume-se a um posto localizado em um distrito chamado São Bartolomeu. As outras áreas mais distantes, como o distrito de Marajó, não têm nenhuma assistência. Antes existia uma unidade móvel, que atualmente está sendo reativada mas ainda não está funcionando, só há atenção odontológica acompanhada de um auxiliar de enfermagem para trabalhos simples como fazer um curativo, aplicar uma injeção. Não se ocupa de trabalho de vacinação, embora a parte de imunização devesse ser uma prioridade numa área como esta.

Há um grande movimento migratório nos dois sentidos. Há um movimento do campo para a cidade e outro inverso. O êxodo de Cristalina é bastante peculiar, de e para o campo. Não se pode especificar bem as razões, mas podem estar ligadas às variações dos ciclos de plantação e colheita.

Embora não haja nenhuma pesquisa, o que se observa é que na época de preparação da terra e plantio acontece o que poderíamos classificar de êxodo urbano, o retorno das famílias para o campo, lá ficando até o término da colheita. Depois, de posse de uma pequena renda, iniciam o êxodo rural, o retorno para a cidade.

Essa movimentação da população provoca uma mistura muito diversificada de doenças, pois há doenças específicas da zona rural, decorrentes da inexistência de água tratada, esgotamento sanitário, infra-estrutura de saneamento básico de forma geral.

Pode-se até atribuir essa inquietação populacional à falta de acesso aos recursos assistenciais, que não estão disponíveis na área rural, talvez despontando na frente a questão de assistência à saúde.

O único posto de saúde no meio rural, que é o caso de São Bartolomeu, um distrito rural situado próximo à margem esquerda da rodovia que leva a Brasília, tem a visita do médico duas vezes por semana, tem uma auxiliar de enfermagem e não possui serviço de imunização. Quando há casos mais graves, avisam o hospital e solicitam o encaminhamento. É um ponto de referência com assistência mínima.

9 - Qual a capacidade do hospital? Os casos mais complexos para os quais não há tecnologia disponível são encaminhados para onde?

A capacidade do hospital é de 26 leitos, com projeto de ampliação.

Com relação a encaminhamento, prefere-se encaminhar para Brasília em virtude do problema de AIH ter sido mais bem discutido. Os encaminhamentos que se faziam para Catalão, em sua maioria, não eram resolvidos, retornando o paciente para Cristalina para se fazer nova AIH de encaminhamento para Brasília.

A tecnologia de Catalão é aparentemente boa. Entretanto, Brasília tem toda a tecnologia disponível. Apesar do grande fluxo de todos os lados para lá, decide-se que é o único em que há plena capacidade de resolutividade, não sendo racional enviar um paciente já debilitado para Catalão, correndo o risco de tê-lo de volta, sem a devida solução de seu problema, para encaminhá-lo para Brasília, o que resulta na perda de tempo, perda de AIH e provoca o desgaste do paciente que já está debilitado pela doença.

Há um fluxo natural das pessoas para Catalão por iniciativa própria. Está-se desaconselhando esse procedimento para evitar o desgaste das pessoas que procuram aquele serviço e retornam sem a resolução do seu problema de saúde. Foi comunicado ao município de Catalão que não lhes seriam mais enviadas AIHs, a não ser nos casos de emergência comprovada em que não haveria como negar a AIH. Brasília está superlotada, mas resolve, o que, por consenso dos médicos e da Secretária de Saúde, faz com que se prefira mandar para lá.

10 - Há alguma interação com Paracatu com o envio ou recebimento de pacientes, ou qualquer iniciativa relacionada à saúde?

Cristalina estava com o serviço de assistência à saúde bastante debilitado, desorganizado, havendo a partir deste ano uma iniciativa maior no sentido de melhorar sua estruturação, com médicos, um anestesista, um cirurgião todos os dias, para uma melhor resolatividade. O que se recebe aqui é mínimo, não serve como referência para análise. Até agora não havia uma conscientização da população da existência aqui de uma infra-estrutura mínima capaz de resolver uma grande parte dos problemas de saúde. A saída é grande mas a entrada é pouco considerável e não serve de referencial.

Paracatu também envia certos casos para Brasília. E a procura de lá por Cristalina acontece eventualmente quando do envio de um paciente que está muito debilitado e que exige uma parada neste hospital para depois então seguir, tendo em vista a existência aqui de anestesista e outros profissionais da saúde que poderão promover uma reabilitação do paciente para que ele possa prosseguir para Brasília.

11 - Há crença em uma provável mudança daqui para frente se for mudada a orientação no sentido de se tornar menos curativa do que profilática?

A tendência natural do processo é esse. Não adianta achar que o hospital vai resolver tudo, por mais bem equipado que seja. Sabe-se que o que é efetivo em um hospital em cinco anos, em saúde pública isso acontece em 10 ou 15 anos, quando não é mais, ou seja, a longo prazo. Entretanto, essa reorientação vai acontecer como uma necessidade natural de se resolver o problema do município. Isto acontece porque, caso contrário, ele tende à falência. Se os administradores dos serviços municipais deixarem cair a qualidade de vida, o processo se torna tão irreversível que a própria população desacredita dele.

12 - Os estudos que afloram na área da saúde, especificamente de municipalização, têm mostrado que os setores competentes preocupam-se muito com a intersectorialidade como meio de se levar avante o processo de melhoria de qualidade de vida da população. Isto significa a conscientização de todos os

setores, de obra, de educação, de planejamento, etc. num envolvimento com um objetivo bem definido, que se resume na busca ou construção da melhoria da qualidade de vida da população. Assim, o trabalho preventivo começa a dar frutos. Isto porque a Secretaria de Obras, quando começa a trabalhar profundamente o aspecto do desenvolvimento de infra-estrutura de saneamento básico, começa também a promover a reversão das tendências de certos quadros de morbidade. A Secretaria de Educação passa a trabalhar com o aspecto da informação às famílias dentro da visão de educação para a saúde. O planejamento, quando é delegado a uma secretaria, passa a se preocupar com os problemas gerais do município, levando em consideração a questão de saneamento, assentamento humano, entre outros. Nesse conjunto vai-se aflorar a questão do desenvolvimento da qualidade de vida.

Pelo que se apercebe, em Cristalina ainda não se criou uma mentalidade voltada para esse princípio.

Sabe-se que o tema da Conferência Nacional da Saúde deste ano é em relação ao SUS e a qualidade de vida. Na reunião que aconteceu no mês passado com a Comissão Regional da Saúde, soube-se que nem a Regional propôs o encontro dos municípios e nem estes estavam dando qualquer importância a qualquer encontro, nem sabem que é necessário se reunir para discutir sobre a qualidade de vida.

A Regional é composta por 6 ou 8 municípios. É uma diretoria que serve como ponto de descentralização da Secretaria Estadual para discutir os problemas de uma região. É uma tentativa de territorialização ou regionalização, ou seja, a reunião de grupos de municípios com características geoeconômicas próprias, com problemas mais ou menos comuns e que, por serem similares, possibilitam maior facilidade de abordagem e solução.

Todavia, existe uma dissociação, uma falta de coordenação, e até falta de entendimento do que é ser uma Regional. Já pertenci a uma Regional de saúde, onde o diretor era tanto técnico quanto político, e tinha respaldo técnico e político dos municípios para trabalhar, para resolver problemas próprios da Regional. Aqui não há essa visão, esse entendimento, cada um cuida de si. Aqui não se procura trabalhar em consórcio. Por exemplo, o município de Cidade Ocidental tem hospital mas não consegue ter AIH. Tem um serviço básico muito pequeno, está perdendo tudo, tudo

está se evadindo de lá, nem por isso a Regional busca encontrar uma solução para o problema junto com os outros municípios e absorvê-lo sem deixar que isso afete Brasília. Já que o sistema de Brasília está tão congestionado, seria uma forma de reservá-la para situações mais graves.

13 - O que foi exposto acima não daria subsídios para o surgimento de consórcios?

Daria. A Regional, pela descentralização que ela teria e técnica administrativa, tem competência para formar consórcios. O consórcio possibilitaria que os municípios pudessem montar serviços para os quais não contam com tecnologia, mas que são de grande necessidade e utilidade. O município que tem uma infra-estrutura que já é antiga e melhor pode compartilhar, servir de apoio laboratorial para os demais, mas isto não está acontecendo. Tem-se a impressão de que o sistema no seu topo não tem interesse que o município conheça os seus direitos em relação ao SUS porque, desconhecendo, não haverá reclamações. O município aqui, até então, não sabia nem a que teto físico tinha direito, e o teto orçamentário conseqüentemente fica sob a responsabilidade do prefeito para negociação. Por exemplo, há necessidade de laboratório, serviço inexistente aqui, devido a existência de patologia clínica séria, como o câncer de colo de útero - a esterectomia aqui é comum e de alto índice de ocorrência -, há alta incidência de câncer de mama. Se a Regional conseguisse criar um laboratório, que poderia até provocar um certo despeito dos demais com relação àquele município que seria a sede, mas se aperceberia posteriormente o efeito do projeto em termos de resolutividade, atendendo a demanda da população, havendo um consenso no final. Entretanto, a Regional não toma partido, não apresenta a realidade para o município para que ele possa começar a abrir os olhos e ver por onde pode caminhar.

Assim, a idéia é a seguinte: diz-se algo e todos acreditam como lei, como se fosse verdadeira, e não se questiona. O que leva de volta aquela premissa de que "quanto menos conhecimento o município tem das possibilidades, melhor". As informações chegam distorcidas, incompletas. Houve grande dificuldade para se fazer o levantamento da realidade deste município por causa dessa cultura da desinformação ou da prática de não informar. A própria Regional não tem informação. O estado nega informação para a regional, não manda relatório, sínteses, etc.

14 - Como se consegue obter informações? Os dados são guardados em fichas em forma de arquivo ou há outro tipo de banco de dados?

Existe uma central - COCAV, Central de Controle e Avaliação - que tem uma iniciação em informatização. Para os ambulatórios se consegue recuperar informações. Mas no sistema hospitalar - SIH/SUS - é de extrema dificuldade o levantamento de informações, porque este sistema movimenta interesses tanto econômicos quanto políticos, os quais travam o acesso à informação pelo município sobre o que ele pode trabalhar. Eles têm informações subsidiárias por serem os únicos que consolidam informações. Estas informações deveriam ser compartilhadas com os municípios, porém não o são.

O sistema ambulatorial é mais fácil de trabalhar porque não movimenta grandes volumes financeiros, não existe a força do médico, a força da clínica, a força do hospital tal, do município tal que tem tantas mais AIHs e tantas mais referências.

15 - Quais são os municípios que compõem a Regional local?

Os municípios da regional são Cidade Mimoso, Ocidental, Luziânia, Cristalina, Padre Bernardo. Parece que são seis no total, foge-me à memória o nome do sexto município.

16 - É conhecido ou existe tentativa de busca de assessoramento nessa área, tanto da área privada quanto pública?

Durante o exercício de minhas funções em Regional, prestava serviços de assessoria, mas como instituição pública. Do meu ponto de vista, a assessoria privada é maléfica por não desenvolver o comprometimento de buscar a formação de recursos humanos, tornando a instituição dependente eternamente de seus serviços, formando um clientelismo desvirtuado, embora as ações se tornem muito mais resolutivas, por serem mais racionais e técnicas, e os resultados conseqüentemente mais vantajosos.

ANEXO 11 - Entrevista com o Prefeito de Cristalina

Entrevista concedida pelo o prefeito Gildomar de Cristalina, Goiás, em 8 de maio de 1996.

1. Como é a política de saúde do município?

Quando assumi o governo, a política que eu trouxe foi de implantar um sistema inglês de saúde. Você sabe que na Inglaterra quase não existe doença. Lá eles praticam a medicina preventiva ao invés da medicina curativa. Assim, eu queria implantar esse modelo, porque se a gente ensinar a pessoa a evitar a doença o número de pessoas que procura o hospital vai diminuir.

Com essa visão, a principal meta da administração foi fazer com que a municipalização fosse assumida como base sobre a qual a saúde poderia se consolidar. Ao início do mandato, houve uma reunião onde compareceram prefeitos de 12 municípios para se decidir sobre a implantação da municipalização. Não chegamos ao ideal, mas já demos uma boa caminhada.

2. A municipalização está acontecendo?

Nós prosseguimos com a municipalização, envidando todos os esforços nesse sentido. Mas a verdade é que não depende só do município. Tudo se complica muito no nível burocrático, tanto no governo estadual quanto no federal, quando se tenta conseguir implantar certos passos da municipalização, principalmente quando envolve o repasse de recursos. Assim, começa a acontecer a municipalização dos serviços mas não a dos recursos. Isso leva a um estrangulamento do processo.

3. Como é o planejamento da saúde?

O nosso plano, como já mencionei, propunha o início e implementação da municipalização e melhoria da assistência à saúde. Dentro desse aspecto, procurei providenciar recursos humanos contratando bons médicos - os médicos que temos são melhores do que muitos médicos de Brasília -, contratamos também outros profissionais.

4. Quais as prioridades do município?

A nossa prioridade é a educação. Mesmo porque a educação é que vai ajudar a melhorar a qualidade de vida das pessoas. Até nossa chegada, a educação se fazia no mesmo sistema antigo de

sala única, onde havia alunos da primeira à quarta série e os professores eram pessoas semi-alfabetizadas. Como pode um professor que estudou até a terceira série dar aula para alunos de primeira à quarta? Não é possível. Assim, criamos a escola móvel, sistema em que são reunidos os alunos de vários pontos em uma mesma escola, com transporte escolar disponível. Isso propicia evitar a existência de pequenas escolas de sala única para uns 20 anos onde há as 4 primeiras séries e um professor despreparado. Isso possibilitou a existência de um número menor de professores, porém bem treinados, para um maior número de alunos.

5. Quais os maiores problemas?

Recursos financeiros. Sem dinheiro não é possível fazer o que se quer fazer. Mas com relação à saúde, apesar das dificuldades de receber os recursos do governo, a prefeitura vem tentando sempre um forma de contornar a situação. Atualmente, por exemplo, existe o projeto do balneário "Praia das Lajes", cujos recursos obtidos são revertidos exclusivamente para a saúde. Os recursos que foram obtidos até propiciaram a compra de alguns equipamentos necessários no hospital, bem como o início das obras para sua ampliação.

Temos também um problema na cidade que é a ampliação da rede de esgoto, para melhorar o sistema de saneamento básico, tendo em vista que o desenvolvimento da saúde depende em grande parte de uma boa infra-estrutura de saneamento. Nesse aspecto, estamos procurando uma parceria com a Universidade de Brasília para nos ajudar no mapeamento e elaboração do projeto de ampliação da rede de esgoto sanitário.

6. Municipalização é a solução, é positiva?

A municipalização é o caminho, mas digo também que a saúde deveria ser privatizada. Eu digo isso porque, além de político eu sempre fui empresário e acho que a iniciativa privada tem mais facilidade para promover a saúde.

7. Como o senhor vê o Conselho Municipal de Saúde?

Acho o CMS muito útil e representativo. Ele tinha que existir. Penso, porém, que deveria fazer muito mais. Deveria discutir com mais seriedade, apresentar sugestões concretas e soluções viáveis para os problemas da saúde.

8. Quais as maiores dificuldades com o serviço de saúde?

O maior problema aqui é falta de equipamentos médicos. Não há recursos para adquirir os equipamentos. Isso dificulta a solução de casos graves aqui. Houve casos de vidas que não foram salvas por falta do equipamento necessário. Já tivemos que levar algum paciente para Brasília que morreu quando estava chegando lá. Se tivéssemos os recursos técnicos necessários aqui, nós o teríamos salvo.

9. Há êxodo da área rural para a área urbana?

Há. Mas está sendo revertido. A melhoria das escolas no meio rural tem desestimulado a vinda para a cidade e até já existe casos de retorno de famílias para o campo.

10. Há uma experiência da prefeitura de Balsas, no Maranhão, com um projeto de reversão do êxodo através do desenvolvimento de comunidades rurais com infra-estrutura mínima do tipo agrovilas, com posto de saúde, escolas, assistência técnica agrícola. A prefeitura de Cristalina tem algum projeto nesse sentido?

Nós queremos implantar aqui o que o governo do Paraná já implantou, que é um projeto semelhante a esse de Balsas. O governo do Paraná faria uma parceria conosco, em que nós fornecemos a terra e ele fornece os recursos técnicos para desenvolvermos a instalação de agrovilas.

Eu sou um grande admirador disso aí. Eu estive com o governador do Paraná, Jaime Lerner, e fui inclusive à primeira inauguração da agrovila.

Há possibilidade de nós fazermos um convênio com o governo do Paraná. Ele entrará com a infra-estrutura e o município com os terrenos. Estamos buscando uma viabilidade para as agrovilas. Essa para mim é a primeira solução para se acabar com o êxodo rural e ensinar a trabalhar

no campo tanto as pessoas que já têm suas terras como as que não têm, porque às vezes tem-se um pedaço de terra mas não se sabe trabalhar no campo.

As agrovilas, que foram iniciadas pelo Jaime Lerner (governador do Paraná), que eu presenciei participando da primeira inauguração, são o seguinte: coloca-se em prática a saúde preventiva e a educação - desde o momento em que a mulher está no período de gestação, educando a mãe, e, conseqüentemente, o filho.

Estou esperando a disposição do governador Jaime Lerner em fazer esse convênio com o Município de Cristalina para instalarmos as agrovilas aqui. No início, prevemos a construção de 150 unidades.

Enviei um ofício ao Presidente da República sugerindo a ele a iniciativa que governador do Paraná está pondo em prática, e está dando certo, para que ele coloque isto também em prática. Gostaria que ele o fizesse como está fazendo com relação à prática do governador Cristóvam Buarque, de dar um salário mínimo à família carente que mantenha os filhos na escola, e que, no caso do Governo Federal, será de R\$ 50,00.

O Governo Federal está no caminho certo ao admitir a colocação em prática de iniciativas que estão dando certo. Ele deveria fazer assim também com relação ao Projeto Singapura do Governador Paulo Maluf e outros. Para mim, as agrovilas são o método mais eficaz e efetivo para se fazer a reforma agrária.

Por exemplo, eu arrumaria aqui 5 mil hectares de terra para fazermos agrovilas. Pode-se dar apenas um hectare a cada família, que é suficiente para produzir para consumo próprio e para venda, havendo tecnologia.

ANEXO 12 - Entrevista na Secretaria Municipal de Abadiânia

Entrevista em 18/07/96

Nome do Município: Abadiânia

Nome do Secretário de Saúde: Miríades Moreira

Grau de instrução: Superior de Teologia e Pós-Graduação em Saúde Pública

Partido: PMDB

População da cidade: aproximadamente 9 mil habitantes.

População do município: aproximadamente 12 mil habitantes.

O município se compõe de 22 distritos.

1 - Poderia falar sobre a competência da Secretaria Municipal de Saúde?

A competência da SMS é planejar, administrar e executar os serviços de saúde. Com a municipalização, a parte financeira fica toda a cargo da prefeitura.

2 - Existe um processo de planejamento das atividades da SMS?

Sim.

3 - Como é feito o planejamento?

O planejamento é feito anualmente.

4 - Como se insere a SMS no contexto do planejamento da prefeitura?

São distintas as duas situações. Nenhuma orientação oriunda do planejamento geral da prefeitura é passada para a Secretaria de Saúde.

5 - Há no município um plano diretor, apenas, ou existe um planejamento estratégico?

Não. Não existe planejamento estratégico aqui. Há o plano diretor apenas.

6 - O município conta com o auxílio de empresa de consultoria na área de planejamento de suas atividades?

Não.

7 - Quais as maiores dificuldades do município?

Este é um dos municípios mais pobres da região. Aqui praticamente não há empregos na área privada. Não tem indústrias e o comércio é insignificante. Por esse motivo, quase a totalidade das pessoas com empregos é da população masculina, pelo fato de que os empregos são em Goiânia, Anápolis ou Brasília, o que dificulta o deslocamento da população feminina. Assim, as mulheres ficam na cidade e as que têm emprego geralmente estão na área da educação, prefeitura ou saúde.

8 - Quais os maiores problemas do município?

O maior problema é a pobreza. O segundo maior é a urbanização: há um problema sério com relação ao que fazer com o lixo da cidade; há também problemas com o saneamento básico.

Há um outro problema que se deve levar em conta, que é a população flutuante. Hoje essa população já se aproxima de 50% da população do município. A principal causa do surgimento dessa população flutuante é a existência de um curandeiro na cidade que influencia a vinda de pessoas até de outros estados. Muitos vêm à procura de cura e acabam ficando por aqui. Pela própria característica desse tipo de população, ela se torna indesejável na cidade, pois não agrega nada que possa contribuir de positivo para o local e, pelo contrário, vai compartilhar os mesmos serviços públicos que são oferecidos à população permanente.

9 - Quais as maiores dificuldades da SMS?

A maior dificuldade é a falta de recursos financeiros. Há também a falta de remédio, pois o que vem da CEME não chega em quantidade suficiente. Se não houvesse falta de recursos financeiros, nós mesmos faríamos a compra.

Não temos problemas de recursos humanos, pois o pessoal de nível superior vem de Anápolis ou Goiânia, muito próximas, mesmo por que são oferecidas certas vantagens como combustível para o deslocamento, por exemplo.

10 - Como está o processo de municipalização da saúde?

Já estamos municipalizados.

11 - Já foi formado o Conselho Municipal de Saúde?

Sim. Foi um dos primeiros requisitos exigidos para o início do processo.

12 - A atuação do CMS tem sido positiva, colaboradora ou constitui-se, na realidade, em obstáculo?

O CMS aqui é um obstáculo. Isso se dá pela dificuldade que os membros alegam para se fazerem presentes nas reuniões, principalmente pelas distâncias onde moram, sendo que a SMS não pode fornecer transporte para o deslocamento deles para a reunião. Não há, entretanto, atraso de tomada de decisões sobre assuntos que dependam da deliberação do conselho devido a esses problemas.

13 - Se há obstáculos por parte do CMS, poderia especificar?

O obstáculo constitui-se no fato de que o CMS poderia contribuir muito mais, se fosse mais participativo, não tivesse as dificuldades que tem.

14 - Há outros obstáculos à municipalização da saúde de forma geral ou particular?

Os colegas secretários de outros municípios alegam dificuldades com os políticos. Aqui, particularmente, não temos. Iniciamos o processo, contando com total apoio do prefeito. No que diz respeito à Câmara Municipal, não há nenhuma interferência ou colocação de entraves aos trabalhos municipalizados da SMS por parte dos vereadores.

15 - Como é feita a assistência à saúde na área rural?

Dos 22 distritos existentes no município, 10 contam com um posto de saúde e todos os distritos contam com a atuação do Agente Comunitário da Saúde. Um médico visita os postos de saúde uma vez por semana.

Há dez anos, foi criado o trabalho de agentes de saúde pelo estado. Posteriormente, através de concurso, esses agentes foram contratados pela prefeitura e tornaram-se permanentes. Hoje temos esses agentes contratados e os agentes comunitários do PACS. São 13 agentes da prefeitura, 17 do PACS e 2 agentes da dengue

Tem-se observado que a mortalidade infantil nos últimos três anos tem diminuído, tendo em vista que as pessoas vão-se tornando mais conscientes da necessidade de prevenção de doenças. Poderia atribuir essa melhoria à municipalização, pois quando se centraliza no município a responsabilidade pelos serviços de saúde fica mais fácil o levantamento das causas dos problemas de saúde.

Há cinco anos, uma das maiores causas de mortalidade infantil era a falta do trabalho de pré-natal, não tomando os cuidados e as vacinas necessárias. Hoje, toda mulher procura os postos de saúde para fazer o pré-natal e o programa funciona muito bem.

Uma outra grande causa de mortalidade aqui foi a diarreia. Hoje tudo mudou. Há um maior esclarecimento da população através dos nossos programas de agentes e mesmo a própria televisão tem contribuído para isso.

16 - A cidade tem hospital?

O hospital está pronto. Estamos à espera da ação do governo para que ele entre em funcionamento.

17 - Os casos de enfermidades graves são encaminhados para onde?

Nosso ponto de referência aqui é Anápolis. Todos os encaminhamentos são para aquela cidade.

18 - Há alguma interação com Goiânia, Anápolis ou Brasília, com relação ao envio ou recebimento de pacientes, ou qualquer iniciativa relacionada à saúde?

Como disse, nosso ponto de referência é Anápolis e todos os casos são enviados para os hospitais de lá.

19 - Há crença em uma provável mudança daqui para frente se for mudada a orientação no sentido de se tornar menos curativa do que profilática?

Nós procuramos na medida do possível melhorar cada vez mais o trabalho preventivo. Todos os programas nessa área funcionam muito bem, como a hanseníase, tuberculose e outros. Procuramos fazer debates, palestras, informar a população através dos agentes. Não fazemos mais por escassez de recursos financeiros.

20 - Os estudos que afloram na área da saúde, especificamente de municipalização, têm mostrado que os setores competentes preocupam-se muito com a intersectorialidade como meio de se levar avante o processo de melhoria de qualidade de vida da população. Isto significa a conscientização de todos os setores, de obra, de educação, de planejamento, etc., envolvidos com um objetivo bem definido, que se resume na busca ou construção da melhoria da qualidade de vida da população. Assim, o trabalho preventivo começa a dar frutos. Porque a Secretaria de Obras, quando começa a trabalhar profundamente o aspecto do desenvolvimento de infra-estrutura de saneamento básico, começa a promover a reversão das tendências de certos quadros de morbidade. A Secretaria de Educação passa a trabalhar com o aspecto da informação às famílias dentro da visão de educação para a saúde. O planejamento, quando é delegado a uma secretaria, passa a se preocupar com os problemas gerais do município, levando em consideração a questão de saneamento, assentamento humano, entre outros. Nesse conjunto, a questão do desenvolvimento da qualidade de vida aflorar.

Já se criou uma mentalidade voltada para esse princípio?

Não é visível essa integração. A maior integração acontece entre a Secretaria Municipal Saúde e a Secretaria de Educação. Mesmo porque ambas são muito afins, no contexto da educação para a saúde.

21 - Há experiências de algumas cidades de outros estados com a criação de consórcios, ou seja, uma integração de recursos. Para exemplificar, eu diria que se esta cidade tem ultra-sonografia e a outra não tem mas tem todo equipamento de eletrografia, faz-se uma troca de pacientes. Há aqui alguma iniciativa nesse sentido, acha inviável ou desconhece?

Conheço o processo, acho viável, mas não temos condições de participar. Nosso hospital ainda não está em funcionamento.

22 - Com relação aos direitos e deveres do município com o SUS, alguns secretários alegam dificuldades para conseguir informações. Verifica-se isto aqui?

Não há por aqui nenhuma dificuldade nesse aspecto. O meu caso é singular por ser uma secretária de saúde que não é profissional médico. Assim, dedico-me em tempo integral ao serviço de competência exclusiva da SMS. Esse aspecto facilitou o processo da municipalização, podendo-se levantar todos os detalhes de informação que eram solicitados. No caso de secretário de saúde profissional médico, há prejuízo da função devido ao pouco tempo que pode dedicar ao cargo, visto que procura cobrir o máximo de atendimento ambulatorial.

23 - Quais são os municípios que compõem a Regional local?

Os municípios que compõem a chamada terceira Regional são Abadiânia, Alexânia, Pirenópolis, Corumbá, Jaraguá, Ceres, São Francisco, Petrolina, Cocalzinho e Goianápolis.

24 - Como funciona uma Regional?

As Regionais procuram acolher os problemas enfrentados pelas Secretarias Municipais Saúde, faz o acompanhamento de todos os programas preventivos através de relatórios, faz o repasse dos medicamentos provenientes da CEME.

25 - O que se faz com medicamentos em excesso que podem perder a validade?

Nós repassamos todos para a Santa Casa, que é para onde encaminhamos nossos pacientes. Quando a Santa Casa não tem necessidade, repassamos para o sanatório. Anteriormente, devido à burocracia exagerada e o excesso de responsáveis, havia um acúmulo muito grande de medicamentos que foram destruídos.

26 - Qual a maior causa de mortes no município?

Acidentes é a maior causa de mortalidade geral no município. A segunda maior causa é complicação respiratória, seguida de doenças cardiovasculares, de maior incidência na terceira idade.

27 - Há problema de continuidade com mudança de governo?

O SMS trabalha até o final de um governo, quando então já tem todo o processo bem montado. Vindo o novo governo, troca-se o secretário de saúde e este, por sua vez, muda todo o processo e orientação.

ANEXO 13 - Entrevista na Secretaria Municipal de Alexânia

Entrevista em 18/07/96

Município de Alexânia - Goiás

Nome do Secretário de Saúde: Janaína dos Santos Abreu

Grau de Instrução: segundo grau completo

Partido: PSDB

População urbana: Não sabe precisar. Os dados existentes são de 1992.

1. Qual a competência da Secretaria Municipal de Saúde?

A Secretaria Municipal de Saúde tem a competência para gerir a saúde, mas com total dependência do prefeito. Todas as idéias e projetos gerados só são executados após a aprovação do prefeito.

2. Há planejamento específico?

Sim.

3. Como é feito?

Geralmente os Secretaria Municipal de Saúde tem suas idéias baseadas nas necessidades da comunidade, ou seja, aquilo que o povo quer, fazendo o planejamento e submetendo-o ao prefeito; ou procura reunir aquelas pessoas mais influentes e interessadas na área da saúde para então elaborar um projeto e submetê-lo ao prefeito.

4. Como se insere a Secretaria Municipal de Saúde no contexto do planejamento da prefeitura?

A Secretaria Municipal de Saúde foi criada recentemente. Havia um antigo posto de saúde. Agora foi criado um hospital para funcionar como tal. A prefeitura estabeleceu certas regras. Mas não é possível cumprir essas regras porque o hospital não está ainda funcionando como deveria (o hospital encontra-se funcionando como posto de saúde), pelo fato de que Goiânia ainda não liberou a verba para esse fim.

5. A prefeitura tem um plano diretor ou um processo de planejamento, planejamento estratégico? Há uma secretaria de planejamento?

Existe uma Secretaria de Planejamento, mas não interfere nos assuntos da saúde.

Os trabalhos da Secretaria Municipal de Saúde são feitos da seguinte forma: como a comunidade não pode vir até nós, nós vamos até a comunidade. Aqui há muita zona urbana. Uma vez por semana a gente leva o médico a uma determinada zona urbana.

Com relação a dentista, hoje só se faz extrações, mas temos como meta a criação do trabalho preventivo futuramente.

Temos os agentes de saúde. Cada um, na sua área, visita as famílias, levanta dados sobre as condições sanitárias e, havendo famílias muito carentes, trazem-nos as informações para possíveis providências.

Assim, nós vamos à comunidade. Estamos sempre trabalhando no sentido de ampliar esse nosso objetivo de estar mais próximos possível da comunidade. Conseqüentemente, nossas atividades são planejadas dentro desta perspectiva, tanto no aspecto da saúde curativa quanto da preventiva.

6. A prefeitura conta com assessoria privada?

Não conta com uma assessoria permanente. Recentemente, a Consultoria Júnior da UnB fez um trabalho de consultoria aqui. Fizeram toda a identificação das carências e recursos, as dificuldades e positivities. Agora vão entregar o projeto sobre o qual vamos começar a trabalhar.

7. Quais as maiores dificuldades do município, de forma geral, não só da saúde?

As maiores dificuldades do município são financeiras. Aqui é um município do Estado de Goiás. Entretanto, quem mais repassa verba para ele é Brasília. Como Brasília repassa sempre e Goiânia não faz sua contrapartida, então Brasília interrompe sua participação.

Assim, nossa maior dificuldade é financeira. Por exemplo, a prefeitura compra os medicamentos que a CEME não manda para o hospital (que está funcionando no nível ambulatorial). Muitos remédios controlados, caros, para idosos - faixa etária esta em que os problemas circulatórios (pressão alta) e cardíacos são mais frequentes - são insuficientes e são complementados pela prefeitura.

Tínhamos a EMATER aqui. Brasília é que a financiava. Como Goiânia não deu a contrapartida, Brasília fechou-a. Assim, os carros estão funcionando com desembolso financeiro da prefeitura.

8 - Quais os maiores problemas do município?

A maior dificuldade é a desorganização do sistema. A regional, por exemplo, inventa todos os meses uma papelada gigantesca. Quando reclamamos de que a papelada está complicando, eles inventam outros papéis, e isso dificulta cada vez mais.

A burocracia é gigantesca. A gente tem que fazer um sem-número de relatórios e, mesmo assim, não nos repassam o que deveriam. Neste mês, enviamos os relatórios de maio e junho, relativos ao programa da mulher para que nos fossem enviados anticoncepcionais e camisinhas, mas até agora não nos repassaram. Esse tipo de produto é muito caro, o consumo é grande e constante, e não podemos arcar com essa despesa.

Vieram duas pessoas da regional para entrevistar a Secretária de Saúde e disseram que os medicamentos de que precisamos estão disponíveis. É estabelecido um volume médio de medicamentos por período para nos ser repassado, entretanto não o fazem.

Tudo é muito difícil. Assim, temos que contar com o apoio da comunidade para conseguir fazer alguma coisa.

Embora contemos com a comunidade, há uma margem mínima de recursos necessários. Por exemplo, o SUS repassou ultimamente quatrocentos reais por mês, o que não é suficiente nem para pagar os agentes de saúde.

9. Como está o processo de municipalização da saúde?

Não foi iniciado o processo de municipalização e não há nem perspectiva de fazê-lo. Futuramente, após a entrada em funcionamento do hospital, vamos estudar a viabilidade de se iniciar o processo.

10. Como é feita a assistência à saúde na área rural?

Nós temos o PACS (programa de agentes comunitários de saúde) em funcionamento, contando com 14 agentes. Periodicamente, levamos à zona rural um médico e um dentista.

Os moradores da zona rural têm prioridade de atendimento no hospital, tendo em vista que normalmente moram longe e não conseguem marcar a consulta na hora que chegam. Assim, reservamos 4 consultas pela manhã e 4 à tarde para os pacientes da zona rural. Sempre que o número ultrapassa o previsto, procuramos providenciar uma forma de atender pelo menos os casos mais urgentes.

11. Quantos distritos ou povoados existem no município além de sua área urbana?

O município possui 10 distritos. Todos os distritos são assistidos pelos agentes de saúde, mas nem todos são visitados pelo médico e dentista, visto que alguns são muito próximos entre si, podendo o médico receber num mesmo local pacientes de mais de um distrito.

12. Qual a capacidade do hospital?

Atendemos em média 60 pacientes por dia, e sempre que há casos mais graves ainda conseguimos encaixá-los.

Nosso hospital tem tudo que um bom hospital deveria ter. Temos centro cirúrgico, aparelho de raio X e todos os equipamentos necessários dentro de nossa capacidade. Estamos preparados para realizar até cirurgias que exijam abertura do tórax ou do abdômen.

Só nos falta a autorização de Goiânia e o envio de verbas para colocar o hospital em funcionamento.

13. Quais as providências para casos graves? São encaminhados para onde?

Há aqui um hospital particular conveniado do SUS. Esse hospital, para cada mil pacientes atendidos, recebe pagamento do equivalente a cem. Entretanto, não deixa de atender.

Os encaminhamentos para Brasília só acontecem quando não se consegue tratar aqui, porque o hospital não tem uma infra-estrutura que possibilite o atendimento da totalidade dos casos. Atendem aproximadamente 70 por cento, os demais são encaminhados para Brasília ou Anápolis, de acordo com o paciente.

O ponto de referência de Alexânia é Brasília, mais especificamente o Gama.

14. Hoje crê-se que seja mais resolutive a orientação profilática do que a curativa do serviço de saúde. Qual é a orientação da SMS?

É muito mais fácil prevenir do que curar. Se você educa, você está prevenindo; se você prevenir, torna-se menos oneroso para o serviço de assistência à saúde.

Com o trabalho preventivo que executamos aqui, conseguimos uma redução de atendimento no hospital para cerca de 60 por cento.

15. Argumenta-se que a reorientação dos trabalhos da saúde baseia-se em não esperar que o indivíduo fique doente e venha se curar. Antes que isso aconteça, vai-se a ele e o ensina a não ficar

doente. Isso desmonta a orientação da formação de estrutura curativa centrada no hospital e tende-se a reduzir os custos de pessoal, equipamentos, etc.

Todo o trabalho que estamos fazendo centra-se nessa visão, em que os agentes, médicos e educadores procuram mostrar, ensinar ao cidadão a se prevenir contra doenças. Temos conseguido, como disse, bons resultados.

16. Argumenta-se, outrossim, que alcança-se eficiência e eficácia na saúde quando há uma intersetorialidade na busca de melhoria da qualidade de vida. Como objetivo maior, a intersetorialidade acontece aqui?

Sim, acontece. Entretanto, com relação ao saneamento básico, há grandes dificuldades para se implementar iniciativas que estejam diretamente ligadas à saúde, como a resistência da própria comunidade que não aceita, por exemplo, a quebra do asfalto para colocação de rede de esgoto, alegando que o asfalto não será refeito. Há então, além das dificuldades de alocação de recursos financeiros, a dificuldade de se quebrar as resistências.

17. As resistências acima referidas existem na área política, tendo a câmara como oposição à atuação da prefeitura?

Existe grande resistência. Muitos projetos elaborados pela SMS e coordenados com o prefeito, projetos com grande possibilidade de alcançar bons resultados, ao serem encaminhados para a câmara não são aprovados. Pelo fato da Secretária de Saúde ser nora do prefeito, deixam transparecer antipatia do tipo "contra os protegidos". Assim, projetos que resultariam em solução de grandes problemas não podem ser executados, o que irá refletir sobre eles próprios, tendo em vista que alguns vereadores se candidatarão a prefeito e o projeto os beneficiaria. Os melhores projetos que foram encaminhados à câmara foram rejeitados sem nenhuma justificativa. A justificativa dada é a de que não agradam ao povo, embora este não seja consultado sobre se realmente não lhes agrada.

18. Com relação à formação de consórcio de integração, há essa visão?

Mesmo que houvesse, os municípios são muito egoístas para aceitar uma integração. Dentro da própria regional, que prega a idéia de promover a cooperação e coordenação entre os membros para compartilhar recursos, iniciativas e experiências, não há integração. Se a sugestão de uma iniciativa não vem do seu município, não lhe interessa e, portanto, não se lhe dá o apoio.

Há aqui um problema sério que é o fato da população não acreditar muito na resolutividade do trabalho dos médicos locais. Assim, eles pedem encaminhamento. Quando não lhes é dado o encaminhamento, eles vão, mesmo assim, para outra cidade fazer o tratamento. As Secretarias Municipais de Saúde dessas cidades se recusam a atender sem que lhes sejam fornecidas cotas de nossa parte, brigando por dinheiro, ao invés de trazer benefício para o povo.

Se a reação a atendimento fora da circunscrição do paciente é tal, a reação a idéias inovadoras e desafiadoras é muito mais forte e negativa.

Há um sentido de competição pelo fato de que todos os municípios têm poucos recursos financeiros e um não pode se projetar mais que o outro. Assim, quando um tem experiências ou idéias inovadoras não tem interesse em compartilhar com outros.

19. Alguns secretários alegam que as prefeituras não são bem informadas sobre os direitos de repasse com relação ao SUS. É o mesmo caso aqui?

Aqui não acontece isso porque nós procuramos saber quais os nossos direitos e vamos em busca deles. A Secretaria de Saúde conta com uma enfermeira que conhece profundamente o sistema e nos ajuda a obter todas as informações.

Entretanto, há dificuldades com relação à forma como certas informações são passadas, mesmo quando dizem respeito apenas a processos burocráticos. Fornecem informações sobre certos procedimentos e posteriormente, quando já se fez o processo, dão instruções diferentes. Isso acontece com a preparação das AIHs. Inclusive, isso já nos colocou em situação constrangedora com a presença de auditores que informaram ser errado o procedimento ditado pelo sistema. Mesmo após ser instruídos pelos auditores, fomos informados de que o procedimento estava errado. Por aí se vê

que o sistema é deficiente em comunicação e que se não formos em busca das informações corretas podemos ser realmente prejudicados.

Há informações contraditórias dentro da própria instituição. Sabemos que temos direitos e quais são, mas se não lutarmos por eles podemos ser prejudicados.

20. Há algo a acrescentar?

Nós estamos com um projeto atualmente para conseguir um pediatra, pois nos dois hospitais existentes aqui só há clínicos, e nós precisamos de pessoal especializado.

Nesse projeto inclui-se a implantação de um trabalho preventivo de odontopediatria. Logicamente o trabalho curativo não será abandonado mas a prioridade será o preventivo. Sabe-se que a prevenção pode começar desde o ventre, desde a gestação, através de um trabalho de educação alimentar que vai influenciar a formação da estrutura dentária da criança.

Temos muito trabalho para adultos, como o programa da mulher, e para os idosos, sendo que a maioria dos medicamentos da CEME e da prefeitura são para problemas de saúde da terceira idade. Agora queremos implantar um trabalho voltado para a criança, atenção à criança do ventre até os 10 anos de idade. Por exemplo, criança não tem tido prioridade - só se dá prioridade a ela se estiver em estado grave. Existe o chamado programa da criança que queremos trazer, embora estejamos encontrando muita dificuldade com o SUS.

Outro projeto nosso é a assistência à gestante. Todas as quintas-feiras são reservadas para a gestante sem se estabelecer horário marcado, podendo ser atendida em qualquer momento. Vamos implantar esse trabalho, apesar de que sejam raros os casos de partos feitos aqui, a maioria das mães vão para Brasília ou para Anápolis. Esse projeto compreende várias etapas: o incentivo ao aleitamento materno, trabalho educativo, palestras, trabalho preventivo através de higiene e alimentação apropriada, etc. Pretendemos também ampliar o PACS, que será colaborador nesse aspecto.

21. Com relação à educação para a saúde, o que se tem feito?

Além dos agentes de saúde, não há ninguém especificamente. Há pouco tempo trouxemos uma pessoa para fazer um curso pró-AIDS. Fizemos divulgação ampla e apenas 8 pessoas compareceram. As escolas não liberavam os professores. Quase nenhum representante da comunidade esteve presente. Há coisas muito sérias para se aprender com relação à AIDS - por exemplo, as gestantes não sabem que podem transmitir o vírus através do aleitamento.

22. Há população flutuante aqui?

Não há muitos atrativos turísticos aqui em Alexânia, entretanto constata-se a presença constante de muita gente de Brasília. Há aqui algumas boates, a chamada "feira do troca" de Olhos d'Água, há algumas poucas festas religiosas. Geralmente acontecem aqui muitos problemas de ordem policial, mas não são provocados pela população local e sim por pessoas de fora.

23. Quais as principais causas de mortalidade do município?

Em primeiro lugar estão as doenças da terceira idade. O segundo lugar são os acidentes, devido às "sete curvas" da estrada de Brasília. É difícil, entretanto, precisar as mortes como os nascimentos, tendo em vista que a maioria vai nascer ou morrer em Brasília ou Anápolis. Assim, os que morrem aqui são na sua maioria a população da terceira idade.

Há uma curiosidade com relação ao senso de 1992, quando foi constado pelo IBGE que a natalidade e a mortalidade local era mínima, concluindo-se que há boa qualidade de vida em Alexânia, enquanto que há essas variáveis que estamos considerando que é o fato de se ir nascer ou morrer em Brasília ou Anápolis.

Entrevista com o Secretário de Saúde de Luziânia, Dr. José Teixeira Leite, médico, em 29 de agosto de 1996.

1. Qual a competência da Secretaria Municipal de Saúde, no aspecto gerencial?

Não é fácil, no aspecto gerencial, definir a competência da Secretaria Municipal de Saúde, tendo em vista ser uma área em que temos muito problema financeiro. Isso repercute no salário dos funcionários. Quando não se paga bem, e não se tendo um corpo de recursos humanos bem qualificado, o trabalho também diminui, cai. Portanto, deve-se conseguir melhoria não apenas em recursos materiais como também em humanos. Nós nos defrontamos muito na saúde com o problema financeiro. Todo mundo diz que a saúde está um caos (conseqüência da falta de recursos). E realmente não é fácil na (área da) saúde. Você vê o SUS - hoje um órgão público, um sistema público e filantrópico (instituição) depende muito financeiramente do SUS. Sabe-se que até hoje o SUS paga por uma consulta R\$ 2,04 (dois reais e quatro centavos). Assim, não é fácil encontrar médico para trabalhar por produtividade (o SIA/SUS - sistema ambulatorial). Logo deve-se ter, além do pessoal qualificado, amizade.

Temos o organograma. Em cada área eu descentralizei. Quando assumi a Secretaria, o secretário era centralizador; não apenas o anterior, mas os secretários de modo geral. O secretário era o chefe da junta médica; trabalhava com vigilância sanitária; cuidava de ações básicas. Eu descentralizei tudo. O secretário deve atuar como tal, não devendo se dedicar a algo como ser presidente de junta médica. Tenho conhecimento, por exemplo, de que, em municípios por onde passei, a junta médica está ligada à Secretaria de Administração e não à da saúde. Assim, eu contratei um diretor de ações básicas, que é um médico sanitarista, Dr. Carlos Alberto; temos na Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho, um médico do trabalho, um técnico do trabalho; foi contratada uma psicóloga para fazer os exames admissionais da prefeitura, porque estava ocorrendo muito problema de mudança de função, por não se ter condições de conhecer realmente a personalidade da pessoa.

No caso de admissão, para o qual foi contratada a psicóloga, cito, por exemplo, o caso de concurso para o cargo de vigilante. Apresentou-se um indivíduo que tinha disritmia cerebral. Por interesse dele, procurou ocultar a realidade no momento da seleção; em questionamento sobre se já tinha tido convulsão, respondia que não - só saberíamos se ele viesse a ter uma convulsão naquele exato momento; não se solicitava eletroencefalograma. Nesse aspecto, quando de minha posse na secretaria, percebi que os maiores problemas eram de mudança de função, sendo obrigado a remanejar o indivíduo para função em que não lidasse, por exemplo, com água, fogo, etc., pois ele fazia uso de remédio controlado, para que não colocasse, assim, em risco a si próprio ou a terceiros em caso de convulsão. Passei então essa atividade para a psicóloga.

Temos um setor de AIH sob a responsabilidade de um auditor. Há, também, a parte ambulatorial.

O que fiz, então, foi qualificar e descentralizar. O secretário de saúde recebe os problemas aqui mas, logicamente, depois de ter passado pelo setor de vigilância sanitária, do médico sanitário, médico veterinário. Logo, cada setor foi desmembrado. É, portanto, uma competência positiva em que para cada área existe uma pessoa qualificada como os coordenadores, os diretores, supervisionando cada uma.

2. Como se dá o planejamento na área da saúde?

Foi feito o que chamamos “plano de saúde”. Todo ano se faz um plano de saúde, ou seja, planeja-se o que se vai fazer naquele ano com a verba disponível destinada à saúde, embora o caso de Luziânia seja diferente porque o prefeito tem uma visão positiva com relação à saúde, ultrapassando os 10% que deve empregar.

Apesar de talvez não estar na seqüência da pergunta, gostaria de mencionar que há aqui o hospital regional que também foi municipalizado, tendo pertencido anteriormente à OVG - Organização dos Voluntários de Goiás - de Goiânia, do Estado de Goiás, da parte de assistência social.

Ao municipalizá-lo, fizemos um concurso, em dezembro, de faxineiro até médico - o que não é fácil. Qualquer hospital realiza concurso por categoria e em momentos diferentes, i.e., médico, enfermeiro, outros profissionais. Convidei um professor de faculdade de Goiânia para fazer as provas, sendo que 2.800 candidatos fizeram inscrição para todas as vagas.

Portanto, hoje o regional também é da prefeitura e tem uma folha de pagamento de aproximadamente 80 mil reais, fora medicamentos, alimentação, ambulância, gasolina, etc. Só para se recordar, foram construídos dez hospitais regionais na época do Henrique Santillo (ex-ministro da saúde), sendo que um deles foi construído em Luziânia e era mantido pelo Estado, tendo sido municipalizado por nós, além do CAIS (Centro de Atendimento Integral à Saúde) do Fumal e os postos de saúde.

A saúde em Luziânia é toda da prefeitura, independente de qualquer ajuda por parte do Estado. Aliás, ninguém assume Luziânia - esta cidade é órfã de pai e mãe -, pois, recorrendo-se ao Distrito Federal, dizem que é responsabilidade do Estado de Goiás; recorrendo-se a Goiás, dizem que é responsabilidade do Distrito Federal. O bom estado atual é devido a que a prefeitura fornece ajuda. Temos 25 ou 26 postos de saúde entre os da área rural e da área urbana.

3. Então, o hospital regional sobrevive com recursos apenas da prefeitura.

Sim, são recursos próprios da prefeitura. Existem procedimentos que são pagos pelo SIA/SUS - serviço ambulatorial -, e pelo SIH/SUS - serviço hospitalar -, os quais geram recursos de aproximadamente 30 a 40 mil reais. Entretanto, só a folha de pagamentos do hospital chega a 80 mil reais.

Encaminhamos um projeto de lei para a câmara, através do qual se estabelece a produtividade para os médicos como forma de estímulo. A produtividade se processa da seguinte forma: 30% pela assiduidade dos funcionários e 70% pela produtividade real. Assim, se ele não faltar nunca ao trabalho, receberá 100% do que produzir; se tiver três faltas no mês, só receberá 70% do que produziu. Portanto, as consultas, os partos, são todos dele, ou seja, a parte dos serviços profissionais; e a outra parte é da prefeitura. Passam então a ter produtividade. O que acontece com isso?

Estimula-se o médico a trabalhar mais, pois se trabalhar mais vai receber mais. Ele tem um rendimento fixo que deve girar em torno de R\$ 900,00 a R\$ 1.000,00 a que soma a produtividade. Não havendo produção, não irá passar desse mínimo, enquanto que, com a produtividade, pode subir a 2, 3 e até 4 mil reais.

4. É isso uma associação dos interesses particulares com os da organização, da prefeitura?.

Claro. O benefício é recíproco. O plano de produtividade o estimula a produzir mais para o órgão e para si próprio, pois ao invés de receber 900 reais ele recebe mais 2 ou 3 mil reais.

5. Há aqui um processo de planejamento?

O processo de planejamento se constitui pela definição dos objetivos e prioridades por parte da prefeitura. Essa definição vai orientar o planejamento autônomo de cada setor ou secretaria.

6. Há auxílio de consultoria na área de planejamento da prefeitura?

A procuradoria municipal é terceirizada.

7. Quais são as maiores dificuldades do município?

São várias. Luziânia é um local que não tem infra-estrutura, saneamento básico, tem esgoto. É uma cidade tipo dormitório. São mais cinco cidades agregadas a uma (Luziânia - seis em uma): Valparaíso, Novo Gama, Pedregal, Céu Azul, Lago Azul. Sabe-se que em Luziânia existem 400 mil habitantes, dos quais grande parte é flutuante - entra e sai -, com populações heterogêneas e doenças regionais. É, portanto, uma cidade problemática. Mesmo assim, nós não tivemos nem um caso de dengue - o que parece não ser verdade, porém é comprovado -, não tivemos também nenhum caso de raiva humana.

8. Quais os maiores problemas em relação à saúde?

Há um aspecto que deve ser considerado que é o fato de que a medicina, enquanto for apenas curativa, não funciona.

Os problemas são vários. A gente vive tentando resolver os problemas dos postos de saúde. Por exemplo, alguém vem dizer que é necessário um posto de saúde em Valparaíso; pelo contrário, precisa-se de pelo menos 8, ou um hospital, para uma população de aproximadamente 80 mil pessoas.

Luziânia (o conjunto das seis cidades) é uma cidade com nível econômico baixíssimo. Às vezes a pessoa aluga um lote aqui e deixa a família - mulher, filhos e agregados - e vai trabalhar em Brasília, pois não dá conta de pagar aluguel lá, e some, retornando só no sábado.

Conseqüentemente, apenas construir posto de saúde não resolve. Logo, a idéia é manter um serviço de profilaxia, através de palestras em escolas, distribuição de kits educativos, distribuição de escova e pasta de dente, palestra sobre como usar o fio dental. Nós conseguimos distribuir kits para 10 mil dos 49 mil alunos em Luziânia.

As dificuldades, então, são inerentes às peculiaridades da região. Tentamos melhorar comprando um trailer equipado para tratamento odontológico para atender as crianças nas creches, agora sendo estendido à escola de excepcionais.

Compramos um ônibus para montar uma unida móvel com consultório médico e odontológico para ver se supre um pouco as dificuldades que estão vivendo de acesso à assistência médica. Esse ônibus cobre a (área às margens da) BR-040 de segunda a quintas-feiras; na sexta-feira e no sábado ele cobre a zona rural onde não há posto de saúde nem energia elétrica, atendendo em casas, igrejas, etc.

Então, os problemas são vários: de verba, de condições de maior atendimento nos postos, de profissionais - recursos humanos -. Nós pagamos tributos pela proximidade de Brasília, i.e., nas cidades de Goiás o médico ganha quinhentos e poucos reais e recebe líquido quatrocentos e poucos, nos obrigando-nos a pagar mais para conseguir os profissionais de que se necessita.

Há um outro aspecto a ser considerado aqui, ou seja, Luziânia funciona como um centro de triagem em que o profissional faz uma especialização na prática, trabalhando em posto de saúde, etc. até sair um concurso em Brasília. Isto é aplicado para todos os níveis, desde o auxiliar administrativo, auxiliar de enfermagem até o dentista e o médico, porque Brasília oferece melhores salários.

9. Como está o processo de municipalização?

Graças a Deus, hoje Luziânia é um município de referência. Recebemos aqui gestores de outros municípios como Padre Bernardo, Formosa, Cidade Ocidental, com o propósito de conhecer nossa experiência.

Logo que iniciamos o processo, solicitamos de imediato a gestão semiplena por ser o caso de Luziânia bastante peculiar, diferente. A vigilância sanitária, por exemplo, sempre foi estadual mas criamos uma gratificação para eles, fornecemos (transporte) o carro, pagamos o uniforme, o que significa que todo o custeio era por nossa conta, levando, conseqüentemente, a uma maior facilidade para a municipalização formal, pois na prática o ônus já era de Luziânia.

Por que municipalizamos o hospital regional? Municipalizamos porque, sendo do Estado, este pagava para um diretor R\$ 200,00 a R\$ 300,00, e não o achávamos (era impossível encontrar um profissional remunerável por esses valores), tendo que ser suplementado pela prefeitura por mais de R\$ 1000,00 de gratificação; para o anestesista, que é um profissional muito difícil de se conseguir para trabalhar em hospital público, era necessário dar também uma gratificação; a alimentação, a prefeitura se obrigava a subsidiar; o material de limpeza era (integralmente) da prefeitura; a ambulância era da prefeitura. Os recursos que entravam eram pouco (insignificante) e nos levou a pedir, de imediato, a gestão semiplena.

Embora tenhamos pedido a semiplena, não concederam, categorizando-nos com a gestão parcial. Contudo, agora entramos com o pedido de semiplena, aquela em que a prefeitura não depende do Estado, vindo os recursos diretamente Fundo a Fundo, ou seja, diretamente para o Fundo Municipal de Saúde. Os recursos vêm diretamente do Ministério da Saúde para a conta da prefeitura, é gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde e Fundo Municipal de Saúde e é fiscalizado pelo

Conselho Municipal de Saúde. Deve-se já ter aberta a conta do FMS e também o CMS que vai atuar como órgão fiscalizador.

Feito o pedido de gestão semiplena, o processo foi para a Comissão Tripartite, tendo sido aprovado por unanimidade. Estiveram aqui, fizeram a fiscalização, auditoria, avaliação. O Ministério da Saúde já fez o cadastramento. (Fazendo um corte aqui, quero mencionar que) estamos atendendo este município todo há mais de dois anos com mais de 50% dos órgãos sem cadastramento e os que eram cadastrados o foram de forma errada - por exemplo, o Fumal tem 3 dentistas, raio X, laboratório que atende exames de vários postos, faz pequenas cirurgias, e é cadastrado apenas como habilitado para consultas médicas, isto é, para tudo que ele faz recebe R\$ 2,04, que gera um déficit. A SMS sofreu por ter assumido os dois CAICs, mas vendo setecentas crianças ou mais, coloquei lá um médico e um dentista; teve que assumir também o do Valparaíso. Vieram então, fizeram a fiscalização, o Ministério fez o cadastramento - o ônibus não era cadastrado, o trailer não era cadastrado; e a odontologia é cara, e o serviço nosso cobre todos os postos de saúde pelo trailer, e o ônibus faz restaurações, obturações, extrações, tudo; é um serviço caro para o qual não temos retorno, só tendo despesas, e que, se a prefeitura não assumisse, não teria como prosseguir.

Foi então aprovado. Estamos esperançosos pelo fato de que o Ministério esteve aqui para fazer o teto orçamentário para mandar para a Comissão Tripartite, composta de representantes das três esferas (municipal, estadual e federal) para ser ratificado. Está, portanto, faltando apenas este procedimento para realmente ser assumida a gestão semiplena. E então seremos o primeiro município do Estado de Goiás a receber esse nível de gestão, pois nem Goiânia teve a delegação desse nível.

Os níveis de municipalização e de gestão são três: a gestão incipiente, que é o nível mínimo de descentralização; a parcial, em que não se toma conta das AIHs e outros; e a semiplena, que dá maior autonomia. Com relação à autonomia sobre a questão das AIHs, é onde se situava todo o problema maior, pois Luziânia tinha uma população de duzentos e poucos mil habitantes. Veja-se que Aparecidinha, com população aproximadamente igual, hoje ultrapassa Luziânia, com mais de mil AIHs, enquanto Luziânia tem duzentos e poucas - as outras quase mil AIHs onde estão? A conclusão é de que este é o problema, não gostam de repassar as AIHs, ou seja, acaba as AIHs na mão deles, a

administração das AIHs sai da mão deles (Estado) e passa para a prefeitura, e por isso não gostam de conceder a gestão semiplena.

A Secretaria Municipal de Saúde assume tudo na semiplena. Vai ter um auditor, vai ter um fiscal. Suponhamos que uma AIH é solicitada para um portador de úlcera, o fiscal vai lá conferir e depois de 72 horas emite-se a AIH para ratificar aquele diagnóstico. Nesse procedimento é muito mais difícil acontecer a fraude, pois está sendo acompanhado pelo fiscal e pelo auditor. Assim, para administrar a municipalização é necessário descentralizar, pois o controle fica mais fácil, tendo em vista que a reclamação é feita diretamente ao gestor no município, sendo inviável ter-se que procurar o secretário de estado em Goiânia.

Assim, está comprovada, tendo como exemplo Curitiba, Niterói, Belo Horizonte, etc. a economia que se faz com a municipalização. Em mais de mil AIHs, gasta-se seiscentas; o dinheiro está rendendo mais; as obras estão rendendo muito mais; é muito mais administrável pelo local, pois o gestor é cobrado, é vigiado, é fiscalizado, além do Conselho Municipal de Saúde, pelo povo.

10. A atuação do CMS tem sido positiva, colaboradora, ou constitui-se na realidade em obstáculo ao trabalho?

Positiva.

11. Há algum outro tipo de obstáculo à municipalização da saúde?

Penso que, se a Secretaria Municipal de Saúde está apta a assumir a saúde do município, o Estado vai perdendo a autonomia, fica sem função, gerando alguns obstáculos políticos.

12. Como é feita a assistência à saúde na área rural?

Temos 13 a 14 postos de saúde na área rural com gabinete médico e gabinete odontológico. Fazemos o atendimento em toda a zona rural, pois onde não temos postos de saúde a unidade móvel vai. Estamos conseguindo agora uma verba a fundo perdido do Banco do Brasil para a zona rural,

para o que apresentei o programa no ano passado para atendimento ao pré-natal e prevenção do câncer uterino, o que já é praticado aqui no Fumal. Então fizemos um programa, embora as verbas sejam muito difíceis, mas recebi a notícia do Banco do Brasil de que a proposta foi aprovada de forma integral, nos possibilitando, assim, a implementação do programa de prevenção ao câncer do cólon uterino e a melhoria da assistência ao pré-natal na zona rural. A assistência odontológica é bem ampla, com extrações, obturações, prevenção. Há também os programas de vacinação.

Quando temos a vacinação, começamos primeiro pela zona rural, seguido da BR-040, restando posteriormente as cidades.

No campo da profilaxia, promovemos palestras tanto nas cidades como na área rural sobre várias doenças, sobre as sexualmente transmissíveis. Aquilo que eles querem o Dr. Carlos Alberto providencia e faz.

13. Há uma visão de que a saúde só conseguirá bons resultados quando deixar de ser curativa ou hospitalocêntrica para ser mais profilática?

Quando for curativa e o paciente quiser o medicamento e se curar, sair com orientações de prevenção, será positiva. Muitas vezes o paciente só quer medicação. Às vezes, a própria vitamina é prejudicial porque deve existir uma taxa normal no sangue. Então, tomar muito antibiótico quando na realidade está com uma virose e quando se necessita do antibiótico para uma infecção maior já se adquiriu resistência.

A medicina tem que ser profilática, preventiva, embora seja difícil chegar a esse ponto, principalmente da maneira como estamos financeiramente no nosso País. Mas enquanto curativa é também muito mais cara e muitas vezes não resolve. E sabe-se que é muito mais fácil prevenir do que remediar.

14. Quais as principais causas de doenças na sua opinião? Observa-se que a renda/emprego, saneamento básico, educação, etc. têm uma participação muito significativa.

Eu acho que a falta de emprego gera muita coisa. O indivíduo passa a ser subnutrido, pois não tem alimentação; adquire uma debilidade geral; não tem condições de ter nada em casa, um filtro de água ou coisa assim.

Temos aqui o programa do leite. Saiu para nós uma verba de R\$ 200.000,00 e contamos com um cadastramento de mais de dez mil crianças. Distribui-se o leite, o óleo, para a gestante e para o desnutrido. Quando o assistido adquire um equilíbrio nutricional, interrompe-se para incluir outro. São realizados aqui também os testes do pezinho, através do qual se detecta uma grande quantidade de anomalias, inclusive a síndrome de Dawning. Temos, por exemplo, dois casos de Anápolis que se não houvesse esse teste não teria sido detectado.

Eu acho também que o saneamento básico é essencial, e viria em segundo lugar, pois a dificuldade de alimentação predispõe o indivíduo a adquirir doenças e a falta de saneamento cria o ambiente propício para que o indivíduo as adquira.

A educação tem um papel muito importante também na questão da saúde. Aqui ela tem uma correlação muito grande, através da saúde escolar, como o trailer que atende as creches, as palestras de esclarecimento sobre como se prevenir. Há portanto uma integração muito grande entre o setor saúde e o setor educação.

15. O serviço de saúde pode ser dificultado mais por falta de planejamento detalhado como ponto de partida, falta de verbas, falta de recursos humanos qualificados, despreparo gerencial, ou outros fatores?

O ideal é que todos esses fatores sejam aplicados.

16. O hospital tem uma boa capacidade mas haverá problemas que se deva encaminhar para Brasília por falta de condições para resolvê-lo aqui.

Não temos uma boa capacidade. A população é muito grande, além de pacientes de outros lugares como Cidade Ocidental, Cristalina, etc. que são encaminhados para Luziânia, principalmente da área de cardiologia.

O hospital aqui tem 50 leitos. São realizados em média 120 partos por mês. O Gama está sempre brigando com Luziânia. Todo mundo tem que brigar com Luziânia mesmo, pois temos aqui mais de quatrocentos mil habitantes. Se fôssemos um distrito com dez mil habitantes não iria criar problema para Brasília. Costumam dizer que fizeram duzentos partos de Luziânia. Concordo. O regional fez 120 mas nascem 500. Duzentos mais cento e vinte fazem trezentos e vinte, que ainda está longe de atender o total. Reclamam que a ambulância leva para Brasília e deixa lá.

A população que margeia a BR-040 está muito próxima do Gama. Em alguns casos são aproximadamente três quilômetros, o que torna o acesso muito mais fácil. Em nenhuma hipótese, o indivíduo vai deixar de andar três para andar quarenta quilômetros para vir para Luziânia. É um problema insolúvel.

O que tem que acontecer é a construção de mais postos de saúde e um hospital que irá cobrir Céu Azul, Pedregal e Lago Azul, cobrindo a demanda que é desviada para o Gama. Amarrar a população, para não procurar o atendimento lá, não tem como, pois a pista está aberta a todos para o livre acesso.

16. As tendências de mortalidade têm-se reduzido e é em virtude da municipalização?

Sim. À municipalização, porque passa a se assumir mais, não porque antes não se assumisse. Para se municipalizar e conseguir um serviço melhor, é necessário melhorar o seu trabalho. Existem vários programas e se não os executa ou não tem intenção de fazê-lo, não necessita pedir a municipalização. Como no nosso caso em que pedimos a semiplena, vem aqui o pessoal do Ministério e pergunta se implantamos esse ou aquele programa, e não tendo, não se justifica. É um trabalho melhor, embora existam deficiências monstro. Há um fator que se deve levar em conta que é o fato de que quanto mais e melhor se faz o trabalho mais se é cobrado. Não existe aquela idéia de que

agora está tudo bem, não tem mais o que melhorar ou fazer, isso é falso, pois qualquer mínimo problema que acontecer vão cobrar.

17. Como é o relacionamento com o SUS? Quais as dificuldades?

Pela Constituição, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Só que na prática isso não funciona. Vê-se hoje uma grande confusão, como o caso de possuidores de planos de saúde usando hospitais públicos, as emergências, postos de saúde, para o que pensou-se em cobrar o atendimento desse pessoal, o que é um ato irregular.

Espera-se que CPMF possa melhorar um pouco, pois não dá para continuar com um médico recebendo R\$ 2,04 por consulta e uma diária a R\$ 7,00. Com o pagamento que será feito agora, de 25% dos meses atrasados, já dá uma pequena ajuda. Veja o caso das Misericórdias (Santas Casas de Misericórdia) que estão tendendo a fechar as portas. As instituições públicas ou filantrópicas dependem exclusivamente do SUS.

17. Com relação aos consórcios, qual é sua visão?

Devemos nos conscientizar da necessidade de aderirmos aos consórcios. Estivemos falando sobre os pacientes migrantes de outras cidades como Cristalina e Ocidental. Então temos que fazer o consórcio. O ponto de referência seria o hospital regional, que está mais bem montado, tem médicos, especialistas, tem tudo.

Analisa-se o que cada um pode oferecer. No nosso caso, o que a Ocidental, Cristalina ou outro pode oferecer.

Precisam de oftalmologista? Temos, mas podem ajudar no aparelhamento. Não têm cardiologia? Aqui temos, mas pode dar um aparelho de eletroencefalograma. Só tem uma ambulância, pode dar uma; ou, por exemplo, separar uma porcentagem da verba do município e empregar no consórcio; outro faz outra proposta qualquer.

Assim, hoje existem alguns consórcios no Brasil e está mais do que provado que tem que sair para isso, pois sozinho não se faz nada.

O problema de um município pequeno, sem recursos, com um posto de saúde apenas, deverá procurar Brasília. Entretanto, é muito mais viável dar condições a uma cidade que já tem uma infraestrutura boa, de forma que ela tenha mais equipamentos, para que possa também oferecer um atendimento melhor. Não se pode mais ter uma instituição como o regional como uma coisa do município, mas funcionar como uma casa de todo mundo, que passaria a ser de Luziânia e dos consorciados.

19. Há alguma iniciativa no sentido da formação do consórcio?

Isso ainda não foi conversado, mas nos seminários e congressos que realizamos sempre temos abordado o assunto e estamos chegando à conclusão sobre a necessidade da iniciativa. Depois de sermos credenciados à gestão simplificada as coisas ficarão mais fáceis. Pois não teremos mais esse problema das AIHs, que ao encaminhar-se uma fatura, por exemplo de 80 mil, recebe-se 40, com justificativa de estouro do teto orçamentário, ou não cadastramento; isso acaba porque quem corta é o Estado e não o Ministério. Por exemplo, recebe-se aqui 200 AIHs e as outras 900? Devem estar em algum lugar.

ANEXO 15 - Entrevista concedida pelo Coordenador de Ações Básicas da Secretaria Municipal de Saúde de Luziânia

Entrevista com o Coordenador de Ações Básicas da Secretaria de Municipal de Saúde de Luziânia
Dr. Carlos Alberto, médico sanitaria, em 29 de agosto de 1996.

1. Qual a principal causa de mortalidade infantil e a principal causa de mortalidade geral?

A principal causa de mortalidade geral são as “causas externas”, primeiro lugar, e a segunda causa os distúrbios cardiovasculares. Há uma tendência geral para essas duas causas, até mesmo a nível mundial. Luziânia não foge à regra. Está muito parecida com o Brasil, que está muito parecido com o mundo. O que modifica são algumas nuances. O Brasil inteiro está extremamente preocupado com acidentes de trânsito, até mesmo procurando mudar o código de trânsito. Nós aqui temos como causa maior de morte os acidentes de trânsito. Esses dados são relativos ao ano de 1995, preparados pelo nosso próprio sistema de informatização, que depende apenas de alguns dados do Distrito Federal, tendo em vista que há circunstâncias que envolvem o DF, como o fato de que uma boa parte dos óbitos acontecem em Brasília. Muitas vezes esses dados atrasam, eles não nos mandam, cabendo a nós, se quisermos atualizar nossas estatísticas mais rapidamente, ir até eles e recolher os dados. Uma vez inseridos esses dados, as informações estão completadas.

Dos 995 óbitos em 1995, 202 foram por causas externas, numa proporção de 20.30% da mortalidade total.

Do total das causas externas, 61 por acidentes de trânsito, i.e., 30.20%; 61 por arma de fogo (30.20%); 22 por arma branca (10.89%); e 58 por outras causas (28.71%)

A principal causa de mortalidade infantil é a perinatal, por hipoxia intra-uterina não especificada.

As afecções perinatais são aquelas que caracterizam os óbitos ocorridos em final de gestação, da vigésima oitava semana, até a primeira semana do nascimento.

Uma observação digna de nota é a queda do coeficiente de mortalidade infantil e geral aqui. Em 1994, era de 41.22/1000, conseguimos fazer cair em 1995 para 27.06/1000.

Para entender melhor o comportamento da mortalidade geral no período 94/95, vamos ver um pouco de história. Fizemos um estudo para estruturar um sistema de computação para conseguir orientar nossas ações. E o ponto básico que nós pegamos foi o sistema de mortalidade, nós tínhamos que estruturar o sistema de mortalidade para estruturar nossas ações.

Como condição para assumir o setor de ações básicas, eu pedi autonomia total ao Secretário de Saúde ao ser convidado. Para estruturar o sistema, pedi a contratação de um técnico de computação para nos adequarmos à nossa realidade. E, assim, montamos nosso programa com múltiplas possibilidades.

Após a adequação do sistema procedemos ao seguinte estudo:

Haviam morrido no município 919 pessoas em 1994. Esses dados foram obtidos dos cartórios daqui e do Departamento de Saúde Pública do DF sobre as pessoas daqui que morrem lá. Pode-se conseguir todos os atestados, não há como errar. Todos os dados são localizáveis.

Em 1994 haviam nascido 5.118 crianças. A população oficial de Luziânia pelo IBGE era de 189.092 pessoas, embora saibamos que essa população é muito maior, mas temos que contar com a população oficial. O município tem uma área de 4.227.07 km².

Observamos que em 1994:

- 1 - a principal causa de mortes era o aparelho circulatório (distúrbios cardiovasculares), com 187 óbitos, representando 20.34% dos óbitos totais;
- 2 - em segundo lugar, as causas externas com 157 óbitos, representando 17.08%; e
- 3 - a terceira causa eram as afecções perinatais com 140, representando 15.23%.

Para que isto nos serve? Isto serve de balizador de ação.

(O setor de ações básicas funciona, além de suas funções técnicas, como uma espécie de triagem de todos os problemas que surgem na Secretaria Municipal de Saúde. No momento em que prosseguíamos com a entrevista, fomos interrompidos por uma funcionária que se apressou a relatar um caso bastante peculiar que não parece de maneira alguma uma das funções básicas de uma SMS. Tratava-se de um jovem viciado em drogas que perdia suas faculdades normais ao se encontrar sob o domínio dos psicotrópicos e exigia cuidados emergenciais, daí recorrer à SMS. Segundo a funcionária, o rapaz esteve algemado pela polícia, que já tem conhecimento do caso e o trata em conjunto com a SMS de forma terapêutica e não repressiva. Entretanto, ao chegarem com o sedativo para aplicar-lhe, os policiais já haviam retirado as algemas e o rapaz se evadiu. Diante da situação, a funcionária pedia instruções do diretor de Ações Básicas sobre como proceder).

Sabe-se que as doenças do aparelho circulatório são, basicamente, as cerebrovasculares, essência cardiocongestiva e infarto do miocárdio. São as três doenças que contribuem mais para as causas de morte por distúrbios do aparelho circulatório.

Se trabalharmos a prevenção da pressão arterial, bem como a prevenção da diabetes, teremos contribuído em grande parte para a redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Se junto a isto se trabalhar o álcool - o combate ao alcoolismo -, e ao tabagismo, consegue-se diminuir ainda mais. Começamos a trabalhar esses fatores usando todos os recursos imagináveis.

Os recursos utilizados foram o uso de programa de rádio (conseguimos um espaço no rádio), onde a gente trabalha a educação para a saúde, trabalhamos com as escolas, trabalhamos todos os segmentos organizados da sociedade como igrejas, associação de moradores, alcoólicos anônimos, etc. Minhas agendas são repletas de reuniões, conferências, palestras, etc. Tenho reunião numa escola hoje à tarde, no sábado à noite uma reunião numa igreja batista, sem exceção ou discriminação de minorias ou religiões, atuamos com todos as comunidades desde as religiões afro-brasileiras às igrejas presbiteriana, batista, católica, etc. Vamos aonde houver um segmento organizado, até a prostíbulo, cercado, todas as possibilidades.

As causas externas tinham como maior incidência as armas de fogo e acidente de trânsito. Arma de fogo tinha um índice maior do que acidente de trânsito. A SMS não tem como interferir

diretamente para reduzir essas causas mas pode trabalhar coordenadamente com a Secretaria de Segurança e o DETRAN. Houve portanto evidência da participação da SMS nas ações que se verificaram, como a contratação de engenheiro de tráfego, mudança de sinalização de trânsito, fazer blitz com mais frequência, sinalizar ruas, e promoção da educação de trânsito. Houve o envolvimento do DETRAN, da Polícia Militar, de escolas, igrejas, etc. Fazemos palestras em escolas, discutimos o problema de trânsito no programa de rádio. Abro um parêntese para dizer que os meios de comunicação, o rádio e a televisão, são muito eficientes para esse fim de educação para a segurança no trânsito e em geral, porque quando o indivíduo não está no rádio está na televisão.

Com relação às afecções perinatais, se trabalharmos o pré-natal e a assistência ao parto conseguiremos reduzir consideravelmente o índice. Começamos então a trabalhar uma forma de implementar ações para melhorar a qualidade de pré-natal.

O pré-natal é muito de unidade de saúde, sendo necessário, assim, melhorar a qualidade do profissional de saúde. Decidimos então que deveríamos treinar o pessoal envolvido. Atualmente, não medimos esforços para melhorar a qualidade do profissional. Montamos treinamento usando nosso próprio pessoal qualificado, convidamos profissionais de Goiânia ou de outros lugares, etc. para dar uma alavancagem na qualidade dos nossos profissionais.

2. Quais são os técnicos que compõem o grupo profissionais de saúde?

O grupo de profissionais de saúde é composto pelos médicos, dentistas, enfermeiros, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, agente de saúde e sanitarista.

Voltando à seqüência anterior, juntos estamos consolidando o SUS com uma junção do trabalho das várias entidades governamentais. Por exemplo, temos um trabalho conjunto com a EMATER, principalmente na parte de alimentação alternativa e de trabalho na zona rural, orientação de hortas caseiras, utilização melhor de alimentos - como o aproveitamento da folha da mandioca, outras misturas, casca de ovo -, cloração de água de poços e cisternas. Esse trabalho preventivo é de grande valor e nós o implementamos como uma constante das nossas ações.

Outro trabalho que fazemos é a parceria com as indústrias. Começamos um trabalho com a Ceval, que é uma indústria de óleos, e que, juntamente com o SESI, aceitou fazer uma parceria conosco. Ela faz o trabalho na área da saúde para os funcionários e seus familiares e as famílias consideradas da comunidade da fábrica, i.e., aqueles que não são funcionários mas fazem parte do seu dia-a-dia por estarem na sua periferia, na circunvizinhança. Essas pessoas abrangidas pela atuação da Ceval são de responsabilidade de nossa SMS. Eles fornecem todo o material logístico e profissional, ou seja, o local, o médico, o auxiliar de enfermagem, exigindo da SMS apenas o envio de um médico para auxiliar o médico da Ceval. Para o trabalho de laboratório eles fornecem o material de coleta, e nós enviamos uma maca, uma mesa de exames que eles não têm, para acomodar os pacientes, material que é recolhido e devolvido no próprio carro da empresa. Eles dão o resultado dos exames e o médico deles faz o tratamento - eles fazem os exames preventivos de câncer ginecológico do cólon uterino e de mamas. Isto é, portanto, mais um espaço da comunidade, que produz resultados positivos no campo da saúde.

Um dado importante que observamos é que das neoplasias femininas 43.75% são de origem ginecológica, ou seja, passíveis perfeitamente de prevenção.

Foi assim, portanto, que esse estudo dos óbitos serviu para balizar nossas ações. Dessa forma, começamos a desenvolver ações sobre as causas de doenças do aparelho circulatório, sobre as causas externas e sobre as afecções perinatais.

O resultado desse trabalho é que em 1995 conseguimos uma modificação desse perfil. Os óbitos por doenças do aparelho circulatório, que representavam 20.34%, caíram para 15.67%. Os óbitos por doenças de afecções perinatais, onde temos condições de intervir diretamente, que representavam 15.23%, caíram para 14.57%.

As reduções não foram grandes mas são significativas, desde que se considere o aumento da população concomitantemente às ações implementadas e a capacidade de se gerar recursos para absorver essa demanda criada a partir do aumento da população. Cremos que só sustentar, manter os mesmos índices já seria um grande feito. Entretanto, conseguimos reduções. O comportamento dos óbitos foi inversamente proporcional ao crescimento da população.

Pode-se acrescentar o desenvolvimento de programas de nutrição, de acompanhamento materno-infantil - pré-natal e crescimento e desenvolvimento da criança (CD) - desenvolvimento e acompanhamento do aleitamento materno. Conseqüentemente, todo esse grupo de ações contribui para a redução da mortalidade infantil. Assim, a queda da mortalidade infantil foi de 41.22/1000 para 27.06/1000. Essas ações são reforçadas pelas discussões na televisão, no rádio, nas escolas, etc.

Em cima disso temos o que a gente chama de rotina da vigilância epidemiológica, i.e., o metabolismo basal. As ações de vigilância epidemiológica servem para se ter uma medida da situação e agir de imediato. É a questão da existência de casos de meningite, sarampo, raiva. Aqui não temos sarampo há dois anos.

Abro um parêntese para comentar que nossas ações sobre epidemiologia são invertidas, de trás para frente, ou seja, colocamos em prática antes de ter os dados. Quando conseguimos os dados, avaliamos nossas ações e fazemos os ajustes necessários. É a prática, a reflexão e, novamente, a prática. É agir, conseguir os dados e refletir sobre eles para replanejar. Como se segue essa prática com grande frequência as possibilidades de erro são menores e maiores as de corrigir a rota.

Para se ter uma idéia, Anápolis estava com um surto de raiva animal com dois casos de raiva humana. Chegamos à conclusão de que era importante subir nossa cobertura vacinal. Envidamos grandes esforços para conseguir, tendo em vista que os responsáveis pela campanha nacional não queriam liberar antecipadamente a vacina. Nessa campanha, em uma semana vacinamos 20.559 animais.

Observamos ainda, com relação à raiva animal, o papel da carrocinha. Esse tipo de ação é de fundamental importância, visto a sua alta capacidade de captura tirando de circulação uma grande quantidade de animais, sendo uma parte sacrificada e outra parte devolvida ao dono. O dono do cão recolhido pela carrocinha terá maiores cuidados e o manterá preso. Vê-se também a capacidade de intimidação da carrocinha fazendo com que os vizinhos que não tiveram seus cães capturados procuraram prendê-los preventivamente.

Os animais estando presos não estarão vadiando. O ponto maior de cópula deles é na rua. Presos, a quantidade deles na rua diminui, e diminui também a proliferação. Tudo isto somado a uma cobertura vacinal alta promove uma diminuição do risco de raiva animal e, por conseguinte, a diminuição do risco de raiva humana.

Dessa forma, deve-se estar com a vigilância epidemiológica atenta constantemente. É de grande importância que se esteja constantemente avaliando. Chegamos, portanto, a um parâmetro para avaliar essa eficácia.

Começamos abordando a meningite por ser esta de um quadro que assusta, praticamente impossível a sua não-notificação, porque o primeiro sinal de uma ocorrência provoca apavoramento e leva os indivíduos a nos avisar. É uma doença de notificação compulsória e obrigatória, não tendo como não notificar.

Nós fizemos um estudo comparativo do quadro de meningite. Em 1994 houve 32 dois casos de meningite durante o ano, sendo 12 por meningococos, 16 por homófilos e 2 por outros. Isso serviu de base para nossa ação que redundou em 25 bloqueios em 1995. Em 1994, apenas 18 bloqueios haviam sido feitos. Com isso começamos a reverter o quadro de meningococos, que é o mais perigoso, com 12 em 1994, tendo passado para apenas 7 em 1995. Os de hemófilos subiram, porque quando se tira o meningococo de circulação outro ocupa o espaço, pois se o bloqueio do meningococo não atinge o hemófilo este ocupa o espaço. Assim, agimos também sobre o hemófilo, resultando os dados parciais de 1996 que estão mostrando 3 casos de meningococos, 5 casos por hemófilos, que antes eram 16. O número não cai significativamente, sendo 32, depois 28 e finalmente 30, mas evidencia que não houve crescimento, podendo-se caracterizar a queda proporcional em relação à população.

Entretanto, o mais importante é a questão da qualidade. Anteriormente, em 1994, tivemos 4 óbitos por meningococos; tivemos um por meningococos em 1995; e nenhum em 1996, até o momento. Isso mostra que a vigilância epidemiológica funciona. Um custo baixo para se conseguir alta eficácia. Vale observar, por exemplo, que só aproximadamente nove bloqueios foram realizados até o momento.

Isso serve para avaliar a nossa eficácia de vigilância. Hoje Luziânia tem condições de medir sua saúde. Nas campanhas de vacinação estamos com cobertura de 100%. É claro que a meta projetada é sempre um pouco subestimada porque o crescimento populacional é muito grande e não dá para avaliar com exatidão.

Como vai se corrigir essa discrepância para a cobertura de fato? O que interessa é tirar a doença de circulação. A resposta é projetar em cima da cobertura passada, isto é, com base na quantidade de crianças vacinadas na campanha passada. Isso significa que se foram vacinadas 100 crianças em um mês, no outro deve-se vacinar no mínimo 100. Então alguns casos são de boa referência, como, por exemplo, não temos sarampo, tétano, nem difteria. As notificações que recebemos são todas de doenças de notificação compulsória.

Outra questão relevante aqui é o risco de ocorrência de casos de dengue. Temos uma experiência boa por termos um aliado muito forte. Fizemos um estudo e observamos que o crescimento populacional de *Aedes-Egypti* é exponencial. A queda deveria ser uma relação inversa. Mas contamos com um detalhe da natureza: quando se faz o extermínio não se extermina todos de forma que quando acontece a queda há aqueles não exterminados que promovem uma ascensão fazendo a correção da curva para uma reta. Assim, a queda é uma reta. Como se verifica a evolução através da reta, pode-se projetar a queda. A importância disso é saber qual é o momento em que se deve entrar no limite de segurança e onde é que se deve agir para gastar pouco e produzir muito, i.e., rendendo o máximo gastando menos em termos de desgaste de pessoal, de material, de tempo e para obter uma eficácia maior. Assim, este estudo serve para saber exatamente a hora em que devemos intervir na população de *Aedes Egypti* e quando devemos sair da área de segurança para intensificar as ações de combate. Quando devemos entrar, quando podemos descansar para trabalhar noutro canto. Para não trabalhar inutilmente, mas racionalizar melhor o nosso trabalho e, por conseguinte, conseguir um eficácia maior.

A gente consegue planejar esse trabalho com grande facilidade. Tanto é que temos acertado as projeções todas. Quando começou a cair, projetamos que em maio estaria entre 5 e 6 mas erramos, chegando a 6.09; para junho foi projetado para estar entre 3 e 4 e deu 3.75; em julho a projeção era de 1 e 2, com probabilidade maior de dar entre 1 e 1.5, e deu 1.21. Esses dados são

fornecidos pela Fundação Nacional de Saúde. Nós não temos nada a ver com eles; fazemos apenas a apuração e análise e definimos as metas e as ações, juntamente com a FNS e o Estado.

Na área da saúde escolar nós trabalhamos com acuidade visual. Os estudantes são examinados nas escolas e aqueles identificados são submetidos a exame médico. Àquele que precisar de óculos nós fornecemos. Trabalhamos com odontologia sanitária com profilaxia a nível de creches, de escolas, meninos de rua, nas unidades de saúde e na zona rural.

Trabalhamos com prevenção de doenças da coluna, visando a questão da postura, temos ortopedistas que vão às escolas e treinam os professores. Fato digno de destaque: os ortopedistas terem ensinado os professores a identificar a escoliose. Conseguimos fazer a avaliação de 49.738 alunos, com apenas três ortopedistas que treinaram os professores, para cada um fazer a avaliação na sua sala, possibilitando cobrir todas as escolas. Assim, aquele aluno do qual o professor suspeitava era encaminhado ao médico e percebeu-se que o diagnóstico do professor não era diferente do médico. À medida que é necessário, a criança vai sendo orientada e, junto a isso, o professor dá educação postural.

Concluindo, é para isso que serve a epidemiologia. E eu chamo de epidemiologia de trás para frente. Trabalhando à frente do levantamento dos dados e usam-se os dados para projetar a atuação. Como conseguir o primeiro dado? Consegue-se fazendo a primeira coisa. Quando começar a fazer, já se passa a ter dado, bastando apenas anotar o que está sendo feito.

Nós partimos do planejamento com base no estudo de mortalidade. Vamos fazer um estudo de morbidade para identificar o seguinte: a gente sabe que uma unidade de saúde é diferente da outra - uma unidade A de um lugar é diferente da B em outro - devido às estruturas sanitárias de uma maneira geral, das características de cada comunidade dentro do mesmo município. Se for tudo homogeneizado, a distribuição de remédios, conduta e outros, vai-se chegar à conclusão de que vai faltar em um e sobrar em outro. Assim, deve-se analisar cada unidade de per si, quais são suas características, suas necessidades.

Isto é fácil quando se faz um fluxo de demanda, de onde vem o paciente, o que ele tem. Assim não sendo, corre-se o risco de mandar remédio para asma onde só há hipertenso, e mandar remédio para hipertenso onde só há asmático. Sobrando em um e faltando em outro, e os remédios ficam perdidos, vencem a validade e não se tem o que fazer com eles. Se isso está acontecendo, é necessário encontrar uma forma de evitar que os remédios vençam a validade e possam ser trocados.

3. Como você avalia os resultados dessas ações no contexto da municipalização. Isso é viabilizado com a municipalização ou independe do processo? A municipalização contribuiu ou não fez nenhuma diferença, ou tudo isso pode acontecer independentemente?

Eu diria que isso é fundamental para a municipalização e a municipalização é fundamental para isso. As duas coisas estão juntas e extremamente interrelacionadas. Não se consegue municipalizar se não se tiver uma estrutura de planejamento adequada. Pode-se até municipalizar, mas essa municipalização não se sustentará se ela for inconsistente.

Fazendo todo esse processo sem a municipalização a estrutura não se sustenta, pois para esse nível de gerenciamento é necessário um nível de financiamento que só a municipalização permite. A municipalização permite a liberdade de ação e qualidade de organização que este nível de gestão exige.

Quando as duas coisas funcionam juntas, a municipalização se concretiza mais facilmente, pois esse gerenciamento é inerente ao processo e essa estruturação dá a base para o processo de municipalização e esta dá a estrutura de financiamento para a manutenção do sistema.

ANEXO 16

Questionário

- 1 - Nome
- 2 - Cidade e Estado de origem
- 3 - Profissão, cargo e instituição onde trabalha
- 4 - Quais as maiores dificuldades de seu município na área da saúde?
- 5 - Qual a principal causa de mortalidade geral no seu município?
- 6 - Qual a principal causa de mortalidade infantil em seu município?
- 7 - Que lugar ocupam as causas externas (violência, suicídios, acidentes de trânsito e outros) entre as causas de mortalidade no seu município?
- 8- A Saúde já foi municipalizada no município? - sim - não. Se sim, quando? Se não, por quê?
- 9 - Qual o maior obstáculo à municipalização da saúde na sua cidade?
- 10- No contexto da municipalização da saúde, há algum obstáculo político?
- sim - não Se sim, especificar
- 11- Na prática, observou-se em seu município que o Conselho Municipal de Saúde é: a) resolutivo b) dificultador c) não faz diferença
- 12- Após a municipalização da saúde em seu município, a assistência à saúde tornou-se: a) mais resolutiva b) menos resolutiva c) não fez diferença.
- 13- Após a municipalização da saúde em seu município, a grosso modo, a mortalidade geral: a) diminuiu b) aumentou c) manteve-se d) não há dados
- 14- Após a municipalização da saúde em seu município, a grosso modo, a mortalidade infantil: a) diminuiu b) aumentou c) manteve-se d) não há dados
- 15- Após a municipalização da saúde em seu município, a grosso modo, a procura pelos hospitais:
a) diminuiu b) aumentou c) manteve-se d) não há dados
- 16- No seu ponto de vista, o serviço de saúde é mais resolutivo quando tende a ser:
a) mais preventivo do que curativo b) mais curativo do que preventivo
b) c) igualmente preventivo e curativo c) apenas curativo

17- No seu ponto de vista, o serviço de saúde do seu município é dificultado por:

(Se escolher mais de uma alternativa, use a ordem de importância 1, 2, 3, 4, e 5)

- a) falta de planejamento amplo e detalhado como ponto de partida;
- b) falta de verbas;
- c) falta de recursos humanos bem preparados;
- d) despreparo gerencial;
- e) outros fatores - especificar

18- No seu ponto de vista, a principal causa de doenças na população é:

- a) renda/emprego
- b) educação
- c) falta de saneamento básico
- d) outros - se possível, especificar

19- Há dificuldades com o SUS? - sim - não - Se a resposta for sim, escolha pela ordem de importância 1,2,3,4 e 5 as alternativas que você considere ser dificuldade.

- a) repasse de verba
- b) repasse de medicamento
- c) falta de informação
- d) entraves burocráticos
- e) outros - se possível especificar

ANEXO 17 - Objetivo de cada questão

Num.	Objetivo da questão. Os dados que se pretende obter.
01	Identificar o entrevistado para a legitimação das informações por ele prestadas
02	Identificar o entrevistado e contar os representantes por Estado e município.
03	Identificar o entrevistado e medir o índice de participação dos profissionais do setor saúde e demais profissionais.
04	Conhecer os problemas do município e obter subsídios para uma tabulação dos maiores problemas nas área da saúde por município.
05	Conhecer a maior causa de mortalidade geral. Este tipo de informação é parte fundamental do diagnóstico para os planos municipais de saúde.
06	Comporta os mesmos componentes analíticos da questão número 5. São informações sem as quais seria difícil administrar a saúde do município.
07	Como as questões 5 e 6, esta comporta os componentes analíticos. Esta questão é polêmica, tendo em vista que a violência e acidentes de trânsito não são considerados problema de saúde pública, oficialmente, sendo visto, entretanto por alguns administradores como fator dificultador, cujas causas devem ser trabalhadas pelo setor saúde em coordenação com a Secretaria de Segurança, com uma visão intersetorial .
08	Através dessa informação poder-se-á medir o índice de efetivação do processo dentre os participantes da conferência, bem como inferir obstáculos que o estão dificultando.
09	Procurar-se-á identificar alguns fatores que se caracterizam como os maiores obstáculos ao processo de municipalização da saúde.
10, 17 e 19	O obstáculo político é uma hipótese. A questão 10 procura levar o pesquisado a opinar sobre a existência de e que tipo de obstáculo político. A questão 17, por outro lado, sugere alguns possíveis obstáculos mais comumente identificados nas entrevistas e na literatura que diagnostica a eficácia e efetividade da implantação do processo de municipalização da saúde, para que o pesquisado identifique aquela ou aquelas próprias de seu município.

11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 19	As questões listadas procuram identificar as variáveis que podem caracterizar o aumento ou diminuição do nível de resolutividade após a implantação do processo de municipalização da saúde.
18	Esta questão deveria estar na seqüência das questões iniciais a respeito do diagnóstico dos problemas da saúde pública. Entretanto, isto levaria o pesquisado a ser induzido a relacionar as causas de mortalidade às causas de doenças, pois as doenças são causa de mortalidade, porém as causas das doenças são outras variáveis.

ANEXO 18 - Artigos 29 a 31 da Constituição Federal sobre a lei orgânica, competência e fiscalização dos municípios

Art. 29. O Município reger-se-á por lei orgânica, votada em dois turnos, com o interstício mínimo de dez dias, e aprovada por dois terços dos membros da Câmara Municipal, que a promulgará, atendidos os princípios estabelecidos nesta Constituição, na Constituição do respectivo Estado e os seguintes preceitos:

I - eleição do Prefeito, do Vice-Prefeito e dos Vereadores, para mandato de quatro anos, em diante pleito direto e simultâneo realizado em todo o País;

II - eleição do Prefeito e do Vice-Prefeito até noventa dias antes do término do mandato dos que devam suceder, aplicadas as regras do art. 77, no caso de municípios com mais de duzentos mil eleitores;

III - posse do Prefeito e do Vice-Prefeito no dia 1º. de janeiro do ano subsequente ao da eleição;

IV - número de Vereadores proporcional à população do Município, observados os seguintes limites:

- a) mínimo de nove e máximo de vinte e um nos Municípios de até um milhão de habitantes;
- b) mínimo de trinta e três e máximo de quarenta e um nos Municípios de mais de um milhão e menos de cinco milhões de habitantes;
- c) mínimo de quarenta e dois e máximo de cinquenta e cinco nos Municípios de mais de cinco milhões de habitantes;

V - remuneração do Prefeito, do Vice-Prefeito e dos Vereadores fixada pela Câmara Municipal em cada legislatura, para a subsequente, observado o que dispõem os arts. 37, XI, 150, II, 153, III, e 153, # 2º., I;

VI - a remuneração dos Vereadores corresponderá a, no máximo, 75% (setenta e cinco por cento) daquela estabelecida, em espécie, para os Deputados Estaduais, ressalvado o que dispõe o art. 37, XI;

. Item VI acrescentado pela Emenda Constitucional n. I, de 31-3-1992.

VII - o total da despesa com a remuneração dos Vereadores não poderá ultrapassar o montante de 5% (cinco por cento) da receita do Município;

. Item VII acrescentado pela Emenda Constitucional n. 1, de 31-3-1992.

VIII - inviolabilidade dos Vereadores por suas opiniões, palavras e votos no exercício do mandato e na circunscrição no Município;

. Item renumerado pela Emenda Constitucional n. 1, de 31-3-1992.

IX - proibições e incompatibilidades, no exercício da vereança, similares, no que couber, ao disposto nesta Constituição para os membros do Congresso Nacional e, na Constituição do respectivo Estado, para os membros da Assembléia Legislativa;

. Item renumerado pela Emenda Constitucional n. 1, de 31-3-1992.

X - julgamento do Prefeito perante o Tribunal de Justiça;

. Item renumerado pela Emenda Constitucional n. 1, de 31-3-1992.

. Responsabilidade de prefeitos e vereadores: Decreto-lei n. 201, de 27-2-1967.

XI - organização das funções legislativas e fiscalizadores da Câmara Municipal;

. Item renumerado pela Emenda Constitucional n. 1, de 31-3-1992.

XII - cooperação das associações representativas no planejamento municipal;

. Item renumerado pela Emenda Constitucional n. 1, de 31-3-1992.

XIII - iniciativa popular de projetos de lei de interesse específico do Município, da cidade ou de bairros, através de manifestação de, pelo menos, cinco por cento do eleitorado;

. Item renumerado pela Emenda Constitucional n.1, de 31-3-1992.

XIV - perda do mandato do Prefeito, nos termos do art. 28, parágrafo único.

. Item renumerado pela Emenda Constitucional n.1, de 31-3-1992.

Art. 30. Compete aos Municípios:

I - legislar sobre assunto de interesse local;

II - suplementar a legislação federal e a estadual no que couber;

III - instituir e arrecadar os tributos de sua competência, bem como aplicar suas rendas, sem prejuízo da obrigatoriedade de prestar contas e publicar balancetes nos prazos fixados em lei;

IV - criar, organizar e suprimir distritos, observada a legislação estadual;

V - organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial;

VI - manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação pré-escolar e de ensino fundamental;

VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

VIII - promover, no que couber, adequado ordenamento territorial, mediante planejamento e controle do uso, do parcelamento e da ocupação do solo urbano;

IX - promover a proteção do patrimônio histórico-cultural local, observada a legislação e a ação fiscalizadora federal e estadual.

Art. 31. A fiscalização do Município será exercida pelo Poder Legislativo Municipal, mediante controle externo, e pelos sistemas de controle interno do Poder Executivo Municipal, na forma da lei.

1º. O controle externo da Câmara Municipal será exercido com o auxílio dos Tribunais de Contas dos Estados ou do Município ou dos Conselhos ou Tribunais de Contas dos Municípios, onde houver.

2º. O parecer prévio, emitido pelo órgão competente sobre as contas que o Prefeito deve anualmente prestar, só deixará de prevalecer por decisão de dois terços dos membros da Câmara Municipal.

3º. As contas dos Municípios ficarão, durante sessenta dias, anualmente, à disposição de qualquer contribuinte, para exame e apreciação, o qual poderá questionar-lhes a legitimidade, nos termos da lei.

4º. É vedada a criação de Tribunais, Conselhos ou órgãos de Contas Municipais.

ANEXO 19 - Artigos 196 a 200 da Constituição Federal sobre a saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

1º. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

2º. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

3º. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

4º. A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.