



GESTÃO DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE: rupturas e continuidades

Ana Paula Rocha de Sales Miranda¹
Mirian Alves da Silva²
Simone Fernandes Rocha³

Resumo: Esta investigação analisa o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde ocorrido em João Pessoa – PB, tendo como foco a municipalização. Assim, apresenta o marco constitucional desse processo e analisa as normas operacionais e documentos que vêm orientando a política de saúde no Brasil, identificando sua extensão, variação e os fatores que determinam o formato que esta vem assumindo e mostra que o referido município assumiu a Gestão da saúde local e apresenta aumento do acesso na atenção básica, mas não conseguiu ainda garantir a integração dos três níveis de atenção à saúde.

Palavras-chave: Descentralização, Sistema Único de Saúde, gestão local.

Abstract: This research examines the decentralization process of Brazilian Health System held in João Pessoa - PB, focusing the municipalization. Therefore, it presents, the constitutional framework and analyses normative instruments and documents that guide the health policy in Brazil, identifying its extension, variation and the factors that determine the format that has become and shows that the council took over the Management of the local health and presents increase of the access in the basic attention, but still did not obtain to guarantee the integration of the three levels of attention to the health.

Key words: Decentralization, Brazilian Health System, local management.

¹ Mestre. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB. E-mail: aprmiranda2@gmail.com

² Mestre. Universidade Federal da Paraíba. E-mail: mirianads@yahoo.com.br

³ Setor de Serviço Social/Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social. E-mail: simonefernandes@oi.com.br



I – INTRODUÇÃO

Esse trabalho busca analisar a política de saúde em meio ao atual contexto de descentralização do Estado brasileiro. Para isto recorreremos a uma pesquisa bibliográfica e documental, que nos permitiu a análise sobre como vem se desenvolvendo esse processo.

Ressaltamos que essa temática se constitui um campo complexo. Nesse sentido, esboçaremos aqui algumas questões que consideramos relevantes para se pensar a descentralização da saúde no Brasil, principalmente no que se refere ao município de João Pessoa - PB.

II – A DESCENTRALIZAÇÃO NO ÂMBITO DO SUS E A REALIDADE PARAIBANA

O tema descentralização suscita discussão em todo o mundo como uma das formas de reordenar o aparelho estatal e emergiu com vigor em fins dos anos 1970, quando se questionou se os padrões de produção e os Estados de Bem-Estar entraram em crise, como bem explicita Mendes (1998, p. 25):

O Estado de Bem-Estar Social concretizou-se mediante a organização e produção de bens e serviços coletivos ou privados, regulados pelo Estado. Desta forma, estabeleceram-se novos padrões de relação entre Estado e sociedade, em que os Estados intervêm nas relações sociais, para regular as atividades econômicas, ao mesmo tempo em que garantem alguns direitos sociais aos cidadãos. Este Estado, constituído no pós-guerra, em razão desse caráter intervencionista, desenvolveu grandes e centralizados aparelhos burocráticos e, no início dos anos 70, começou a dar sinais de esgotamento.

Na América Latina esse debate foi colocado em pauta no período da redemocratização dos seus Estados, durante a década de 1990, visando obter melhores respostas aos anseios da população, em nível local, já que a centralização e a desorganização institucionais eram arroladas como causa da crise e mau gerenciamento das políticas sociais.

No Brasil, a descentralização foi formalmente incluída após a Constituição de 1988 como alternativa democratizante e proposta de superação da prática típica brasileira de centralização e autoritarismo que se desdobraram e se fortaleceram durante o período



ditatorial após 1964 (até o início dos anos 1980), seguindo um modelo que se pautou, segundo Paulo Netto (1998, p.32), pela:

[...] programática do grande capital, na reprodução ampliada da continuidade do desenvolvimento dependente e associado, acentuando a subalternidade da integração do país no sistema capitalista mundial e promovendo a concentração e centralização em seu interior [...]

A descentralização surge como uma das alternativas para se contornar essa fase crítica do capitalismo, no sentido de melhor gerir os Estados. Entretanto o tratamento dado a esse termo é apresentado de diferentes formas, dependendo do modo como se concebe e que se usa essa estratégia de gestão. Nessa direção tem-se verificado tendência de fortalecimento dos espaços locais, sobretudo, os municípios, que têm conseguido consideráveis avanços em seus espaços de gestão.

Consideramos que a descentralização não se constitui um conceito acabado e rígido, pois como alguns autores (MENDES, 1998 p.27; SCATENA, 2000, p. 14) afirmam, ela se apresenta em convivência com a centralização, sendo ambas possibilidades teóricas, quando caracterizados em um estado “puro”.

Nota-se, portanto, que a descentralização pode ser aplicada nas mais diferentes ideologias, mas em geral, os autores atribuem a esse tema uma possibilidade de aproximar sociedade e Estado, através da partilha de poder e participação dos cidadãos nos processos decisórios.

No Brasil foi adotada a versão neoliberal. Essa ótica (defendida pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional, como alternativa para vencer a crise fiscal da América Latina) busca então a racionalização dos gastos através de práticas seletivas, focalistas, optando não por uma prática não democrática, já que privatiza e exclui, negando preceitos importantes de universalidade, conquistados no Brasil em 1988.

Essas mudanças ocorreram permeadas por dificuldades e conflitos, decorrentes da forte tradição brasileira em torno do centralismo, principalmente quando tratamos de política de saúde. Assim, a dificuldade de se implantar o pacto federativo na política de saúde torna-se ainda mais complexa, visto que além das indecisões de competências e atribuições, a cultura clientelista e fisiologista provocam na prática disputa de recursos e poder entre as esferas.

É no bojo das discussões sobre as novas bases do Estado federativo brasileiro que se desenvolveu ao longo dos anos 1980 que a descentralização se apresenta como



alternativa de busca a uma gestão mais democrática (assim como pela crise fiscal e financeira do Estado) para o Sistema Brasileiro de Proteção Social, inicialmente através da descentralização dos programas sociais. Posteriormente através da municipalização, em os municípios passaram a planejar, executar e avaliar políticas sociais.

E, apesar das dificuldades, o processo de descentralização mudou a face do Estado brasileiro, como forma de ajuste fiscal, as responsabilidades na condução das políticas sociais passaram para as unidades subnacionais. Entretanto, as discrepâncias entre estados e municípios provocam distorções, pois há uma variedade de competência técnica e financeira. Além disso, as determinações políticas (e político-partidárias) influenciam sobremaneira na conformação desse processo.

As experiências descentralizadoras no contexto das políticas de saúde, através do Sistema Único de Saúde – SUS por força de suas bases de sustentação se tornaram no cenário ideal para a concretude da via descentralizante.

É importante ressaltar que iniciativas da descentralização da saúde brasileira já tinham sido colocadas em prática em meados da década de 1970, através do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, que visava criar a infraestrutura de Saúde Pública e promover a oferta de serviços de saúde à população. Além disso, objetivava a modernização administrativa e uma nova mentalidade técnica para o setor saúde. Esse programa foi considerado o embrião do SUS.

Posteriormente criou-se Programa de Ações Integradas de Saúde – PIAS que foi transformado em seguida numa atuação estratégica de integração e racionalização, as chamadas de Ações Integradas de Saúde – AIS obtendo grande avanço durante o governo transição pós-ditadura (anos 1980).

O desenrolar desse processo ocorreu fundamentalmente na década de 1990, na qual o se pautou no texto constitucional e através da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080 e 8.142 de 1990) e, fortemente após as Normas Operacionais Básicas lançadas pelo Ministério da Saúde, como forma de acelerar o processo, que apresentava dúvidas e contradições.

É importante ressaltarmos que, diante da proposta universalizante do SUS e de sua veia municipalizante há uma série de conflitos, pois esse aumento expressivo de cobertura foi acompanhado por sérias restrições fiscais. Aliados a isso existem ainda os atritos entre municípios (os de pequeno e médio porte e os de grande porte, por exemplo), tornando bastante complexa essa relação de unidade do SUS, em meio à diversidade política, técnica e financeira dos municípios brasileiros.



A questão da descentralização no âmbito da saúde ocorre principalmente a partir da constituição dos órgãos colegiados de gestão, sob a via da participação dos usuários e técnicos, reduzindo sobremaneira a manipulação política dos serviços de saúde. Mesmo com as diferentes realidades, velocidades e resultados, após a década de 90 desenvolveu-se a descentralização brasileira, ainda que de forma diversa daquela pretendida na gênese do SUS.

No Estado da Paraíba o processo de descentralização da saúde teve início de fato em fins da década de 90 com a adesão formal do Estado ao SUS. Entretanto, vale salientar que o jogo político e os embates entre grupos ideológicos antagônicos produziram historicamente uma série de entraves ao ritmo com que a descentralização foi operada.

Segundo o Plano Diretor de Regionalização – PDR/PB (2002, p. 6), a Paraíba conta com 100% dos municípios habilitados conforme a Norma Operacional Básica 01/96 / NOB 96, sendo 215 municípios na Gestão Plena de Atenção Básica – GPAB e 08 na Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM. Essa habilitação dos municípios a uma das formas de gestão proposta pela NOB/96 colaborou para a adequação da Política Estadual de Saúde às condições estabelecidas pela legislação orgânica do SUS, na direção da descentralização das ações e serviços de saúde.

Na rede estadual destaca-se o município de João Pessoa, que se constitui um dos municípios mais importantes no que se refere à oferta e a diversidade de serviços de saúde não só na sua região como no Estado. Assim, nossa investigação analisa o município de João Pessoa, sede de uma das quatro Macrorregiões de Saúde, que possui grande relevância para a rede de saúde estadual. Por ser a capital do estado, João Pessoa possui grande fluxo migratório, com oferta diversificada nas áreas de educação, saúde e trabalho, pois o interior do estado não possui tamanha variedade. Devido a esse movimento, cresce a cidade e crescem também os problemas sociais como a violência e a pobreza, representada pelas precárias condições de moradia e de saúde, repercutindo profundamente na saúde da população da cidade.

As primeiras iniciativas na direção da descentralização de João Pessoa ocorreram já na década de 80, com as atividades promovidas pelas AIS. Entretanto, a iniciativa de propor a descentralização só foi formalizada pela Secretaria de Saúde Municipal de João Pessoa – SESAU/JP em 1993, como afirma Gomes (2000, p. 108):

Ainda no início da década de 90, firmou-se através do Ministério da Saúde, o Projeto PROSAÚDE, com o objetivo de implantar o SUS



através da reorganização dos serviços de saúde com a recuperação da rede física existente, com treinamentos de recursos humanos e com o incentivo de melhorar o atendimento de urgência. Em 1992, foi assinado com o Ministério da Saúde e com o INAMPS o convênio que assegurou a implantação da municipalização da saúde no plano orçamentário e financeiro.

Em seguida reorganizou-se a política de saúde com a divisão do município em cinco distritos sanitários, nos quais estes abrangeriam áreas do município, distribuídas de acordo com critérios populacionais e sanitários. Seria então, organizando nesses distritos serviços de complexidades variadas. Entretanto, devido a entraves político-partidários só foi possível consolidar a entrada de João Pessoa em uma gestão proposta pelo SUS em janeiro de 1997, a Gestão Semi-Plena e em maio de 1998 passou para a Gestão Plena de Sistema de Saúde.

A municipalização da saúde em João Pessoa, entretanto, ainda está se processando, mesmo na Gestão Plena de Sistema de Saúde permanecem problemas, seja cunho políticos ou financeiro. Há ainda falhas na organização dos serviços, já que em nível mais amplo de gestão o município tem vivenciado transformações importantes, notadamente na partilha de poder político. Mas, na execução dos serviços públicos de atenção básica, por exemplo, verifica-se que as formas de organização de tais serviços permanecem ainda conforme os parâmetros tradicionais (GOMES, 2002).

Têm-se utilizado os ambulatórios de média complexidade como porta de entrada do sistema de saúde, que deveria se iniciado pela atenção básica. Outro problema que persiste é aquele relativo à eficiência e acesso aos serviços de média e alta complexidade, ou seja, estes dois níveis por não terem tido investimento adequados nem atenção do ponto de vista da gestão do SUS apresentam graves problemas, tais como: a violação dos princípios fundamentais do SUS, quais sejam, a integralidade, a equidade e, por conseguinte o prejudicando o desenvolvimento racional e eficaz da descentralização.

III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos o cenário brasileiro no que se refere ao SUS, conclui-se que a descentralização da saúde via municipalização das ações alterou de forma significativa a estrutura do sistema de proteção pública de saúde. No entanto, a universalização é ainda insuficiente e incompleta, já que o acesso à saúde mantém-se desigual, pela permanência de distintas coberturas para parcelas diferenciadas da população, caracterizadas por

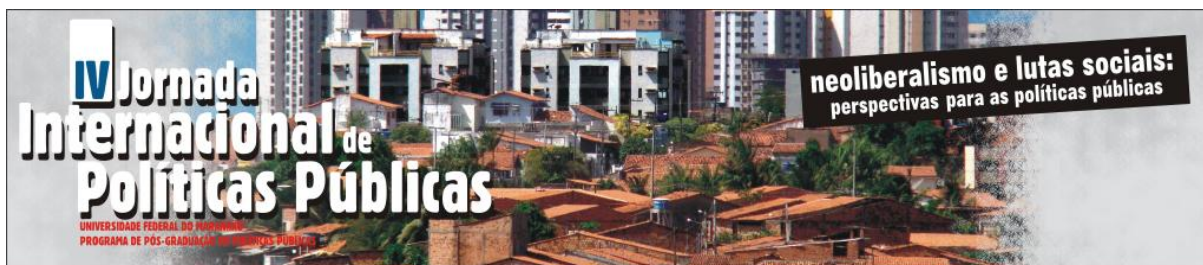


diferenciais sócio-econômicos e com graus distintos de utilização. Além disso, a integralidade e a regionalização das ações não alcançaram os patamares desejados.

No caso particular deste estudo algumas assertivas podem ser detectadas. A primeira delas é a de que o processo da municipalização da saúde acarretou mudanças significativas na prestação do atendimento em saúde no município de João Pessoa nestes últimos anos, ampliando sem dúvida o acesso da população, mas principalmente modificando as relações transversais que perpassam a gestão pública neste campo de políticas sociais. No entanto, percebemos que a dimensão do fortalecimento das instâncias do controle social ainda apresenta fragilidades importantes, num reflexo direto das características que o município expressa do ponto de vista ídeo-político, quais sejam: forte uso clientelístico da máquina pública; uma cultura política marcada por traços extremamente conservadores e fragilidades na organização social.

A descentralização gestada nos últimos anos particularmente acarretou debilidades na qualidade dos serviços prestados face aos arranjos interinstitucionais entre as esferas componentes do processo que nem sempre foram pactuados visando a busca da eficiência e da eficácia, mas sim muitas vezes objetivando justificar a falta de vontade política do gestor municipal com relação à saúde. Até hoje segundo os sanitaristas mais respeitados, várias questões persistem sem respostas, tais como: quais são exatamente as responsabilidades das três esferas de governo? Há necessidade de mecanismos de regulação mais adequados? O que determina quando um município está pronto para a Gestão Plena? Isso revela o quanto o processo de construção do SUS é dinâmico e precisa ser realimentado a cada experiência, a cada nova demanda que surge.

Notadamente no que concerne ao nosso estudo podemos revelar que a municipalização resultou em mudanças significativas para a saúde do município, principalmente na forma de se gerenciar a política de saúde e por conseguinte, os serviços. Tais mudanças no entanto, são sutis por se tratar de um cenário marcado duramente por práticas construídas historicamente pautadas no clientelismo. A política de saúde foi vista durante décadas como política de governo e não de estado. Tal concepção segundo faz com que no mínimo, os avanços produzidos por um gestor não seja reconhecido pelo seu sucessor ou ainda, sejam desconstruídos nas mudanças de gestão. Em suma, um dos aspectos mais problemáticos continua sendo o nível de resolutividade que os serviços atingem, que como vimos, continua muito abaixo do desejado. Sem dúvida a falta de eficácia das ações produz uma outra série de problemas, a exemplo da



inacessibilidade, inchamento dos outros níveis de complexidade, desvirtualização do modelo de atenção adotado.

REFERÊNCIAS

GOMES, E. Q. **A Organização dos Serviços Públicos na Rede Básica de Saúde em João Pessoa**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002. 221 p.

MENDES, E. V. (Org). **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC, 1994.

_____. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (Org). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998, p. 17-53.

PARAÍBA, Secretaria de Planejamento. **Plano Diretor De Regionalização Do Estado Da Paraíba**. Novembro / 2002 (Atualizado em Janeiro de 2003).

PAULO NETTO, J. **Ditadura e Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1998, p.16-112.

SCATENA J. H. G. **Avaliação da descentralização da assistência à saúde no Estado do Mato Grosso**. 2000. Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 2000. 223 p.