



1ª Conferência Nacional de Saúde

17 A 21 DE MARÇO DE 1986.

O PODER MUNICIPAL NO RUMO DO SISTEMA UNIFICADO DE SAÚDE

Tema II - Reformulação do SNS
Sub-Tema B - Descentralização/Municipalização

NELSON RODRIGUES DOS SANTOS

8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

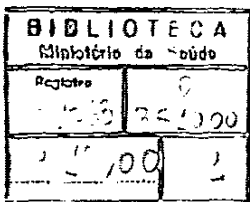
O PODER MUNICIPAL NO RUMO DO SISTEMA UNIFICADO DE SAÚDE

NELSON RODRIGUES DOS SANTOS*

Secretário Municipal de Saúde de Campinas, SP
Docente do DMPS, FCM, UNICAMP

I N D I C E

	pág.
. O Pano de Fundo Nacional	1
. O Pano de Fundo Municipal	2
. A Questão da Municipalização	3
. O Surgimento das A.I.S.	4
. Os Municípios e as A.I.S.	6
. Rumos e Perspectivas	9



O PANO DE FUNDO NACIONAL

Os vinte anos, de 64 a 84, ao lado da inquestionável modernização de setores fundamentais da produção nacional, "premiaram" a nação e a população com cinco macro-distorções, profundamente anti-nacionais e anti-populares:

1. Perversão do caráter inicialmente nacional e popular das Empresas Estatais, na medida em que foram obrigadas a captar cada vez mais dinheiro em moeda estrangeira, com a finalidade de girar a dívida externa.
2. Descomunal hipertrofia e direcionamento dos fluxos financeiros públicos, para a acumulação e especulação de certos ramos do setor privado - seja para o sistema de empreitagens e sub-empreitagens, seja para absorver empresas privadas falentes por bancos públicos (às vezes reprivatizando-as posteriormente), seja para transferir vultuosos recursos para certos fornecedores de insumos (nacionais e estrangeiros), etc.
3. Inundação da praça por verdadeiro festival de falsas empresas públicas, fundações e autarquias, não para agilizar os fluxos públicos, mas sim para esvaziar a administração direta e fugir do controle público.
4. Marcante queda da eficiência e qualidade dos serviços públicos que promovem diretamente a qualidade de vida da população: o ensino, a saúde, o abastecimento de alimentos básicos, o transporte coletivo nos grandes centros urbanos, etc. Estes serviços foram quase que totalmente privatizados e entregues às leis do mercado.
5. Perda do caráter público do Estado, através da privatização dos procedimentos estatais, da verdadeira perversão

dos seus meios e fins, da queda do seu caráter regulador sobre os órgãos públicos e privados, enfim, através da implementação de políticas públicas regressivas, concentradoras da renda e, por isso, anti-nacionais e anti-populares.

O PANO DE FUNDO MUNICIPAL

Para fins deste trabalho julgamos que o Município deva ser encarado sob dois ângulos:

1. Enquanto instância de poder, aproxima-se da visão do "poder local", isto é, do poder emanado de uma comunidade capaz de gerar, em sua área geográfica, um mínimo de riqueza, de produzir um mínimo de bens e serviços e de conseguir um mínimo de participação no processo da distribuição dessa riqueza e dos bens e serviços. Abaixo destes "mínimos" seria impensável a questão do poder. Acima destes mínimos este poder emerge e expressa-se por:
 - a. Representatividade e legitimidade das lideranças locais que:
 - . Vivenciam o dia a dia das realidades da comunidade,
 - . Identificam com mais realismo e sensibilidade as necessidades e prioridades da comunidade,
 - . Identificam com mais realismo e viabilidade as soluções adequadas, e
 - b. Maior acessibilidade da população aos seus líderes, tanto os ligados ao setor executivo como ao legislativo, o que redundava em pressão diária da comunidade sobre os seus líderes.

Estas características de poder local transpareceram mais no

início da colonização do nosso país, quando então os Municípios brasileiros eram os grandes marcos, tanto no povoamento e expansão das fronteiras, como na defesa contra invasores estrangeiros. Estas características foram, porém, reprimidas aos poucos, com o avanço e a modernização do processo colonizador: a riqueza nacional passava a ser produzida em regiões mais extensas e a sua remessa às metrópoles necessitava negócios "em bloco" com maior segurança, realizados preferentemente na capital. Da vocação histórica do poder local, os municípios foram obrigados a se revestirem do papel crescente de executores das normas e exigências Estaduais e principalmente Federais. A partir da reforma tributária de 1967, os Municípios receberam o derradeiro golpe, ficando em média com 3 a 5% do que nele é arrecadado, enquanto que nos países desenvolvidos essa porcentagem oscila entre 25 a 40%.

2. Os critérios pelos quais as comunidades passaram a constituir-se em Municípios foram profundamente atingidos pelo clientelismo e populismo do nosso Estado paternalista e, por isso, uma grande parte, provavelmente não preenche condições mínimas de poder local, mas que foram guindados a Município por contingência de clientelismo eleitoral. Estes municípios localizam-se entre os quase 70% com menos de 20.000 habitantes, dos aproximadamente 4.000 Municípios brasileiros. Nestes casos, o poder local deverá ser entendido, provavelmente, por aglomerados de municípios, consorciados em micro-regiões.

Como deve ser encarada a reversão desta repressão de muitas décadas contra o "poder local" e o município?

A QUESTÃO DA MUNICIPALIZAÇÃO

Que não é propriamente de municipalização.

É, antes disso, de desconcentração da riqueza e da produção de bens e serviços, assim como da correspondente descentralização do poder e das decisões político-administrativas (hoje nas mãos dos Estados e, principalmente, da União).

A vocação histórica do poder local (ora reprimido), a pulverização clientelista dos Municípios e as regiões metropolitanas colocam em primeiro plano a necessária lucidez das lutas democráticas, a fim de que:

- a. uma reforma tributária consequente, e
- b. a redefinição do equilíbrio dos poderes Federal, Estadual e Municipal

venham corresponder à maior participação política, econômica e social das grandes maiorias da população.

O SURGIMENTO DAS A.I.S.

Ligando todas essas questões à área da saúde, constatamos que o atual modelo, concebido a nível nacional, foi inculcado aos Municípios. Isto chega a explicitar-se na Lei Federal nº 6.229 e na Lei Orgânica dos Municípios. Este modelo caracteriza-se segundo o esquema:

Setor Privado

1. Instala-se segundo as leis de mercado e sua capacidade de vender serviços a órgãos públicos, principalmente o INAMPS, cujos contratos não estão vinculados aos processos de licitação e/ou concessão pública e o consequente controle de interesse público. Não há maior compromisso com a hierarquização e regionalização dos serviços e o interesse so-

cial. Esta relação propiciou que o país se tornasse o "paraíso" das multinacionais de equipamentos e medicamentos e, também, dos grandes empresários médico-hospitalares e laboratoriais.

2. A sua cobertura da população, qualidade e quantidade dos serviços prestados e os preços, não são regulados com predominância do interesse público.

Setor Público

1. Baixíssimas porcentagens de participação nos orçamentos: Federal (Ministério da Saúde), Estaduais (Secretarias da Saúde) e Municipais (Secretarias ou Departamentos de Saúde). O mesmo em relação aos serviços próprios do INAMPS, no seu orçamento.
2. Inexistência ou precariedade da rede de serviços básicos e hospitais públicos regionais e baixíssima resolutividade da rede básica.
3. Altíssimos índices de ociosidade.
4. Desintegração entre os órgãos Federais, Estaduais e Municipais e grande distorsão dos papéis e responsabilidades dos três níveis de governo (incluindo ausência de compromissos com a cobertura da população por órgão e por atividade).

Devido ao aprofundamento das suas contradições intrínsecas, assim como ao avanço das lutas democráticas, este modelo nacional, hoje, desagrega-se e abre espaço para o embrionamento de um modelo mais progressista, moderno e social, expresso pelo desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (A.I.S.). Basicamente:

- . Repasses do INAMPS para os Estados e Municípios ampliem

e elevarem a resolutividade da Rede Básica e dos Hospitais Regionais;

- . Gestão das A.I.S. por comissões pluri-institucionais nos níveis Municipal, Regional, Estadual e Federal;
- . Racionalização e adequação dos órgãos próprios do INAMPS à Integração e Hierarquização;
- . Modernização e moralização dos procedimentos de compra de serviços privados.

Todas estas medidas encontram-se ainda em fase embrionária, com exceção da primeira, que já revela alguns resultados positivos, apesar de ainda em poucos lugares. Constituem, porém, os primeiros passos e a antevisão de um novo sistema de saúde, pluri-institucional, mas unificado nas suas diretrizes de Integração, Hierarquização, Regionalização e Democratização.

Qual o papel dos municípios neste processo?

OS MUNICÍPIOS E AS A.I.S.

No primeiro quinquênio dos anos 70, vários municípios médios e capitais de Estados iniciaram a busca de alternativas para a atenção à saúde da sua população. Já opunham certa resistência à reprodução do modelo nacional que, no município, privilegiava as especialidades médicas, o Pronto-Socorro, o Hospital Municipal (ou subsídios municipais a hospitais privados), ou simplesmente ambulâncias para remoção. Esta resistência estendia-se, também, à reprodução do atendimento prestado pela rede das Secretarias Estaduais, devido a sua limitação na faixa materno-infantil, com baixíssima cobertura e resolutividade.

A busca de alternativas iniciou-se pela simples desconcentração da atenção ambulatorial, em direção às periferias urbanas e, por vezes, a vilas rurais, através de pequenos postos avançados de atendimento intermitente, muitas vezes por especialistas, e até mesmo atendimento móvel, com viaturas especiais. Este início, apesar de extremamente precário e tímido, já era expressão e intuição, geradas pela sensibilidade do "poder local", do que viria a se constituir nas primeiras experiências de Atenção Primária à Saúde em nosso país, baseadas em postos comunitários e em profissionais não especializados.

Estas buscas e experiências suscitaram várias trocas de experiência e, em 1978, o primeiro Encontro de Secretários Municipais de Saúde das capitais do Nordeste. Ainda em 78, o Encontro de Secretários de Saúde de Campinas (SP); em 79, o de Niterói (RJ) e muitos outros, como o de João Pessoa, o de Belo Horizonte, o de São José dos Campos (SP), etc. Em 1985, os Encontros Municipais de Saúde de Montes Claros (MG), Joinville (SC), Poços de Caldas (MG), Criciúma (SC) e Bauru (SP), já trazem a marca forte da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da Constituinte.

Estes encontros revelam as iniciativas e realizações municipais em saúde, como muito mais próximas às recomendações da Conferência Mundial de Alma-Ata. Avançam na área da Atenção Primária e fustigam, cada vez mais, os obstáculos, ainda não transpostos, que se opõem ao desenvolvimento do sistema de referência e contra-referência e do suporte laboratorial da rede básica.

Em outras palavras: o desenvolvimento das experiências municipais de Atenção Primária à Saúde vem exigindo, para a sua própria sobrevivência, uma boa articulação com os níveis mais complexos de serviços de saúde, principalmente com o nível secundário. Este processo intensifica-se a partir de 1983,

quando as eleições municipais colocam nas Prefeituras os candidatos mais progressistas e democráticos.

Hoje, os municípios que mais avançaram nas suas redes de unidades de Atenção Primária à Saúde estão enfrentando e superando questões programáticas e operacionais, tais como:

- . Implantação da sua rede física própria;
- . Definição e cumprimento de metas de cobertura por atividade;
- . Padronização e compra de medicamentos básicos;
- . Padronização e consecução de apoio laboratorial básico;
- . Definição e bom assalariamento do seu quadro de pessoal;
- . Desenvolvimento de sistemas de reciclagens e supervisão adequados;
- . Colheita de material de exame nas próprias unidades;
- . Sistema de transportes adequado;
- . Maiores porcentagens orçamentárias do tesouro municipal para saúde;
- . Melhor capacitação administrativa e gerencial; etc.

É importante notar que, também a partir de 1983, as eleições estaduais colocam nos respectivos governos candidatos mais progressistas e democráticos e, a partir daí, algumas Secretarias Estaduais de Saúde dão os primeiros passos em direção a:

- . Maior respeito às realidades e iniciativas, regionais e municipais, e às redes de Atenção Primária à Saúde de vários municípios médios e capitais de Estado;
- . Descentralização político-administrativa às suas instâncias regionais;
- . Transferência formal de várias responsabilidades aos municípios médios de mais iniciativas; e
- . Propostas integradoras com os municípios de um modo geral.

Até onde estamos informados, este fenômeno ocorre mais intensamente nos Estados de São Paulo, Paraná e Minas Gerais.

Tendo o processo democrático como o grande facilitador dos avanços, é justamente em 1983 que as A.I.S. são assumidas pelo Governo Federal (Ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social) e, com isso, embrionando um novo sistema nacional de saúde.

A busca tensa e intensa do movimento municipal de saúde, de articulação e suporte dos serviços de complexidade secundária, e a emergência das A.I.S. fundem-se, hoje, numa mesma estratégia. Esta estratégia inclui, também, o salto funcional das unidades de saúde do Estado, para a atenção integral à saúde, ao nível primário e com a maior resolutividade possível.

RUMOS E PERSPECTIVAS

As A.I.S. vão passando de simples racionalização, para embrionar um sistema de saúde moderno e social, na medida do avanço e consolidação da Democracia em nosso país. Dois grandes marcos para 1986: a Conferência Nacional de Saúde e a eleição da Assembléia Nacional Constituinte e, mais à frente, a nova Constituição.

Contudo, todas as conquistas possíveis, desde já, devem ser empreendidas sem esperar pelos marcos.

Dentro da perspectiva histórica do nível local assumir sua própria programação e execução dos serviços básicos de saúde, os Municípios médios e grandes, ou consórcios de Municípios pequenos, deverão credibilizar-se através de um esforço adicional, mesmo antes da Reforma Tributária e da redefinição dos papéis da União, Estado e Município. Seguem, abaixo, al-

gumas posições e princípios, gerados na experiência de Campinas, SP, e baseados no que se passa em várias outras regiões do país.

PRINCÍPIOS PARA UMA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE:

1. A saúde é direito inalienável de cidadania de todo ser humano, independente das classes, raças, credos religiosos e políticos, e, por isso, dever de Estado.
2. Apesar do papel intransferível dos serviços de saúde, na elevação dos níveis de saúde da população, a Prefeitura Municipal deve reconhecer os limites desses serviços e o papel determinante do consumo de alimentos básicos por toda a população, da habitação salubre e saneamento básico também para toda a população, e do pleno emprego e salários justos para os que se encontram em condições de trabalhar, na elevação dos níveis de saúde.
3. Quanto aos serviços de saúde, deve caber ao Poder Municipal a participação, conjuntamente com os Poderes Estadual e Federal, na regulação da oferta de serviços, públicos e privados, com a finalidade de assegurar a toda população, por igual, fácil acesso aos serviços básicos de saúde e, quando necessário, aos serviços mais complexos, estes, de responsabilidade maior do Estado, União e entidades privadas.
4. A maior responsabilidade de investimento da Prefeitura Municipal, em saúde, deve ser na Rede Municipal de Centros de Saúde, que, ao oferecer serviços básicos de boa qualidade, está resolvendo mais de 80% dos problemas da população, na área de competência dos serviços de saúde. Dentro desta responsabilidade situam-se ainda: a promoção da salubridade domiciliar, peri-domiciliar, dos estabelecimentos de uso público e, em integração com a Secretaria Estadual da Saúde, a salubridade dos alimentos, o controle

de zoonoses e a promoção da saúde das crianças matriculadas nas creches, pré-escolas e escolas. Essa mesma responsabilidade, em relação ao Hospital Municipal, deve ser compartilhada majoritariamente com o Estado e, principalmente, a União, assim como com entidades filantrópicas já existentes.

5. A plena realização das responsabilidades da Prefeitura Municipal na área da saúde deve passar, obrigatoriamente, pelo cumprimento de:
 - a. Redefinição dos papéis do Município, Estado e da União, na organização dos serviços de saúde, tendo-se como metas a integração, hierarquização e regionalização, onde a rede de serviços básicos venha a ser ampla e de boa qualidade e, por isso, a maior porta de entrada no sistema. Rede esta, de serviços básicos, de responsabilidade tipicamente Municipal.
 - b. Profunda reforma do sistema financeiro e tributário no país, com retenção no município de fatia mais justa de arrecadação, hoje reduzida a não mais que 5%.
6. Na formulação das prioridades políticas, sociais e institucionais, o orçamento Municipal deve contemplar a área da saúde com uma fatia mínima de 10%, hoje reduzida, na maioria dos Municípios, para baixo de 4%, independentemente dos repasses externos.
7. Na manutenção dos Serviços Municipais de Saúde, os seus profissionais constituem o fator que mais determina a efetividade e qualidade e, por isso, cabe à Prefeitura Municipal promover, permanentemente, o seu desenvolvimento, através da racionalização do seu quadro de pessoal, de um plano de cargos, salários e carreiras, assim como da realização de treinamentos e supervisão adequados.

8. As "Ações Integradas de Saúde" constituem os primeiros passos para a integração e redefinição dos papéis do Município, Estado e União, e combate ao desperdício do dinheiro público. Não são, por isso, um convênio a mais, ou compra de serviços Municipais pelo INAMPS, ou uma simples válvula de escape para a crise do sistema.
9. No processo democrático, deve caber à Prefeitura Municipal estar aberta, em busca de canais de participação do pessoal de saúde do Município, e da população, na gestão e controle dos Serviços Municipais de Saúde.

CONDIÇÕES PARA A MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

1. Manutenção da participação ativa e permanente da União e Estado nas diretrizes dos programas básicos e na realização da supervisão e avaliação das atividades dos Centros de Saúde municipalizados e participação efetiva dos próprios Municípios na formulação das Diretrizes e realização da supervisão e avaliação.
2. Preservação dos Centros de Saúde de maior porte, nos municípios médios e grandes, sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, com a finalidade de referência para os Centros de Saúde de menor porte, e também para a Secretaria Estadual continuar a desenvolver experiência direta na área da Atenção Primária à Saúde.
3. A municipalização dos demais Centros de Saúde deverá pautar-se por:
 - 3.1. Cessão do prédio no caso deste ser próprio. No caso de ser alugado, ou o contrato passa para a Prefeitura Municipal, acompanhado do correspondente repasse financeiro, ou permanece com o Estado, mas, neste caso, com o direito da Prefeitura indicar o local e prédio a ser alugado.

- 3.2. Cessão dos equipamentos básicos acompanhados de repasse financeiro necessário à sua reposição.
 - 3.3. Fornecimento à Prefeitura dos medicamentos básicos da CEME, segundo relação padronizada e nas quantidades previstas pela CLIS.
 - 3.4. Pessoal: por conta do Estado.
 - 3.5. Cumprir uma primeira etapa de municipalização só para cidades de porte médio e prosseguir aos demais Municípios somente após avaliação das CLIS, CRIS e CIS. Após uma reforma tributária que contemple os municípios com uma fatia realmente justa da arrecadação global (no mínimo 20%), os recursos financeiros correspondentes à realização destes sub-ítem deverão passar à responsabilidade Municipal.
4. O cronograma de implantação da municipalização respeitará as especificidades de cada município.
 5. Todos os aspectos pendentes a estas condições, assim como as medidas implementadoras da municipalização, ficam sob a coordenação das CLIS, CRIS e CIS.