

Descentralização da saúde e poder local em Minas Gerais*

ADRIANA MARIA DE FIQUEIREDO**

DAISY MARIA XAVIER DE ABREU***

SUSETE BARBOZA FRANÇA****

MARIA DAS MERCÊS GOMES SOMARRIBA*****

SORAYA ALMEIDA BELISÁRIO*****

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. Breve caracterização dos municípios; 3. Discussão dos resultados; 4. Considerações finais.

PALAVRAS-CHAVE: poder local; descentralização da saúde.

A associação positiva que se faz entre a estratégia de descentralização e a democratização do espaço público local, através de um controle maior por parte dos cidadãos, nem sempre se verifica nas experiências concretas, especialmente nos pequenos municípios. Nesta perspectiva, este artigo apresenta os principais resultados de uma pesquisa realizada em três municípios mineiros sobre o processo de descentralização da saúde diante da estrutura de poder local vigente. O estudo procurou considerar os interesses e influências dos atores individuais e coletivos no processo de descentralização da saúde, que tendem a se mobilizar em direção à defesa, modificação ou rejeição das propostas de mudanças no setor saúde. As características político-administrativas do Estado influem nas condições de implementação de políticas de descentralização, que encontram, no nível local, peculiaridades que não podem

* Artigo recebido em dez. 1997 e aceito em maio 1998.

** Professora do Departamento de Educação da Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop) e mestre em sociologia.

*** Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição da UFMG (Nescon/UFMG) e mestranda em demografia.

**** Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição da UFMG (Nescon/UFMG) e mestre em administração.

***** Professora de sociologia da UFMG e doutora em sociologia.

***** Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG e doutoranda em saúde pública.

ser desconsideradas e que atuam sobre os determinantes do processo de descentralização do setor saúde.

Health decentralization and local power in Minas Gerais

The positive association between decentralization strategy and democratization of the public sphere, through a great control by citizens, hardly happens in real experiences. In this way, this paper presents the main results of a research about the health decentralization process in view of local power structures, which took place in three towns of Minas Gerais (Brazil). The study took into account the interests and influences of individual and collective actors in the health decentralization process, who tend to mobilize towards defending themselves against, transforming or rejecting the proposals of change in the health sector. The political and administrative features of the state of Minas Gerais influence the conditions of decentralization policies that find, at the local level, some particularities that cannot be unconsidered and which act on the determinants of the health decentralization process.

1. Introdução

Na década de 80, a política de descentralização ocupou um lugar de destaque no debate sobre a reforma do Estado brasileiro. Supunha-se que formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas e mais eficientes, contribuindo para o fortalecimento da democracia e para o aumento dos níveis de bem-estar da população. A descentralização administrativa possibilitaria, tanto para acadêmicos quanto para *policy makers*, maior equidade social, redução do clientelismo, aumento do controle do Estado pela sociedade e maior envolvimento dos cidadãos na gestão pública. Estes foram, em linhas gerais, os argumentos centrais que nortearam a agenda descentralizadora dos anos 80, cujo desfecho se deu com a promulgação da Constituição de 1988, que promoveu importantes transformações no cenário político-administrativo do país.

Desde então, vários autores têm questionado as diversas associações positivas que foram estabelecidas entre a política descentralizante, o fortalecimento da democracia e a eficiência na prestação dos serviços públicos (Castro, 1991; Ugá, 1991; Muniz, 1992; Camargo, 1994; Almeida, 1995; Arretche, 1996). Para esses autores, não haveria uma correspondência necessária entre a descentralização político-administrativa e a consolidação da democracia. Isto porque, segundo Ugá (1991), a descentralização implica a redistribuição dos espaços de poder e dos meios para executá-la e, muitas vezes, a realidade no nível local configura-se de tal modo que as políticas descentralizadoras não significam sempre a possibilidade de democratização do exercício político. Considerar que no nível local as instituições são necessariamente representativas da comunidade, que a participação é um dado e que a descentralização é

a desburocratização estão diretamente associadas não corresponde a situações em que a presença do “poder invisível” (grupos de interesses que exercem fortes pressões sobre a população) e das oligarquias que cerceiam a liberdade do participante é ainda muito forte.

Ao analisar-se a estrutura de poder local no Brasil, percebe-se que, embora nas grandes cidades tenha ocorrido uma maior organização das camadas populares, através da atuação de sindicatos e dos movimentos de mobilização popular, nos municípios menores persiste uma estrutura política mais tradicional com uma forte carga patrimonial e reduzida distinção entre as esferas pública e privada.

Nesta perspectiva, foi realizada uma pesquisa com o objetivo de analisar a estrutura de poder local e suas relações com o sistema de saúde, procurando identificar as características da tomada de decisão no processo de descentralização da saúde em Minas Gerais.¹ O estudo procurou considerar os interesses e influências dos atores individuais e coletivos envolvidos no processo de municipalização da saúde, que tendem a se mobilizar em direção à defesa, modificação ou rejeição das propostas de mudança no setor saúde.

Este artigo apresenta os principais resultados desta pesquisa, que se baseou, fundamentalmente, na realização de estudos de caso, considerando como universo os pequenos municípios mineiros com um mínimo de recursos no setor saúde (o que possibilitaria alguma disputa de poder). O universo da pesquisa foi delimitado na faixa de municípios com população entre 10 e 50 mil habitantes.² A partir de um mapeamento deste universo com base em dados secundários, foram escolhidos seis municípios que pareciam espelhar algumas situações típicas ou diferentes tendências do processo de municipalização em sua relação com o poder local. Dessa forma, a pesquisa envolveu duas fases: a primeira, chamada de *fase exploratória*, foi realizada nesses seis municípios,³ quando foram escolhidos três deles — Itamarandiba, Lagoa da Prata e Vazante — para a fase seguinte, que buscou aprofundar o estudo.

A análise das experiências dos três municípios possibilitou a identificação de problemas para o avanço do processo de descentralização da saúde em Minas Gerais, bem como das perspectivas e limites desta política nas condi-

¹ A pesquisa Descentralização da Saúde e Poder Local em Minas Gerais, realizada no período de março de 1995 a junho de 1996, no âmbito do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais, contou com o apoio financeiro, em sua fase inicial, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, e em seu desenvolvimento, com o da Organização Pan-Americana de Saúde, através de linha de financiamento de estudos e pesquisas sobre Estado e saúde, promovida pela Opas e pelo Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (Clasco).

² Nesta faixa se enquadram 274 municípios mineiros.

³ Os municípios escolhidos para esta fase foram: Campo Belo, Frutal, Itamarandiba, Lagoa da Prata, Leopoldina e Vazante.

ções peculiares desse estado. Assim, observa-se que, em dois dos casos estudados, a disputa pelo poder mantém um caráter clientelista ou “neoclientelista”, pois os grupos políticos buscam cooptar clientelas através da manipulação e da “concessão” de benefícios. O controle do poder municipal fornece bases para a articulação com os organismos estatais e forças políticas externas ao município, que controlam importantes recursos políticos. No caso particular da saúde, persiste, na política local, uma imbricação de interesses entre os setores público e privado na prestação de serviços de saúde, mediada pela corporação médica, aliada a grupos políticos poderosos ou constituindo, ela própria, importante força política local. A prestação de serviços de saúde configura-se, assim, em um recurso clientelista valioso para legitimar e manter o poder político desses setores.

Portanto, a estratégia de descentralização da saúde, ao encontrar determinada conformação de poder local, contribui para fortalecer uma estrutura clientelista tradicional. Mas, apesar das contradições e limites dessa política, a descentralização mantém, potencialmente, sua face democratizante, sendo uma alternativa na busca da eficiência e eficácia dos serviços de saúde. Em pelo menos um dos municípios estudados, a administração local dos serviços ampliou, efetivamente, o acesso e contribuiu para a melhoria do atendimento e o aumento do controle da população sobre os serviços.

2. Breve caracterização dos municípios

Itamarandiba

O município está localizado na macrorregião do Jequitinhonha, a 417km da capital, Belo Horizonte. Sua base econômica predominante é a agricultura de subsistência e a extração de madeira e carvão vegetal, embora esta última atividade tenha sofrido redução nos últimos anos. A renda média familiar *per capita* do município é bem reduzida, sendo que em 1991 correspondia à metade da renda média dos outros dois casos estudados. A maioria da população do município encontra-se no meio rural, cerca de 65% dos 32.506 habitantes, conforme o censo demográfico de 1991. O índice de analfabetismo é ainda elevado, sendo que a população alfabetizada (acima de cinco anos) representava 56% da população total. O quadro nosológico é predominantemente composto por doenças infecto-contagiosas e desnutrição. Observa-se também uma alta prevalência de doença de Chagas e hanseníase. Problemas respiratórios como bronquite e pneumonia também surgem com frequência.

O município conta com um grande número de postos de saúde no meio rural e possui dois hospitais, um público e um privado sem fins lucrativos,

com 60 e 75 leitos, respectivamente. A oferta de serviços de saúde, embora possa parecer suficiente para as necessidades da população, apresentava problemas do ponto de vista da qualidade e do acesso. A atenção médica, tanto ambulatorial quanto hospitalar, concentrava-se nos dois hospitais do município, que trabalhavam em esquema de plantão para redução de custos. O atendimento era prestado em dias alternados, até mesmo nos casos de urgência. Observou-se que os médicos, que são em número reduzido, controlavam a assistência hospitalar no município.

A história de Itamarandiba remonta ao período colonial e está relacionada com o desbravamento dos sertões realizado pelas expedições dos bandeirantes paulistas à procura de pedras preciosas, aproximadamente em 1760 (Pavie, 1988). Possivelmente pelas suas origens históricas, o município caracterizou-se politicamente como uma típica expressão do “coronelismo”, fenômeno muito comum nas formações políticas do Brasil imperial. Esta característica foi, de alguma forma, sendo mantida ao longo dos anos, o que pode ser observado pela contínua participação de famílias na vida política local, que procuraram sempre se adaptar às mudanças no arranjo político de partidos e grupos, de forma a permanecerem no comando da política local. Cabe ressaltar que o clientelismo, no caso de Itamarandiba, foi-se moldando ao estilo de cada governante e consolidou-se como prática política até as gestões municipais mais recentes.

Contribui para este quadro político de caráter conservador a reduzida organização política da sociedade civil, composta basicamente por produtores e trabalhadores rurais que ficam sujeitos à manipulação dos políticos, principalmente nos períodos eleitorais.

Nesta perspectiva, a organização dos serviços e da assistência à saúde em Itamarandiba tem demonstrado que o princípio do direito à saúde como dever do poder público é ignorado, tanto pelo Poder Executivo quanto pelo Legislativo. Através das observações e entrevistas realizadas no trabalho de campo, foi possível constatar que o setor saúde não se apresentava (até 1996) como uma prioridade para a administração municipal, tendo em vista a ausência de investimento no setor, para recursos tanto físicos e materiais quanto humanos.

A Secretaria Municipal de Saúde contava apenas com recursos repassados pelo SUS para o desenvolvimento de suas atividades. Além disso, Itamarandiba encontrava-se no estágio de gestão incipiente da municipalização, não tendo, até a ocasião da pesquisa, instituído nem o conselho nem o Fundo Municipal de Saúde. A ausência do conselho e a falta de recursos têm contribuído para que o planejamento e a execução das ações de saúde tenham um alcance limitado. Apesar de ter sido elaborado um plano municipal de saúde para o município em 1992, reformulado em 1994, a secretaria não tinha qualquer diretriz ou estratégia definida a médio ou longo prazos para o sistema de saúde.

Este quadro reflete a precariedade na implementação da política de descentralização da saúde em Itamarandiba, já que esta política não contava com o apoio da administração municipal e a população não dispunha dos instrumentos necessários para exercer qualquer pressão ou controle sobre a prestação da assistência à saúde.

Lagoa da Prata

Localiza-se na macrorregião do Alto São Francisco, a apenas 200km de Belo Horizonte. É um município essencialmente urbano, que contava com cerca de 31 mil habitantes em 1991. As principais atividades econômicas estão ligadas à monocultura da cana e à pecuária leiteira, que abastecem a usina de açúcar e álcool de Luciânia e a fábrica de doces Embaré. A economia informal no município é também importante, principalmente na entressafra da cana.

Os problemas de saúde mais comuns são as doenças cardiovasculares, respiratórias e infecto-contagiosas, e existem casos de doença de Chagas e hanseníase. As doenças mentais e o alcoolismo são problemas importantes de saúde pública, além dos acidentes de trabalho e doenças profissionais causadas por agrotóxicos, e ocorrem quase sempre em virtude da sazonalidade da cana-de-açúcar.

O município conta com uma rede ambulatorial pública significativa, e em outubro de 1995 foi inaugurado um pronto-atendimento. Participa do Consórcio Intermunicipal do Alto São Francisco, era referência no atendimento de fisioterapia e saúde mental e estava enquadrado na gestão parcial. A assistência hospitalar era considerada um dos maiores problemas na área de saúde, já que os três hospitais existentes no município são de natureza privada e, à época da pesquisa de campo, restringiam o atendimento para os pacientes do SUS.

Lagoa da Prata surgiu na segunda metade do século passado e tem sua história marcada pela presença dos "coronéis", que dominaram a cena política até pelo menos o final dos anos 30. Em 1938, Lagoa se elevou à categoria de município e até 1964 o poder local foi disputado/compartilhado por dois clãs rivais, organizados nos partidos da UDN e PSD. As duas facções conviviam, se não harmoniosamente, de forma conciliatória, com a hegemonia de um dos grupos. No final dos anos 40, o principal expoente deste grupo majoritário fundou um laticínio, que se transformou na mais importante indústria do município e, nessa mesma época, foi criada a usina de açúcar e álcool. A partir daí o município experimentou intenso crescimento urbano. Após o golpe de 1964 houve continuidade no mando local, com os dois grupos disputando os pleitos municipais através das legendas da Arena e do MDB, mais tarde PDS e PMDB.

Até as eleições de 1988, a hegemonia na política local permaneceu com o grupo articulado na legenda do PMDB. Durante todo esse período prevaleceram práticas clientelistas nas disputas eleitorais, como a compra de votos, algumas vezes dissimulada, outras vezes francamente aberta. No pleito de 1992, entretanto, houve uma quebra da hegemonia dos grupos mais tradicionais, com a vitória do Partido dos Trabalhadores. Este partido conseguiu eleger o prefeito e uma bancada de apenas dois vereadores, o que ocasionou freqüentes atritos entre os dois poderes.

Desde sua fundação, no início dos anos 80, a grande questão para o PT local era o problema do acesso à assistência médica, particularmente hospitalar. Embora os três hospitais fossem contratados pelo SUS, exigiam “pagamento por fora” para consultas e internações. Apesar disso, toda a campanha se centrou na valorização da atenção primária, para não despertar forte oposição dos hospitais. Após a vitória do PT, o hospital filantrópico — o maior deles —, que foi reformado e ampliado com dinheiro público na gestão anterior e passou a ser gerido por uma “sociedade de amigos”, tornou-se o núcleo de oposição às propostas da prefeitura para a saúde.

A estratégia de mudança na correlação de forças na saúde adotada pela prefeitura foi a reorganização do sistema municipal de saúde, controlando e redistribuindo as AIHs e criando mecanismos de referência e contra-referência. A criação do pronto-atendimento tornou-se a principal “vitrine” da política de saúde na nova gestão municipal e, de fato, houve melhoria no atendimento ambulatorial e também hospitalar, com o maior controle da prefeitura sobre os prestadores. O Conselho de Saúde era relativamente atuante e expressava os principais grupos organizados da sociedade civil.

Vazante

Localizado na macrorregião Noroeste, Vazante está a 490km de Belo Horizonte e, segundo o censo demográfico de 1991, sua população de quase 19 mil habitantes é predominantemente urbana (71%). A exploração do minério de zinco e a produção do seu concentrado representam as principais atividades econômicas do município. Nos últimos anos, a queda do preço do zinco no mercado internacional provocou um aumento do desemprego na região.

Em termos de alguns indicadores sociais, o município apresenta índices bem razoáveis: cerca de 82% da população acima de cinco anos são alfabetizados e o quadro nosológico da população tem evoluído no sentido de redução da prevalência da doença de Chagas (que era endêmica na região) e de doenças infecto-contagiosas, o que pode ser atribuído, em grande parte, ao saneamento básico (95% das moradias na área urbana dispõem de serviço de água e esgoto). As doenças respiratórias e as psiquiátricas são as mais freqüentes.

Do ponto de vista da prestação de serviços de saúde, o município dispõe de três hospitais (um público e dois privados), sendo que um dos hospitais privados não era credenciado pelo SUS (em 1995/96), atendendo apenas a convênios e particulares. No nível ambulatorial, funcionam cinco postos de saúde na zona rural e dois centros de saúde na área urbana, abrangendo o atendimento de clínicas básicas.

O município teve sua origem relacionada às romarias realizadas a uma das grutas da região no final do século passado, por causa da existência de uma estalagmite, junto à parede da rocha, que se assemelha à imagem de Nossa Senhora. Mas Vazante teve como principal fator de ocupação a exploração do zinco, com a instalação da Companhia Mineira de Metais do Grupo Votorantim, na década de 50. O desenvolvimento urbano e industrial, que se deu a partir daí, contribuiu para a modernização do município, sendo que, em termos políticos, o poder de famílias tradicionais acabou por se diluir e possibilitou o surgimento de novos grupos políticos menos “enraizados”.

Entretanto, o processo de urbanização de Vazante não teve como contrapartida uma maior democratização nas relações de poder, sendo que ainda é relativamente incipiente a organização da sociedade civil. Os sindicatos de trabalhadores da Companhia Mineira de Metais e da indústria extrativa, bem como as duas associações de bairro mais atuantes, eram totalmente dependentes e vinculados a vereadores. Um exemplo desse atrelamento é o Conselho Municipal de Saúde, que era formado por pessoas escolhidas pelo prefeito.

Embora Vazante não apresentasse maiores problemas em termos de oferta de serviços de saúde, havia — possivelmente por questões políticas — uma nítida divisão entre os médicos da cidade, especialmente entre aqueles que atuam no hospital público administrado pelo município e os médicos do hospital privado não-credenciado. Este aspecto tem influência sobre o processo de descentralização da saúde, uma vez que os recursos para financiamento das ações de saúde advindos do SUS eram distribuídos segundo critérios mais políticos do que técnicos, o que representava para a população a impossibilidade de contar com o atendimento público do hospital de maior complexidade tecnológica entre os do município.

Tendo, na sua história política recente, a presença de grupos menos conservadores, Vazante experimentou, de um modo próprio, a utilização da saúde como centro da atuação política de seus governantes. Ainda que tivesse avançado em termos da organização e oferta de serviços de saúde para a população, prevalecia a ótica puramente curativa. O município encontrava-se na gestão semiplena, mas a assistência à saúde se transformou, nas últimas gestões, em uma concessão do prefeito e não era percebida como um direito da população. Em Vazante, a descentralização da saúde vem sendo implementada de uma forma que fortalece práticas clientelistas no âmbito local.

3. Discussão dos resultados

Relações de poder local e descentralização da saúde

Os estudos de caso realizados demonstram uma articulação marcante entre as estruturas de poder local, a capacidade administrativa e financeira dos municípios e o processo de descentralização da saúde. No discurso, a estratégia de descentralização da saúde era considerada um passo importante na melhoria da assistência pelos prefeitos e secretários municipais de Saúde dos três municípios. A forma pela qual tal estratégia foi desenvolvida variou em função das diferentes concepções políticas das administrações municipais.

Nos municípios de Lagoa da Prata e Vazante, mudanças políticas e sócio-econômicas, ocorridas principalmente a partir da década de 80, favoreceram a implantação de formas descentralizadas de gestão e prestação de serviços de saúde. Nestes municípios, o processo de industrialização e urbanização contribuiu para a mudança na composição de forças políticas locais.

Em Vazante, a descoberta de reservas de zinco, já na década de 50, e sua exploração e industrialização por duas grandes empresas favoreceram a quebra do poder familiar, com a incorporação de grupos políticos formados também por pessoas originárias de outros municípios.

A estrutura política de coronelato existente em Lagoa da Prata começou a entrar em decadência já na década de 50, com o intenso desenvolvimento experimentado pelo município, que imprimiu uma diversificação social e política, promovendo a formação de novos grupos políticos e a disputa pelos espaços de poder existentes no município.

Já em Itamarandiba, tanto as relações econômicas e sociais quanto as mudanças políticas ocorridas não alteraram, significativamente, a estrutura política local. Permanece uma estrutura de poder local mais tradicional, ainda ligada ao predomínio das disputas familiares, em contraposição à formação de grupos políticos com alguma identidade partidária de maior significado. Mesmo as mudanças partidárias das lideranças políticas locais não significaram uma ruptura com o passado político.

Observa-se, então, que as diferentes configurações de poder local permitiram variadas nuances na estratégia de descentralização da saúde em curso.

Nos municípios de Lagoa da Prata e Vazante, o campo de negociação política para a gestão da saúde foi ampliado com as rupturas ocorridas nas estruturas de poder local, aliadas a uma maior pressão da população ocasionada pela urbanização e desenvolvimento sócio-econômico dos municípios. Em Itamarandiba, ao contrário, não foram observadas mudanças significativas na gestão da saúde ou ampliação dos canais de participação da população em tal gestão. Tal característica parece estar intrinsecamente ligada à inexistência de competição política local que ameaçasse a hegemonia do grupo que

se encontrava no poder, tradicionalmente ligado ao domínio familiar. Essa situação foi agravada sobremaneira pelas condições sócio-econômicas do município, onde as formas de organização da população, para estabelecer alguma base reivindicatória no sentido de uma distribuição mais equitativa e eficiente dos recursos de saúde, pouco se desenvolveram.

A fragilidade dos mecanismos de gestão dos sistemas municipais de saúde

A descentralização da saúde representou uma ruptura com o modelo de prestação de serviços anteriormente vigente, na medida em que transferiu responsabilidades aos municípios. Essa estratégia pretendia promover a busca de soluções para os problemas de saúde pelas administrações municipais pressionadas pela população.

Há uma percepção, tanto da população quanto dos gestores dos sistemas locais de saúde, de que a descentralização da saúde aproximou as instâncias decisórias dos usuários dos serviços, facilitando a cobrança e a busca de soluções. A resposta às demandas varia de acordo com a forma pela qual cada município estrutura seu sistema de saúde, o que, por sua vez, está relacionado diretamente à linha política da administração municipal.

Mesmo em Itamarandiba, onde o acesso à atenção à saúde era precário, intensificou-se a procura direta da população por assistência médica junto ao secretário municipal de Saúde, ao prefeito e até mesmo aos vereadores. Tal procura indica que há uma identificação, por parte da população, ainda que incipiente, desses atores como os responsáveis pela prestação de serviços de saúde. A administração municipal foi forçada a dar alguma resposta a tais demandas, mesmo que sem qualquer indício de reorganização do sistema de saúde.

Lagoa da Prata já apresentava uma situação onde as propostas de reorganização do sistema municipal de saúde foram estruturadas em um planejamento da administração municipal objetivando oferecer a atenção à saúde a toda a população, facilitando o acesso e buscando atender às demandas da população de forma mais coletiva.

A expressão da fragilidade desses instrumentos de gestão de sistemas municipais de saúde é a sua dependência das administrações municipais. Embora em Lagoa da Prata o conselho tenha-se tornado uma efetiva forma de participação dos cidadãos na gestão pública da saúde, contribuindo para a quebra de práticas clientelistas, ainda não havia alcançado um amadurecimento que permitisse uma atuação mais autônoma. Em Vazante, o conselho era formado por partidários políticos da administração municipal, comprometendo, desde sua origem, formas de atuação independentes dos interesses da prefeitura. Em Itamarandiba, fundo e conselho municipais de saúde sequer existiam.

Outra dificuldade na implementação da gestão descentralizada da saúde pelos municípios tem sido o despreparo das burocracias locais. Em Lagoa da Prata, a prefeitura procurou modernizar seu quadro de funcionários, promovendo concurso público para ingresso no serviço público e capacitação específica para os profissionais de saúde. Nos outros municípios, permanecem a mesma estrutura das administrações passadas, com muitos cargos sendo ocupados em função de interesses políticos.

Esse problema acaba inibindo a formação de uma estrutura organizacional capaz de controlar e coordenar a implementação de mudanças no setor saúde. A falta desse controle contribui para a manutenção do poder hegemônico dos médicos e prestadores de serviços de saúde em articulação com os interesses políticos locais, em detrimento da oferta pública de serviços e do acesso equitativo às ações de saúde.

Nos estudos realizados, percebe-se que a alternativa de formação de consórcios intermunicipais, incentivada pela última gestão da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, vem sendo utilizada ainda de forma incipiente pelos municípios. Os mecanismos de referência e contra-referência não são facilmente aceitos pelos municípios que possuem capacidade instalada com maior complexidade tecnológica, comprometendo o princípio da hierarquização proposto pelo SUS. O sucesso de sua implementação depende das diferentes possibilidades financeiras e administrativas dos municípios e das distintas posições políticas dos prefeitos.

A assistência à saúde como recurso de poder

Uma característica crucial da implementação de políticas públicas no sentido de torná-las democratizantes é a elevação dos níveis de imparcialidade na alocação dos recursos públicos (Arretche, 1996). Tais níveis estariam relacionados com a imparcialidade de burocracias e instituições relativamente insuladas do uso clientelístico dos recursos públicos, e não necessariamente com o caráter centralizador ou descentralizador da política a ser implementada.

Em relação à descentralização da saúde, os estudos realizados demonstram que a assistência à saúde tem-se tornado um importante objeto de barganha política junto à população.

Em Vazante, os recursos de saúde são utilizados pela administração municipal com objetivos políticos, uma troca claramente clientelista. O prefeito distribuía esses recursos entre seus partidários, beneficiando os que têm acesso direto a ele. A assistência à saúde era transformada pela administração municipal em uma "dáviva" do prefeito, e não ofertada como direito da população. Tal utilização clientelista se afasta da imparcialidade necessária a uma política democratizante, distorcendo o princípio da equidade na distri-

buição dos recursos públicos. Em Vazante, a descentralização da saúde vem sendo implementada de uma forma que fortalece a prática do clientelismo no âmbito local. A população tinha uma relação de “cobrança” muito contundente no que se refere ao atendimento médico, mas esta cobrança se dava no nível individual e assumia um caráter nitidamente clientelista entre aquele que oferecia (o prefeito) e aqueles que recebiam.

Lagoa da Prata já demonstrava uma outra forma de desenvolvimento da estratégia de descentralização da saúde. A reorganização do sistema municipal de saúde e a melhoria da prestação de serviços foi objeto de campanha eleitoral do grupo que administrava a prefeitura em 1995. Pesquisas apontavam a importância que a solução dos problemas no setor saúde tinha para a população. Tais soluções acabaram se tornando proposta política e, posteriormente, plano de governo para a administração municipal. Todo o trabalho realizado pela prefeitura foi no sentido de ampliar a oferta de serviços de saúde e o acesso a estes. Apesar de demonstrar uma perspectiva de que a solução desses problemas possivelmente se reverteria em ganhos para a composição política da atual administração, o grupo que estava na prefeitura trabalhava no sentido da distribuição equitativa dos recursos de saúde e na procura do apoio e da participação da sociedade civil na implementação da municipalização da saúde. Em Lagoa da Prata, portanto, percebeu-se uma certa imparcialidade na distribuição dos recursos públicos de saúde.

A situação encontrada em Itamarandiba reflete a grande precariedade na implementação da política de descentralização da saúde. As ações de saúde eram organizadas pelo secretário municipal de Saúde, contando apenas com os recursos do SUS. Todo o trabalho desenvolvido no setor saúde era considerado um esforço pessoal do secretário (ou de um vereador ou mesmo do prefeito). Esse tipo de acesso precário aos serviços indicava que, sem a disposição das administrações municipais em apoiar a estratégia da descentralização da saúde, tal proposta pode, até mesmo, piorar a prestação de serviços de saúde nos municípios. Itamarandiba apresentava distorções na implementação da proposta de descentralização relacionadas à utilização clientelista dos recursos públicos e à resistência do poder público municipal em assumir as novas funções que a reforma no setor saúde lhe atribuía.

Além disso, na implementação da descentralização da saúde há, também, influência dos setores diretamente ligados à oferta dos serviços: os prestadores de serviços e os profissionais de saúde. Estes se articulam com as forças políticas locais, atuando de forma decisiva na estruturação dos sistemas locais de saúde.

Em Itamarandiba, havia uma concentração muito forte dos recursos públicos de saúde nas mãos de alguns médicos. Eram eles que prestavam a maior parte dos atendimentos do SUS e decidiam como utilizar seus recursos, sem preocupação com algum tipo de organização do sistema. Como a administração municipal não apresentava interesse em reestruturar a assistência à saúde,

também não se preocupava com a forma como esta assistência era prestada. Os interesses dos médicos não eram contrariados e eles continuavam estabelecendo seu campo de trabalho dentro e fora do SUS.

Em Vazante, o conflito entre grupos médicos, prestadores de serviços de saúde e administração municipal era mais explícito. Havia uma divisão dos médicos em dois grupos políticos e o prefeito exercia grande influência na estruturação do sistema de saúde.

Já a administração municipal de Lagoa da Prata, através da Secretaria Municipal de Saúde, procurou utilizar estratégias de negociação com os médicos e prestadores de serviços, para implementar suas propostas de reestruturação do sistema de saúde local. Os médicos mantinham uma certa homogeneidade de interesses e o prefeito tinha o cuidado de não ir contra a corporação como um todo. Os conflitos existentes foram parcialmente resolvidos com a implantação de um pronto-atendimento para urgências e emergências. Prevalia, porém, para a Secretaria Municipal de Saúde, a reestruturação do atendimento hospitalar.

Os estudos realizados nos três municípios mostraram que os médicos, articulados com as instituições prestadoras de serviços de saúde, têm exercido grande influência no processo de descentralização da saúde, bem como têm procurado manter hegemônicos seus interesses nos sistemas municipais de saúde.

4. Considerações finais

A partir dos resultados da pesquisa, conclui-se que a implementação da política de descentralização no setor saúde, principalmente em municípios de pequeno porte, tem tomado diferentes matizes, associados à dinâmica do poder local. A transferência de poderes financeiros e funcionais aos municípios não se traduz, necessariamente, em garantia de efetivação de uma gestão democrática do município.

O exercício político nos municípios estudados vem sendo cerceado por grupos de interesse que exercem fortes pressões sobre a população, comprometendo seu nível de organização e participação. Instâncias como os conselhos municipais de Saúde têm pouca atuação na condução e gestão da política municipal de saúde, como demonstram os casos de Itamarandiba, onde nem existia conselho, e o de Vazante, onde o conselho foi composto por pessoas escolhidas pelo prefeito. Lagoa da Prata apresentava uma outra correlação de forças políticas, já que a população, através de sindicatos e associações de bairro, participava mais ativamente do Conselho de Saúde.

O processo de implementação do SUS em Lagoa da Prata parece retratar a face democratizante da política de descentralização da saúde. A administração local dos serviços de saúde, na conjuntura analisada pela pesquisa,

mostrou uma flexibilização do processo gerencial, aliada à melhoria do acesso ao atendimento e ao maior controle da população sobre o mesmo. No entanto, as mudanças se restringiam à atenção ambulatorial, prevalecendo entraves na oferta de serviços hospitalares e de maior complexidade tecnológica. Essa tendência de acesso restrito se apresentava também nos outros dois municípios e parece ser resultado da imbricação de interesses entre os setores público e privado prestadores de serviços de saúde. Os conflitos são mediados pela corporação médica, freqüentemente aliada a grupos políticos poderosos ou constituindo, ela própria, importante força política local.

Conflitos como esses se tornam importantes na implementação da descentralização da saúde e a maneira como os municípios se relacionam com eles demonstra o caráter mais (ou menos) democrático dos poderes políticos municipais.

Nesta perspectiva, os municípios apresentaram diferentes estratégias de ação. Em Lagoa da Prata, onde os conflitos foram minimizados por uma tentativa de negociação entre a prefeitura e os prestadores de serviços de saúde, a postura do prefeito foi a de não se posicionar frontalmente contra os interesses em jogo, buscando apoio junto ao Conselho Municipal de Saúde.

Já Itamarandiba representava a expressão de uma situação de descaso em relação aos conflitos existentes, em função da pouca oferta de atendimento e das precárias condições de vida da população.

A situação onde a face clientelista da utilização da oferta de serviços de saúde é mais eficaz é identificada em Vazante, já que o acesso aos serviços médicos se traduzia em “troca de favores” entre a administração e a população. A assistência à saúde tornou-se um recurso clientelista valioso para legitimar e manter o poder de determinados grupos políticos.

Portanto, a estratégia de descentralização da saúde, ao encontrar determinadas composições políticas locais, pode contribuir para o fortalecimento de uma estrutura de poder clientelista. Por outro lado, a descentralização pode assumir conteúdo democratizante, melhorando o acesso aos serviços de saúde e o controle da população sobre a condução da política local de saúde.

Finalmente, os três casos indicam como a política de descentralização da saúde tem-se deparado com situações locais que delineiam os rumos que ela pode tomar, fruto da dinâmica do poder político local e da capacidade administrativa e financeira dos municípios. O estudo espelha o contexto no qual esta estratégia está sendo implementada num determinado momento e que está sujeita a mudanças no seu desenvolvimento. Os constantes rearranjos e reacomodações das forças políticas locais certamente influenciam a condução do processo da descentralização da saúde. Entretanto, os resultados apresentados apontam para questões importantes que devem ser consideradas nas diferentes esferas envolvidas no processo de implementação de uma política social de caráter nacional, como é o caso da descentralização da saúde.

Referências bibliográficas

- Almeida, M. H. T. Federalismo e políticas sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* (28), jun. 1995
- Arretche, M. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* (31), jul. 1996 .
- Camargo, A. O novo pacto federativo. *Revista do Servidor Público*. Brasília, Fenap, 118(1), jan./jul. 1994.
- Castro, M. H. G. Descentralização e política de saúde: tendências recentes. *Planejamento e Políticas Públicas* (5):105-21, jun. 1991 .
- Muniz, R. M. Reforma del Estado en América Latina: descentralización o decadencia del Estado-Nación? In: Merino, M. (org.) . *Cambio político y gobernabilidad*. México, D.F., Conacyt, 1992.
- Pavie, P. *História de Itamarandiba*. Belo Horizonte, Imprensa Universitária, UFMG, 1988 .
- Ugá, M. A. Descentralização e democracia: o outro lado da moeda. *Planejamento e Políticas Públicas*. Rio de Janeiro (5), jun. 1991 .