

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde: perspectiva dos atores da SES/MG*

Ildimar Cruz Aires**

Sumário: 1. Introdução; 2. Obstáculos e avanços; 3. A SES/MG: espaço gravitacional do processo de municipalização da Saúde; 4. Conclusão.

Palavras-chave: saúde; SUS; Estado; descentralização; municipalização.

Discussão de questões relacionadas com o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de atores da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Contraposição dos resultados empíricos no nível de municípios mineiros às constatações no âmbito da secretaria. Incorporação de aspectos teórico-explicativos.

The process of establishing the so-called Unified System of Health Care (SUS) from the point of view of the SES/MG

This paper discusses the process of establishing the so-called Sistema Único de Saúde (Unified System of Health Care — SUS) from the point of view of the actors from the Minas Gerais Secretariat of Health (SES/MG). Furthermore, it discusses an empirical research of this Secretariat, which incorporates theoretical aspects to explain this process.

1. Introdução

Neste artigo discutiremos questões relacionadas com o processo de implantação do SUS, na perspectiva do órgão estadual de coordenação do sistema, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Mostraremos os avanços e obstáculos nesse processo, tendo como referência depoimentos de dirigentes do segundo escalão desse órgão¹ e pesquisa documental. Evidenciare-

* Trata-se de resultados parciais da pesquisa “O Sistema Único de Saúde em Minas Gerais: uma avaliação das atividades de implantação e de seus efeitos junto aos usuários do sistema”, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig). Esta pesquisa contempla dois níveis de governo: estado e município. Os resultados da pesquisa relativos ao município foram publicados em *RAP* (4), out./dez. 1995, e *RAP* (3), maio/jun. 1996. Artigo recebido em jun. e aceito em out. 1996.

** Doutora em economia — área de concentração de políticas públicas — pela Unicamp. Pesquisadora à disposição da Fundação João Pinheiro durante o período de realização da pesquisa, da qual foi coordenadora.

A autora agradece à prof^a Maria Helena Brandão, coordenadora estadual da municipalização da Saúde em Minas Gerais, pela leitura deste artigo e principalmente pelas sugestões que muito contribuíram para enriquecê-lo; e à prof^a Lúcia Alvim, consultora da Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais para assuntos na área da Saúde, pelas informações que permitiram ampliar as discussões e enriquecer o presente artigo.

¹ Foram entrevistadas quatro pessoas no universo da SES/MG e uma consultora da Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais para assuntos na área da Saúde, em novembro de 1994.

mos o aspecto gravitacional da SES/MG no processo de municipalização da Saúde e também as relações entre os aspectos empíricos constatados no nível desse órgão e dos municípios selecionados,² no contexto do processo de implantação do sistema, sejam esses aspectos convergentes ou divergentes. Na análise serão incorporadas explicações teóricas que corroboram as constatações empíricas.

A pesquisa de campo no âmbito da SES/MG foi realizada em novembro de 1994. Portanto, seus resultados não refletirão necessariamente as condições atuais dessa secretaria na condução do processo de implantação do SUS. Segundo informações recentes (1996), reveladas pela coordenadora estadual da municipalização da Saúde, inúmeras ações já foram priorizadas por essa secretaria, resultando em avanços nas atividades no âmbito do sistema. Contudo, isso não minimiza a importância da análise aqui empreendida no sentido de permitir reflexões acerca do processo de implantação do SUS. Por outro lado, cabe registrar que informações atualizadas relativas aos resultados da pesquisa no âmbito do estado e dos municípios selecionados foram repassadas à SES/MG logo após terem sido sistematizadas.

2. Obstáculos e avanços

Duas questões merecem ser analisadas: os obstáculos ao processo de implantação do SUS e as atividades desenvolvidas pela SES/MG no âmbito do sistema que se caracterizam como avanços na municipalização da Saúde.

Obstáculos ao processo de implantação do SUS

Eis os principais obstáculos ao processo de implantação do sistema, na perspectiva de atores do segundo escalão da SES/MG:

Redução dos recursos financeiros alocados na área da Saúde

Os atores entrevistados queixam-se do fato de o Estado estar reduzindo os recursos alocados na área de Saúde. Os dados consolidados e analisados por Alvim (1994:54) confirmam essas informações ao revelar um decréscimo percentual dos gastos na área da Saúde com relação aos gastos totais do Estado (período 1991-93), comparativamente ao ano de 1989. Constata-se, ainda, uma participação relativa decrescente desses gastos ao longo do período 1990-92, tendo como fonte de financiamento os recursos do Tesouro. A ligeira recuperação observada

² Municípios de Pedra Azul, Teófilo Otoni, Uberlândia e Varginha (ver artigos da autora e outros publicados na *RAP* (4), out./dez. 1995 e *RAP* (3), maio/jun. 1996).

no percentual desses gastos em 1993 (3,31%), considerando a participação de 3,13% no ano de 1992, mantém-se inferior à participação em 1991, que correspondeu a 3,4%. Essa participação relativa decrescente dos gastos na área da Saúde é também expressa em valores absolutos,³ se compararmos o período de 1991-93 com o período 1989/90.

Vianna e Piola, citados por Alvim (1994), chamam a atenção para constatações nesse sentido, numa perspectiva ampla, embora reportando-se a 1980 e 1990, ao assinalarem que “no início dos anos 80 a União respondia por cerca de 75% dos gastos públicos com saúde, os estados por 18% e os municípios por 7%. Em 1990, a participação federal foi 72,7%, a estadual, 15,4% e a municipal, 11,9%. A participação relativa crescente dos gastos municipais na área de Saúde, constatada por esse autores, é corroborada pelos atores entrevistados (segundo escalão da SES/MG), que confirmam a participação relativa (em média) crescente, nos últimos anos, dos municípios nos dispêndios na área de Saúde, sem contudo disporem de informações sistematizadas.

Reza o art. 195 da Constituição Federal de 1988:

“A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e das seguintes contribuições:

I — dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II — dos trabalhadores;

III — sobre a receita de consumo de prognósticos.”

No parágrafo único do art. 198, acrescenta-se que:

“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.”

Mesmo estando constitucionalmente definidas as fontes de recursos para financiamento do SUS, sabe-se que a execução do orçamento deve ser analisada não apenas do ponto de vista de suas dotações (mensuração receita/despesa), mas também do ponto de vista político. Quer dizer, a alocação de recursos financeiros disponíveis em caixa, no elenco da programação orçamentária, irá depender, em última instância, de conflitos na arena decisória. Mais precisamente, de conflitos de interesses no interior da burocracia estatal e da interação de interesses de atores governamentais e não-governamentais. Em outras palavras: “(...) o Estado

³ Valores fornecidos pela mesma autora. Foram aplicados na área da Saúde US\$3.444.058, US\$3.859.592 e US\$4.113.729, respectivamente, em 1991, 1992 e 1993, enquanto em 1989 foram aplicados US\$4.297.683, e em 1990, US\$4.741.093.

não é neutro e, dado isto, no processo de intervenção na sociedade, a sua ação não se dá de forma linear. Os conflitos de interesses no interior da burocracia estatal e a interação de interesses de atores governamentais (políticos, burocratas) e não-governamentais (classes, fração de classes, grupos e indivíduos), participantes da arena decisória, é que definem, em última instância, a alocação de bens públicos” (Aires, 1991:202).

A coordenadora estadual da municipalização da Saúde assinala em seu depoimento que, “se não tivesse municipalizado, a crise seria ainda mais grave, porque os municípios estão alocando mais recursos na área da Saúde com a municipalização”. Diz, ainda, que algumas pesquisas indicam perda de qualidade dos serviços após o início desse processo (municipalização), mas, a seu ver, tais conclusões são precipitadas. No seu entender, a avaliação do processo de implantação do SUS deveria convergir para aspectos como financiamento do sistema, política salarial e de recursos humanos, e política de medicamentos, entre outros aspectos.

Evidentemente, numa avaliação não basta examinar apenas o que está acontecendo após o início ou o término da implantação de uma política, programa ou projeto, mas o que acontecia antes e o que poderia estar acontecendo se estes não tivessem sido implantados. Resta indagar: que estaria ocorrendo com o Sistema de Saúde, se não tivesse começado o processo de municipalização, dadas as condições objetivas do financiamento do sistema, por exemplo?

Dye (1981:373), ao analisar questões dessa natureza, assinala que “não é difícil mensurar o que está acontecendo; infelizmente, grande parte dos programas de avaliação param por aqui. A dificuldade — o problema essencial — consiste em mensurar o que poderia estar acontecendo sem as atividades do programa (...)”.

Questões dessa natureza constituem o grande problema com que se depara o investigador, dadas as dificuldades de isolar os efeitos de variáveis não relacionadas com o objeto de estudo (política, programa ou projeto) e que exercem influência sobre o ambiente de intervenção. Tais variáveis poderão subestimar ou superestimar os resultados da investigação acerca do impacto da política, do programa ou do projeto se não forem devidamente abstraídos os seus efeitos.

Caberia observar ainda um aspecto relevante: a despeito da importância do financiamento do SUS, não se pode minimizar os efeitos de outros condicionantes da eficiência na prestação dos serviços públicos de Saúde, incluindo-se aí a fiscalização na aplicação dos recursos públicos destinados ao setor privado. As constatações empíricas recentes, divulgadas na imprensa falada e escrita, são evidências inquestionáveis neste particular, assim como vários estudos que sinalizam nessa direção.

Essas considerações permitem afirmar que, sem o controle social e a fiscalização dos órgãos competentes no que diz respeito à alocação de recursos públicos na área, a ampliação de recursos destinados ao SUS, por si só, não garante retornos significativos em termos de eficiência na prestação dos serviços públicos

de Saúde. A fiscalização, cabe frisar, não deve restringir-se apenas ao âmbito do setor privado, mas estender-se também às instituições públicas, seja por questões intrínsecas ao funcionamento da burocracia, seja pela interseção de interesses entre atores dessa instância e do setor privado prestador de serviços públicos de Saúde. Essa questão será retomada posteriormente.

A rigor, inúmeros são os fatores que inibem os avanços na prestação dos serviços públicos de Saúde. Sem a pretensão de apresentar uma listagem exaustiva, os dois artigos da autora e outros publicados na *RAP* discutem, a partir de dados empíricos e literatura especializada, aspectos que sinalizam nessa direção.

Política de recursos humanos

Na opinião de todos os atores entrevistados, esse aspecto constitui um dos principais obstáculos ao avanço na implantação do sistema, em particular pelos salários do Quadro Geral de Carreira da Administração Direta do Estado, ao qual pertence a Secretaria de Estado da Saúde. Essa constatação é reforçada pela diferenciação salarial no universo do Sistema Estadual de Saúde, haja vista os melhores salários pagos pela Fundação Ezequiel Dias (Funed), órgão da administração indireta do sistema e pertencente ao Quadro de Atividades de Carreira de Ciência e Tecnologia.

A questão salarial tem implicações já constatadas em nível local, dada a diferença de níveis salariais entre os servidores do estado e os dos governos federal e municipal — ver artigo da autora e outros publicado em *RAP* (4), out./dez. 1995. Algumas prefeituras têm procurado solucionar esse problema via complementação salarial.

Além da escassez de recursos humanos treinados para desenvolver e promover ações no universo do Sistema de Saúde no nível do órgão estadual (SES/MG), essa secretaria vem perdendo a competição no mercado de trabalho para as prefeituras municipais, especialmente as de municípios de médio porte, cuja remuneração de seus servidores é, em geral, bem superior à remuneração paga pelo estado. Eis por que as diretorias regionais de saúde (DRS), ao substituírem as ações de execução para assessoramento, em face do processo de municipalização, defrontam-se com a escassez de recursos humanos treinados para desenvolver novas atribuições no âmbito do SUS.

A burocracia e o espaço de poder

As entrevistas revelam que os atores que se movimentam no espaço da burocracia nem sempre visam ao interesse público e que este interesse, muitas vezes, convive de forma conflitante com outros interesses. Nesse sentido, assinala a coordenadora estadual da municipalização que “o Estado é como um corpo, mas o sangue que corre em suas veias não é somente de interesse público, é também

de outros interesses. Dessa maneira, esse corpo não vai aonde ele precisa ir para atender ao interesse da população (...)

Caberia assinalar outro depoimento que é bastante ilustrativo neste particular: “(...) atores da burocracia tentam, muitas vezes, impedir avanços desse setor (Saúde) na definição da relação com o setor privado, visando com isso a manter privilégios já cristalizados na burocracia”.

É preciso atentar para um aspecto importante: a complementaridade do setor privado na prestação dos serviços de Saúde assegurada constitucionalmente, nem sempre se materializa sem interferência de interesses particulares de atores com poder de influenciar decisões nos setores público e privado. Quer dizer, os interesses nessas duas instâncias nem sempre podem ser considerados independentes. Para exemplificar e utilizando o instrumental da matemática, trata-se de um conjunto-interseção entre dois conjuntos de interesses (setor público/privado), cujos elementos irão depender das especificidades de cada realidade. Esses interesses comuns tendem a impedir avanços nas atividades de implantação do sistema. Para o diretor da rede de hospitais Sarah, o médico Aloísio Campos da Paz Jr., “(...) o setor público não cuidou da coisa mais elementar, que é exigir de seus servidores que servissem só a ele. Os mesmos médicos, os mesmos chefes de departamento operam no setor público e no setor privado. É a chamada dupla militância. O sujeito é chefe do raio X num hospital público e, do outro lado da rua, dono de um raio X. O daqui, do hospital público, nunca funciona. O de lá sempre funciona. E o sistema paga para que os casos que possam ser atendidos aqui sejam transferidos para lá; afinal, está na Constituição a tal ‘forma complementar’ de atendimento, não está? Então, o que você acha que vai acontecer? O raio X daqui vai quebrar cada vez mais, e o de lá funcionar cada vez melhor”.⁴

A pesquisa de campo no nível municipal — cujos resultados foram analisados nos números da *RAP* já mencionados — mostra que há uma ligação entre o setor privado prestador de serviços públicos de Saúde e atores responsáveis pelo processo de implantação do SUS no âmbito do setor público. Segundo depoimentos de pessoas entrevistadas nessa instância, isso seria responsável por re-cuos em atividades de implantação do sistema.

Segundo depoimentos colhidos na SES/MG, questões dessa natureza têm contribuído para inibir o avanço no processo de implantação do sistema. Caberia assinalar, por outro lado, que, embora os resultados empíricos não revelem resistências explícitas à implantação do SUS por atores da burocracia, existem conflitos acerca de qual SUS deve ser implementado. Isso se explica, parcialmente, segundo declarações de atores entrevistados, pela perda de poder de alguns atores com o processo de implantação do SUS.

Constatações dessa natureza referem-se também às diretorias regionais de Saúde. No nível municipal, observaram-se algumas dificuldades na relação entre

⁴ Entrevista concedida à revista *Veja*, 29(2), 10-1-1996.

esses órgãos e as secretarias municipais de Saúde (SMS). Isso pode ser explicado, em parte, pela transferência de atribuições dessas diretorias às SMS, sem que haja definição clara de suas novas atribuições no universo do sistema, conforme revelam informações empíricas. Para alguns dos dirigentes estaduais entrevistados, as explicações estariam associadas às dificuldades próprias da transição do modelo gerencial do Sistema de Saúde. Sobretudo porque essa transição acarreta para alguns atores novas atribuições, e para outros, perda de poder, pela transferência ou extinção de atribuições. Isso tem gerado, conforme revelam os resultados da pesquisa, conflitos institucionais que entravam o processo de implantação do sistema.

Conforme a literatura que trata de questões relacionadas com o sucesso ou insucesso de políticas governamentais, inúmeros e variados são os condicionantes que interferem nos resultados da política e entre os quais o comprometimento do corpo de técnicos encarregados de sua implantação. Nesse sentido, caberia assinalar que “(...) o êxito da implementação pode ser frustrado quando os técnicos encarregados desta atividade não estão cientes de seu comprometimento com a política (...)” (Van Metter & Van Horn, 1975:37). Essa falta de comprometimento dos encarregados da implantação da política pode ser explicada, entre outros fatores, pela perda de poder desses atores com a sua implantação. Quer dizer, é compreensível haver atitudes divergentes quando interesses estão sendo atingidos. Mendes (1992:3) assinala que “a implantação do SUS se faz em constante luta entre projetos alternativos nos três componentes: político, ideológico e tecnológico (...)”. Em outras palavras, a concepção do modelo SUS deverá refletir, em nível empírico, um perfil diferenciado, como reflexo dos conflitos de interesses entre os atores envolvidos na sua implantação.

Reorganização da SES/MG

A reestruturação administrativa da SES/MG é igualmente apontada pelos entrevistados como questão importante para a maior eficiência no processo de descentralização da Saúde. Porém, uma reestruturação que não se restrinja à criação, extinção e/ou fusão de unidade administrativa, mas sobretudo que seja acoplada a uma política de recursos humanos, tanto em termos de treinamento e/ou contratação de profissionais com as especificidades requeridas pelo processo de descentralização do SUS, quanto em termos de uma política salarial que permita a competição no mercado de trabalho, seja para manter os profissionais (especializados) no quadro da SES/MG, seja para selecionar no mercado profissionais com as especialidades requeridas pelo novo Sistema de Saúde.

Cabe então indagar: qual a razão dessas exigências tidas como imprescindíveis, se a descentralização do Sistema de Saúde tem como principal vetor a instância municipal? Precisamente porque a municipalização das ações e dos serviços de saúde deve ser um processo gradual que leve em consideração as especificidades de cada município. E mais, a condução desse processo compete ao órgão

estadual responsável pela área de Saúde. Portanto, esse órgão deve contar com uma infra-estrutura que lhe dê eficiência no desempenho de suas atribuições.

O gradualismo da descentralização da Saúde vem sendo observado por autores que discutem essa questão. Teixeira (1990:86), por exemplo, assinala que “(...) a descentralização é um processo demorado, que em geral se cumpre por etapas. Sendo assim, uma visão imediatista pode comprometer todo o processo. O planejamento da descentralização deve levar em conta os critérios de flexibilidade, gradualismo e progressividade considerados em termos espaciais e temporais”.

Por outro lado, existem questões que extrapolam a esfera do município, como, por exemplo, a política de Saúde, numa perspectiva mais ampla, contemplando o espaço territorial do estado (ou do país). Nesse sentido, caberia registrar algumas observações da entrevista com a secretária técnica da Comissão Inter-gestores Bipartite:

“A gente precisaria, por exemplo, de técnicos especializados na área de epidemiologia, para trabalhar a questão da epidemiologia, mais do ponto de vista macro — onde há problemas, como eles ocorrem, como os municípios poderão resolvê-los; na área de capacitação de recursos humanos, para ajudar a articular com as universidades treinamento que gere resultado na ponta; na área de vigilância sanitária, para formular propostas de assessoria e execução de algumas ações e viabilizar a capacitação de pessoal na área.”

A essas questões somam-se outras que, igualmente, não se resolvem no nível do município, como o financiamento do sistema, a questão tecnológica e a relação município-pólo/municípios polarizados. Neste último exemplo, a questão do financiamento de atividades é um aspecto importante, visto que as unidades de Saúde (de âmbito microrregional) instaladas em município-pólo, ao serem municipalizadas, suscitam indagações, por parte de dirigentes municipais, quanto ao seu nível de abrangência em função dos custos de manutenção.

As análises precedentes sugerem que “compreender as relações de causalidade do êxito ou fracasso de políticas públicas, programas ou projetos constitui tarefa que permite incorporar certo grau de incerteza quanto aos resultados da ação governamental, além de corroborar uma reflexão cuidadosa dos procedimentos a serem adotados no primeiro momento (fase de concepção), assim como dos meios e estratégias de implementação (...)” (Aires, 1992:82).

Avanços no processo de implantação do SUS

Com referência às principais atividades desenvolvidas no universo do sistema pela SES/MG, caberia assinalar:

Diagnóstico das “condições de gestão” dos municípios

Esse diagnóstico — realizado para atender exigência da Norma Operacional Básica SUS nº 1/93, regulamentada pela Portaria nº 545, de 20-5-1993, do Ministério da Saúde — constatou que, até a data de realização da pesquisa de campo, dos 756 municípios mineiros, 634 já solicitaram à SES/MG alguma condição de gestão; 452 solicitaram enquadramento na “condição de gestão incipiente”; 179, na “condição de gestão parcial”; e três, na “condição de gestão semiplena”. As definições dessas categorias constam da referida Norma Operacional Básica e da portaria que a regulamenta.

Essas informações — considerando principalmente as definições de tais categorias: condição de gestão incipiente, condição de gestão parcial, condição de gestão semiplena — mostram que a grande maioria dos municípios do estado carece de assessoramento do órgão estadual de coordenação do sistema no processo de implementação das atividades no âmbito do SUS. Condição que não está sendo observada — pelo menos até a realização da pesquisa de campo — no grau requerido, em função das dificuldades constatadas nessa pesquisa.

Criação e funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite

Tal Comissão constitui uma das exigências da Norma Operacional Básica SUS nº 1/93. Por determinação desse instrumento administrativo, a comissão deverá ser “integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos secretários municipais de Saúde do estado”. Conforme informações documentais e declaração da secretária técnica dessa comissão, no nível do estado de Minas Gerais, a comissão é composta de seis titulares: três representantes do colegiado de secretários municipais de Saúde, sendo um deles o seu presidente e três representantes da Secretaria Estadual de Saúde, um deles o secretário de Estado.

Um dos aspectos relevantes dessa comissão, segundo atores da SES/MG, é que ela, através da negociação entre os gestores, normatiza e legitima as decisões via deliberações (de acordo com a pauta de reunião) que são publicadas no *Diário Oficial do Estado*, facilitando a comunicação com as instituições encarregadas do processo de implantação do sistema. Essa conduta não era observada antes do SUS, conforme declarações de atores entrevistados, uma vez que a maioria das decisões partia da SES. O depoimento da secretária técnica dessa comissão é ilustrativo nesse particular:

“A comissão ajudou muito a normatizar e disseminar aquilo que às vezes ficava numa discussão muito interna da secretaria [SES/MG]. Tem uma pauta definida e procura deliberar sobre o assunto em pauta e divulgar (...). Isso no conjunto das secretarias municipais de Saúde e das diretorias regionais de Saúde, ajudando a esclarecer o papel de cada esfera de governo no universo do novo sistema, quem vai fazer as diversas coisas e como. Tem ajudado na busca de so-

luções que na verdade são de parceria. Quando os dois lados se sentam (estado e município), é sempre para buscar uma solução.”

Também observou-se que, apesar dos aspectos positivos dessa comissão, é praticamente impossível agendar para discussão e deliberação as demandas de todos os municípios. Nesse processo, os municípios pequenos são os menos favorecidos pela própria representação na comissão, em geral composta de municípios de porte médio, segundo declaração da secretária técnica dessa comissão. Para buscar soluções, a SES/MG criou as comissões intergestores bipartite regionais.

A pesquisa em nível local revelou, inclusive, uma preocupação dos dirigentes dos municípios de porte médio com as demandas dos municípios pequenos. Com a municipalização das unidades de atendimento que estavam a cargo, anteriormente, de outras esferas de governo, eles temiam que essas demandas pudessem exercer pressão sobre os orçamentos de seus municípios.

Realização de cursos, seminários e conferências no nível local

Esses eventos têm por objetivo disseminar informações sobre o novo modelo assistencial, além de permitir a participação de atores — usuários do sistema — anteriormente excluídos da arena decisória em atividades tais como elaboração e acompanhamento do plano municipal de saúde, e controle social visando à melhoria dos serviços prestados à população usuária.

As informações de atores locais, principalmente usuários do sistema e profissionais da Saúde, mostram que esses eventos têm contribuído significativamente para avanços no processo de implantação do sistema, embora alguns assinalem a falta de continuidade nos fluxos de informações. Atores entrevistados, em particular os profissionais da Saúde, destacam a contribuição relevante da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais através de cursos realizados no nível local.

Ampliação das ações na área de vigilância sanitária

As constatações empíricas mostram que as mudanças nessa área encontram-se em estágio inicial. Mesmo assim, alguns aspectos merecem destaque por sua contribuição no âmbito do SUS, consoante informações do coordenador estadual de vigilância sanitária, especialmente no que se refere à ampliação das ações coletivas — anteriormente restritas à fiscalização de medicamentos e alimentos (produtos até então hegemônicos) — e das ações na área de serviços.

Na opinião desse ator, as atividades na área de vigilância sanitária têm como orientação básica a “fiscalização educativa”. Ao mesmo tempo, destaca como um dos grandes obstáculos à melhoria dos serviços nessa área “a remuneração (...) paga aos servidores que atuam como fiscais (...)”, alegando, inclusive, que

“enquanto o Estado não pagar um salário que permita a sobrevivência desses servidores, não poderá contar com dedicação exclusiva, além dos mesmos estarem suscetíveis de serem comprados ou corrompidos (...)”.

Uma das primeiras atividades do setor de vigilância sanitária, a partir do SUS, consistiu, segundo o coordenador estadual da área, numa radiografia dos hospitais do Estado, a partir de alguns critérios (com pontuação), de modo que apenas os hospitais que atingissem 50% do total de pontos poderiam continuar funcionando. Conforme considerou, “hoje pelo menos 50% desses hospitais têm condições de estar funcionando com o nível de qualidade que deveriam ter”.

Apesar dessas iniciativas, as atividades de vigilância sanitária, que são eminentemente de natureza preventiva, ainda não ocupam os devidos espaços em termos de competência no processo de implantação do SUS. A secretária técnica da Comissão Intergestores Bipartite, ao explicitar os temas mais frequentes na agenda dessa comissão para discussão e deliberação, assinala que “a forma como a SES está montada tem suscitado pouca discussão sobre a questão da saúde coletiva, a qual ainda constitui uma demanda pontual na agenda desta comissão (...); a demanda mais frequente concentra-se na área de assistência, tanto hospitalar como ambulatorial”.

Atores locais, especialmente profissionais da Saúde, explicitaram algumas ações desenvolvidas na área de vigilância sanitária a partir do SUS (ver o artigo da autora e outros, já mencionado). Consideram, porém, ser esta uma área que precisa expandir suas atividades, em particular nos municípios selecionados com menor capacidade orçamentária.

Em síntese, o SUS, em Minas Gerais, mesmo convivendo com dificuldades, que certamente não diferem muito daquelas enfrentadas pelas demais unidades da Federação, tem promovido ações que, se ainda não resultaram na efetiva melhoria dos serviços prestados aos usuários, apontam nessa direção. A disposição dos atores de manter o compromisso com a implantação do sistema torna-se fundamental nesse particular. Essa observação remete ao histórico do processo de descentralização do Sistema de Saúde no Estado, haja vista a diferenciação em termos de desempenho verificada no período de vigência das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds). O Estudo Comparativo das Ações Integradas de Saúde — o caso de Minas Gerais — mostra que o período das AIS contou com apoio da direção da SES/MG, o que permitiu avanços no processo de descentralização do sistema. Isso não ocorreu com o Suds por motivos políticos. Quer dizer, o governo estadual não se mostrou comprometido com a sua implantação, donde os recuos no processo de descentralização do sistema. Os resultados da pesquisa empírica no nível da SES/MG corroboram tais constatações. Nesse contexto, cabe registrar que a equipe dessa secretaria, responsável pelo processo de implantação do SUS, mostrou-se empenhada no processo, como também as equipes locais da grande maioria dos municípios selecionados.

Os entrevistados da SES/MG foram unânimes em reconhecer a relevância do papel dos secretários municipais da Saúde no processo de implantação do SUS. Ainda assim, consideram que alguns secretários não se mostram dispostos a assumir a municipalização da Saúde. A pesquisa de campo no nível local detectou o receio desses atores (secretários municipais de Saúde) de que a municipalização das ações e dos serviços de Saúde pudesse causar dificuldades ao município com relação ao financiamento de atividades resultantes desse processo. Isso porque, com a descentralização do sistema, as unidades de saúde que até então estavam sob a responsabilidade de outras instâncias de governo seriam transferidas à administração do município em decorrência do princípio constitucional de “descentralização com direção única em cada esfera de governo”. As novas atribuições a serem transferidas ao município (ou já sob sua responsabilidade), sem que haja uma definição clara dos recursos financeiros a serem repassados aos governos locais, certamente seriam a principal explicação para o fato de os dirigentes da administração municipal não se mostrarem dispostos a cooperar com o processo de municipalização da Saúde.

3. A SES/MG: espaço gravitacional do processo de municipalização da Saúde

O processo de implantação do SUS requer do órgão estadual de coordenação a sistematização de informações no nível de cada realidade local, para orientar os rumos de suas ações. Requer, igualmente, que esse processo seja gradual, incorporando as especificidades de cada município.

No universo dos municípios selecionados, tais especificidades se refletem no conflito de interesses entre atores envolvidos com o processo de implantação do sistema e em aspectos como: a) histórico relativo ao processo de municipalização de ações e serviços de saúde; b) institucionalização e funcionamento dos conselhos municipais de Saúde; c) ordem político-institucional e suas implicações no processo de implantação do SUS; d) modalidade de atenção expressa na prestação dos serviços: ações preventivas e assistenciais; e) usuários do sistema: participação, acesso aos serviços de saúde e grau de satisfação. Tais aspectos foram discutidos nos artigos da autora e outros referidos anteriormente.

Essas observações convergem para as exigências da Norma Operacional Básica SUS nº 1/93, regulamentada pela Portaria nº 545, de 20-5-1993, do Ministério da Saúde, a qual explicita as categorias de enquadramento dos municípios nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena. Isso significa que os estados federativos, através do órgão estadual de coordenação do sistema, deverão debruçar-se sobre as realidades de seus municípios para enquadrá-los nas respectivas categorias de gestão e também para promover ações na tentativa de minimizar conflitos que possam interferir no enquadramento dos municípios nessas categorias, a exemplo do funcionamento dos conselhos municipais de Saúde.

Tais observações estão respaldadas nos resultados empíricos da pesquisa no nível local, discutidas nos artigos já mencionados, cabendo lembrar que, dos

quatro municípios selecionados para o estudo de caso, Pedra Azul apresenta os maiores obstáculos para avançar no processo de implantação do SUS. Seja pelo nível incipiente de organização dos usuários do sistema; pela competição no mercado político-partidário entre representantes comunitários e administração municipal; pelos conflitos institucionais; pelas dificuldades para formar uma equipe de profissionais na área de Saúde; pela necessidade de reorganizar a Secretaria Municipal de Saúde para exercer novas funções inerentes ao sistema; pelas limitações financeiras do município para assumir novos gastos na área de Saúde; ou mesmo pela falta de disposição do governo municipal em assumir compromissos financeiros na área com recursos orçamentários próprios.

Todavia, os demais municípios não estão isentos de entraves ao processo de implantação do sistema. Teófilo Otoni — a despeito de certa dinâmica do Conselho Municipal de Saúde, do interesse e da disposição da equipe de profissionais responsáveis pelas ações no âmbito do sistema em avançar no processo de implantação — tem o desafio de estar praticamente iniciando, com o SUS, o processo de municipalização das ações e serviços de saúde, sem contar as dificuldades de ordem orçamentária para assumir novas despesas decorrentes desse processo. Em Uberlândia, a maior dificuldade é o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, principalmente pela competição no mercado político-partidário entre representantes comunitários, prováveis candidatos à representação nesse conselho, e dirigentes da administração municipal. Assim, embora institucionalizado por lei municipal desde 1991, o Conselho Municipal de Saúde ainda não estava funcionando. O município de Varginha, apesar de não enfrentar restrições específicas, não está livre de problemas que se repetem no universo dos municípios selecionados, tais como: dificuldades associadas principalmente à formação de equipes de profissionais da Saúde; ausência de fluxos contínuos de informações na relação vertical (SES/SMS/usuários do sistema); escassez de recursos financeiros, alegada principalmente pelos dirigentes da administração municipal, para assumir novas atividades decorrentes da diretriz constitucional de “descentralização com direção única em cada esfera de governo”.

Tais informações, no nível de cada município, constituem um exemplo das especificidades do processo de implantação do SUS que devem ser observadas pelo órgão de coordenação estadual do sistema ao tomar suas decisões.

A pesquisa no nível local mostra ainda que a grande maioria dos entrevistados, sobretudo profissionais da Saúde, considera importante a participação do Conselho Municipal de Saúde no processo de implantação do sistema, na medida em que os membros desse conselho, em particular os representantes dos usuários, poderão contribuir de forma significativa para o controle social, especialmente junto ao setor privado prestador de serviços públicos de saúde, historicamente independente em suas ações. E também porque essa entidade (CMS) tem papel importante na fase de elaboração e implantação do plano municipal de Saúde, contribuindo com demandas que, embora não sejam inteiramente ignora-

das pelos profissionais da Saúde, revelam especificidades a que somente têm acesso os atores beneficiários, isto é, os usuários do sistema.

Isso significa que a democratização do sistema não pode ser considerada prescindível, pois dela resulta uma nova dinâmica nas relações entre os atores envolvidos no processo de implantação do sistema, a qual revela aspectos importantes na prestação dos serviços públicos de saúde. A questão fundamental, neste particular, refere-se às ações da SES, ao promover cursos de treinamento para os atores envolvidos, a fim de permitir relações mais democráticas no universo do sistema, a partir de ações e decisões negociadas, particularmente na relação CMS/administração municipal.

Todas essas questões revelam o espaço gravitacional do órgão de coordenação estadual do Sistema de Saúde — no caso, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais — no processo de implantação do SUS, sem perder de vista, naturalmente, a questão central que norteia a relação estado/município: a autonomia municipal. Quer dizer, o estado (ou União) não pode interferir em questões de competência municipal, mas pode assessorá-lo para atingir determinados objetivos.

4. Conclusão

É sabido que a municipalização da Saúde deve ser um processo gradual, tendo como principal referência as especificidades de cada município, mas a eficiência desse processo está relacionada de forma direta com a capacidade do órgão estadual de coordenação do sistema para promover ações nesse sentido. Na realidade, o processo de municipalização da Saúde, pelas mudanças que acarreta no modelo assistencial, constitui-se numa via de mão dupla, onde se cruzam exigências de mudanças no nível do município e do estado, de modo que as funções a serem desempenhadas por essa instância de governo (estado), através do órgão estadual da área de Saúde, são decisivas para a eficiência desse processo. Isso porque as principais orientações emanam do órgão estadual de coordenação do Sistema de Saúde. Logo, sem o respaldo institucional no nível do estado, a municipalização da Saúde ficará comprometida, pelo menos para a grande maioria dos municípios que não dispõem de infra-estrutura para deslanchar esse processo. Isso sem considerar as limitações que são resolvidas apenas em outras esferas de governo, como financiamento do sistema, a questão tecnológica, a política estadual de Saúde e a relação município-pólo/municípios polarizados, por exemplo.

Além disso, os conflitos institucionais e de cunho político-partidário de caráter local podem obstaculizar o processo de municipalização mesmo nos municípios que dispõem de infra-estrutura. Donde a necessidade de uma atuação eficiente do órgão estadual de coordenação do sistema no que se refere a cursos de treinamento e seminários com vistas a minimizar tais dificuldades.

Em suma, a implantação do SUS envolve várias questões restritivas, seja de ordem geral ou específica (no nível local e estadual). Todavia, há de se conside-

rar que, a despeito da problemática que envolve o processo de implantação do sistema, não são desprezíveis as mudanças decorrentes desse processo, as quais foram constatadas na pesquisa “O Sistema Único de Saúde em Minas Gerais: avaliação das atividades de implantação e de seus efeitos junto aos usuários do sistema”. Essa pesquisa subsidiou a elaboração deste artigo e dos demais já publicados na *RAP*, conforme já explicitado.

Cabe ainda considerar que, embora tenha havido uma ampliação do conceito de Saúde no nível do SUS, extrapolando-se ações específicas da área de Saúde e incorporando-se ações relativas às demais políticas sociais, esse conceito deixou de abordar um aspecto importante para a saúde do indivíduo e que está relacionado com a violência — por exemplo, contra a criança. A concepção do SUS deveria priorizar ações nesse sentido, que poderiam inclusive ser implementadas através de processo educativo junto às unidades familiares e nas escolas. Iniciativas dessa natureza ganhariam então prioridade nas agendas das distintas esferas de governo, dando ênfase às ações preventivas.

Referências bibliográficas

Aires, I. C. Determinantes de ordem política e institucional na formulação e implementação de políticas públicas: um estudo do Programa Estadual de Cidades Intermediárias em Minas Gerais. Campinas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), 1991. (Tese de Doutorado.)

———. Políticas públicas e o dilema da implementação: o Proeci como referência empírica de análise. *Análise e Conjuntura*, 7(1):68-83, 1992.

Alvim, L. T. Saúde: obstáculos e avanços. *Revista do Legislativo* (8):50-4, jul./dez. 1994.

Bardach, E. The implementation game: what happens after a bill becomes a law. Massachusetts, MIT Press, 1977.

Brasil. Constituição: República Federativa do Brasil. Belém, Banco da Amazônia, 1988.

Carvalho, G. I. de & Santos, L. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90)*. São Paulo, Hucitec, 1992.

Castro, M. H. G. Conflitos e interesses na implementação da reforma da política de Saúde. *Saúde em Debate* (35):15-21, 1992.

Cordeiro, H. Controvérsias no financiamento do SUS. *Saúde em Debate* (33):19-24, 1991.

Dallari, S. G. Descentralização versus municipalização. *Saúde em Debate* (35):39-42, 1992.

Dye, T. R. *Understanding public policy*. 4 ed. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1981.

Jacobi, P. Participação e gerência dos serviços de saúde: desafios e limites no município de São Paulo. *Revista de Administração Pública*, 26(2):32-43, abr./jun. 1992.

Mello, D. L. de. Descentralização, papel dos governos locais no processo de desenvolvimento nacional e recursos financeiros para que os governos locais possam cumprir seu papel. *Revista de Administração Pública*, 25(4):199-217, out./dez. 1991.

Mendes, E. V. *O processo de construção do Sistema Único de Saúde — reflexão sobre agenda mínima para a reforma sanitária*. Brasília, 1992.

Minas Gerais. *Constituição do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte, Del Rey, 1990.

Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica SUS nº 1/93, regulamentada pela Portaria nº 525, de 20-5-1993, do Ministério da Saúde. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Brasília, 1993.

Teixeira, S. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Revista de Administração Pública*, 24(2):78-99, fev./abr. 1990.

———. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. *Saúde em Debate* (33):27-32. 1991.

Van Metter, D. & Van Horn, C. The policy implementation process. *Administration and Society*, 6(4), Feb. 1975.