O programa de implantação do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais: modalidade de atenção, participação dos usuários, acesso aos serviços de saúde e grau de satisfação*

Ildimar Cruz Aires**
Adriana Venuto***
Cláudia de Cássia V. Batista****

Sumário: 1. Introdução; 2. Modalidade de atenção expressa na prestação dos serviços: ações preventivas e assistenciais; 3. Usuários do sistema: participação, acesso aos serviços de saúde e grau de satisfação; 4. Conclusão.
Palavras-chave: SUS; ações preventivas; ações assistenciais; usuários; participação; grau de satisfação; acesso aos serviços.

Este artigo discute questões relacionadas com a modalidade de atenção expressa em ações preventivas e assistenciais durante a implantação do Sistema Único de Saúde, em municípios selecionados do estado de Minas Gerais e, sucintamente, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde (SES/MG). São abordadas, também, questões como participação dos usuários no processo de implantação do sistema, seu acesso aos serviços oferecidos pelo setor público na área e seu grau de satisfação.

The process of establishing the Sistema Único de Saúde (Unified Health System) in Minas Gerais: modality of care, user participation, access to health services and degree of satisfaction

This article discusses questions related to modality of care — preventive and relief actions — during the establishment of the Unified Health System, in selected counties of the state of Minas Gerais and, briefly, within the State Health Department (SES/MG). It also discusses user participation, access to health services and degree of satisfaction.

1. Introdução

Este artigo analisa os resultados parciais da pesquisa sobre o Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, relacionada com a modalidade de atenção expressa nas ações preventivas e assistenciais, a participação dos usuários no processo de

* Artigo recebido em out. 1995 e aceito em mar. 1996, tendo como referência os resultados parciais da pesquisa *O Sistema Único de Saúde em Minas Gerais: 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). Este é o segundo artigo, no âmbito dessa pesquisa, publicado na *RAP* (o primeiro foi publicado na edição de out./dez. 1995, v. 29, n. 4).
** Doutora em economia, área de políticas públicas, pela Unicamp, e pesquisadora à disposição da Fundação João Pinheiro durante a realização da pesquisa, sendo sua coordenadora.
*** Socióloga pela UFMG.
**** Socióloga pela UFMG.

implantação do sistema, seu acesso aos serviços de saúde e grau de satisfação com a prestação de tais serviços.

A pesquisa de campo teve como universo os municípios mineiros de Pedra Azul, Teófilo Otoni, Uberlândia e Varginha, selecionados a partir dos seguintes critérios: serem de regiões distintas;[1] terem especificidades bastante diferenciadas com relação ao histórico do processo de municipalização da saúde; possuírem condições sócio-econômicas distintas, especialmente entre os dois grupos de municípios: Pedra Azul e Teófilo Otoni *versus* Uberlândia e Varginha; e a participação dos usuários ser bastante diferenciada.

Embora a análise tenha como referência os resultados da pesquisa nos municípios selecionados, ela se reporta também às ações preventivas e assistenciais a cargo da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), de forma breve, apenas para referência acerca do desempenho de tais atividades no nível dessa secretaria. As discussões mais detalhadas no âmbito da SES/MG neste particular serão abordadas num artigo que ainda se pretende publicar sob o título: O processo de implantação do Sistema Único de Saúde da perspectiva de atores da SES/MG.

2. Modalidade de atenção expressa na prestação dos serviços: ações preventivas e assistenciais

As constatações referentes à orientação preventiva nos municípios selecionados indicam que essa atividade carece de maior atenção, mesmo em Uberlândia e Varginha, onde os dados empíricos mostram maior freqüência e um leque mais amplo de atendimento na área.

Nas secretarias municipais de saúde (SMS) que já iniciaram seu processo de reorganização (municípios de Teófilo Otoni, Uberlândia e Varginha), observou-se uma preocupação no sentido de priorizar em seu programa de trabalho atividades nessa área, em especial nas áreas de epidemiologia e vigilância sanitária. Nessa referência, destacam-se: alguns trabalhos voltados para a orientação de gestantes; programas de higienização bucal e tratamentos oftalmológicos (desenvolvidos principalmente nas escolas); o controle de epidemias, através de material informativo e distribuição de vacinas; e as campanhas contra doenças infecto-contagiosas. Todavia, informações obtidas da grande maioria dos usuá-

---

[1] Pedra Azul, macrorregião Jequitinhonha; Teófilo Otoni, macrorregião Rio Doce; Uberlândia, macrorregião Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba; Varginha, macrorregião Sul de Minas. Em Teófilo Otoni, a pesquisa de campo foi realizada no período de 13 a 17 de abril de 1993; em Uberlândia, de 3 a 7 de maio de 1993; em Varginha, de 19 a 23 de agosto de 1993; em Pedra Azul, de 17 a 21 de outubro de 1993. Tais informações foram publicadas no artigo O Sistema Único de Saúde (SUS): discussão sobre sua implantação e especificidades em municípios do estado de Minas Gerais, publicado na *RAP*, *29*(4), out./dez. 1995, e que também se refere a resultados parciais da pesquisa *O Sistema Único de Saúde em Minas Gerais: avaliação das atividades de implantação e de seus efeitos junto aos usuários do sistema*.

rios entrevistados sobre programas de orientação preventiva desenvolvidos em unidade familiar ou mesmo em locais apropriados mostram uma freqüência inexpressiva de ações neste particular, excetuando-se situações específicas, como o caso do cólera.

Como é sabido, as atividades de prevenção não se restringem às ações desenvolvidas exclusivamente no universo de programas específicos da área de saúde, tais como vacinação, pré-natal, controle de propagação de doenças epidemiológicas, vigilância sanitária etc. Elas também se vinculam a condicionantes externos à área, por influírem de forma decisiva na saúde da população.

Os dados empíricos mostram que, à medida que o processo de implantação do SUS amplia suas ações, as atividades preventivas no nível local tendem a avançar. Isso porque a municipalização das ações e serviços de saúde resultante desse processo em geral exige a reorganização das SMS para assumir a "direção única" no nível local, consoante diretriz constitucional do SUS. Conseqüentemente, é exigida a reestruturação dos órgãos encarregados da área de epidemiologia e vigilância sanitária, que, por sua vez, têm procurado ampliar suas atividades, seja pelo diagnóstico mais abrangente de seus principais problemas, seja por meio de propostas e atividades no sentido de minimizá-los. Essas ações vêm facilitar, em boa medida, a compreensão mais ampla dos problemas locais e a busca por soluções que viabilizem a implantação de projetos/atividades voltados para as ações não só curativas, mas também preventivas. Todavia, deve-se considerar, tendo como referência depoimentos de profissionais da área da saúde, que nessa fase inicial de reorganização do SUS os municípios têm convivido com inúmeras dificuldades relacionadas com o levantamento e a análise de dados, principalmente nas áreas mencionadas, e com escassez de recursos tanto financeiros quanto humanos, estes últimos devidamente treinados para executar determinadas atividades no universo do sistema.

Apesar dessas dificuldades, os municípios de nosso universo empírico que iniciaram o processo de implantação do sistema vêm dispondo de informações mais amplas e, de certa maneira, sistematizadas acerca da problemática que envolve a área da saúde no nível local, como já assinalado, permitindo às SMS contemplarem na sua agenda ações preventivas que, antes do SUS, eram desenvolvidas de forma fragmentada pelas diversas instituições ou, mesmo, não contempladas em suas agendas.

Deve-se evidenciar que nos municípios de menor capacidade orçamentária,[2] onde a infra-estrutura social carece de investimentos, constatou-se pouca atenção às ações preventivas, seja por esse próprio quadro ou pelo processo decisório na eleição de prioridades. Cabe registrar nessa referência os municípios de Teófilo Otoni e Pedra Azul, em face dos níveis insatisfatórios de qualidade de vida, que podem ser avaliados parcialmente a partir das seguintes constata-

[2] Pedra Azul e Teófilo Otoni. Neste particular, vide informações de balanços orçamentários municipais publicados no artigo anterior (*RAP*, *29*(4), out./dez. 1995).

ções (IBGE, 1994):[3] enquanto Uberlândia e Varginha dispõem, respectivamente, de 95,37 e 92,64% de seus domicílios com rede de abastecimento de água (com canalização interna), em Teófilo Otoni essa participação é de 66,33% e em Pedra Azul de 52,31%. O quadro não é distinto quando se trata de instalações sanitárias. Enquanto Uberlândia e Varginha contam, respectivamente, com 88,99 e 88,65% de seus domicílios com rede geral, Teófilo Otoni e Pedra Azul contam com 58,12 e 41,55%. Essa diferenciação se mantém ao se observar os dados relativos ao destino do lixo. Uberlândia e Varginha contam, respectivamente, com 92,47 e 90,51% de seus domicílios com o lixo coletado diretamente, ao passo que Teófilo Otoni e Pedra Azul contam com 57,48 e 0,09%.

Outras informações importantes sobre os municípios selecionados estão relacionadas com óbitos por grupo de causa[4] e infra-estrutura na área de saúde.[5] Para cada mil habitantes, em 1988, morreram 5,1 em Uberlândia e 5,9 em Varginha, enquanto em Pedra Azul e Teófilo Otoni essa proporção foi de 7,8 e 7,2, respectivamente. Em 1990, Uberlândia dispunha de seis estabelecimentos com especialização (três com internação e seis sem) e Varginha tinha quatro estabelecimentos enquadrados nessa categoria (um com internação e três sem), ao passo que Teófilo Otoni dispunha de apenas um estabelecimento com especialização (sem internação) e Pedra Azul não possuía estabelecimentos enquadrados nessa categoria.

Parece relevante registrar também que, em 1991,[6] a taxa de mortalidade infantil[7] nos municípios de Uberlândia e Varginha era, respectivamente, de 0,04 e 0,07, enquanto em Pedra Azul e Teófilo Otoni era de 0,19 e 0,11. Deve-se, contudo, chamar atenção para a fala do dr. José Aristodemo Pinotti, médico, ex-secretário da Saúde do estado de São Paulo: "Um novo paradigma para avaliar a questão da saúde e da doença, substituindo os tradicionais índices de mortalidade por outros que levam em conta o cálculo de anos de vida perdidos, vem sendo largamente utilizado. De acordo com essa forma de avaliação, os hábitos de vida reprodutivos passam a ser responsáveis por 50% dos anos de vida perdidos; o meio ambiente por 20%; a genética também por 20%; e o sistema de saúde apenas por 10%. Decorre daí uma mudança nos fundamentos da medicina, passando a ter maior relevância a prevenção — transferir informações e educar para a saúde — do que a assistência" (Fundap, 1994).

Alguns autores apontam para a importância do trabalho de prevenção não só pelo fato de antecipar-se às doenças, mas principalmente pela sua capacidade igualitária. Assim, mesmo que sejam feitos investimentos na área da saúde cura-

---

[3] As informações que se seguem foram também publicadas no artigo anterior, mas, por exigência da análise, serão contempladas neste.

[4] *Anuário Estatístico de Minas Gerais* e Centro de Estatísticas e Informações/FJP.

[5] *Estatísticas de Saúde, 1990*. IBGE e Centro de Estatísticas e Informações/FJP.

[6] Centro de Estatísticas e Informações/FJP.

[7] Neste cálculo não foram considerados sub-registros.

tiva, tentando melhorar o atendimento aos usuários, esses investimentos serão sempre maiores e menos igualitários. Sobre este aspecto, Saracci assinala que "o único modo de enfrentar simultaneamente o volume da despesa e a desigualdade na proteção à saúde é a prevenção (...). Toda medicina tem certamente como meta a saúde, mas somente a prevenção tem como característica intrínseca e como meta específica a igualdade de cada cidadão no campo da saúde" (Berlinger, 1993).

Sabe-se que o estado de saúde de uma população tem como um dos principais fatores explicativos, senão o mais importante, a qualidade de vida dessa população. Isso significa maior abrangência do conceito de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS), já em meados deste século, amplia esse conceito, definindo-o como "um estado completo de bem-estar físico, mental e social". Sem dúvida, esse conceito avançou muito ao propor a superação da idéia de saúde vinculada à falta de doença e ao relacionar saúde a condicionantes que envolvem, inclusive, ambiente social. A fala de Pinotti é ilustrativa nesse sentido, ao assinalar que "o novo paradigma 'sociológico' não substitui o biomédico, mas o engloba" (Fundap, 1994).

No Brasil, essa orientação se expressa no art. 3º da Lei Orgânica da Saúde, ao definir saúde como um somatório de vários condicionantes: alimentação, moradia, trabalho, renda, educação e outros aspectos que expressam a organização social e econômica do país. Contudo, esse conceito abrangente, resultado de um processo de luta por melhorias na área da saúde, é ainda algo muito distante da realidade brasileira, onde grande parte da população não tem acesso aos equipamentos básicos que garantem o mínimo de qualidade de vida ao cidadão.

Especificamente no nível da SES/MG, constatou-se — com base em leitura documental, principalmente atas da Comissão Intergestores Bipartite e depoimentos de atores responsáveis pelo processo de implantação do SUS — que, mesmo sendo iniciais as mudanças nas ações preventivas, já se pode considerá-las diferenciadas em termos comparativos com as ações antes do processo de implantação do SUS. Como exemplo, cabe registrar a ampliação das ações coletivas à área de serviços. Segundo o coordenador estadual da Vigilância Sanitária, tais ações restringiam-se praticamente à fiscalização de medicamentos e alimentos antes do início desse processo (de implantação do SUS). Questões mais detalhadas relativas às ações preventivas no âmbito da SES/MG serão tratadas em artigo a ser publicado.

Em resumo, apesar de iniciativas na grande maioria dos municípios selecionados e no âmbito da SES/MG, no sentido de priorizar ações de natureza preventiva, após o início do processo de implantação do SUS, a freqüência predominante das ações na área da saúde concentrou-se nas atividades assistenciais, não se considerando aqui ações preventivas de outras áreas de governo que exercem influência sobre o estado de saúde de uma população. Embora ainda seja prematuro avaliar com certa precisão em que medida as atividades de implantação do SUS poderiam contribuir para suavizar esse quadro relativo às ações preventivas

— porque tais atividades ainda se encontram em fase inicial —, as informações empíricas, tendo por base depoimentos de atores locais, principalmente dirigentes da administração municipal e profissionais da área da saúde, e ainda a observação participante, revelam uma tendência favorável nesse particular, de modo especial pelo interesse desses atores em promover ações de natureza preventiva na área da saúde antes não contempladas na agenda governamental, mesmo que ainda estejam na fase de planejamento.

3. Usuários do sistema: participação, acesso aos serviços de saúde e grau de satisfação

A prática participativa, o acesso aos serviços de saúde e o grau de satisfação dos usuários com tais serviços constituem aspectos relevantes no âmbito do SUS. As discussões neste particular deverão subsidiar-se em informações de entrevistas realizadas junto a usuários do sistema em unidades de saúde (postos, hospitais e policlínicas, localizados nas cidades-sede dos municípios selecionados), na opinião de atores locais, especialmente profissionais da área da saúde envolvidos com o processo de implantação do SUS, e em aspectos teóricos inerentes ao tema.

A reflexão sobre a participação dos usuários do sistema exige a verificação de algumas questões. Em primeiro lugar, a participação somente é possível num cenário de democracia. Dessa maneira, a redemocratização das relações entre o Estado e a sociedade civil torna-se fundamental. Em segundo lugar, é preciso verificar a existência, no ambiente social, de condições para que essa participação aconteça. Ou seja, em que medida há comprometimento dos poderes Executivo e Legislativo, dos atores comunitários e das associações de profissionais da área da saúde em efetivar a prática participativa.

A política de descentralização das ações e serviços de saúde tendo como vetor o nível local (município) representa um primeiro passo na direção da democratização do sistema. Contudo, não constitui condição suficiente no sentido de torná-la efetiva. A descentralização possibilita ao município um grau maior de autonomia na gestão dos serviços de saúde, enquanto a proposta participativa amplia as possibilidades do exercício dos direitos de cidadania, nem sempre assegurada com o processo de descentralização. Estes dois princípios — descentralização e participação da comunidade — orientam a concepção do SUS e poderão resultar numa administração mais eficiente e igualitária dos recursos públicos, embora não se desconheçam as implicações de natureza político-institucional, já discutidas no nosso artigo anterior (*RAP*, *29*(4), out./dez. 1995), relativas à repartição do poder, entre outros condicionantes que estabelecem limites e restrições à realização desse objetivo. Cabe registrar que as constatações empíricas no nível dos municípios selecionados mostram claramente que não se pode confundir descentralização com democratização. Quer dizer, o processo de descentralização pode realizar-se sem que ocorra necessariamente a participação de atores excluídos do processo

decisório. Ao discutir essa questão, Jacobi (1992:34) assinala o seguinte: "Duas condições parecem ser fundamentais para viabilizar a participação popular: a) a existência de organizações populares com certa presença no nível local; b) a ocupação de cargos políticos do município por parte de partidos ou indivíduos favoráveis à mesma (...)"

Tais condições corroboram os resultados empíricos da pesquisa, devendo-se acrescentar as observações a seguir.

• É provável que as exigências da Norma Operacional Básica SUS nº 01/93,[8] sobre o funcionamento do CMS, para que o município possa gerir de forma autônoma os recursos financeiros de outras esferas de governo alocados na área de saúde, possam contribuir para a promoção de ações relacionadas à participação de usuários do sistema. No entanto, não é certo que essa participação deva ocorrer de forma neutra, quer dizer, sem que sejam priorizadas estratégias, visando minimizar a repartição do poder entre dirigentes da administração municipal e representantes dos usuários, principalmente se os conflitos na relação entre estes atores se caracterizarem como de natureza político-partidária.

• Mesmo que os cargos políticos do município sejam ocupados por partidos ou indivíduos favoráveis à participação, como indica Jacobi, não se pode descartar a hipótese de restrição a um processo amplo e contínuo de participação se espaços forem ocupados por representantes dos usuários com aspirações político-partidárias competitivas com as de dirigentes locais. Em suma, a competição no mercado político-partidário poderá constituir fator restritivo importante no processo participativo.

No nível dos municípios selecionados, a participação dos usuários do sistema de saúde é significativamente diferenciada. Em Teófilo Otoni, o CMS vem exercendo, mesmo que de forma ainda restritiva — dado o seu processo inicial de funcionamento e considerando ainda condicionantes discutidos no artigo anterior — várias atribuições na área da saúde, relativas ao controle social ou mesmo a decisões inerentes à elaboração da política de saúde, devendo-se evidenciar o interesse da maioria dos membros desse conselho pela implantação do SUS. Tais aspectos foram constatados pela observação participante e em atas de reunião do CMS e em depoimentos de representantes dos usuários e de outros segmentos da sociedade que se fazem representar nessa entidade. Dadas as suas especificidades, esse conselho pode ser considerado um canal viável de participação popular e uma peça-chave para o avanço do processo de municipalização da saúde, se obstáculos de ordem político-partidária, entre outros, não restringirem suas ações.

No município de Varginha, as informações de atas de reunião do CMS, depoimentos de membros dessa entidade e de profissionais da área da saúde mos-

---

[8] Regulamentada pela Portaria nº 545 , de 20 de maio de 1993, do Ministério da Saúde.

tram que o conselho vem realizando, mesmo de forma tímida e inicial, algumas atividades relacionadas com suas atribuições, especialmente no que se refere à apreciação do Plano Municipal de Saúde e sua execução, e discussões sobre prioridades na área de vigilância sanitária e direitos dos usuários. Isto, apesar das restrições, reveladas nos resultados empíricos, relacionadas a dificuldades de acesso a informações. Segundo depoimentos de membros do CMS e de profissionais da área da saúde, este aspecto limita o avanço das discussões de temas como os mencionados antes e de outras matérias de competência do CMS ou relativas à concepção do sistema.

Em Uberlândia, o CMS foi criado pela Lei Municipal nº 5.281, de 10 de julho de 1991, mas ainda não constitui fórum de debate, discussão e decisões acerca do encaminhamento das atividades do SUS no município. Os resultados empíricos mostraram sérias dificuldades no sentido de viabilizar o funcionamento do CMS nos termos da legislação vigente. Essas dificuldades seriam resultantes principalmente de competição, no mercado político-partidário, entre dirigentes da administração municipal e representantes dos usuários. O pano de fundo dessas questões está relacionado com as atribuições do CMS, ao ensejar interferências nas decisões governamentais na política de saúde, e com a ocupação dos espaços destinados aos representantes dos usuários nas conferências municipais de saúde e junto à população, via processo participativo e controle social das ações e serviços de saúde. De um lado, porque tais aspectos poderão reverter ganhos eleitorais; de outro, possivelmente pela falta de informações que poderiam ser repassadas aos membros do CMS, através de treinamento, para permitir decisões negociadas com o governo municipal.

A título ilustrativo, parece pertinente registrar depoimentos do então secretário municipal de Saúde, ao se reportar a atribuições de natureza deliberativa do CMS. No seu entendimento, tais atribuições não podem ser visualizadas "como uma tendência natural e prática de se resolver as coisas, porque na realidade as ações são de responsabilidade do chefe do Executivo, porque perante o Tribunal de Contas quem responde é o prefeito e não o conselho". Ademais, não considerou essa forma de participação deliberativa do CMS como sendo a mais correta, porque "dá-se um estímulo muito grande à participação, mas de onde vêm os recursos para concretizar as decisões?". Estes aspectos são fundamentais para se entender dificuldades relacionadas com o funcionamento do CMS nesse município.

Em Pedra Azul, o CMS ainda não estava funcionando, nem foi possível identificar se ele já havia sido criado. As informações de dirigentes locais são contraditórias neste particular. Todavia, os resultados empíricos revelam que os principais condicionantes explicativos da inércia do conselho nesse município estão relacionados primeiramente a conflitos entre membros da classe médica e a direção do governo municipal. Tais conflitos resultaram, inclusive, na substituição da secretária municipal da Saúde, indicada pelo prefeito, e que estava iniciando, segundo profissionais da área da saúde, o processo de discussão junto aos

usuários. Outros fatores são o nível incipiente de organização comunitária e, por último, provavelmente a competição, no mercado político-partidário, entre dirigentes da administração municipal e representantes das duas principais associações comunitárias (ex-candidatos a vereador de oposição) e prováveis candidatos ao CMS.

A primeira conclusão que se pode abstrair dessas evidências é que a descentralização das ações e serviços de saúde não implica democratização do sistema, conforme declarado pelos atores que discutiram a questão. Os resultados empíricos corroboram esse argumento, destacando como um dos principais fatores explicativos a competição no mercado político-partidário, nos termos expostos. A segunda refere-se ao fato de o espaço das instituições públicas refletir o conflito e/ou articulação entre atores pelo acesso ou manutenção do poder, seja no nível da própria burocracia ou entre atores governamentais e não-governamentais.

Disso resulta que a implantação da diretriz constitucional do SUS de "Participação da Comunidade" irá depender, fundamentalmente, dessa dinâmica entre os atores envolvidos com o processo de implantação do sistema. Tal dinâmica que se revela de forma diferenciada, no nível de cada realidade, na medida em que os conflitos e arranjos no interior da burocracia e entre os atores que a compõem e os representantes da comunidade serão caracterizados e qualificados de forma distinta.

No processo democrático, a relação entre os atores envolvidos deverá ser regida por normas claramente definidas: é fundamental que se estabeleça entre os lados envolvidos um movimento de mão dupla. Disso resulta a necessidade da existência de agentes comprometidos com a promoção dessas ações, tanto no nível do poder público quanto no da sociedade civil. Esta questão, contudo, não é simples de ser equacionada. A pesquisa de campo mostra algumas dificuldades no sentido de promover a democratização do sistema de saúde, devido à competição político-partidária entre prováveis candidatos ao CMS e dirigentes da administração municipal, sem contar o problema de repartição do poder no universo da própria burocracia municipal, resultante do processo de implantação do sistema, conforme já assinalado.

O sucesso da política de descentralização e da prática participativa exigida pelo SUS vai depender, entre outros aspectos, da vontade e do poder de pressão dos atores envolvidos no sentido de promovê-la. Também, para que o processo participativo se efetive, outro item de fundamental importância é o acesso à informação pelos usuários do sistema. Isto, de certa maneira, apresenta problemas no nível de nosso universo empírico, conforme destacado no artigo anterior. Jacobi (1992:34) aponta esse aspecto como um dos possíveis pontos de estrangulamento da política de democratização. Cabe enfatizar que não apenas se deve fazer chegar ao usuário a informação, mas sensibilizá-lo e motivá-lo a participar, de forma a fazê-lo aproximar-se da administração municipal. De acordo com informações de nosso universo empírico, essa questão carece de uma atenção mais

cuidadosa, por parte dos atores da esfera estadual e municipal, para ser mais bem equacionada.

A existência de um quadro de redemocratização, com a conseqüente abertura da participação popular através de associações e conselhos, não implica, necessariamente, um efetivo exercício do direito de cidadania. Valla (1992:30) chama atenção para o fato de que no Brasil estamos diante de um quadro de cidadania "de escassez e de sobrevivência", que não nos permite analisar nossa realidade com base em teorias produzidas no Primeiro Mundo, onde a realidade social, econômica e política é diferente. Isso ocorre porque, nos países desenvolvidos, onde a população já obteve conquistas históricas em termos de direito social, o exercício da cidadania consiste em vigiar para manter esses direitos adquiridos. A isso Valla chama "cidadania de abundância, de vigilância". O Brasil, ainda que se pretenda uma nação democrática, não garantiu à imensa maioria da sua população o acesso aos direitos básicos da pessoa humana, comprometendo esse ideal de democracia.

O processo de consolidação da economia brasileira no contexto do capitalismo internacional, com aceleradas industrialização e urbanização aliadas à crescente exclusão de segmentos de sua sociedade dos benefícios advindos do desenvolvimento econômico, gerou um quadro complexo e contraditório no que diz respeito a saúde. Aqui, aliam-se às doenças características do subdesenvolvimento as doenças típicas do desenvolvimento. Esse quadro exige do sistema de saúde diversificação das ações, especialmente aquelas de natureza preventiva. Exige também a alocação de recursos em programas da área social com impacto na saúde da população.

Como se sabe, a alocação de recursos públicos é, antes de tudo, resultante de conflitos de interesses entre atores participantes da arena decisória, o que explica, parcialmente, a baixa resolubilidade do sistema de saúde, a despeito de não ser desconhecido por completo o diagnóstico dos principais problemas da área. A esses aspectos, somam-se os procedimentos burocráticos como, por exemplo, o atraso no repasse de recursos de outras esferas de governo ao nível municipal, obrigando, algumas vezes, as prefeituras municipais a assumirem atribuições desses governos em face da exigência de ações imediatas, segundo declarações de dirigentes locais. Este é o principal argumento desses atores ao reivindicarem a transferência ao município, sem intermediação, dos recursos alocados na área da saúde. Contudo, é apenas uma face da moeda, na medida em que existem implicações político-institucionais para que essa transferência ocorra.

A falta de resolubilidade do sistema de saúde mostrou-se mais contundente nos municípios do nosso universo empírico de menor capacidade orçamentária, Pedra Azul e Teófilo Otoni.[9] Aqui, grande parte dos usuários entrevistados assinalou a necessidade de melhoria nos serviços oferecidos pelo setor público. Mesmo aqueles que consideram o atendimento "bom" revelaram dificuldades rela-

[9] Vide informações no artigo anterior (*RAP*, *29*(4), out./dez. 1995).

cionadas com a falta de medicamento e de realização de exames, demora no atendimento e pouca diversificação em termos de especialização médica para atender suas demandas. O adjetivo "bom" possivelmente sugere expectativa ou satisfação em torno da simples possibilidade de acesso, num determinado momento, ao serviço de saúde. O que parece contar é o fato de se ter obtido uma consulta ou um atendimento de internação, por exemplo.

Nesses dois municípios, particularmente Pedra Azul, formam-se filas na madrugada para receber fichas para consultas, e nem sempre o usuário consegue ser atendido. A observação participante no município de Pedra Azul constatou uma freqüência dessas filas em quase todas as unidades de atendimento.

Em Uberlândia e Varginha, a grande maioria dos usuários avaliou como "bom" os serviços oferecidos na área da saúde. Porém, declarou que falta orientação preventiva na unidade familiar ou mesmo em reuniões realizadas sob a orientação do setor público. Mereceram ressalva as unidades escolares, no caso dos serviços odontológicos, e as unidades de saúde, especialmente na assistência às gestantes, vacinações e prevenção contra epidemias.

Em resumo, mesmo naqueles municípios que vêm, historicamente, assumindo de forma mais efetiva a municipalização das ações e serviços de saúde, existe um déficit entre a oferta dos serviços públicos e a demanda dos usuários, em particular naquelas atividades que requerem tecnologia mais sofisticada e maior grau de especialização médica, e, mais ainda, no nível das ações preventivas.

Embora não se disponha de informações quantitativas que permitam avaliar com algum grau de precisão o déficit em cada município, pode-se afirmar — tendo como referência depoimentos de usuários, informações de profissionais da área da saúde e a observação participante — que o déficit é diferente em cada município. Todavia, mesmo que não se dispusesse de informações junto aos usuários do sistema e profissionais da área da saúde, seria suficiente a observação participante em cada localidade para concluir sobre a defasagem entre a oferta e a procura dos serviços de saúde nos municípios de Uberlândia e Varginha em contraposição a Teófilo Otoni e Pedra Azul.

A pesquisa empírica também revelou que a grande maioria dos usuários entrevistados não participa de associações de bairro e tampouco discute assuntos relacionados com a saúde, cabendo destacar ainda que a participação dos usuários na política de saúde é inicial e em grau diferenciado em cada município, chegando a ser incipiente ou nula em alguns deles. Essa constatação poderá ser revertida com a participação mais atuante do CMS, especialmente se houver cursos dirigidos aos seus representantes, tendo por objetivo transmitir conhecimentos sobre a concepção do sistema e dificuldades que limitam sua implantação, e sobre normas operacionais e atribuições do CMS. Neste último item, é importante que os cursos enfatizem discussões acerca das atribuições do CMS e estratégias relativas a decisões negociadas entre representantes do conselho e atores da administração municipal envolvidos com o processo de implantação do sistema.

4. Conclusão

A análise precedente sugere algumas questões para reflexão. A primeira delas é que apesar de as atividades de implantação do Sistema Único de Saúde ainda estarem centradas fundamentalmente na reorganização das burocracias, elas sinalizam no sentido de promover a melhoria nos serviços de saúde oferecidos aos usuários. Tal fato deve-se, em parte, à possibilidade dessa reorganização permitir elaborar diagnósticos mais abrangentes da problemática que envolve a área da saúde em cada localidade, sob o comando das secretarias municipais de saúde que já iniciaram esse processo. Também são importantes as ações agendadas por essas secretarias, visando promover atividades de natureza preventiva que, antes do SUS, eram desenvolvidas de forma fragmentada e sobrepostas ou mesmo não contempladas nas agendas das instituições responsáveis pela área da saúde. Se o processo de implantação do sistema não for interrompido em face das limitações discutidas no artigo anterior e que deverão ser ampliadas em artigo a ser publicado, é de se esperar mudanças no modelo assistencial, não somente da perspectiva de tais ações, mas decorrentes também de outras iniciativas: algum grau de participação dos usuários, através do CMS, na eleição de prioridades para a área da saúde; controle social; maior autonomia da SMS na gerência de assuntos na área da saúde, em face da diretriz constitucional de "descentralização com direção única em cada esfera de governo", entre outras.

A segunda questão trata de mudanças nas relações entre os atores envolvidos com o processo de implantação do Sistema Único de Saúde, mesmo que tais mudanças sejam quase imperceptíveis em determinadas localidades. Não se pode desconsiderar o processo no qual esses atores, de forma concreta ou potencial, são agentes de mudanças requeridas, especialmente se se considera que sujeitos passivos da ação poderão exercer alguma influência, a médio ou longo prazo, na arena decisória. Entretanto, não se pode deixar de considerar os aspectos relativos à repartição do poder inerente ao processo de implantação do SUS no nível da burocracia e nas relações entre o Conselho Municipal de Saúde e dirigentes da administração municipal, nos termos discutidos no artigo anterior. Tais perspectivas ancoram-se na hipótese da não-interrupção do processo de implantação do sistema.

A terceira questão refere-se a possíveis mudanças no processo de formulação e implementação da política de saúde, particularmente naqueles municípios que já iniciaram a reorganização do sistema, seja em face das diretrizes constitucionais do SUS ou da Norma Operacional Básica SUS nº 01/93. A despeito das dificuldades de implantação das diretrizes e procedimentos relativos ao sistema, eles estão postos para serem até mesmo avaliados pelos atores participantes do processo decisório no âmbito do sistema.

Por último, há de se considerar a complexidade do processo de descentralização das ações e serviços de saúde decorrentes de questões relacionadas à participação dos usuários através do CMS, ao nível incipiente de organização desse ator

na grande maioria dos municípios selecionados, à questão do financiamento do sistema e à falta de recursos humanos treinados para exercer novas funções no nível do SUS, sem considerar os aspectos da infra-estrutura em termos de disponibilidade de equipamentos na área da saúde, ou mesmo nas outras áreas cujas ações repercutem diretamente sobre o estado de saúde da população.

Referências bibliográficas

Aires, I. C. Políticas públicas e o dilema da implementação: o Proeci como referência empírica de análise. *Análise e Conjuntura*. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, *17*(1):65-83, 1992.

Anuário Estatístico de Minas Gerais 1990-1993. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 1994. v. 8.

Azevedo, S. de & Prates, A. A. P. Planejamento participativo, movimentos sociais e ação coletiva. *Ciências Sociais Hoje*. São Paulo, 1991. p. 122-52.

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

Berlinger, G. O direito à vida e a ética da saúde. *Lua Nova*. São Paulo (30):121-43, 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica — SUS nº 01/93, 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].

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

Browne, A. & Wildavsky, A. What should evaluation? In: Pressman, J. L. & Wildavsky, A. *Implementation*. 3 ed. Berkeley, University of California, 1983.

Campos, G. W. de S. Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro (28):24-7, 1990.

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

Castro, M. H. G. de. *Avaliação de políticas e programas sociais*. Campinas, Nepp/Unicamp, 1989. (Caderno de Pesquisa, 12.)

Costa, S. Práticas associativas, processo participativo e democracia: um estudo de caso e algumas reflexões. *Textos Sociologia e Antropologia*. Belo Horizonte, jul./set. 1992.

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

Draibe, S. M. Padrão brasileiro de proteção social: desafios à democracia. *Análise e Conjuntura*. Curitiba, *8*(2):13-25, fev. 1986.

Fundap. *Política social*. São Paulo, Fundap, 1994. (Boletim de Conjuntura, 12.)

Haddad, Paulo R. *Participação, planejamento e justiça social*. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.

Heiman, L. S. et alii. *O município e a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1992.

IBGE. *Censo Demográfico 1991: resultados do universo relativo às características da população e dos domicílios — Minas Gerais*. Rio de Janeiro, IBGE, 1994. n. 18.

Jacobi, P. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. Porto Alegre, 1991.

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

Minayo, M. C. de S. *O desafio do conhecimento (pesquisa qualitativa em saúde)*. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro, Abrasco, 1992.

Muller Neto, J. S. Descentralização e democracia: tópicos de um debate. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro (33):33-49, 1991.

Prates, A. A. P. & Andrade, L. A. G. Notas sobre o modelo de planejamento participativo: o caso de Minas Gerais. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, *19*(2):132-52, abr./jun. 1985.

Przeworski, A. *Democracia e mercado no Leste europeu e na América*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.

Rodrigues Filho, J. Participação comunitária e descentralização dos serviços de saúde. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, *26*(3):119-29, jul./set. 1992.

Santos, W. G. dos. *Razões da desordem*. Rio de Janeiro, Rocco, 1993.

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

Valla, V. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, *8*(1):30-40, jan./mar. 1992.

Wynarczyk, H. Aspectos culturales de los programas de desarrollo en las comunidades tobas. *Diário Norte*. Buenos Aires, abr./mayo 1989.