

# O Sistema Único de Saúde (SUS): discussão sobre sua implantação e especificidades em municípios do estado de Minas Gerais\*

Ildimar Cruz Aires\*\*  
Adriana Venuto\*\*\*

Sumário: 1. Introdução; 2. O SUS e impasses relativos à sua implantação; 3. Perfil e tendência do SUS em alguns municípios do estado de Minas Gerais; 4. Conclusões.  
Palavras-chave: saúde; municipalização; democratização; descentralização.

Discussão sobre o processo de implantação do SUS, tendo como referência pesquisas exploratória e empírica no universo de municípios do estado de Minas Gerais.

## The Unified System of Health Care: its implementation and particularities in some municipalities of Minas Gerais

This article focuses on the process of establishing the so-called Sistema Único de Saúde (Unified System of Health Care), SUS. It starts with a broad discussion on the literature on this question. After that, it describes the cases of some municipalities of Minas Gerais (Pedra Azul, Teófilo Otoni, Varginha and Uberlândia). Based on these cases, it discusses the interests, the decision power and the commitment of the different social actors involved, as well as the advances in health care as a result of the implementation of the SUS model.

## 1. Introdução

Este artigo discute questões relacionadas à problemática que envolve o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em uma perspectiva mais geral (seção 2), tendo como referência discussões presentes na literatura neste particular, quanto em uma específica (seções 3 e 4), no nível de nosso universo empírico: municípios mineiros de Pedra Azul, Teófilo Otoni, Uberlândia e Varginha. Registra, também, interesses, poder de decisão e comprometimento dos diferentes atores participantes desse processo, e ainda os avanços na área de saúde, que resultaram da tentativa de equacionar concretamente algumas

\* Artigo recebido em out. 1994 e aceito em abr. 1995. Os autores agradecem ao prof. Antônio Augusto P. Prates, do Departamento de Sociologia da UFMG e diretor do Centro de Estudos Políticos e Sociais da Fundação João Pinheiro, pelas contribuições valiosas a este artigo. O artigo refere-se aos primeiros resultados 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).

\*\* Doutora em economia (área de concentração de políticas públicas) pela Unicamp e pesquisadora à disposição da Fundação João Pinheiro.

\*\*\* Graduanda em sociologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e estagiária da Fundação João Pinheiro.

das especificidades do modelo SUS. Apesar dessa última referência, o estudo de caso, no nível dos referidos municípios, não deverá se restringir a uma avaliação de natureza comparativa entre a concepção do modelo SUS e o que está sendo implantado; ao contrário, deverá chamar atenção para algumas condições que, indubitavelmente, constituem obstáculo à implantação do modelo, em conformidade com todos os seus princípios e diretrizes.

Destacam-se, em um primeiro momento: a exigência de um modelo econômico com redistribuição de renda, na medida em que a variável *renda* constitui um dos fatores explicativos do estado de saúde de uma população; a inversão de padrões culturais de nossa sociedade, improváveis de serem equacionados no curto prazo, aspecto associado principalmente à relação Estado/sociedade; e as limitações financeiras do setor público, sem considerar os critérios para selecionar prioridades na agenda governamental, a serem discutidos posteriormente. Acrescente-se ainda que, na perspectiva de nosso universo empírico, se deve levar em conta que o processo de implantação do SUS, nos municípios supracitados e possivelmente nos demais municípios do estado de Minas Gerais, encontra-se em fase inicial, restringindo uma avaliação comparativa mais abrangente entre a concepção do sistema e o que está sendo implantado. Quer dizer, salienta-se a importância da variável *tempo* numa avaliação dessa natureza, a despeito das demais restrições e obstáculos. Há que se recorrer também à literatura que trata da formulação e implementação de políticas públicas para se compreender o descompasso que muitas das vezes ocorre entre a concepção da política e sua implementação, porque “fatores imprevisíveis ou não devidamente observados na fase de formulação da política poderão desviar os objetivos e as metas propostos, mesmo que alguns pré-requisitos que aparentemente sugerem o sucesso da política sejam observados” (Aires, 1992:1-2).

Cabe evidenciar, também, expectativas não confirmadas pelos agentes responsáveis pela formulação da política, e que seriam relevantes para seu sucesso.

Antes de iniciar a análise e discussão dos resultados da pesquisa, torna-se necessária uma apresentação sucinta dos fundamentos legais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse sistema, instituído pela Constituição Federal de 1988, faz parte do processo de descentralização das ações e serviços de saúde, iniciado na década de 70 com a abertura política, através do Programa de Extensão de Cobertura (PEC). Esse processo de descentralização tem continuidade na década de 80, com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e, em seguida, com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), este já no governo da Nova República.

Além do contexto político de transição para a democracia, a descentralização do sistema de saúde tem ainda, como fator condicionante, a crise econômica iniciada nos anos 80, que impõe restrições à capacidade de transferência de recursos do setor público para o privado na compra de serviços de saúde.

Tanto as AIS como o Suds consistiam na descentralização das ações e serviços de saúde através da delegação de atribuições e responsabilidade aos estados

federativos e municípios. Para as AIS, a descentralização ocorria via convênio tripartite — governos federal, estadual e municipal —, enquanto para o Suds esse procedimento se dava a partir do termo de adesão dos municípios, ou seja, teria também como vetor a instância municipal, embora tanto num caso como no outro a principal instância de descentralização seriam os estados federativos, contrariamente ao SUS, cuja descentralização tem como principal vetor o nível local, isto é, o município.

A orientação jurídica básica desse sistema consiste na seguinte determinação: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196 da Constituição Federal, 1988).

Acrescenta, ainda, a Constituição, em seu art. 198:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- participação da comunidade.”

Os *princípios* que orientam a concepção desse sistema estão explicitados no art. 7º da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080, de 19-7-1991), ao assinalar:

“As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde — SUS — são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda os seguintes princípios:

I — universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II — integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III — preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV — igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V — direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI — divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;

VII — utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII — participação da comunidade;

IX — descentralização político/administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X — integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI — conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII — capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII — organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.”

Explicitadas as principais especificidades da concepção do SUS, parece razoável *evidenciar mais detalhadamente o que se propõe neste artigo: em um primeiro momento, de uma perspectiva ampla, chamar atenção para aspectos da pesquisa exploratória acerca das discussões presentes na literatura sobre impasses no processo de implantação do sistema; e, de forma específica, caracterizar o perfil do SUS, que se delinea em alguns municípios do estado de Minas Gerais.*

Os dois níveis de análise contemplados nesta discussão — onde o primeiro (pesquisa exploratória) subsidiou a análise do segundo (pesquisa empírica) — convergem no sentido de visualizar algumas questões tidas como relevantes para a reflexão sobre o processo de implantação do sistema e, ao mesmo tempo, de enriquecer a discussão, na esperança de aclarar alternativas para intervenções.

## **2. O SUS e impasses relativos à sua implantação**

Embora não se desconheçam os avanços de ordem jurídica no processo de legalização do SUS, vários de seus princípios e diretrizes carecem de considera-

ções quanto ao processo de implantação do sistema, seja em função de aspectos estruturais e conjunturais da sociedade brasileira, seja no que diz respeito a questões relacionadas à formulação e implementação de políticas públicas. No segundo caso, isso acontece mais especificamente no que se refere à presença de novos atores (com interesses distintos) na fase de implementação e ainda à mudança de atitude de outros (participantes da concepção da política e agentes do processo de implantação), os quais poderão alterar as regras do jogo, redirecionando os rumos das políticas. Também a heterogeneidade estrutural que caracteriza a sociedade brasileira deve ser considerada nesse aspecto. Cabe, pois, destacar os baixos níveis de renda e de escolaridade da população de menor poder aquisitivo, aspectos que têm contribuído para limitações no processo de conquista do direito de cidadania e, portanto, de percepção por parte desse segmento social da obrigatoriedade do Estado em atender suas necessidades, constitucionalmente asseguradas, a exemplo dos serviços de saúde.

Em consequência desses aspectos e de outros de ordem cultural, não é de se esperar um grau de organização mais amplo desse segmento da sociedade no sentido de reivindicar direitos ou defender interesses junto ao poder público.

Santos (1993:85), apesar de constatar a multiplicação de associações civis (criação e diversificação) nas cidades de São Paulo (68,2%), entre 1970 e 1986, e Rio de Janeiro (65%), no período de 1971 a 1987, ressalta: “(...) número muito pequeno de tipos de associações são de interesse geral (comunitárias e moradores)”.

Essas constatações, todavia, suscitam algumas questões para reflexão, por exemplo: mas a quem devem se dirigir esses atores, institucionalmente? Przeworski (1994:27) considera que “os movimentos sociais constituem um ator ambíguo na democracia”, exatamente ao responder a essa indagação, porque a manifestação desse ator não depende apenas de decisão unilateral de querer se manifestar, mas, sobretudo, da existência de canais institucionalizados que permitam essa manifestação. Quer dizer, a quem se reportar.

A análise desses aspectos tem sua importância no universo do SUS, em face de sua diretriz constitucional de “participação da comunidade”.

Apesar de constitucionalmente assegurada a democratização do sistema de saúde, vários autores chamam atenção para o fato de que a descentralização do sistema, mesmo entendida como uma descentralização do poder (municipalização), não pode ser considerada, por si, condição suficiente para democratizar os serviços de saúde. Ou seja, nada garante que essa descentralização irá desencadear um processo de participação de atores sociais anteriormente excluídos da arena decisória. Campos (1990:26), por exemplo, assinala que a democratização do sistema de saúde não estaria assegurada via processo de municipalização. Para o autor, o que “esse processo permite é que naqueles municípios onde o governo seja democrático e existe uma correlação de forças favorável à maioria do povo, ocorre a ampliação dos mecanismos de democracia direta”.

Igualmente, pode-se apresentar aqui, em caráter exemplificativo, a interpretação de Teixeira (1991:31), ao assinalar que “a municipalização não se confunde com democratização”. Para a autora, “a municipalização é um processo político cujo conteúdo, alcance e implicações dependem do jogo político entre forças político-institucionais e sociais mais amplas que o promovem, implementam, obstaculizam ou reforçam”. Portanto, isto não significa que os segmentos sociais, historicamente excluídos do processo decisório, sejam incorporados a esse processo com a municipalização. Na verdade, a inclusão desses atores no referido processo decisório vai depender de outros determinantes, como o nível de organização e poder de pressão desse segmento social; o comprometimento do governo local com a democracia; e, de uma dimensão mais ampla, a redefinição do papel do Estado na sociedade.

Ao discutir essa temática, Rodrigues Filho (1992:126) chama atenção para o esquema de Kadt, que consiste na formulação das seguintes indagações:

- “1. Que espécie de participação (na implementação e no processo decisório)?;
2. Quem está promovendo a participação (governo, organizações não-governamentais) e qual a orientação política destas instituições (reforma, transformação básica do sistema social ou manutenção do *status quo*)?
3. Como está estruturada a comunidade em termos sócio-econômicos (homogênea, estratificada etc.)?”

Respostas a essas indagações seriam fundamentais para o conhecimento de *qual o tipo de participação*, permitindo, inclusive, minimizar conflitos na relação comunidade/instituições responsáveis pela ação governamental, na medida em que isto reduziria atritos resultantes da falta de definição de atribuições, inevitavelmente promovedora de conflitos e também de insegurança no que se refere às ações e às iniciativas dos participantes. Este aspecto foi constatado junto aos membros dos conselhos municipais de saúde, especialmente os representantes dos usuários do universo da pesquisa, que já iniciaram suas atividades, conforme pode ser constatado na seção 3. Todavia, é igualmente relevante indagar que pessoas da comunidade participam das decisões, porque muitas vezes fala-se em participação comunitária, quando esta se limita a um número restrito de seus “representantes”.

Quanto à universalização dos serviços de saúde, explicitada pela Constituição Federal de 1988, ao estabelecer que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, convém registrar, para reflexão, que o “universalismo esboçado nos ideais do *Welfare State* reporta-se mais especificamente aos países europeus da social-democracia. Já a construção do Estado de Bem-Estar brasileiro, contudo, deve deparar-se com uma profunda desigualdade social, com níveis ‘africanos’ de miséria (...). Subjacente às políticas de saúde mais recentes, pode-se perceber a concepção de que a universalização significa proporcionar aos segmentos mais

pobres da população apenas o mínimo de atenção primária à saúde (...)” (Rabelo, 1991:176).

Para Favoret Filho e Oliveira (1990), essa universalização excludente, no caso brasileiro, funciona como elemento de acomodação do sistema, sem o qual as pressões sobre o setor público seriam provavelmente explosivas. Exemplificam, aqui, o caso de grupos sociais, principalmente as camadas médias, que procuram atender suas demandas na área de saúde recorrendo ao mercado privado, como medicinas de grupo, convênios entre empresas e prestadores de serviços.

Alguns autores divergem dessa interpretação Castro (1991:17), por exemplo, defende que o argumento da universalização excludente no sentido de ser *redistributiva*, na medida em que permite ao Estado atender com maior efetividade os segmentos mais carentes, “precisa ser melhor avaliado”, isto porque: “mesmo no sistema público cria-se um modelo dual: atendimento básico de baixa qualidade para os segmentos excluídos do mercado privado e ações de alta complexidade tecnológica ofertadas pelo setor público preponderantemente dirigido aos segmentos excluídos ‘naturalmente’ do sistema público (...). Conformam-se assim no próprio SUS ‘uma medicina para os pobres, outra para os ricos’ (...)”.

Destaca, ainda, a autora que, como as ações de alta complexidade tecnológica absorvem cerca de 40% dos recursos do SUS, o subsistema supletivo (privado autônomo) acaba sendo subsidiado pelo Estado, que, em função disso, passa a reduzir sua capacidade de melhoria da qualidade dos serviços oferecidos ao segmento de renda inferior.

Cabe, aqui, uma observação. É sabido que a qualidade dos serviços públicos, em geral, depende da capacidade de pressão e influência dos atores beneficiários, sem deixar de incluir o comprometimento dos atores envolvidos com a implementação de tais serviços, em particular aqueles com poder de ação e decisão. Daí a importância, no caso específico da área de saúde, do Conselho Municipal de Saúde (CMS), no sentido de assegurar, principalmente através da participação dos representantes dos usuários, uma certa resolubilidade dos serviços oferecidos, seja via controle social, especialmente junto ao setor privado prestador de serviços públicos de saúde, seja como ator participante da elaboração e implementação da política de saúde.

Caberia, também, observar que as discussões recentes, em particular provinidas de atores com poder de decisão, sinalizam no sentido de que o SUS deveria se organizar para atender a camada social de renda inferior. Seus argumentos baseiam-se, fundamentalmente, nos seguintes aspectos:

a) as camadas sociais média e superior vêm procurando alternativas para atender suas demandas na área de saúde, com garantia de qualidade na prestação dos serviços, via planos privados;

b) são grandes as dificuldades financeiras e gerenciais do setor público em universalizar a prestação de tais serviços.

Em síntese, apesar de assegurada constitucionalmente a universalidade dos serviços de saúde, atores sociais, políticos e institucionais movimentam-se de forma independente a essa determinação legal. Se a revisão constitucional tivesse ocorrido, provavelmente essa diretriz seria objeto de reavaliação.

Outra questão importante refere-se à diretriz constitucional de “descentralização com direção única em cada esfera de governo”. Essa descentralização resulta, pela própria concepção do sistema, numa descentralização de poder, interpretação que é consensual entre os autores que discutem a questão. Dallari (1992:40 e 42), por exemplo, assinala que a Constituição Federal de 1988 estabeleceu, sem deixar qualquer espaço para diferentes interpretações em vários dispositivos, que o sistema de saúde deve se organizar, obedecendo à descentralização que caracteriza o Estado federal brasileiro. Assim, no seu entendimento, “a estrutura federal que comporta três esferas autônomas de poder se coaduna logicamente com um sistema de saúde organizado descentralizadamente, com direção única em cada esfera de governo”. Ou seja, a conclusão da autora é que a descentralização do texto constitucional trata, sem margem de dúvida, de uma transferência de poder. Sob esse entendimento, enfatiza que a “descentralização do sistema sanitário no Brasil só admite interpretações que a faz sinônimo de municipalização”. Teixeira (1991:28-9) igualmente associa a descentralização do sistema de saúde à municipalização, ao assinalar que “a municipalização é parte de um processo de descentralização política, técnica e administrativa do sistema de saúde, que supõe uma reestrutura do poder no contínuo centralização-descentralização”. Dessa maneira, considera que a “municipalização não se confunde com desconcentração (proposta de regionalização dos anos 70); tampouco com delegação de responsabilidade e atribuições (Convênios AIS — Ações Integradas de Saúde e Suds — Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde anos 80); nem com privatização; nem tampouco com democratização”.

Embora constitua consenso, em face das inúmeras possibilidades de promover mudanças, a municipalização dos serviços de saúde não é visualizada por vários autores como proposta que possa assegurar solução para problemas cruciais do setor. Campos (1990:26), por exemplo, chama atenção para o seguinte aspecto: “O avanço da municipalização está barrado por contradições gerais não resolvidas, como a do financiamento do sistema, a decorrente do choque entre o mercado e a medicina estatal, a da ausência de planejamento de áreas que não se resolvem a nível do município: como de medicamentos, tecnologia e equipamentos, recursos humanos entre outras”.

Acrescenta, ainda, “a resistência e bloqueios levantados à continuidade do processo de descentralização por um conjunto de forças que, direta ou indiretamente, se tem beneficiado das distorções do atual modelo”.

Essas questões revelam que a descentralização no âmbito do sistema de saúde não pode ser visualizada de forma simplista, dada a complexidade do seu conteúdo, em particular ao se estabelecer a relação entre as atribuições decorrentes da descentralização e o financiamento do sistema.



A rigor, o *financiamento do SUS* constitui uma das questões mais polêmicas e possivelmente a mais problemática no âmbito do sistema. Vários autores reconhecem que “*gasta-se pouco e mal*”. Daí a necessidade de se repensar o montante dos recursos alocados no setor, considerando, inclusive, a discussão relativa às suas fontes de financiamento e à racionalidade na aplicação dos recursos. Esta última não significa reduzir despesas, mas promover impacto qualitativo no processo de prestação dos serviços, mesmo porque, para que isso ocorra (qualidade na prestação dos serviços), algumas exigências se fazem prementes, como investimento em recursos físicos (dado o sucateamento do setor), tecnológicos (para atender a demanda de segmentos sociais, em particular os de renda inferior), humanos (especialmente com treinamento) e materiais.

Embora seja preceito constitucional que “o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes”, sabe-se que a alocação de recursos públicos, no caso recursos financeiros disponíveis, dependerá do conflito de interesses no interior da burocracia e entre atores governamentais e não-governamentais. Isso significa que, mesmo que as receitas para o setor de saúde constem de previsões orçamentárias, isto não implica a utilização de recursos disponíveis em caixa para a realização de despesas orçamentárias fixadas em lei, exceto quando se trata de recursos vinculados. As evidências na área de saúde vêm confirmar essas observações.

Do exposto, depreende-se que é inquestionável a necessidade de serem contemplados nas propostas orçamentárias dos diferentes níveis de governo recursos vinculados à área de saúde, a exemplo do que ocorre com a área da educação, precisamente porque a população de menor poder aquisitivo, que depende exclusivamente dos serviços oferecidos pelo SUS, encontra-se praticamente excluída do processo decisório na alocação dos bens públicos. Assim, sua capacidade de influenciar decisões em seu próprio benefício é quase nula, comparativamente a outros atores sociais. A rigor, seus interesses, em geral, fazem-se representar através de terceiros: integrantes da burocracia estatal ou de instituições universitárias, partidos políticos e, mesmo, outros segmentos da sociedade.

Por tais perspectivas, duas questões estão colocadas: reavaliar, com as respectivas vinculações, as fontes de financiamento para o setor de saúde; e promover maior fiscalização na aplicação dos recursos, por parte tanto dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário quanto da sociedade.

Também a relação setor público *versus* setor privado deve ser discutida. Uma das grandes contradições do sistema de saúde está explicitada nessa relação, em particular, pela forma como historicamente vem-se estruturando o setor privado como prestador de serviços públicos de saúde, sobrepondo, muitas vezes, seus interesses aos da coletividade, na medida em que o setor público não exerce seu papel fiscalizador da aplicação dos recursos transferidos ao setor privado na compra de serviços. A pesquisa empírica mostra, inclusive, a comunhão de interesses entre atores dos setores público e privado neste particular.

Essa observação não pretende sugerir a exclusão do setor privado como prestador de serviços públicos na área da saúde, senão que o Estado se reestruture para exercer com eficiência o comando das ações e serviços no âmbito do sistema, mesmo porque a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19-9-1990, em seu art. 24, estabelece:

“Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população em uma determinada área, o Sistema Único de Saúde — SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”.

Em resumo, a concepção do SUS implica necessariamente a reorganização do sistema em todos os níveis de governo e, em particular, no nível local, por ser o município a principal instância de descentralização do sistema. Essa condição pode ser observada principalmente nas diretrizes constitucionais do SUS de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; de atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e de participação comunitária. Isto sem considerar a relação que se deverá estabelecer entre setor público e setor privado prestador de serviços públicos de saúde.

Como os estados federativos e os municípios são diferenciados em termos políticos, sócio-econômicos e culturais, naturalmente não é de se esperar homogeneidade no processo de reorganização do sistema. Ao se reportar a esta questão, Mendes (1992:3), apropriadamente, assinala que “não há um único SUS, ao contrário, diversos projetos ou representações SUS, expressos distintos atores sociais (...)”, destacando, ainda, que “a implantação do SUS se faz em constante luta entre projetos alternativos nos três componentes: político, ideológico e tecnológico que difere de visão reducionalista (...) que pretende implantar o SUS através de aplicação mecânica de significantes universalizados como resolubilidade, universalidade e outros”.

Essa observação permite assinalar que a questão relevante (problemática) não está relacionada tanto à fase de concepção da política, mas à fase de implementação. Nesse sentido, e tendo como referência a área da saúde, caberia assinalar, como explicita Castro (1992:19), que “o razoável consenso estabelecido entre os setores progressistas, no momento da reforma, passa agora por clivagens diferenciadas”. Clivagens estas “resultam em parte da implementação do novo modelo, em dissonância com o desenho original da reforma, mas também dos efeitos não previstos tão comuns em qualquer processo de implementação”.

As questões discutidas aqui não são exaustivas em termos de compreensão da problemática que envolve o processo de implantação do SUS, mas inegavelmente seriam relevantes para caracterizar o perfil do sistema de saúde no momento atual.

### 3. Perfil e tendência do SUS em alguns municípios do estado de Minas Gerais

Pretende-se discutir questões associadas ao perfil do SUS observadas nos municípios mineiros de Pedra Azul, Teófilo Otoni, Uberlândia e Varginha, localizados em regiões distintas, e com especificidades diferenciadas quanto ao processo de implantação do sistema.

A análise tem como referência informações qualitativas, especialmente de entrevistas realizadas junto a atores locais<sup>1</sup> envolvidos com as atividades de implantação do SUS, informações quantitativas (balanços orçamentários, quadro epidemiológico e infra-estrutura social) e observação participante.

Os resultados da pesquisa revelam que o SUS, além do estágio inicial de implantação, com graduação distinta, expressa-se de forma diferenciada. A imagem dessa diferenciação se reflete nas especificidades dos seguintes aspectos:

- a) histórico relativo ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde;
- b) institucionalização e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS);
- c) ordem político-institucional e suas implicações no processo de implantação do sistema;
- d) modalidade de atenção expressa na prestação dos serviços (ações preventivas e assistenciais);
- e) participação dos usuários.

Em última instância, esses aspectos refletem os interesses, articulações e poder de decisão dos diferentes atores envolvidos.

A diferenciação dos projetos do SUS, a partir dos aspectos já mencionados, carece de qualificação. Assim, caberia assinalar que os municípios que vêm registrando melhor desempenho no processo de municipalização das ações e serviços de saúde são os que dispõem de maior capacidade orçamentária para assumir tais atividades: no caso, Uberlândia e Varginha (tabela), sem excluir, evidentemente, interesses de dirigentes locais no sentido de promover essas atividades. Contudo, os atuais dirigentes das respectivas administrações municipais, especialmente a de Uberlândia, se mostraram receosos em assumir novas ações decorrentes desse processo de municipalização no nível do SUS, em face da falta

---

<sup>1</sup> Prefeitos municipais, vereadores, entidades de classe, Conselhos Municipais de Saúde (CMS), usuários do sistema, dirigentes e profissionais da área de saúde. A pesquisa de campo foi realizada em 1993 em Teófilo Otoni (13 a 17 de abril), Uberlândia (3 a 7 de maio), Varginha (19 a 23 agosto) e Pedra Azul (17 a 21 de outubro).

Tabela  
Localização regional do município, população e receita orçamentária municipal por fonte  
em Pedra Azul, Teófilo Otoni, Uberlândia e Varginha  
(1991)

Municípios	Receita municipal (CR\$ 1,00)														
	População				Localização/ macrorregião	Total	Receita orçamentária <i>per capita</i>	Receita tributária		ICMS		Transferências		Outras receitas	
	Total	Urbana	Rural	Valor absoluto				%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	Valor absoluto	%	
	Transferências		Outras receitas												
Pedra Azul	22.068	17.516	4.552	Jequitinhonha	878.964.413	39.829,82	32.901.729	3,74	329.057.623	37,44	447.338.942	50,89	69.666.119	7,93	
Teófilo Otoni	111.319	96.516	14.803	Rio Doce	3.433.917.823	30.847,55	591.018.014	17,21	903.568.930	26,31	1.247.348.942	36,32	691.981.937	20,15	
Uberlândia	360.809	355.524	5.285	Triângulo e Alto Pamaiba	25.469.146.276	70.589,20	4.426.088.361	17,38	14.588.730.500	57,28	3.618.737.347	14,21	2.835.590.068	11,13	
Varginha	88.022	82.242	5.780	Sul de Minas	7.049.027.259	80.082,57	797.875.878	11,32	3.915.609.638	55,55	1.440.041.329	20,43	895.500.414	12,70	

Fontes: Censo demográfico, Brasil, 1991. Superintendência Central de Estatística e Informação. Anuário estatístico de Minas Gerais — 1988/89. Balanços orçamentários municipais, 1991.

de definição do montante de recursos financeiros a serem alocados na área de saúde pelas demais esferas de governo. Esta constatação se coaduna com as discussões mais amplas sobre o financiameto do sistema, conforme exposto na seção 2 deste artigo.

Em Teófilo Otoni, o processo de municipalização das ações e serviços de saúde está sendo iniciado praticamente com as atividades do SUS. Já em Pedra Azul, pode-se afirmar que as atividades relativas a esse processo são incipientes, sem maiores perspectivas de avanço, exceto se houver alterações em condicionantes locais, a serem especificados posteriormente e que estariam, pelo menos até a data de realização da pesquisa de campo, exercendo influência inversa neste particular.

Com base nos resultados empíricos, o histórico relativo a esse processo de descentralização das ações e serviços de saúde em cada município deve ser considerado como um dos fatores explicativos do grau de desempenho do processo de municipalização da saúde. Os municípios que avançaram nesse processo foram os que mostraram maiores facilidades, pelo menos sob este ângulo, para assumir a “descentralização com direção única em cada esfera de governo”, consoante diretriz constitucional do SUS. Contudo, outros fatores estariam exercendo influência não somente no sentido convergente, mas também oposto quanto ao processo de implantação do SUS, conforme explicitado a seguir.

No município de Uberlândia, por exemplo, apesar da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população (não apenas os de natureza assistencial, mas também alguns avanços apresentados em ações preventivas), antecipando-se ao SUS no processo de municipalização da saúde, o CMS, pelo menos até a data de realização da pesquisa de campo, ainda não havia iniciado suas atividades, sendo, inclusive, seu caráter deliberativo questionado, pela direção da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sob o argumento de que, para o Tribunal de Contas, quem é obrigado a responder pelas ações é o prefeito municipal. Este aspecto seria explicado principalmente pela competição, no mercado político-partidário, entre candidatos ao CMS e dirigentes da administração municipal.

De acordo com depoimento do atual secretário municipal de Saúde, a composição do CMS deverá se efetivar com a inauguração, pela atual administração municipal, das unidades de atendimento integradas (UAI)<sup>2</sup>, em bairros da cidade.

Além da capacidade orçamentária desse município de assumir gastos decorrentes da descentralização do sistema de Saúde e de manter uma equipe de profissionais diversificada (embora a SMS ainda estivesse compondo a equipe por ocasião da pesquisa de campo) e com certo grau de especialização, conta-se com a participação da Universidade Federal de Uberlândia tanto na formação de pro-

---

<sup>2</sup> Essas unidades, segundo informações da direção da SMS, deverão constituir a porta de entrada do sistema. Nelas, serão contemplados, segundo depoimentos de dirigentes e profissionais da área de saúde local, os serviços ambulatoriais, primeiros-socorros e internação hospitalar de curto prazo. Os casos que exigem um período maior de internação, especialmente pela sua gravidade, serão encaminhados a hospitais contratados/conveniados e policlínicas.

fissionais na área de saúde quanto no atendimento em áreas que exigem especialização médica e equipamentos com certo grau de sofisticação tecnológica, como na oftamologia. Isso sem considerar o atendimento descentralizado em alguns pontos da periferia da cidade, através das UDA (unidades didáticas avançadas), cujo objetivo consiste no treinamento, na área de atendimento básico, de estudantes do curso de medicina dessa universidade.

Em entrevista, o atual diretor do Hospital Universitário revelou seu interesse em promover a integração das ações do SUS, ao informar que pretende desenvolver as atividades desse hospital em consonância com a orientação do trabalho da SMS no processo de implantação do sistema, embora técnicos dessa secretaria relatem divergências de orientação entre tais instituições na prestação dos serviços de saúde.

Em Teófilo Otoni, apesar das restrições relativas à capacidade orçamentária do município e do caráter ainda incipiente das ações de descentralização da saúde, há que se reconhecer como fator favorável ao avanço desse processo a atuação do CMS, de modo especial dos representantes dos usuários do sistema, mesmo admitindo algumas dificuldades para uma dinâmica maior das ações desse conselho. Também merece destaque o comprometimento da equipe de profissionais da área de saúde da SMS, inclusive sua direção, no sentido de promover ações no âmbito do SUS.

Na realidade, o perfil do CMS em Teófilo Otoni está associado à sua história de organização popular, que vem sendo construída há alguns anos. É necessário reconhecer que essa organização se deu de forma autônoma no que diz respeito à interferência do poder público, mas sob influência principalmente da ala progressista da Igreja Católica e, posteriormente, do Partido dos Trabalhadores.

Caso interesses políticos não interfiram nesse processo, a participação dos segmentos populares no gerenciamento do SUS naquele município tende a fortalecer-se e a tornar-se cada vez mais expressiva, em função do interesse desses segmentos e das expectativas favoráveis acerca das questões referentes ao processo de municipalização da saúde. Esse aspecto foi constatado nas atas de reunião do CMS, nas entrevistas junto aos seus representantes, especialmente os usuários, e ainda na observação participante (em reuniões do conselho).

Contudo, o início das atividades do SUS em Teófilo Otoni defronta-se com inúmeras dificuldades: desde os serviços precários da rede básica — resultantes, segundo depoimentos de técnicos que exercem suas funções nessa instância, da falta de equipamentos, recursos humanos e medicamentos — à questão relacionada à porta de entrada do sistema, que nesse município é a rede hospitalar, em face das condições precárias de funcionamento da rede básica. Segundo depoimentos de profissionais da área de saúde da SMS, esse quadro se repete no nível das ações na área de epidemiologia e vigilância sanitária. Tais condições resultam da lentidão do processo de descentralização das ações e serviços de saúde, que, segundo atores locais, principalmente profissionais da área de saúde, teria como fatores explicativos a baixa capacidade financeira do município para reali-

zar gastos na área de saúde, a escassez de recursos humanos e a falta de empenho dos dirigentes locais em promover tais ações, exceção às iniciativas do governo atual e, de certo modo, da gestão anterior.

Na opinião de dirigentes locais e de profissionais da área de saúde, esse quadro tende a se reverter com o processo de implantação do SUS, desde que sejam assegurados recursos financeiros de outras instâncias de governo para promover o processo de municipalização da saúde.

Em Varginha, a análise das atas de reunião do CMS e dos depoimentos de representantes dos usuários e de outros segmentos da sociedade que nele se fazem representar sinaliza no sentido de que o CMS, ainda que de forma tímida e inicial, tem realizado atividades inerentes às suas atribuições, como a apreciação do Plano Municipal de Saúde, a preparação e escolha de temas discutidos na Conferência Municipal de Saúde e a proposta de elaboração de um documento que esclareça o direito dos usuários do sistema.

Cabe esclarecer que, mesmo nos municípios onde os CMS são mais atuantes — Varginha e Teófilo Otoni —, os depoimentos das pessoas que neles se fazem representar evidenciam dificuldades de se avançar nas discussões dentro do conselho, devido à ausência de informações sobre as atribuições dos mesmos, a concepção do sistema e as normas operacionais, entre outros aspectos.

O processo de descentralização das ações e serviços de saúde em Varginha teve início em meados da década de 80, quando o município assinou o convênio das AIS. A partir de então, o setor da Prefeitura Municipal responsável pelas ações na área de saúde vem se reestruturando e assumindo novas atividades que são reforçadas com a criação da Secretaria Municipal de Saúde, em 1988, com o propósito de agilizar o processo de implantação do SUS.

As ações relativas à reorganização do sistema de saúde, desde o período das AIS até o SUS, possibilitaram ao município de Varginha assumir, atualmente, parte significativa das atividades desenvolvidas na área de saúde: da rede básica de atendimento, passando pelos níveis intermediários (policlínicas regionais), até o hospital municipal e os serviços de radiologia, clínica médica, cirurgia ortopédica e laboratório. Segundo informação do atual secretário municipal de Saúde, brevemente será inaugurado o centro de oncologia, com atendimento em radioterapia e quimioterapia.

No município de Pedra Azul não foi possível identificar se o CMS já havia sido criado, devido à divergência de informações. É certo, contudo, que, se verdadeira a versão de sua criação, este conselho ainda não estava funcionando por ocasião da pesquisa de campo. Esta constatação pode ser explicada pelos conflitos político-institucionais que resultaram, inclusive, na substituição da direção da Secretaria Municipal de Saúde, ou pela pressão da classe médica, ou pelo nível incipiente ou quase nulo de organização comunitária. Além disso, não se pode desconsiderar o aspecto de competição no mercado político-partidário entre representantes da comunidade e dirigentes da administração municipal, já que uma das duas associações comunitárias desse município com algum grau de organiza-

ção é dirigida por dois ex-candidatos a vereador, adversários políticos do então governo municipal e prováveis candidatos ao CMS, consoante depoimentos de profissionais da área de saúde.

Sintetizando, entre os quatro municípios selecionados para o estudo de caso, Pedra Azul seria aquele que apresenta os pontos mais críticos para avançar no processo de implantação do SUS, pelo menos até a data da pesquisa de campo: o frágil nível de organização dos usuários do sistema; a ocorrência de conflitos entre a direção do governo municipal e a classe médica, ao interferir na decisão do prefeito quanto à escolha do secretário municipal de Saúde; os poucos recursos orçamentários; e as dificuldades na formação de equipes de profissionais na área de saúde.

Em Uberlândia, a dificuldade mais evidente refere-se ao conflito de ordem político-partidário entre representantes de usuários e dirigentes da administração municipal, sem contar, evidentemente, outros aspectos destacados neste artigo, comuns aos demais municípios, embora em graus diferenciados.

O município de Varginha não revelou especificidades que poderiam constituir grandes obstáculos ao avanço do processo de implantação do SUS, mas convive com dificuldades associadas à formação de equipes de profissionais na área de saúde, à ausência de fluxos de informações na relação vertical (SES/SMS/CMS) e à relativa escassez de recursos financeiros para assumir novas atividades decorrentes da diretriz constitucional de “descentralização com direção única em cada esfera de governo”, consoante depoimentos de profissionais da área de saúde e de dirigentes locais.

Teófilo Otoni, a despeito de certa dinâmica na atuação do CMS, da disposição da equipe de profissionais da área de saúde e de certo comprometimento da direção da SMS em avançar no processo de implantação do sistema, tem o desafio de estar praticamente iniciando com o SUS o processo de municipalização das ações e serviços de saúde, sem contar ter de enfrentar as dificuldades de ordem orçamentária para assumir novas despesas decorrentes desse processo, segundo depoimentos de dirigentes da administração local.

Além desses aspectos mais específicos que caracterizam o perfil do SUS no nível de cada município, caberia evidenciar questões de cunho mais geral, reveladas pelas informações empíricas no universo desses municípios, destacadas a seguir:

*a) A descentralização das ações e serviços de saúde, na avaliação dos atores locais, mais precisamente dos dirigentes da administração municipal, revelou-se ambígua.*

Se, por um lado, consideram a municipalização do sistema como a forma capaz de promover avanços no encaminhamento de suas atividades, em particular pelas relações mais próximas entre a administração pública e usuários do sistema, por outro mostraram-se receosos de assumir os compromissos decorrentes



desse processo de municipalização, pela incerteza quanto ao repasse de recursos de outras instâncias de governo à esfera do município para o financiamento das atividades do sistema. Sem que haja uma definição clara dos recursos financeiros a serem alocados na área de saúde, a descentralização pouco contribuirá para a melhoria dos serviços, podendo até mesmo ser um complicador sob certas circunstâncias. Deve-se registrar, aqui, que a pesquisa de campo foi realizada em um período ainda de negociação de repasses de recursos financeiros à maioria dos municípios visitados.

Esta constatação empírica é coerente com as discussões presentes na literatura sobre o financiamento do SUS, cabendo reafirmar que não se trata apenas de definir fontes de financiamento, considerando que essa providência foi observada na Constituição Federal de 1988, mas garantir que os recursos previstos em lei orçamentária sejam de fato alocados na área de saúde. Para que isso ocorra, é inevitável a vinculação obrigatória de tais recursos a esta área, exatamente porque a alocação de recursos financeiros disponíveis em caixa vai depender, em última instância, dos conflitos entre os atores envolvidos no universo da burocracia ou entre estes e outros atores participantes da arena decisória. Portanto, mesmo constando de previsão orçamentária, sem que haja vinculação obrigatória, não é garantida a alocação dos recursos previstos em determinadas áreas, particularmente na área social, onde os atores beneficiários, algumas vezes, sequer participam do jogo decisório.

Essa referência nos permite assinalar que o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, a partir do SUS, tem revelado dificuldades que decorrem da definição de atribuições dos governos locais *versus* financiamento das atividades do sistema.

Nesse sentido, caberia registrar: “Dois pontos mais críticos, porque são os que mais falham nos esforços de descentralização nos países em desenvolvimento, merecem atenção especial (...): a definição das funções dos governos locais e a atribuição de recursos adequados para o seu desempenho” (Mello, 1991: 206).

Esta é, sem dúvida, uma questão fundamental no âmbito do SUS.

*b) A diretriz constitucional de “descentralização com direção única em cada esfera de governo”, embora tenha o mérito de minimizar ações sobrepostas na área de saúde, tão comuns nas instituições públicas — além de permitir priorizar ações na agenda da SMS, desenvolvidas de forma fragmentada ou excluídas de sua programação —, tem revelado, segundo depoimentos de grande parte dos entrevistados, sérias dificuldades no relacionamento município — pólo versus municípios polarizados.*

Isso ocorre na medida em que unidades de prestação de serviços de saúde sob a direção do estado ou governo federal localizadas em municípios-pólo, até então de âmbito microrregional, ao passarem para o comando de tais municípios, enfrentaram uma série de obstáculos e questionamentos quanto à abrangência de

sua atuação tendo como principal argumento seus custos operacionais, sob a responsabilidade, a partir de então, do município-pólo. Deve-se registrar que esta questão se faz presente antes mesmo do início da implantação do novo sistema, especialmente quanto ao número de AIH destinadas a esses municípios, tomando como referência apenas sua população, já que os serviços prestados no âmbito do município-pólo ultrapassaram os seus limites, segundo informantes locais, especialmente os dirigentes da administração municipal.

*c) Os dados empíricos da pesquisa conformam-se com a proposição de que a descentralização das ações e serviços de saúde não implica necessariamente democratização do sistema.*

Todavia, cabe evidenciar algumas questões que deverão qualificar melhor o porquê dessa proposição.

A primeira reporta-se ao grau de organização dos atores beneficiários e ao seu poder de influenciar decisões no nível local ou mesmo no de outras esferas da administração pública. Isso significa assinalar que existe uma relação direta entre a capacidade de influenciar decisões desses atores e sua participação nas decisões governamentais (no caso específico da saúde, nas decisões relativas à política de saúde).

A segunda refere-se à competição no mercado político, entre atores beneficiários (no caso, usuários do sistema) e dirigentes da administração local, ao se considerar suas aspirações político-partidárias: quer dizer, quando essas aspirações são competitivas no mercado político.

A terceira diz respeito à exigência de funcionamento do CMS, dentre outras, consoante a Norma Operacional Básica nº 01/93, para que o município tenha autonomia para gerir os recursos alocados por outras instâncias de governo na área de saúde. É provável que essa exigência constitua estímulo para o funcionamento dos conselhos, embora nada garanta a ausência de estratégias políticas para restringir a repartição do poder.

A última refere-se à exigência de um mínimo de infra-estrutura no nível das administrações locais, relacionada tanto ao treinamento de profissionais para conduzir o processo de participação dos usuários quanto à disponibilidade financeira do município, em termos de recursos próprios e de transferências que lhe permitam assegurar um programa mínimo de saúde pública no qual sejam priorizadas, inclusive, ações de combate às causas das principais doenças do quadro epidemiológico do município.

Nessa discussão, caberia assinalar: “Descentralização e participação comunitárias dependem, sobretudo, de vontade política, reorientação da burocracia governamental, desenvolvimento de uma capacidade gerencial mínima, no nível local, programas educativos tanto para a comunidade como para os trabalhadores de saúde e um mínimo de infra-estrutura de serviços básicos de saúde...” (Rodrigues Filho, 1992:128).

Tais referências nos permitem observar que a descentralização do sistema de saúde deverá constituir um processo gradual, procurando compatibilizar especificidades de cada município, além de requerer o gerenciamento de ações com permanente fluxo de informação nos sentidos horizontal e vertical. Dessa forma, os atores envolvidos com a implantação do sistema podem ter clareza de suas atribuições e, ao mesmo tempo, acesso aos meios e instrumentos possíveis para operacionalizá-las.

Especificamente com relação aos usuários do sistema, caberia indagar *Qual é a espécie de participação*, retomando aqui uma das indagações do esquema de Kadet, apresentado na seção 2 deste artigo. Isso acontece porque as constatações empíricas relativas ao funcionamento dos CMS deixam evidente várias contradições entre poder formal e poder real nessa entidade, especialmente no que se refere ao seu caráter deliberativo.

Ao refletirem sobre a temática, Azevedo e Prates (1991:42) chamam atenção para o seguinte: “Em se tratando de entidade de cunho deliberativo, uma das primeiras indagações a serem feitas diz respeito à capacidade dessas agências de lograrem que a máquina pública convencional implemente suas decisões. Em outras palavras, trata-se de saber até que ponto a autoridade formal reflete-se de fato em poder real”.

A controvérsia acerca do caráter deliberativo do CMS foi revelada mais explicitamente no município de Uberlândia, através de depoimentos de dirigentes locais.

*d) A formação de equipes de profissionais na área de saúde também é um fator explicativo de avanços ou recuos no processo de municipalização dos serviços de saúde.*

Deve-se assinalar, primeiramente, que não se pode estabelecer uma dissociação entre capacidade orçamentária do município e formação/capacitação de seus recursos humanos. Nos municípios com maior capacidade orçamentária (Uberlândia e Varginha), mesmo admitindo escassez de recursos humanos para atender demandas efetiva e/ou potencial dos usuários do sistema, pode-se considerar diferenciada a composição de suas equipes de profissionais na área de saúde, ao se comparar com os municípios de menor capacidade orçamentária (Teófilo Otoni e Pedra Azul).

Apesar disso, a pesquisa aponta dificuldades, embora em graus diferenciados, na composição de tais equipes de trabalho nos quatro municípios selecionados. Segundo depoimentos de técnicos locais da área de saúde, uma das principais explicações nesse sentido estaria associada à restrição constitucional relativa à ocupação de mais de um cargo ou função no setor público, excetuando-se médicos e professores.

Uma questão importante a considerar é que, de modo geral, os profissionais da área de saúde que compõem as equipes locais de trabalho se mostraram com-

prometidos com o processo de implantação do SUS e, ao mesmo tempo, imbuídos de expectativas de melhorias no atendimento ao usuário, no nível das atividades do sistema, apesar de reconhecerem as dificuldades para a consecução das ações.

e) *Há conflitos institucionais no nível da burocracia municipal, na relação governo local/Diretoria Regional de Saúde e na relação setor público versus setor privado.*

No nível da burocracia municipal, cabe fazer referência, principalmente, à perda de poder de unidades administrativas da estrutura organizacional da prefeitura, como secretarias municipais de Fazenda e de Administração, quanto à autorização para despesas orçamentárias. Isso resulta de atribuições transferidas à Secretaria Municipal de Saúde, com a institucionalização do Fundo Municipal de Saúde, e de algumas decisões administrativas relacionadas principalmente com a contratação de serviços de profissionais da área de saúde, o que é, muitas vezes, competência da Secretaria Municipal de Administração.

Como o processo de descentralização do SUS tem como principal vetor o nível local, a reorganização do sistema exige que as secretarias municipais de saúde assumam unidades de saúde a cargo de outras esferas de governo e, conseqüentemente, os funcionários alocados em tais unidades.

A pesquisa mostra, através de depoimento de grande parte dos entrevistados, que existe uma defasagem no valor da remuneração dos servidores públicos do estado, se comparada à dos servidores federais e, mesmo, municipais, especialmente nos municípios com maior capacidade orçamentária. Disso resultam, segundo os entrevistados, conflitos e, ao mesmo tempo, pouco estímulo para os servidores estaduais quanto às ações na área de saúde. Cabe registrar que os baixos salários pagos aos servidores do estado na área de saúde são reflexo da política de pessoal prevalecente na sua administração direta.

No relacionamento governo local/Diretoria Regional de Saúde (DRS), as dificuldades constatadas na pesquisa resultam de novas competências da SMS, resultantes especialmente da diretriz constitucional de “descentralização com direção única em cada esfera de governo”, refletindo-se em mudanças nas atribuições da DRS e tendo como agravante a falta de definições claras das novas atribuições dessa diretoria.

Depoimentos de profissionais da área de saúde, alocados nas DRS, revelam que as mudanças de atribuições dessa diretoria, de órgão executor para órgão de assessoramento, têm dificultado o relacionamento com os municípios pequenos, que dependem não somente dos serviços de assessoria, mas principalmente da execução de ações, em face de suas dificuldades financeiras, de recursos humanos, materiais e tecnológicos.

Na relação setor público *versus* setor privado, a questão principal está associada às expectativas do setor privado com relação aos interesses que poderão ser

atendidos ou negligenciados com o processo de implantação do sistema. Neste último aspecto, algumas resistências foram explicitadas, especialmente quanto ao controle das AIH e à fiscalização dos CMS, no que se refere à qualidade dos serviços oferecidos.

*f) Não há fluxos contínuos de informações no sentido vertical, especialmente na relação SES/SMS/usuários do sistema.*

Esta é uma questão consensual no nosso universo empírico, em particular naqueles municípios que já iniciaram o processo de reorganização do sistema: Uberlândia, Teófilo Otoni e Varginha.

Em tais municípios, revelou-se ausência de fluxos regulares de informações para esclarecimento de “normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde” e da própria concepção do sistema. Isso foi constatado tanto na relação SES/SMS quanto na SMS/usuários do sistema.

A explicação obtida junto às SMS para essa constatação estaria associada a vários condicionantes: desde a falta de informações relativas a aspectos operacionais do sistema e de sua concepção por parte de outras esferas de governo, à escassez de recursos humanos para realizar tais atividades. Deve-se assinalar, contudo, que algumas ações nesse sentido já estão sendo observadas junto aos CMS, nos municípios onde esses conselhos já iniciaram suas atividades: Teófilo Otoni e Varginha. Em Uberlândia, essas informações ocorrem de forma fragmentada, a partir de demandas individuais de usuários, pelas razões já expostas.

Essa ausência de fluxos de informações, especialmente junto aos usuários do sistema, reporta-se ao que assinala Jacobi (1992:35-36): “Uma das questões mais importantes — talvez um dos grandes desafios para toda administração — é o acesso dos cidadãos à informação enquanto base para garantir uma participação real (...). O desafio é fazer chegar a informação ao usuário final, e não só esperar que os cidadãos se aproximem da administração”.

Para o mesmo autor, “freqüentemente a administração dispõe de meios de armazenar a informação, porém nem sempre da sua distribuição e disseminação, ponto de estrangulamento do processo e objeto de generalização da desinformação”.

A discussão anterior não pretende sugerir linearidade nos fluxos de informação, senão que os mesmos permitam uma participação com caráter dialógico entre as esferas de governo envolvidas com o processo de implantação do SUS e entre a administração local e os usuários do sistema, através dos conselhos municipais de saúde. Ou ainda, da combinação de esforços nesse sentido entre a administração local e representantes dos usuários no conselho, através de ações junto aos bairros de baixa renda, especificamente no nível dos distritos sanitários, onde se concentra a população usuária do sistema público de saúde. Esta é, inclusive,

uma das propostas de profissionais da área de saúde no nível local, ainda não implementada devido aos condicionantes acima mencionados.

A despeito disso, deve-se registrar a realização de conferências municipais de saúde e seminários microrregionais promovidos pela SES em conjunto com os governos locais, tendo em vista estabelecer debates e discussões sobre o processo de implantação do sistema. A questão levantada na pesquisa empírica está relacionada mais precisamente à regularidade nos fluxos de informações.

#### *g) Universalidade do sistema.*

Mesmo admitindo o caráter excludente desse princípio, nos termos expostos na seção 2, não se pode desconhecer a falta de resolubilidade do sistema na prestação dos serviços tidos como imprescindíveis à população usuária (renda inferior), seja pelo déficit no atendimento em certas áreas que exigem especialização médica ou equipamentos mais sofisticados, seja devido à falta de medicamentos.

Nesse sentido, caberia retomar o que assinala Campos (1990:26), ao discutir a questão da municipalização das ações e serviços de saúde: “o avanço da municipalização está barrado por contradições gerais não resolvidas”. Entre estas, destaca “a ausência de planejamento de áreas que não se resolvem a nível do município: como medicamentos, tecnologia e equipamentos, recursos humanos, entre outros”.

Tais dificuldades mostraram-se mais contundentes nos municípios de menor capacidade orçamentária: Pedra Azul e Teófilo Otoni, nos quais o quadro epidemiológico é mais grave e onde sequer a atenção primária tem certa resolubilidade, consoante depoimentos de grande parte dos entrevistados, usuários do sistema e profissionais da área de saúde. Em Teófilo Otoni, essa questão tende a ser minimizada com o processo de reorganização do sistema. O mesmo não se pode prever com relação ao município de Pedra Azul, pelas razões já expostas.

Assim como as atividades assistenciais se mostraram mais graves nesses dois municípios, as atividades preventivas não fogem à regra, não somente no sentido estrito do conceito tradicional de saúde (relação médico/paramédico-paciente), mas no seu sentido amplo, explicitado pela Lei Orgânica de Saúde, nº 8.080, de 19-7-1990, para a qual os fatores explicativos na relação causa-efeito do estado de saúde de uma população estariam associados a aspectos econômicos (níveis de renda), educacionais, culturais e de lazer, alimentação, meio ambiente, trabalho, transporte, condições habitacionais e de saneamento básico.

A título exemplificativo e tomando como referência dados primários do censo demográfico, 1991 da FIBGE, cabe registrar que 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% dos domicílios e em Pedra Azul, menor ainda, 52,31%.

O quadro não é distinto quando se trata de instalações sanitárias. Enquanto Uberlândia possui 88,99% e Varginha 88,65% de seus domicílios com rede geral, Teófilo Otoni conta com 58,12% e Pedra Azul, 41,55%.

No que se refere ao destino do lixo, Uberlândia e Varginha contam, respectivamente, com 92,47 e 90,51% de seus domicílios com o lixo coletado diretamente. Em Teófilo Otoni, esse percentual é de 57,48% e Pedra Azul 0,09%.

Esses aspectos, entre outros, estão relacionados com o estado de saúde da população, o que permite assinalar que as políticas sociais devem constituir ações integradas, na medida em que seus efeitos, em termos de saúde de uma população, são interdependentes, devendo, portanto, permear toda a estrutura organizacional responsável pela execução de um programa de governo, embora atividades específicas da área de saúde devam ser desenvolvidas pelo órgão responsável. Este aspecto foi observado pela professora Maria do Carmo Falcão no I Seminário de Assistência Social, promovido pela Secretaria de Estado do Trabalho e Ação Social do Estado de Minas Gerais em novembro de 1993.

Além desses aspectos, caberia assinalar, com base nos resultados da pesquisa, que 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.

Embora não se disponha de informações quantitativas que permitam avaliar com algum grau de precisão o déficit em cada município, pôde-se constatar, tendo como referência depoimentos de usuários, informações de profissionais da área de saúde e visitas às localidades, por ocasião da pesquisa de campo, que há um excesso de procura pelos serviços de saúde, distribuído de forma distinta no nível de cada município, sendo mais expressivo nos municípios de Pedra Azul e Teófilo Otoni, comparativamente aos municípios de Uberlândia e Varginha.

\*\*\*

Até agora discutiu-se a problemática que envolve o processo de implantação do SUS. A seguir, deve-se expor as mudanças constatadas no sistema de saúde resultantes desse processo, no nível dos municípios selecionados.

Apesar das dificuldades observadas no âmbito do SUS relativas ao seu processo de implantação, aspectos positivos foram constatados pela pesquisa, através de depoimentos de entrevistados e observação participante, especialmente no que se refere:

a) ao início da reorganização das secretarias municipais de saúde para assumirem a "(...) direção única em cada esfera de governo";

b) à articulação entre os diferentes atores envolvidos com o processo de implantação do sistema, seja no nível local, em particular no universo dos conselhos

municipais de saúde, seja no intermunicipal, através da prática associativista, via consórcios municipais, na tentativa de minimizar a problemática que envolve o processo de implantação do sistema, especialmente no universo de municípios pequenos;

c) ao comprometimento de equipes locais no sentido de promover melhorias nos serviços de saúde.

Quanto à reorganização das secretarias municipais de saúde, caberia fazer referência principalmente ao mapeamento mais amplo, por esses órgãos, da problemática que envolve a área de saúde, procurando sistematizar as informações relativas às principais dificuldades relacionadas ao quadro epidemiológico do município e, ao mesmo tempo, agendar ações preventivas, de modo geral dispersas ou desenvolvidas de forma fragmentada.

Embora tais constatações se refiram à fase do planejamento, em geral do diagnóstico (com raras exceções, reportando-se à fase de implementação), pelo menos até a data de realização da pesquisa de campo, há expectativas de atores locais quanto à melhoria no desempenho dessas ações, se o processo de implantação do sistema não for interrompido.

No que se refere à articulação entre os diferentes atores envolvidos, mesmo admitindo as inúmeras dificuldades constatadas neste particular, o início das atividades do Conselho Municipal de Saúde e a realização de conferências municipais de saúde e seminários microrregionais, conforme assinalado, têm permitido, mesmo de forma inicial, a participação de representantes de usuários anteriormente excluídos do processo decisório.

Parece elucidativo, nesse sentido, registrar o que assinala Costa (1992:19): “Métodos de envolvimento da comunidade, assim como novas táticas de relacionamento com os agentes externos, são incorporados ao repertório de vivências das organizações. O alargamento do campo de experiência conhecida, se não confere estabilidade às associações populares, eliminando os riscos de sua fragmentação, deve permitir, pelo menos, a ampliação da capacidade de articulação e mobilização destes atores individuais”.

Por último, caberia retomar o que ficou dito anteriormente quanto à especificidade dos diferentes projetos do SUS: os dados do universo empírico vêm corroborar as discussões presentes na literatura de que existem várias representações do SUS e, ao mesmo tempo, assinalar que elas nem sempre resultam de consenso e que existem conflitos acerca de que o SUS deve ser implementado, mesmo no nível de uma realidade empírica. Isso porque não se pode perder de vista que, na fase de implementação, os interesses dos diferentes atores envolvidos poderão dificultar o encaminhamento das ações na direção de objetivos específicos.



## 4. Conclusões

Parece relevante ressaltar que o Sistema Único de Saúde, em seus princípios e diretrizes, expressa uma concepção ideal que pressupõe mudanças na estrutura social brasileira. Inegavelmente, serve de referência para se visualizar o que poderá ser implementado, no nível de cada realidade, e o que seria desejável na prestação dos serviços públicos de saúde. Isto, contudo, não implica sugerir avaliações onde sejam priorizadas comparações entre o previsto e o realizado, mesmo porque, para uma avaliação dessa natureza no universo do sistema, se deveria primeiramente considerar aspectos estruturais e conjunturais da sociedade brasileira, além do fator tempo como variável importante numa avaliação com tais referências. Também não se pode perder de vista que a presença de novos atores na arena decisória na fase de implementação do sistema e a mudança de atitude de outros (atores) que participaram da concepção da política podem redirecionar suas metas e objetivos.

Além disso, deve-se ressaltar que, a despeito da problemática que envolve o processo de implantação do sistema — discutida numa perspectiva mais ampla na seção 2, e mais específica (municípios mineiros de Pedra Azul, Teófilo Otoni, Uberlândia e Varginha) na seção 3 —, não se pode considerar desprezíveis as mudanças decorrentes desse processo (de implantação do sistema), constatadas no nosso universo empírico. Tais mudanças, se ainda não repercutiram efetivamente na melhoria dos serviços de saúde, considerando a fase inicial de reorganização do sistema nesses municípios, sinalizam de forma favorável quanto à melhoria na prestação desses serviços aos usuários do sistema, a despeito das limitações e obstáculos.

## 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, Unicamp, 1991. (Tese de doutoramento.)

———. Políticas públicas e o dilema da implementação: o Proeci como referência empírica de análise. *Análise e Conjuntura*, Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 7(1):65-83, 1992.

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

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

Campos, G. W. de S. Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil. *Saúde em Debate* (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, J. D. Análise da distribuição dos recursos financeiros para assistência à saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul e proposta para operacionalização dos critérios para sua distribuição. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 1991. p. 10-6.

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

Conh, A.; Nunes, P.; & Karsh, U. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo, Cortez, 1991.

Cordeiro, H. Controvérsias no financiamento do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 1991. p. 19-24.

Corrêa, M. B. Ciência & Tecnologia e saúde: políticas públicas. *Indicadores Econômicos FEE; Análise Conjuntural*. Porto Alegre, 19 (14), jan. 1992.

Costa, S. *Práticas associativas, processo participativo e democracia — um estudo de caso e algumas reflexões*. Belo Horizonte, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, jul./set. 1992. (Textos de Sociologia e Antropologia.)

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

Favoret Filho, P. & Oliveira, P. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas* (3):139-62, 1990.

Feliciello, D. Modelos assistenciais e política de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, 26(2):62-78, abr./jun. 1992.

Fundação de Desenvolvimento Administrativo — Fundap. *Avaliação da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em São Paulo*. São Paulo, 1992.

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

Inojosa, R. M. A municipalização nos sistemas unificados e descentralizados de saúde (Suds). *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, 24(4):26-45, ago./out. 1990.

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

———. 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.

Junqueira, L. A. P. & Inojosa, R. M. Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde em São Paulo. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, 24(4):7-25, ago./out. 1990.

Marshall, T. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1967.

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

Mendes, E. V. *O processo de construção do Sistema Único da Saúde — reflexão sobre agenda mínima para a reforma sanitária*. Brasília, 1992, 35p. mimeog.

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

Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica — SUS nº 1/93. (Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde.)

Misoczky, M. C. Distrito sanitário: desafio de descentralizar com democracia. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro (33):54-60, 1991.

Nunes, E. D. As ciências sociais em saúde no Brasil e na América Latina. In: Cohn, A. & Spinola, A. W. de P. (coords.). *Pesquisa social em saúde*. São Paulo, Cortez, 1992.

Pitta, A. M. F. Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 26(2):44-61, abr./jun. 1992

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

Rabelo, M. A saúde no Brasil: novos tempos e velhos problemas. *Indicadores Econômicos FEE*, Porto Alegre, 19(1):205-11, jun. 1991.

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.

Rodrigues Neto, E. *Os caminhos do Sistema Único de Saúde no Brasil*. Brasília, 1990. mimeog.

Santos, N. R. A IX C. N. S., o SUS e “este” Estado. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro (35):25-9, 1992.

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

Siqueira, M. M. Equidade na saúde: uma análise em serviços ambulatoriais públicos em Belo Horizonte. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, 24(4):53-9, ago./out. 1990.

Teixeira, C. F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro (33):27-32, 1991.

———. Políticas de saúde no Brasil: situação atual e desafios estratégicos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro (35):4-10, 1992.

Teixeira, S. F. *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro, Abrasco, 1989.

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