A MUNICIPALIZAÇÃO NOS SISTEMAS UNIFICADOS E DESCENTRALIZADOS DE SAÚDE (SUDS)*

Rose Marie Inojosa**

1. Introdução; 2. Condicionantes do processo de implantação do Suds; 3. Aspectos do evolver da descentralização de saúde através da municipalização; 4. A municipalização nos estados brasileiros.

Gerência da descentralização no setor sáude. Municipalização em cada estado da Federação (jul. 1987 a jul. 1989).

1. *Introdução*

Este artigo tem por objetivo contribuir para a análise do tema municipalização no setor saúde, mediante a sistematização de informações colhidas junto às Secretarias Estaduais de Saúde sobre a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) no nível dos estados.

Essas informações resultam de um processo de avaliação do Suds, promovido pelo Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde (Conass), em agosto de 1989, que foi coordenado pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap), do estado de São Paulo.[1]

Nesse sentido, este estudo apresenta, na visão das secretarias de estado, em primeiro lugar, as condicionantes do processo de implantação do Suds, para, em seguida, dar conta dos aspectos do evolver da descentralização na saúde, sempre da ótica da municipalização, para, finalmente, apresentar as informações específicas sobre a municipalização, relatadas pelos estados da Federação.

2. *Condicionantes do processo de implantação do Suds*

O material reunido no processo de avaliação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde revelou que a formalização dos Convênios Suds encontrou os estados da Federação em diversos estágios do movimento de mudança do setor saúde, quer do ponto de vista da crítica ao modelo assistencial configurado na década anterior, quer do ponto de vista da reorientação prática da capacidade instalada e das estruturas gerenciais necessárias à implementação de uma nova concepção de prestação de serviços de saúde.

Prevista e pretendida na concepção do Suds, a adaptação local do sistema ilustra a multiplicidade de formas com que uma mesma proposta ou diretriz é assimilada nas diversas regiões deste país, refletindo as suas desigualdades e peculiaridades culturais, políticas, sociais e econômicas.

Essa adaptação revela-se, por exemplo, na postura pró-ativa ou reativa assumida pelos estados em relação ao sistema e nas estratégias escolhidas para a sua im-

* Artigo elaborado em junho de 1990.

** Técnica da Fundap (organizadora deste estudo).

[1] O projeto de Assistência técnica ao Conass para a realização dos encontros e consolidação da avaliação, gerenciado por Luciano Antonio Prates Junqueira, contou com a seguinte equipe técnica: Rose Marie Inojosa, Arnaldo M. Nogueira e Maria Helena C. Lima. Da parte do Conass participaram Paulo C. D. Motta (RS), Zenir Furtado Kraschinsky (PR) e Renato Pires da Silva Filho (SP).

plementação em cada um deles. Alguns estados, além de agirem nos limites dos respectivos convênios, anteciparam-se a mudanças e ritmos definidos pelo Governo federal e atuaram em direção ao aprofundamento do processo, particularmente no tocante à descentralização. Outros ativeram-se aos parâmetros estabelecidos e acusaram certa paralisia com o recuo do Governo federal em relação ao Suds, a partir de março de 1988.[2] Deve-se ressaltar, contudo, que apesar de todos os estados terem sido considerados para os encontros, os estados de São Paulo, Rio Grande do Norte e Alagoas não participam dos eventos. Essa ausência gera limitações neste relato, uma vez que, em São Paulo, por exemplo, o processo de descentralização iniciou-se antes do Suds, e sua implementação é diferenciada.

Em relação às estratégias eleitas pelos estados, a avaliação revelou uma diversidade que permite refletir sobre a própria história de cada unidade federada. Nesse sentido, é interessante observar, por exemplo, que a proposta de descentralizar através da municipalização foi escolhida como estratégia de implantação do Suds, tanto pelo Rio de Janeiro como pelo Ceará. Porém, o primeiro investiu na instrumentalização da municipalização, normalizando a transferência de funções e competências, e realizando-a rápida e amplamente. Já o Ceará optou por um processo mais lento de elaboração e de discussão de planos municipais de saúde, apostando no seu amadurecimento progressivo.

Pernambuco, por sua vez, concentrou-se em outra vertente, ressaltando a diretriz da participação, que coloca no contexto da recuperação da cidadania. O Paraná investiu na reformulação da organização estadual, na sua regionalização, inclusive como meio de viabilização da municipalização e, de outro lado, deu atenção especial à absorção do controle da rede complementar conveniada e contratada.

Deseja-se, contudo, ressaltar que houve fatores que constituíram impedimento a todos os estados na implementação do Suds. O mais significativo desses fatores parece ter sido o estrangulamento financeiro do Suds. Observou-se que muitos estados, na fase inicial, retraíram seus recursos orçamentários para a saúde, com a expectativa dos repasses federais da Previdência. Porém, o Governo federal repassou menos do que o esperado e o fez com atrasos e desatualização de valores, não-corrigidos na medida da inflação. Desse modo, os orçamentos para o Suds, em cada estado, que já eram escassos para a implementação de um novo modelo de saúde, universalizado, integral e equânime, foram insuficientes até mesmo para mera manutenção de compromissos assumidos.

Esse estrangulamento financeiro, identificado e salientado por todos os estados participantes da avaliação, foi decorrente não só de uma situação econômica difícil, mas também refletiu a nítida mudança de orientação em relação ao Suds, ocorrida no Executivo Federal em 1988.

O recuo do Governo federal em relação ao Suds repercutiu ainda no desdobramento de outras ações convenialmente acordadas entre aquele nível de governo e os estados, como, por exemplo, a realização da transferência de próprios e funções do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), que não se completou, condicionando, negativamente, o processo de implementação do Suds.

[2] A saída do Ministro Raphael de Almeida Magalhães e do Presidente do Inamps, Hésio Cordeiro, implicou uma mudança de rumo para o Suds.

3. *Aspectos do evolver da descentralização na saúde através da municipalização*

Desde as Ações Integradas de Saúde (AIS), desenvolve-se, no setor saúde, um movimento de municipalização dos serviços. A princípio, esse movimento se restringia aos equipamentos públicos e, em relação à complexidade dos serviços, à atenção primária à saúde. Isso se dava porque o sistema de sáude pré-Suds era totalmente desarticulado e fragmentado. Assim, na melhor das hipóteses, a negociação entre as unidades federadas e seus municípios só podia dar-se em torno da fatia dos equipamentos e serviços que eles, então, gerenciavam.

Com a descentralização do gerenciamento dos serviços próprios do Inamps e da compra de serviços de assistência médica do setor privado conveniado e contratado, implementada pelo Suds, a partir de julho de 1987, os estados passaram a ter a possibilidade de planejar o sistema de saúde em seu âmbito e de negociar, em outras bases, com os municípios. A municipalização é um dos pressupostos do movimento da reforma sanitária e, como tal, figura no Sistema Único de Saúde (SUS) incorporado à Constituição de 1988.

De outro lado, a diretriz da descentralização, como condição da própria democracia, foi ganhando espaço no processo de redemocratização do país, tendo sido incorporada às agendas governamentais desde o processo eleitoral de 1982. Insere-se nesse movimento a luta dos municípios para resgatar seu papel na Federação e conquistar uma maior autonomia, refletida na defesa de uma ampla reforma tributária que alcançou, embora de forma mais restrita que a pretendida, a Constituição de 1988.

Durante os primeiros dois anos do processo de implantação do Suds, entretanto, a maior parte das iniciativas de municipalização partiu do nível de governo estadual para o nível de governo municipal. Foram os governos estaduais que, nessa fase, decidiram o que, quando e como descentralizar.

Nesse momento, junho de 1990, em que a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde está em discussão no Congresso, devendo vir a reiterar o aprofundamento do processo de descentralização e a explicitar a amplitude da municipalização, observa-se a emergência de uma nova postura dos municípios, através do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conassems), no sentido de assumir uma posição ativa no processo de descentralização.

Esse movimento ocorre num momento oportuno, do ponto de vista das municipalidades, porque os prefeitos eleitos em 1988 ainda têm mais da metade de seu mandato pela frente, ao passo que os governos estaduais estão em sua fase final. Essa diferente perspectiva de tempo de governo de ambos os níveis poderá representar uma variável interessante na capacidade de uns e outros em influir no processo.

De outro lado, tem-se o início de uma nova gestão ao nível do Governo federal que, até certo ponto, ainda é uma incógnita. A esse governo caberá estruturar um Ministério da Saúde adequado ao Sistema Único de Saúde. Seu discurso tem sido compatível com a orientação básica do sistema, que é a descentralização. Porém, uma das primeiras iniciativas do Ministério foi reconsiderar a extinção dos Escritórios Regionais do Inamps e transformá-los em Coordenadorias de Avaliação e Controle. A esse respeito, seria possível questionar a conveniência de se ter estruturas federais em cada estado, para uma tarefa que deveria, na vertente operacional, ser realizada em cooperação com municípios e estados, o que dispensaria, a princípio, quadros federais próprios. A vertente estratégia, por sua vez, também dispensaria uma estrutura federal em cada estado, dado que a avaliação e o contro-

le a esse nível se dão através do Sistema de Informações Gerenciais, com dados agregados.

Do ponto de vista dos governos estaduais, o quadro merece a maior atenção. Na medida em que se complete o processo de descentralização, com a municipalização da prestação de serviços, o nível estadual deverá rever e redefinir o seu papel no sistema, nos moldes propostos na Lei Orgânica de Saúde. Pelos rumos que a proposta dessa lei[3] está tomando, não será muito simples, para o nível de governo estadual, operacionalizar o seu papel, numa situação em que cabe ao município grande parte das ações de execução e ao Governo federal a normalização e a avaliação técnica e financeira do sistema.[4]

É nessa perspectiva que se pretende recuperar a forma pela qual os estados da Federação trabalharam com a questão da municipalização no processo de implantação do Suds, no período de 1987-89.

4. *A municipalização nos estados brasileiros*

Do projeto desenvolvido pelo Conass e realizado pela Fundap, em agosto de 1989, resultou o registro da avaliação do Suds pelas equipes das secretarias estaduais de saúde. Ele reflete o processo visto da perspectiva do nível do governo estadual.

Esse registro reúne o material produzido independentemente pelos estados, através de relatórios de avaliação, e também o material gerado nos cinco encontros regionais de avaliação do Suds, onde as equipes dos estados debateram temas comuns. As plenárias desses encontros foram gravadas e transcritas. Desse processo de avaliação participaram todos os estados, com exceção de São Paulo, Bahia e Rio Grande do Norte, como já se mencionou anteriormente.

As informações, tanto dos relatórios dos estados quanto das plenárias, foram reunidas, no relatório final, em quatro blocos, revelando a situação do Suds no tocante à prestação e organização dos serviços, às relações entre o Estado e o setor privado contratado e conveniado, a aspectos da gestão do sistema e ao financiamento.

Para este estudo, devido à limitação de espaço, foram selecionadas apenas as informações que se referem diretamente à municipalização, embora outros itens do bloco relativos a aspectos da gestão – como, por exemplo, a situação dos mecanismos de participação – também possam contribuir para a compreensão do tema.

Os textos apresentados são compostos por frases retiradas dos documentos citados, de modo que se trata de um material primário, uma vez que não é objetivo deste artigo realizar a análise, mas apenas estimulá-la. Desse modo, além de apresentar o material, limi amo-nos a pontuar os aspectos que aparecem com maior freqüência na visão dos estados sobre o tema, quais sejam:

– a municipalização como um processo que demanda um espaço de tempo mais ou menos amplo para completar-se e que se desenvolveria de acordo com um cronograma e estratégias estabelecidas ao nível do governo estadual;
– a necessidade das prefeituras contarem com estruturas organizacionais específi-

[3] Projeto de lei nº 3.110, de 1989, do Poder Executivo, em tramitação na Câmara dos Deputados.

[4] Esta última atribuição foi agregada na passagem do projeto de lei pela Câmara, não constando da proposta original aprovada pela Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social.

cas para a saúde, como pré-requisito para a municipalização, embora a maior parte das capitais, onde existem essas estruturas, não esteja municipalizada;
– a limitação da municipalização, em grande parte dos estados, à transferência da gestão de equipamentos públicos, embora o Projeto de Lei Orgância de Saúde em tramitação preveja, em seu art. 18, inciso X, que compete à direção municipal do SUS "celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde".

Seguem-se, por estado, dentro das respectivas regiões, as informações tal como foram oferecidas nos relatórios e plenárias dos encontros regionais.

4.1 Região Sudeste: Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo

4.1.1 Rio de Janeiro

Com referência à descentralização, o relatório dá muita ênfase ao processo de municipalização, como estratégia básica do Suds-RJ.[5] No encontro, a questão de uma regionalização da estrutura estadual foi descartada para o Rio de Janeiro, porque "agora já se deu um passo muito maior com a municipalização".[6]

O relatório informa: "Até o final de agosto todos os municípios do Estado do Rio de Janeiro terão assinado o convênio, sendo que, até agora, 67 dos 69 municípios já o fizeram."[7] "Nos municípios do interior, as Secretarias Municipais de Saúde, em sua absoluta maioria, assumiram a gestão da totalidade dos serviços ambulatoriais oriundos do Inamps e da SES."[8]

A municipalização abrange a transferência de gestão das unidades da SES e do Inamps, bem como emissão das Autorizações para Internações Hospitalares (AIH), que passam a ser atribuição das prefeituras. Junto ao relatório seguiu um conjunto de Resoluções SES/RJ, que regulamenta o processo de municipalização em vários aspectos, visando estabelecer mecanismos de operacionalização.

No encontro, a questão da municipalização do Rio de Janeiro foi bastante detalhada: "A proposta é de municipalização de tudo, inclusive de unidades que sejam de referência plurimunicipal, em que o conjunto dos municípios que se utilizam dessa unidade tenha uma forma de participação e articulação mais funcional do que formal na gestão, via colegiados mistos, colegiados múltiplos municipais. A idéia é que fiquem com gestão estadual exclusivamente unidades com um enorme padrão de complexidade (...) que tenham uma característica de referência nacional para alguma coisa e um comportamento diferenciado do ponto de vista científico e tecnológico."

Foi transferido para a gerência do município o sistema AIH (guias de autorização para internação hospitalar). O sistema GAP (guias para atendimento ambulatorial) ainda não foi transferido. Quem paga é o Inamps, mas foi salientado que, na grande maioria dos municípios (55), a rede pública ambulatorial é muito grande, "tem superávit na oferta, considerando só a rede pública, sem considerar a filantrópica".

A municipalização propiciou uma otimização da capacidade instalada em termos do número de consultas produzidas. Não tem dados para avaliar a qualidade.

[5] *Relatório de avaliação do Suds-RJ*. ago. 1989.

[6] V Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado no Rio de Janeiro, em 24 e 25 de ago. 1989.

[7] *Relatório de avaliação do Suds-RJ*. ago. 1989.

[8] Ibid.

Há municípios que "estão implantando um certo tipo de programa, até por iniciativa própria: programa de hipertensão, da mulher, da gestante". "São programas caros."

Sobre a possibilidade de uma unidade mais complexa de um município servir à população de outros municípios, foi afirmado, no encontro, que isso já se dá: "As Secretarias Municipais se acertam." Estão tentanto fazer isso como a AIH: "Mesmo o município que não tem hospital está emitindo a AIH, e depois os dois municípios (o que emitiu e o que atendeu) se entendem."

Entretanto, no município da capital, onde residem 50% da população do estado, esse processo ainda não avançou: "No município do Rio está tudo como era antes, porque as gestões são distintas. O Inamps todo responde direto à direção geral, todos os hospitais e Postos de Assistência Médica (PAM), com exceção de quatro PAM dos 70 existentes, que são os classificados como quinta categoria, PAM psiquiátrico. E todos os hospitais gerais, 16, continuam unidades orçamentárias vinculadas à direção geral."

A rede é muito grande, as unidades de grande porte e de referência nacional, e o município trabalha com uma rede de grandes hospitais que atendem emergências. No encontro registrou-se a necessidade de uma "reestruturação tanto da Secretaria Estadual como da Secretaria Municipal".[9]

4.1.2 Minas Gerais

No que toca à municipalização, o relatório não deixa claro o que está ocorrendo, mas registra a opinião de que " (...) nem todos os municípios têm condições de assumir a gestão dos serviços de saúde, ora por falta de órgão municipal estruturado, ora por não ter elaborado ainda um Plano Municipal de Saúde e não definir o orçamento municipal para a área".[10]

No encontro, a questão foi mais aprofundada: "O que acontece com a municipalização em Minas? Simplesmente nada. Quando se assinou o convênio Suds em Minas Gerais, a Prefeitura de Belo Horizonte já havia preparado o seu Plano Municipal de Saúde e assinou, praticamente ao mesmo tempo, o termo de adesão ao Suds. E até hoje não foi municipalizada. É uma questão de decisão ou nível político."[11]

A regionalização, da forma como foi concebida, pode ser "um obstáculo à municipalização", centralizando poder nas mãos das 23 regionais, sujeitas elas próprias "às pressões políticas".

Foram ressaltados os casuísmos no processo de integração estado/prefeituras, dando como exemplo um município da região metropolitana, que tem um imposto de circulação de mercadoria (ICM) altíssimo. "Neste município, tendo vencido as eleições um partido diferente do partido do Governo do estado, houve um recolhimento de todos os funcionários do estado que estavam exercendo atividades no município. Esses funcionários superlotaram centros de saúde do estado e esvaziaram centros de saúde municipais."

[9] V Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado no Rio de Janeiro, em 24 e 25 de ago. 1989.

[10] Relatório: *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de Minas Gerais*. ago. 1989.

[11] V Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado no Rio de Janeiro, em 24 e 25 de ago. 1989.

4.1.3 Espírito Santo

Com relação à municipalização, o relatório salienta que é preciso "(...) encarar a municipalização como processo e uma preparação anterior do pessoal dos municípios". No encontro, enfatizou-se que se deve prestar atenção à definição do modelo assistencial, ao papel do município no modelo, e, além disso, levar à discussão o sistema de planejamento e o sistema de informação na relação estado-município.[12] O Espírito Santo participou do II Encontro Regional.[13]

4.2 Região Nordeste: Ceará, Pernambuco, Sergipe, Maranhão, Piauí, Paraíba e Alagoas

4.2.1 Ceará

O Relatório do Ceará começa afirmando: "Os objetivos principais são a descentralização das ações de saúde desenvolvidas no estado para os municípios, possibilitando a criação do Sistema Municipal de Saúde que seja organizado de acordo com as necessidades de saúde da população, objetivando a melhoria dos serviços de saúde oferecidos, bem como a transferência de recursos para seu desenvolvimento e a democratização do sistema."[14]

"A municipalização se dá conforme as estratégias estabelecidas através de uma articulação com a Associação dos Prefeitos Municipais do Estado do Ceará, numa tentativa de informá-los e sensibilizá-los para a adesão ao sistema. No período de maturação, a secretaria trabalha de forma conjunta com os prefeitos e equipes municipais, de saúde, na elaboração dos instrumentos de orientação e na organização dos colegiados."[15]

As diretrizes políticas da municipalização no estado do Ceará incentivam a criação dos conselhos municipais de saúde como instância de gestão do sistema de saúde do município, com garantia de ampla participação dos representantes populares e democratização do processo decisório.

"O processo de municipalização pretende ser radical, ou seja, todo órgão estadual de abrangência municipal é repassado para a administração municipal, inclusive a indicação de chefias: todo o pessoal é repassado para a administração municipal, com as responsabilidades salariais ficando por conta do estado, sem ônus para o município."[16]

"Municipalizamos cinco municípios, estamos municipalizando oito; prontos para o processo de municipalização temos mais 25. A nossa expectativa é até o final do ano municipalizar de 50 a 70 municípios no Ceará. Temos 178 municípios no estado."[17]

"A realidade que se encontra em cada município é dramática, é de chegar lá e dizer: não adianta, porque não tem nada, não tinha tradição, não tinha história. Os

[12] Relatório: *Contribuição do Espírito Santo para a avaliação do Suds*. ago. 1989.

[13] II Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Goiânia, em 3 e 4 de ago. 1989.

[14] Relatório: *Avaliação do Suds* – Propostas e soluções. ago. 1989.

[15] Ibid.

[16] III Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Recife, em 10 e 11 de ago. 1989.

[17] Ibid.

profissionais assoberbados, fazendo mil coisas, o Secretário de Saúde ganha muito mal, tem que fazer uma viração como médico, bioquímico, a situação é precária. Mas se não investirmos no processo, não municipalizamos nunca, sempre teremos mil justificativas para adiar esse tipo de atuação. E acho impossível que qualquer estado esteja conseguindo gerenciar o processo de saúde, porque as máquinas estaduais são semelhantes no Brasil. (...) Realmente não temos outra opção senão avançar a descentralização do sistema, principalmente nessa ótica de democratização, municipalização como sinônimo de democratização da saúde."[18]

4.2.2 Pernambuco

"A municipalização, para nós, passa pela discussão do modelo assistencial. Ele é fundamental para ser o norteador da municipalização."[19] No encontro,[20] a estratégia de municipalização foi bastante detalhada: "Procuramos desencadear um estímulo para que os municípios tenham um mínimo de capacidade gerencial para desenvolver sua rede de saúde. Até os novos prefeitos assumirem as prefeituras, tínhamos em Pernambuco 10 ou 12 municípios com secretarias de saúde estruturadas. A partir de um trabalho conjunto com o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde, houve uma divulgação e um trabalho de conscientização dos prefeitos e hoje temos, dos 167 municípios, de 130 a 140 que já têm algum núcleo responsável pela saúde, ou uma secretaria ou uma coordenação, alguém que se preocupe com a questão saúde do município."[21]

"Uma vez conseguido isso, procuramos discutir nesse Conselho de Secretários Municipais de Saúde o critério de repartição dos recursos alocados no orçamento para os municípios. Alguns municípios, que desde o ano passado já tinham convênios de adesão ao Suds, que são os 11 que já tinham estruturas organizacionais melhores, elaboraram seus planos de saúde no ano passado e aderiram ao Suds desde então,"[22]

"Mediante alguns critérios discutidos no Conassems e depois na Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), na próxima semana estaremos assinando 116 adesões municipais ao convênio Suds. Isso não é ainda a municipalização, é o primeiro passo para que comecem a receber recursos e se organizem para assumir toda a rede municipal e administrá-la. Hoje, dos 167 municípios apenas 46 são municipalizados, já administram toda a rede municipal de saúde. Os outros esperamos que, nesse processo, se municipalizem. É claro que aí há questões político-partidárias que sempre devem ser levadas em consideração; não é um processo tranqüilo, é um processo de negociação às vezes muito difícil, mas que a Secretaria de Saúde está procurando levar da melhor forma possível."[23]

Uma preocupação apontada no encontro é que na descentralização podemos encaminhar para uma forte desagregação da nação, em vez de caminharmos para a construção de um sistema de saúde unificado, que atenda às necessidades do po-

[18] Ibid.

[19] Ibid.

[20] Relatório: *Avaliação do Suds em Pernambuco*. ago. 1989.

[21] II Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Recife, em 10 e 11 de ago. 1989.

[22] Ibid.

[23] Ibid.

vo. "O elemento desagregador tem que ser monitorizado, para que não haja uma desagregação maior."[24]

4.2.3 Sergipe

Há documentos definindo as bases operacionais e diretrizes gerais do processo de municipalização no estado: Modelo assistencial de Sergipe e Projeto municipalização. A municipalização, porém, ainda não se realizou em Sergipe: "A municipalização, é um problema sério, porque os prefeitos querem a prefeituralização, como foi feito inicialmente no Suds, que era a estadualização apenas dos recursos."[25]

Dos 74 municípios, apenas a capital tem adesão ao Suds, mas "ainda não está municipalizada, estamos fazendo progressivamente, por distrito. No interior do estado duas ou três cidades têm condições de ser municipalizadas, as demais não."[26]

Transparece uma resistência à municipalização, porque a maioria dos municípios não possuiria "condições mínimas necessárias para assumir a gestão do sistema de saúde na sua integralidade.[27]

Mas, no encontro, a representação de Sergipe relatou que transferiu para as prefeituras a administração de casas de parto que havia em 24 municípios, e que "a melhora no atendimento nessas cidades está sendo enorme, porque o prefeito está-se sentido prestigiado."[28]

4.2.4 Maranhão

Há no estado, 60 municípios com termos de adesão, o que, entretanto, representa ainda "apenas uma descentralização de recursos".[29] Foi salientado que a municipalização dos serviços se dará apenas onde houver viabilidade técnica.

No relatório foi reiterada "a necessidade de redefinirmos o papel do município na organização e gerência dos serviços de saúde" e informado que essa redefinição está sendo feita, no Maranhão, "em conjunto com as prefeituras municipais, com as demais instituições de saúde e com a participação da comunidade através de suas legítimas lideranças".[30]

4.2.5 Piauí

O Relatório do Piauí informa que, até o momento, apenas foi assinado o termo de adesão da capital e de outro município.

"Teresina assinou o termo de adesão ao Suds, segundo o qual a Secretaria Municipal ficaria desde então com os órgãos de abrangência municipal responsabilizando-se por todo atendimento básico, campanhas de vacinação e demais ações de

[24] Ibid.

[25] Ibid.

[26] Ibid.

[27] Relatório. *Avaliação do Suds*. ago. 1989.

[28] III Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Recife, em 10 e 11 de ago. 1989.

[29] Ibid.

[30] Relatório: *Avaliação do Suds no estado do Maranhão*. jan. 1988 a jul. 1989.

saúde no âmbito da sua área de abrangência. Competiria a ela criar um sistema de referência e contra-referência com os hospitais de maior complexidade que ficariam sob a responsabilidade do Estado."[31]

"Considerando a prioridade nesse sentido e a falta de condições da maioria dos municípios para absorver o processo, foi criada uma comissão na Secretaria de Saúde para orientar os representantes municipais no sentido de prepará-los para tal."[32]

No encontro, a questão foi mais explorada e as dificuldades foram reiteradas: "A desorganização das ações de saúde ao nível dos municípios e, porque não dizer, até mesmo da Secretaria da Saúde, inviabilizava uma tentativa de municipalização num primeiro tempo."[33]

4.2.6 Paraíba

Segundo o relatório "o processo de municipalização do estado vem caminhando lento, mas gradual. A Secretaria de Estado da Saúde já encaminhou para todos os municípios os pré-requisitos necessários para adesão ao sistema. A Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) definiu em reunião que todos os 24 municípios da AIS seriam municipalizados e alguns já estão entregando seu projeto de adesão. Este se inicia pelos municípios que são pólos importantes na estrutura organizacional do sistema estadual de saúde, e os que têm, no momento, um certo nível de organização e/ou programa de saúde – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) – área do projeto Nordeste; Estágio Rural Integrado (ERI)".[34]

A Paraíba participou do III Encontro Regional.[35]

4.2.7 Alagoas

"O Convênio de Estadualização entrou em funcionamento em julho de 1987, e viabilizou a municipalização de Arapiraca, São Sebastião, Murici e, mais recentemente, Mata Grande e Traipu. Outros municípios entrarão no processo gradativamente. No momento estão em tramitação: Pilar, Teotônio Vilela e São Miguel dos Campos."[36]

"As maiores dificuldades foram encontradas com a resistência e não-cooperação dos RH da área de saúde, pelas mais variadas e justas razões, sendo que a principal tem a ver com a isonomia salarial. Esta tem sido uma das grandes questões dos trabalhadores da saúde, pois a isonomia não se deu de forma plena e tampouco resultou em maiores compromissos profissionais, aliado a isso o despreparo de grande parte destes para o desempenho de suas atribuições."[37] "Por outro lado, também não conseguiu manter a população devidamente informada para que ela fiscalize as ações."[38]

[31] *Relatório de avaliação do Suds no Piauí*, ago. 1989.

[32] Ibid.

[33] III Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Recife, em 10 e 11 de ago. 1989.

[34] Relatório: *A atual situação do Suds no estado da Paraíba*. ago. 1989.

[35] II Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Recife, em 10 e 11 de ago. 1989.

[36] Relatório: *Avaliação da implantação do Suds no estado de Alagoas*. Maceió, set. 1989.

[37] Ibid.

[38] Ibid.

Em 1988, o Suds-AL municipalizou os serviços de saúde das cidades de Murici e São Sebastião, respectivamente, e no corrente ano se deu a municipalização das cidades de Mata Grande e Traipu, nesta última, em que pese já ter sido elaborado o Plano de Municipalização, o processo ainda está em tramitação, com perspectivas favoráveis à sua implantação."[39]

"Não existe qualquer proposta por parte do órgão gestor do Suds – Secretaria de Saúde/Fundação de Saúde e Serviço Social (Fusal) – em relação à municipalização dos serviços de saúde de Maceió. No entanto, foi instituído, através da prefeitura, o Programa Especial de Saúde do Município de Maceió (PSA) – Decreto nº 3.155 de 18.9.89 – com os seguintes objetivos, *in verbis:* a) a formulação da política municipal de saúde, fixando-lhe diretrizes específicas e definindo os mecanismos indispensáveis à sua execução; b) a definição de estratégias de ação capazes de ensejar o emprego dos meios disponíveis no âmbito do município, no desenvolvimento de programas locais de saúde.[40]

4.3 Região Centro-Oeste: Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Tocantins e Distrito Federal

4.3.1 Goiás

O "modelo assistencial proposto para Goiás é o de municipalização para o interior do estado" e distritalização para a capital, onde estão os equipamentos de referência."[41]

Assim, num primeiro momento Goiânia foi excluída da municipalização. No trabalho em grupo do encontro ficou claro que os participantes visualizam um possível futuro conflito entre o Distrito Sanitário e a Secretaria Municipal de Saúde, que só agora está-se estruturando em Goiânia. A princípio, a Secretaria Municipal de Saúde assumiria apenas as vigilâncias epidemiológica e sanitária.

No interior, a proposta é de municipalização, sendo que ela abrangeria todas as atividades de interesse local, ou seja todos os serviços de abrangência local, de qualquer nível de complexidade.[42]

Entretanto, embora a formalização dos convênios se tenha iniciado em setembro de 1987, a municipalização não avançou. No encontro foram indicados como fatores obstaculizadores: o final dos mandatos municipais em 1987-88 e o pouco envolvimento dos níveis regional e central da SES. O relatório informa que no mês de março de 1989 foi possível assinar convênios com municípios. O relatório aponta, também, que "as políticas de saúde e as estratégias usadas pelos municípios, no âmbito das prefeituras, eram claramente voltadas para a cura de doenças já instaladas, utilizando para tal os recursos disponíveis, o que, na maioria das vezes, se resumia no simples transporte do doente para centros de maiores disponibilidades."[43]

[39] Ibid.

[40] Ibid.

[41] Secretaria de Saúde do Estado de Goiás: Encontro Regional de Avaliação do Suds e Contribuição do Núcleo Setorial de Planejamento e Coordenação do Suds-GO para o Encontro Regional de Avaliação do Suds. Goiânia (GO), ago. 1989.

[42] II Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Goiânia, em 3 e 4 de ago. 1989.

[43] Secretaria de Saúde do Estado de Goiás: Encontro Regional de Avaliação do Suds e Contribuição do Núcleo Setorial de Planejamento e Coordenação do Suds-GO para o Encontro Regional de Avaliação do Suds. Goiânia (GO), ago. 1989.

Além disso, "o estado de Goiás repete as características do País, no que diz respeito à distribuição dos serviços de saúde – estrutura física – existindo desde município possuidor de instalações das mais modernas e eficientes até a inexistência de um único profissional médico. Diante de tal realidade, iniciou-se um projeto de expansão e recuperação da rede física, que objetiva instalar, em cada município, uma estrutura mínima capaz de funcionar como porta de entrada do sistema e também desenvolver atividades de ações básicas de saúde".[44]

"Uma das preocupações do nível central do Suds/GO, como preâmbulo da municipalização, foi estimular o poder municipal a criar e fortalecer um setor exclusivo para cuidar da assistência à saúde (secretaria ou superintendência ou departamento ou divisão, etc.). Estrutura esta que receberia delegação de competências das instituições envolvidas no Suds, no sentido de ser gestor único das ações de saúde, a nível local, sempre ouvindo e recebendo o aval da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (Cims)."[45]

4.3.2 Mato Grosso

Sobre a municipalização, o relatório do estado, que conta com 95 municípios, informa: "Os municípios de Cuiabá e Rondonópolis expandiram e melhoraram os serviços da rede pública, inserindo a participação popular na discussão e condução do processo; os demais municípios assinaram o convênio de pré-municipalização em 31.5.89, com prazo de 180 dias para se organizarem."[46]

"Ao assinar o Convênio Suds em 1987, o estado iniciou a organização dos serviços pelos municípios de Cuiabá e Rondonópolis, que já vinham trabalhando em um modelo assistencial municipalizado. Com o repasse dos recursos do Suds, Cuiabá consolidou o seu modelo assistencial através da implantação de cerca de três distritos sanitários, com construção de policlínicas em cada um deles para o atendimento de urgência e ambulatorial dos pacientes referidos pelos centros e postos de saúde, implantou um hospital de 130 leitos para dar suporte aos distritos, um centro de zoonose (para o atendimento veterinário)."[47]

"Com recursos do Suds, o município majorou os salários do seu contigente de pessoal e o redistribuiu de acordo com as necessidades. A equiparação salarial ao Inamps permitiu adoção de medidas administrativas em que se obrigou os profissionais com dois contratos, estado e municípios, a fazerem opção para prestar serviços a apenas uma instituição e em único local. Tal procedimento gerou dados curiosos, como, por exemplo: antes tinha-se a impressão de que havia necessidade de contratação de pessoal para operacionalização da rede do município, mas após a consumação dos procedimentos verificou-se que o contingente de pessoal existente era suficiente para manter os serviços de saúde funcionando a plena capacidade."[48]

"Ocorre também um outro fato importante pois, ao se organizar os serviços na rede, descongestinou-se sensivelmente os hospitais de Cuiabá, que antes não conseguiam dar atendimento à demanda."[49]

[44] Ibid.

[45] Ibid.

[46] Relatório: *A implantação do Suds no estado* – relatório de avaliação. ago. 1989.

[47] Ibid.

[48] Ibid.

[49] Ibid.

"Outro problema é que as guias de internação em hospitais conveniados sempre acabaram na metade do mês, limitando assim a utilização da rede contratada em Cuiabá e Rondonópolis, mas, com o repasse do controle das guias aos municípios, elas começaram a sobrar no final do mês, permitindo até fazer cirurgias eletivas."[50]

"Em Mato Grosso os avanços e recuos do Suds ainda estão dependendo de qual o partido político que esteja no poder. Como exemplo citamos os avanços ocorridos em Cuiabá no que se refere à municipalização e à organização dos serviços, enquanto um certo partido estava no processo de condução. Hoje, ao se encontrar no comando um outro partido, o processo Suds sofreu uma desarticulação tão grande, ao ponto de causar inércia nas atividades que já estavam colocadas em prática (o canal de participação popular foi obstruído, os distritos estão funcionando precariamente e de forma desordenada)."[51]

Com relação aos demais municípios, que têm o Termo de Adesão assinado e estão em "pré-municipalização", no encontro foram dadas outras informações: "Foram repassados os recursos para os municípios e agora estamos trabalhando e sentimos as dificuldades que eles estão tendo, mesmo por essa composição de forças contrárias que nos municípios se acirram mais. A maioria das redes dos municípios é do setor privado e muitos não têm os organismos de saúde exigidos, que seriam as Secretarias Municipais de Saúde (...). As Secretarias Municipais de Saúde, que existem, ainda estão em estado precário, principalmente no que diz respeito a recursos humanos (...). O pessoal prefere ir para outro lugar a trabalhar na ponta da rede. Não se atrai bons técnicos, principalmente no município. O patamar salarial do município é mais baixo do que o do estado. Estamos tentando solucionar essa gama de problemas."[52]

4.3.3 Mato Grosso do Sul

"O processo de municipalização é uma conquista do Suds, e é meta prioritária do estado e de todos que trabalham em saúde; o que se quer agora é partir para uma municipalização justa, plena (...). O processo de municipalização, que tem sido a menina dos olhos da Secretaria, está movimentando todos os setores da Secretaria."[53]

Segundo o relatório: "Após 1987, com a chegada dos recursos Suds, vários municípios receberam apoio financeiro, sem que o processo de municipalização fosse sistematizado. Em contrapartida, muitas prefeituras utilizavam parte desses mesmos recursos para o pagamento de pessoal que atuava nas próprias unidades estaduais. Porém, somente em 1989, a municipalização efetivamente passou a ser desenvolvida."[54]

"Dessa forma, a Resolução da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) nº 003/89 estabeleceu os critérios mínimos, pautados no princípio da gradualidade, a partir do qual no espaço mínimo de três anos será possível a conclusão do proces-

[50] Ibid.

[51] Ibid.

[52] IV Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Manaus, em 24 e 25 de ago. 1989.

[53] Ibid.

[54] Relatório: *A implantação do Suds no estado* – relatório de avaliação. ago. 1989.

so, que prevê a possibilidade de três etapas. Ao final, toda a rede, inclusive a terciária, estaria municipalizada.

Dadas as diferenças que caracterizam os 72 municípios de Mato Grosso do Sul, em função da complexidade dos serviços existentes em cada um, teremos distintos estágios desse processo de municipalização."[55]

"Tendo em vista que se trata de um processo instaurado a partir da manifestação de vontade do município (através da entrega do Plano Municipal de Saúde), facultativo, portanto, não haverá sincronia de ação quando se examinar o conjunto do estado."

Dos 42 municípios que apresentaram Planos Municipais de Saúde: 25 já assinaram o convênio; 13 já tiveram seus planos aprovados, aguardando a assinatura do convênio; quatro ainda não tiveram seus planos aprovados, por não atenderem a alguma exigência de natureza formal.[56]

4.3.4 Tocantins

"Alguns municípios já haviam assinado Termo de Adesão Suds-GO. Agora estes Termos deverão ser refeitos com o novo estado."[57] No encontro foi reiterada a situação de implantação do estado, que inviabiliza avaliações neste momento.[58]

4.3.5 Distrito Federal

Cada cidade satélite conta com uma estrutura regional de saúde que utiliza o respectivo hospital regional. O diretor regional é o diretor do hospital regional. As regionais não têm autonomia.

"Quando da assinatura do Convênio Suds-DF, a Secretaria de Saúde elaborou um Plano para Implementação do Convênio, onde está prevista a criação de novos distritos sanitários que, através de estruturas mais dinâmicas e descentralizadas, virão substituir as regionais de saúde montadas no início da década."[59]

"Entretanto, as atuais regionais de saúde em muito se aproximam das linhas de distritos sanitários, pois possuem, todas elas, modelos assistenciais com garantia de atenção nos níveis primário e secundário nas modalidades ambulatorial e hospitalar, com garantia de referência para o nível terciário."[60]

4.4 Região Norte: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Roraima, Rondônia

4.4.1 Acre

O Relatório do Acre afirma que hoje "os municípios não têm estrutura para absorver os serviços de saúde sem uma discussão ampla".[61] É enfatizado que os

[55] Ibid.

[56] Ibid.

[57] Ibid.

[58] II Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Goiânia, em 3 e 4 de ago. 1989.

[59] Relatório: *A implantação do Suds no estado* – relatório de avaliação. ago. 1989.

[60] Ibid.

[61] Relatório: *Encontro Regional de Avaliação do Suds*. ago. 1989.

próprios prefeitos, em 1988 – em final de governo – não manifestaram intenção de aderir ao Suds, "principalmente porque não existia nas prefeituras qualquer órgão responsável pelo setor saúde, mesmo na capital do estado, Rio Branco, dificultando, assim, o pedido de adesão ao Suds, o qual estabelece critérios, através do decreto de criação, para o recebimento de recursos federais destinados ao setor saúde".[62]

No ano de 1989 houve um avanço, dado que algumas prefeituras aprovaram, na Câmara de Vereadores, a criação de Secretarias Municipais de Saúde, tendendo a montar uma "infra-estrutura ideal" para absorver o setor saúde.

No IV Encontro – relato do grupo do qual participou o estado do Acre – a municipalização é colocada como fundamental para o gerenciamento do sistema, mas esta "deve ser conduzida de forma coerente, sem atropelos e por etapas".[63]

4.4.2 Amapá

O processo de municipalização de acordo com o relatório, não tem avançado devido a problemas de natureza política (conflitos entre as esferas de governo estadual e municipal), bem como à fragilidade política e institucional dos municípios, os quais dependem, em alto grau, do estado, no âmbito econômico-financeiro. Esta fragilidade "historicamente tem afastado os municípios do processo de participação na discussão e formulação das políticas de saúde do estado e da execução dos serviços".[64]

Quanto aos relatos dos grupos dos quais participou o estado do Amapá no IV Encontro Regional, foi identificado que faltam normas e critérios claros para promoção do processo de municipalização, "inclusive como forma de promover um maior comprometimento da administração municipal".[65]

4.4.3 Amazonas

A questão da municipalização começou a ser discutida recentemente no estado, sendo que apenas dois municípios assinaram Termo de Adesão ao Suds e mais da metade não possui secretarias de saúde. É salientado no relato do estado no IV Encontro Regional que "a forma e o tratamento que foram dados na distribuição dos recursos para o município ainda são profundamente injustas e socialmente devastadoras".[66]

Segundo o Relatório do estado: "Os atuais objetivos deverão ser orientados no sentido de apoiar os municípios que estejam em fase de estruturação das secretarias e das instâncias colegiadas." Diversos municípios já apresentaram à secretaria de estado, ou estão preparando, seus planos municipais de saúde, visando a adesão ao Suds e a municipalização.[67]

[62] Ibid.

[63] IV Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Manaus, em 17 e 18 de ago. 1989.

[64] Relatório apresentado no Encontro Regional de Avaliação do Suds. ago. 1989.

[65] IV Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Manaus, em 17 e 18 de ago. 1989.

[66] Ibid.

[67] Relatório: *Avaliação do Suds no estado do Amazonas*. ago. 1989.

Ao nível do município de Manaus que, de acordo com o relatório, apresenta melhores condições para desenvolvimento de um modelo descentralizado de gestão, foi elaborado um plano de distritalização da zona leste, o qual já foi aprovado pelas Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (Cims) e aguarda aprovação da CIS.[68]

4.4.4 Pará

O relatório informa que é ainda incipiente o processo de descentralização no estado do Pará. Dos 105 municípios, somente cinco contam com Secretarias Municipais de Saúde, cujas estruturas organizacionais são precárias, o que os torna dependentes do nível estadual.[69]

Aponta, ainda, que: "Com exceção do município de Belém (...) as demais municipalidades precisam dentro de suas realidades adotarem estruturas organizacionais que respondam aos imperativos de implementação do Suds a nível municipal."

Não obstante, é indicado no relatório ser uma das linhas de atuação da Secretaria de Estado da Saúde "reforçar a sua linha de assessoria no desempenho da organização de sistema e serviços de saúde local".[70]

Sobre este aspecto, enfatiza que o trabalho da secretaria de saúde vem gradativamente tomando forma, estando sendo colocada em prática a proposta de Sistemas Locais de Saúde (Silos), que conta com cooperação técnica da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas).

Sendo assim, o relatório aponta que:

"O projeto Silos, decorrido cerca de um ano e meio de sua atuação, vem sendo operacionalizado em cinco áreas do estado, incluindo os municípios de Altamira, Ananindeua, Marabá, Tucuruí e Cametá.

O trabalho desenvolvido nessas áreas consiste em duas linhas principais: o desenvolvimento de mecanismos gerenciais, com reforço da implantação e/ou implementação de Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (Cims), enquanto órgão da gestão colegiada a nível local, e assessoria à estruturação do setor saúde nas prefeituras municipais, entendido como órgão esponsável pela execução dos serviços de saúde no nível local; e o fomento do modelo de atenção à saúde, baseado no perfil epidemiológico das áreas.[71]

O estado do Pará participou do IV Encontro Regional.[72]

4.4.5 Roraima

Tanto o relatório, como o relato do estado ao IV Encontro Regional, indicam a não-ocorrência da municipalização, e que não tem havido até então absorção da rede estadual de saúde pelos municípios: "O que está acontecendo no estado é apenas um melhor relacionamento no desenvolvimento das ações, numa cooperação mútua."[73]

[68] Ibid.

[69] Relatório: *Avaliação do Suds no estado do Pará*. jul. 1989.

[70] Ibid.

[71] Ibid.

[72] IV Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Manaus, em 17 e 18 de ago. 1989.

[73] Relatório sobre o Suds no estado de Roraima.

É enfatizado, ainda, que hoje apenas o município de Boa Vista (capital) tem condições de participar do sistema. Os demais não contam com rede própria e não possuem Secretarias Municipais de Saúde. Mesmo no caso de Boa Vista, conforme foi apontado no IV Encontro Regional, o serviço de saúde ainda carece de organização.[74]

4.4.6 Rondônia

De acordo com o relatório, em "setembro/87 aconteceu uma pseudomunicipalização. A Secretaria de Saúde começou a repassar recursos para as Secretarias Municipais. Porém os municípios recém-criados não possuíam estrutura técnico-administrativa para gerenciamento do convênio e os já existentes não receberam de forma progressiva as instruções para a implantação, acompanhamento e avaliação adequados para a efetivação desse processo. O que ocorreu em Rondônia foi apenas uma descentralização de verbas, permanecendo centralizadas as orientações político-gerenciais de saúde, não se levando em conta a hierarquização e necessidades locais. Conseqüentemente, após decreto governamental em setembro de 1988, ocorreu de direito a desmunicipalização".[75]

"Atualmente, com a chegada dos recursos retoma-se de forma gradativa o processo, priorizando inicialmente a rede básica. Os sistemas de saúde locais retomam a organização de seus serviços, os quais ficaram penalizados ainda mais após a desmunicipalização. O Índice de Valorização de Desempenho (IVD), apesar de ser uma estratégia para a melhoria salarial, também tem contribuído de forma positiva para esta reorganização." "A estrutura física é satisfatória, com poucos municípios precisando ainda de melhoria."[76]

4.5 Região Sul: Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina

4.5.1 Paraná

Conforme o Relatório do Paraná, que tem 318 municípios, há entendimentos variados sobre o significado da "municipalização da assistência à saúde". "No Paraná, a assinatura do Convênio Suds, em julho de 1987, já encontrou todos os municípios paranaenses conveniados através da AIS e, na maioria dos casos, com uma estrutura mínima de serviços de saúde em funcionamento. A Associação Paranaense de Secretarias e Departamentos Municipais de Saúde já estava constituída e trabalhava na divulgação e intercâmbio de várias experiências de "municipalização da assistência à saúde".[77]

"Para estender o Convênio Suds aos municípios, a Secretaria (Sesa/FCMR) estabeleceu pré-requisitos, tendo convidado todos os municípios para elaborar seus projetos de acordo com tais pré-requisitos. Após análise dos mesmos, apenas 28 foram selecionados, por critério técnico, para assinar o convênio. Esperava-se, com a assinatura do Convênio Suds, que tais municípios assumissem a gerência

[74] IV Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Manaus, em 17 e 18 de ago. 1989.

[75] Relatório: *Avaliação do Suds no estado de Rondônia.*

[76] IV Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Manaus, em 17 e 18 de ago. 1989.

[77] *Relatório do estado do Paraná.*

também das unidades básicas da Sesa/FCMR, e que fosse otimizada sua rede de serviços próprios. Para isso, passaram a receber recursos financeiros sobre sua capacidade efetivamente instalada (e não por produtividade, como na AIS), além de recursos para a manutenção das unidades transferidas pela Sesa/FCMR. Na prática, houve pouca evolução na unificação dos serviços básicos, mas as prefeituras investiram em sua rede de serviços."[78]

"Com a aprovação do modelo assistencial, definiu-se a responsabilidade do município e do estado, na área de 'assistência médica'. Está em discussão a questão da municipalização das atividades típicas de 'saúde pública' mas não há definições ainda."[79]

"Assim, já foram assinados convênios com 86 municípios, onde reside a maioria da população paranaense. Já estão estabelecidos os mecanismos de repasses de recursos financeiros para estes municípios, e foi realizado treinamento dos técnicos das regionais de saúde para que estes assumam suas atribuições referentes ao acompanhamento do convênio."[80]

"Por ser mais complexa, a questão da municipalização dos serviços de saúde de Curitiba está sendo tratada por uma comissão específicada."[81] Sobre o assunto, o encontro acrescentou: "Temos no estado uma intenção positiva dos municípios em assumir a gestão dos serviços básicos."[82]

"Vemos uma disposição do município em criar suas próprias portas de entrada. Independente de o estado estar lá passando recursos, em alguns municípios, a partir de sua própria iniciativa, estão tentando readequar suas unidades dentro desse conceito de porta de entrada que o modelo coloca. Tentando resgatar o papel social do serviço no município, garantir o mínimo de resolutividade, incorporando alguma tecnologia. Acho que nesse sentido o modelo assistencial está cumprindo um excelente papel."[83]

Quanto aos aspectos que dificultam o processo "temos como primeira questão, repetindo o que acontece no estado, a questão salarial. Os municípios ainda remuneram mal seus servidores. Outra questão é a falta de capacitação técnica das equipes para assumir seu papel de gerenciar serviços de saúde (...). Outra é a pouca disponibilidade orçamentária e financeira do próprio município, que se vê comprometido. Mesmo quando há disposição política do prefeito em investir em saúde, ele tem dificuldades porque a reforma tributária não está consolidada ainda. Além disso o repasse de recursos financeiros pelo estado e pelo governo federal está muito aquém da expectativa que o município tem".[84]

"Ainda continua perversa a relação de compra e venda de serviços, sendo que os parâmetros da nossa relação com os municípios (portarias, como a nº 3.046) não satisfazem aos municípios. Outra questão é a falta de definição sobre o financiamento e a co-participação do estado na execução de atividades como vigilância sanitária, vigilância epidemiológica que, na verdade, não vêm sendo discutidas, o

[78] Ibid.

[79] Ibid.

[80] Ibid.

[81] Ibid.

[82] I Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Florianópolis, em 24 e 25 de jul. 1989.

[83] Ibid.

[84] Ibid.

que compromete o próprio desempenho do modelo, na medida em que ele se propõe a ter um caráter integral de assistência, que pensa nessas atividades. Não se tem uma forma definida de financiamento para que o município assuma isso. Outro aspecto, ainda, é a dificuldade de acesso a serviços especializados e de apoio diagnóstico-terapêutico e internações hospitalares. O município tem graves dificuldades com relação a isso."[85]

4.5.2 Rio Grande do Sul

O processo de municipalização da saúde tem ocorrido de uma maneira lenta tanto quantitativa, quanto qualitativamente.[86]

"Os avanços ocorridos se referem principalmente à ampliação da participação de diferentes instâncias no processo, que teve início na Assessoria de Planejamento e posteriormente envolveu as Delegacias Regionais e outros setores da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente (SSMA). O processo teve seu melhor momento (...) com a negociação dos recursos sendo realizada no próprio município, com participação da prefeitura, da Cims, da instância regional e do nível central."[87]

"O estado adotou a municipalização das ações de saúde como estratégia para implementar as diretrizes da Reforma Sanitária. Foi estabelecido como meta que, ao final do ano de 1988, estaria municipalizada a saúde em 150 municípios no estado. No entanto, não foi possível atingir a meta estabelecida."[88]

"Atualmente, 72 municípios assinaram o Termo de Adesão ao Suds. Destes, sete municípios estão avançados na elaboração de um projeto para a criação do Distrito Sanitário, com sede em Ijuí. A maior parte dos municípios tem avançado muito pouco na proposta de reorganização da rede de serviços e menos ainda quanto à formulação de um modelo assistencial compatível com a realidade local e as diretrizes da Reforma Sanitária."[89] No encontro foi informado que: "Porto Alegre não está municipalizado, tem alguns convênios restritos de administração."[90]

Outras informações são fornecidas no relatório: "Desde o início do processo de municipalização, os recursos para investimento foram escassos, o que se tem refletido na dificuldade em recuperar a rede existente e ampliá-la. A situação mais crítica no momento é a dos municípios recém-emancipados, que praticamente não possuem recursos de saúde. Dos 89 novos municípios, apenas 11 foram contemplados com recursos para investimentos, oriundos do Ministério da Saúde."[91]

"Os recursos financeiros para a municipalização são insuficientes. A alocação destes recursos aos municípios tem sido feita através de um processo de negociação com os mesmos, onde é elaborado, para cada um, um Plano de Aplicação com periodicidade trimestral, sendo que o último foi quadrimestral. A liberação dos recursos é feita mensalmente, mediante a apresentação de prestação de contas."[92]

[85] Ibid.

[86] *Relatório do estado do Rio Grande do Sul.*

[87] Ibid.

[88] Ibid.

[89] Ibid.

[90] I Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Florianópolis, em 24 e 25 de jul. 1989.

[91] *Relatório do estado do Rio Grande do Sul.*

[92] Ibid.

"Quanto ao relacionamento dos municípios com a União, estes continuam mantendo um canal direto com os órgãos federais na tentativa de conseguir recursos financeiros."[93]

"Ainda não está definida uma estratégia para acompanhamento, controle e avaliação do processo de municipalização. No entanto, há consenso de que este acompanhamento deverá ser efetuado pela instância regional com assessoramento do nível central."[94]

"Atualmente, a assessoria aos municípios que assinarem Termo de Adesão ao Suds ainda é feita diretamente pelo nível central. Há proposta de descentralizar para a estrutura regional esta função de assessoria e acompanhamento."[95]

4.5.3 Santa Catarina

"Quanto à municipalização, o Suds-SC já ampliou para 170 municípios, com repasse das unidades sanitárias e dos recursos humanos. Os contratos e convênios com a rede privada continuam vinculados ao nível central."[96]

No encontro, a questão foi mais detalhada: "O processo de municipalização, iniciado em 1988, das ações básicas de saúde, inicialmente foi muito moroso. Partiu mais do Escritório Regional do Inamps do que da Secretaria. A Secretaria foi morosa e, de repente, deslanchou um processo de municipalização muito rápido no fim do ano passado, onde uma verba muito pequena, cerca de 19 milhões de cruzados, foi distribuída para 151 municípios. Foi um caminho diverso do Paraná, do Rio Grande do Sul, onde se optou por municipalizar um pequeno número de municípios, dando uma verba maior para cada município. Hoje isso nos leva a problemas sérios. Por exemplo, tenho uma avaliação do Suds feita por uma associação de municípios de Médio Vale do Itajaí, onde está sendo iniciado um processo de rejeição do Suds como um todo, uma vez que o Suds vem recebendo o ônus de todas as dificuldades inclusive anteriores, dentro do sistema."[97]

Summary

The aim of this article is to contribute to an analysis of managerial decentralization of the health sector, by offering a set of informative material on municipalization, as the matter stands from July, 1987 to July, 1989, in each state of the Brazilian federation. Such material is formed by reports from state Secretaries of Health themselves, and from some of their interventions which occurred in Regional Meetings for Suds Appraisal, promoted by the Conass, the collected data propitiating the opening of several paths for analysis. In addition to this presentation, the writer points out some conditioning factors of the process and finishes by accentuating the aspects more frequently stressed by the Secretaries' reasoning.

[93] Ibid.

[94] Ibid.

[95] Ibid.

[96] Relatório: *Diagnóstico da Secretaria de Saúde de Sta. Catarina*. Jul. 1989.

[97] I Encontro Regional de Avaliação do Suds, realizado em Florianópolis, em 24 e 25 de jul. 1989.