

UM BALANÇO DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Gastão Wagner de Sousa Campos (*)

Como primeira consideração gostaria de esclarecer e de prevenir qualquer eventual leitor de que não sou municipalista; pretendo, sim, ser socialista. Faço esta afirmativa porque o "municipalismo" tem sido considerado como se fosse uma nova corrente política, uma nova teoria política e apresentado como uma verdadeira panacéia supostamente capaz de remediar os males sociais deste Brasil de fim de século. Pois bem, os adeptos desta corrente têm abordado a questão da municipalização dos serviços de saúde de forma muito ufanista e, portanto, acrítica.

Por outro lado, tem sido também freqüente um estilo "pessimista" de análise do processo de municipalização, enfocando-se este problema de forma restrita e parcial, a partir de uma ótica muito particular e em geral condicionada a interesses corporativos de setores do funcionalismo público, estadual e federal.

O entendimento dos limites e do alcance deste tipo de proposta exige um afastamento destas duas perspectivas e um maior apego realista à questão sanitária nacional.

Neste sentido, considero que a questão central a qualquer projeto sério de política de saúde é a da REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE brasileiro. O importante é efetivamente transformar o sistema de saúde num instrumento de defesa da vida das pessoas. Para isso se fazem necessárias radicais reformas técnicas e administrativas, bem como uma profunda alteração do atual equilíbrio de forças sociais através do fortalecimento daquelas adeptas de uma política de mudanças. Parecendo, portanto, óbvio que nem o corporativismo despolitizado de setores dos trabalhadores e empresários da saúde e nem o ufanismo simplista dos municipalistas bastarão para viabilizar uma reforma sanitária capaz de influir sobre a qualidade de vida dos brasileiros.

Inegavelmente, a municipalização, onde tem de fato ocorrido, vem trazendo algumas vantagens para o sistema de saúde; constituindo-se, sem dúvida, em um dos pontos programáticos do projeto popular de reforma sanitária. Contudo, estas vantagens tem sido apresentadas como sendo capazes de, por si só, esgotar o processo de transformações do setor. Procedimento este que acaba por converter uma consigna potencialmente renovadora em um freio conservador e mesmo até em empecilho à identificação de bloqueios e dificuldades realmente existentes.

No estado de São Paulo, por exemplo, durante estes três últimos anos houve, de fato, um aprofundamento do processo de municipalização e quase todos os municípios assumiram serviços antes sob responsabilidade do estado ou da união, ficando a exceção por conta da capital, São Paulo, onde vivem quase que 50% dos paulistas, e onde, por razões exclusivamente de discriminação político-partidária, não ocorreu o processo de municipalização. Neste período, houve uma expansão da rede pública e uma correspondente ampliação da oferta de serviços de saúde, particularmente na área do atendimento básico (estima-se em 638 o número de Centros de Saúde construídos nos últimos anos).

E, negavelmente, iniciou-se um movimento de descentralização administrativa, financeira, técnica, de responsabilidades e mesmo de poder dos governos dos estados e da união para os municípios. Assim, pela primeira vez na história do Brasil iniciou-se um repasse regular e sistemático de recursos federais e da seguridade social para os municípios, permitindo-se, ao mesmo tempo, uma ampliação do espectro de ações de saúde por eles diretamente executadas.

E a partir destes aspectos -fundamentalmente positivos -que vem se construindo uma interpretação ufanista e acrítica deste processo, numa tentativa não necessariamente consciente ou explícita de negar ou de obscurecer uma série de evidências indicativas de problemas e dificuldades na implantação do SUDS e dos limites da tão propalada descentralização.

Na verdade, a proposta de municipalização deveria corresponder a um dos itens de um vasto projeto de reforma do setor saúde e o que vem ocorrendo é que não se avançou nos demais sentidos da reforma, ficando as mudanças do último período centradas quase que apenas no campo da descentralização. Em alguma medida, este resultado é fruto de uma política premeditada pela esquerda que procurou fazer da municipalização uma espécie de "fuga para a frente", uma vez que a reforma global do sistema de saúde no Brasil vinha encontrando grandes empecilhos e era necessário - ainda que para efeito de demonstração -transformar parcelas do modelo privatista gestado nos últimos vinte anos.

Considero que o municipalismo enfático de segmentos significativos do movimento sanitário é uma compensação a impotência do mesmo frente a tarefas de maior envergadura e geradoras de maior resistência, como a da unificação e democratização das instituições públicas de saúde, a de realizar negação/superação do modelo médico-assistencial ao mesmo tempo que assegurar o direito à saúde a todos os cidadãos e, particularmente, a de derrotar a hegemonia dos padrões neoliberais na organização da prática médico-sanitária no Brasil. Enfim, em algum instante de nossa história recente imaginou-se algo mais ou menos do seguinte teor: -Bem já que não se consegue, no Brasil, um movimento social capaz de alterar radicalmente as estruturas de poder do INAMPS, Secretarias de Estado, hospitais públicos, que tal se começássemos tudo de novo, a partir da atenção primária, nos municípios. Mais perto do povo, criando um novo modelo, longe dos interesses do bloco privatista. Um lugar, enfim, onde se pudesse praticar a organização racional dos serviços de saúde. O paraíso possível! Uma fuga pra frente, a partir do horizonte dos técnicos que elaboraram e difundiram este tipo de perspectiva.

Ou seja, há uma perigosa tendência entre técnicos da saúde que é a de imaginar que a reforma em sanitária pode avançar principalmente enquanto municipalização, enquanto um processo de descentralização, ainda que não se apoiando na superação de uma série de contradições mais globais do modo de organização do sistema de saúde brasileiro. Senão vejamos alguns de nós que na prática têm impedido o desenvolvimento das experiências locais ou, no limite, têm imposto retrocessos a conquistas consideradas modelares.

Os serviços estatais de saúde não estão emperrados apenas por sua burocratização. Na verdade, a maior parte das distorções das empresas públicas decorre da lógica privada que as domina. O INAMPS, apesar de pertencer ao Estado brasileiro e utilizar em sua operação tributos recolhidos do conjunto dos trabalhadores, é um exemplo típico da privatização do Estado, de utilização privada da coisa pública. O INAMPS através da expansão da assistência médico-hospitalar comandou a sustentação da medicina de mercado, garantindo a contingentes cada vez maiores de brasileiros o acesso a rede privada ou filantrópica de serviços de saúde ao mesmo tempo que servia como um instrumento do Estado para sustentar o desenvolvimento do mercado de saúde

que, naquela conjuntura, encontrava-se bloqueado. Pois bem, foi exatamente o casamento desta lógica privada com interesses menores -como o corporativismo dos médicos, de funcionários - que criou as bases deste conservadorismo institucional que ainda hoje tem impedido qualquer transformação significativa neste órgão nuclear a qualquer novo sistema de saúde. Pelo INAMPS não passou ainda os ventos de qualquer reforma e nem se conseguiu como pensavam os idealizadores do SUDS, se caminhar gradualmente para sua extinção. Como resultado, o INAMPS continua sendo um exemplo da incapacidade do Estado de prestar diretamente serviços de saúde. De fato, em seus serviços próprios, a produtividade é baixa, a qualidade da assistência deixa a desejar e o desrespeito aos direitos dos pacientes ali perpetrados poderiam constituir uma antologia de horrores.

As Secretarias de Saúde dos Estados não fogem a esta regra, a lógica prevalente é a mesma. Só que neste caso o casamento de interesses particulares é entre aquele da medicina de mercado e o jogo clientelista utilizado para reprodução do poder político ou para o enriquecimento ilícito. Mas os resultados são os mesmos: ociosidade e inoperância das ações e dos serviços públicos, degradação de equipamentos, instalações e salários. Neste quadro, o município apareceu como uma válvula de escape, como um espaço institucional onde a dinâmica de implantação de um sistema público poderia ser maior uma vez os empenhamentos decorrentes de interesses privados seriam menores.

O que se identifica é que se esta fuga pra frente teve uma certa viabilidade hoje o seu desenvolvimento 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 a de medicamentos, tecnologia e equipamentos, recursos humanos, entre outras. E mesmo pelas resistências e bloqueios levantados à continuidade do processo de descentralização por um conjunto de forças que, direta ou indiretamente, tem se beneficiado das distorções do atual modelo.

O que nós dirigentes da saúde pública ao nível dos municípios temos identificado é que se a reforma sanitária não avançar, se o país não for capaz de enfrentar e de resolver os reais desafios da reforma sanitária estará interrompido o avanço da municipalização. Para esclarecer este tipo de vínculo entre o local e o nacional talvez seja conveniente descrever algumas destas dificuldades locais cujas soluções dependem também do que é realizado no município mas muito mais do que se passa na nação como um todo.

Uma das dificuldades que temos enfrentado é a resistência apresentada contra a recuperação do caráter público dos serviços públicos. Muito se escreveu sobre a descentralização como criadora da democracia, na verdade trata-se de uma simplificação -não há como igualar municipalização de serviços ou de responsabilidades como democratização do sistema. O movimento de descentralização nem sempre tem significado a recuperação do caráter público da empresa pública. Os municípios brasileiros são uma parte do Estado e, portanto, desempenham papéis e apresentam características comuns aos demais segmentos controlados pela união ou pelos governos estaduais. Assim, também ao nível municipal, tem predominado a lógica do interesse privado sobre o público, através de mecanismos de clientelismo, paternalismo e fisiologismo tem prevalecido a conciliação com os interesses de minorias privilegiadas,

como empresários, médicos, grupos políticos de elite, entre outros. Na verdade, o que tem se verificado é que o setor privado, o bloco político que defende a consolidação de um modelo neoliberal de assistência médica-hospitalar, vem deslocando parte de seu esforço de luta pelo poder, pelo controle da gestão dos serviços de saúde para o município. O que em princípio é até salutar, mas indica ao mesmo tempo um esforço para adaptar o processo de municipalização ao mesmo modelo de mercado já existente, anulando com isso todo o potencial transformador que este tipo de descentralização poderia desencadear. Caso este tipo de tendência venha a predominar estaria anulada ou bastante atenuada a vertente de democratização deste movimento, uma vez que a se predominar as atuais características do modelo dificilmente estariam assegurados os acessos universais, igualitários e gratuitos aos serviços.

Não existe uma concomitância automática entre estes dois processos, ou seja descentralização é um componente essencial do processo de democratização mas absolutamente a implementação do primeiro estaria assegurando automaticamente o sucesso do segundo. Os municípios por si só, por exemplo, não tem conseguido resolver a questão de recursos humanos, quer numa perspectiva de quantidade e muito menos da qualidade. Vários municípios não têm conseguido preencher seus quadros de médicos, auxiliares de enfermagem, técnicos; e quando o conseguem não tem tido sucesso em ampliar a capacidade dos serviços de resolverem problemas de saúde. Isto porque tanto o mercado neoliberal quanto o INAMPS criaram determinados paradigmas salariais e até mesmo de atitude frente ao paciente que tendem a se repetir nos "novos" serviços de saúde criados. Refiro-me ao não cumprimento de horário, ao não envolvimento com o serviço, com a equipe e Mesmo com o paciente, ao costume de transformar as ações de saúde em tarefas parceladas que nunca dão conta do problema do indivíduo e muito menos da coletividade e sempre terminam com um novo encaminhamento. Apenas a administração local deste tipo de problema dificilmente conseguirá superá-lo, a menos que se criem condições nacionais favoráveis a sua resolução. É óbvio que este tipo de raciocínio não nega a maior agilidade do governo municipal em contratar, em prover adequadamente as unidades de saúde, e ate mesmo em diminuir a ociosidade e a ineficácia dos serviços públicos de saúde. Chama, sim, a atenção para o fato de que sem uma política nacional de ciência e tecnologia, de produção e distribuição de fármacos, de equipamentos os municípios assistirão ao fracasso de sucessivas equipes de técnicos e de políticos bem-intencionados.

Por outro lado, não é sempre verdade que os municípios permitirão sempre um controle maior da população. Isto dependerá sempre do governo local, da organização e força da sociedade civil para implementar tal tipo de proposta e, naturalmente, da correlação de forças a nível nacional. Tem ocorrido que a municipalização às vezes é usada como uma forma de diminuir a visibilidade de determinado problema que o Estado não tem ou vontade política ou capacidade de resolver. Frequentemente, consegue-se maior transparência no trato de questões nacionais de que quando são localizadas no Município. E por outro lado, cabe considerar que a participação na gestão do sistema não tem necessariamente se incrementado em concomitância com a municipalização. A luta pela democracia direta, pela democratização do Estado brasileiro é uma questão nacional e como tal deve ser tratada. A descentralização administrativa apenas multiplica as instâncias a serem controladas mais não garante por si só uma mudança qualitativa no tipo de gestão: de burocrática-privatista para democrática-descentralizada. O que a municipalização permite é que naqueles Municípios onde o governo seja democrático ou socialista e

exista uma correlação de forças favorável a maioria do povo, ocorra a ampliação dos mecanismos de democracia direta antes que tal processo se consolide a nível nacional. No entanto, o que se tem observado são freqüentes retrocessos mesmo naqueles municípios onde se avançou neste sentido porque não há respaldo a nível nacional e há uma rotatividade no poder, elemento essencial a um sistema pluralista.

Ou seja, pode-se concluir que se as conquistas parciais e localizadas até aqui experimentadas não forem estabilizadas através de sua incorporação a Lei Orgânica que regulamente o Sistema Único de Saúde e, portanto, incorporadas ao cotidiano do sistema de saúde como um todo, a tendência será a de retroagirem a curto ou médio prazo sem que contribuam de alguma forma para a reforma do atual modelo privatista e regressivo.

Além destas questões de ordem mais estruturais alguns problemas práticos na implantação do processo de municipalização tem comprometido o sucesso da experiência e até mesmo o sentido mais geral da própria descentralização. Refiro-me a questão do financiamento do sistema. Não há real descentralização de poder, não há autonomia de gestão sem o repasse automático de recursos necessários ao cumprimento das novas responsabilidades delegadas ao município. Os atuais convênios de municipalização do estado de São Paulo, bem como de outros da federação, submetem os municípios a um relacionamento absolutamente arbitrário com os governos estaduais e da união. Ficamos de pires na mão, obrigados a negociar sob constrangimento. O volume de recursos repassado á cada Município depende da vontade política dos Governadores, dos Secretários de Estado da Saúde e, em certa medida, da capacidade de cada cidade de lutar, de brigar por aquilo que se julga justo. E uma situação instável, de planejamento impossível. Em Campinas/SP, por exemplo, nunca sabemos se vamos ou não receber as verbas do SUDS, desconhece-se o montante do mês seguinte -nesta circunstancia não há planejamento, quando muito consegue-se programar gastos.

A este tipo de relação estão submetidos todos os governos municipais e não só aquele de oposição ao governo estadual, como é o caso de Campinas ou da Capital do estado. Na verdade, o processo de descentralização efetivado com o SUDS transformou o clientelismo que antes era federal em um novo-velho clientelismo estadual. O antigo clientelismo do INAMPS agora é também dos governadores. Qualquer discussão séria sobre descentralização fica comprometida sem que ocorra a definição de repasses financeiros automáticos segundo base populacional, a partir da delegação a cada município de uma série de obrigações e de responsabilidades na área da saúde.

Por último caberia levantar ainda a idéia de que a descentralização não avança mais no Brasil enquanto não avançar também a diretriz da unificação do sistema público. Ou seja, a experiência concreta de vários municípios tem demonstrado que a municipalização só se efetiva de fato se ocorrer concomitante a implementação de uma outra transformação no campo técnico e gerencial, a saber: a consolidação da diretriz de que o sistema de saúde deve ter um comando único em cada nível de governo. Não tem mais cabimento, por inviabilizar qualquer tentativa séria de reforma, a existência em um mesmo município de hospitais, de programas ou de campanhas de saúde pública, de unidades de saúde, gerenciadas ou pela Fundação Tal. ou pelo INAMPS. ou pelo estado e outras ainda pelo poder local. Há que se caminhar para a unificação de comando por nível de governo.

Na verdade, o que se delegou ao Município até agora foi principalmente o atendimento básico e de urgência, rede de postos ou de centros de saúde. Esta é uma outra faceta da referida fuga pra frente, uma vez que no Brasil não se equacionou até hoje a questão do atendimento hospitalar mesmo porque a produção de serviços médico hospitalares continua a funcionar com a mesma lógica de quinze ou até vinte anos atrás. Embora 70 a 80% dos recursos utilizados na área da saúde continuem sendo aplicados no atendimento hospitalar, amplos setores do movimento sanitário teimam em não priorizar as transformações neste setor, ou o que é pior tendem a conciliar com a mercantilização selvagem predominante nos hospitais privados e filantrópicos. Neste sentido, a aliança que os dirigentes do SUDS procuraram tecer com os hospitais filantrópicos, e a série de privilégios que passaram a desfrutar dentro do sistema, não impediu a destruição do seu caráter de benemerência e da sua função pública e nem a sua privatização. A lógica que predomina no setor hospitalar ainda é a de mercado. Impedindo qualquer relação mais produtiva entre o poder público e estas instituições, a não ser a pura e simples doação de dinheiro público, que termina dirigido para os grupos mais privilegiados da sociedade. Hoje, com a crise financeira do SUDS, estas instituições afastaram-se de qualquer compromisso com a comunidade, reestruturando-se para sobreviver apenas do atendimento a particulares e a convênios privados. Neste sentido há que se delegar ao Município a gestão do sistema local de saúde, inclusive a relação com hospitais e demais ações de saúde de abrangência individual ou coletiva.

Enfim, a predominância de transformações no campo administrativo, ainda que necessárias a um racional funcionamento do sistema, não tem assegurado a elevação dos padrões de assistência, em consequência não tem granjeado apoio e legitimidade junto à sociedade, tomado débil o arco de forças empenhado na defesa do SUS. E isto porque pouco ou quase nada deste movimento vem se traduzindo em benefícios reais para o cidadão brasileiro, pouco ou nada foi modificado das vias e das proporções como são distribuídas as verbas públicas para o setor, ou seja, apesar da grandiloquência do discurso reformista, na prática tem predominado a conservação de privilégios e os interesses de minorias sobre o bem-estar da maioria.

Concluindo, poder-se-ia resumir que a lógica do modelo neoliberal é largamente hegemônica na prestação de assistência médico-sanitária e que estamos nos recusando a enfrentá-la. Esta lógica da exclusão, do desrespeito ao paciente, da fragmentação das ações de saúde, predomina nos serviços privados filantrópicos, federais e também nos municipais. A municipalização por si só não vai alterar esta ordem, mesmo sendo ela perversa para a maioria. No Brasil, este movimento de descentralização tem representado uma fuga pra frente e uma forma de acúmulo de forças para se viabilizar uma reforma mais radical. Mas, já estamos num impasse. Se não derrotarmos a hegemonia da medicina privada, que se revela inclusive na privatização da coisa pública, a municipalização, bem como o SUDS ou SUS vão se desmoralizar.

() Secretário de Saúde de Campinas-SP, Presidente da Associação de Secretários e Diretores de Saúde de São Paulo, Professor de Medicina Preventiva da UNICAMP.*