

GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE: GASTO PÚBLICO E ORDENAMENTO DO SISTEMA EM TEMPOS NEOLIBERAIS

Marcos A. F. Ferreira¹
Leni D. Weigelt
Maria Luiza Macedo
Hildegard H. Pohl
Jasper Schulz
Daiani J. Tirp
Fernanda B. Muller

MESA TEMÁTICA: Ordenamiento y Gestión Urbana

Resumo

Entre os desafios colocados para os gestores municipais brasileiros a partir da década de 90 estão o planejamento e a gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde/SUS. O papel do gestor municipal implica trabalhar um campo de tensão entre os critérios técnico-normativos e a influência das forças sociais envolvidas. Isso significa reconhecer uma ampla margem de manobra para definição da lógica com que opera a implementação e execução da política municipal. Nesse sentido os princípios de equidade, universalidade e integralidade da atenção, que norteiam o sistema, podem ser comprometidos por ações não coerentes com os mesmos, fortemente influenciadas pela lógica de mercado. A implementação nacional da descentralização da saúde encontra-se em curso e importa avaliar que fisionomia ela está assumindo em cada lugar. Características do mix público-privado refletem o quanto critérios técnicos e disputa política definem os rumos estratégicos da construção de cada sistema municipal. Com a utilização do neoinstitucionalismo político, caracteriza-se o desenho da organização da rede de serviços de saúde e o perfil do gasto público em Santa Cruz do Sul-RS-BR, em 2003, em sua composição de mix público-privado.

¹ Docente e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – UNISC. Brasil. Líder do grupo de pesquisa do CNPq “Formação da agenda pública: Relações políticas, mercado e cidadania.”

Palavras-chave: política de saúde, políticas públicas, descentralização da saúde, mix público-privado, sistema municipal de saúde - ordenamento e gestão.

Abstract

HEALTH MUNICIPAL MANAGEMENT: PUBLIC EXPENDITURE AND THE LOGICAL ORDER OF THE HEALTH SYSTEM IN NEOLIBERAL TIMES - The Brazilian health policy from the nineties on has a huge challenge: how to make the health system work in its new situation as decentralized feature? One of the main tasks for the local managers is to work under a planning culture, i.e. put intelligence to work. To be a local system manager means to deal with a tension between the technical and the political influences. This situation submits the policy and its outputs to a large margin of uncertainty. So, the principles of the Health System – universal and comprehensive attention, and equity – may be threatened by actions oriented by other logics and criteria, for example, marked-oriented practices. The health system decentralization has been implemented with different designs in every county. By the way it is necessary to distinguish how much technical criteria and politics determine the strategic lines of local policy in each place. This article analyses the distribution of the public and private units of health service and the principal characteristics of the health services provision, by the profile of health expenditure at local level structure the public-private mix in Santa Cruz do Sul-RS-BR,

Keywords: health policy, public policy, decentralization, public-private mix, health services net, health territory.

INTRODUÇÃO

A partir de meados da década de 80 no Brasil, os movimentos sociais vêm interferindo no campo da saúde de forma significativa. A Constituição Federal Brasileira de 1988 tem incorporado em seu conteúdo um conjunto de conceitos e princípios conquistados pela sociedade e considerados norteadores da reforma sanitária. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 significou um marco decisivo para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem grande influência na regulamentação desta legislação federal. Nela, ficou estabelecido que “A saúde é um direito de todos e dever do Estado ...” (Art. 196). Cabe ao Estado, em seus níveis de governo, federal, estadual e municipal garantir esse direito através das políticas públicas que reduzam o risco de doenças e outros agravos à saúde. O direito à saúde, assim como as formas para garanti-lo, devem ser efetivados através do Sistema Único de Saúde, que tem como princípios

básicos a universalidade, a equidade e a integralidade.

Na Constituição Federal, o artigo 198 que trata do Sistema Único de Saúde rege: “ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.” Assim, o sistema deve oferecer ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, e ser capaz de prestar essa assistência de forma integral a todo cidadão brasileiro.

A Lei Federal nº 8080/90, dispõe sobre a organização e o funcionamento do serviço de saúde, e a Lei Federal nº 8142/90, regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a área da saúde. As duas leis consagram a municipalização da saúde como uma estratégia para se efetivar a descentralização das ações e dos serviços de saúde. Ao longo dos anos noventa as portarias ministeriais Normas Operacionais Básicas NOB 01/91; 01/93; 01/96 e a Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS tentam normatizar os fluxos, os recursos e as competências entre os gestores da saúde. Conforme a NOB – SUS 01/96, os municípios poderão habilitar-se em uma das duas condições de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica (gestão das ações e serviços básicos de saúde), ou, Plena do Sistema Municipal, na qual o município assume todas as ações e serviços públicos de saúde, sendo responsável pelo planejamento, programação e execução, controle, avaliação e, se necessário, auditoria de todas as ações e serviços de saúde executadas no município, de forma direta através de unidades de saúde públicas ou indiretamente, através de serviços privados contratados.

O modo como os recursos são transferidos também é diferente para os municípios que assumem mais responsabilidades na gestão plena do sistema, na medida que passam a receber a maioria das verbas diretamente no Fundo Municipal de Saúde, constituído de contas municipais criadas especificamente para a saúde. Assim, ao mesmo tempo em que o município na condição de gestão plena recebe mais recursos para administrar, necessita uma maior organização interna, seja para controlar os gastos, ou para planejar e executar uma política de saúde próxima de suas necessidades, já que também passa a obter uma maior liberdade de ordenamento do sistema no nível local.

A descentralização dá ao gestor municipal maior autonomia e flexibilidade nas ações, podendo o mesmo utilizar os recursos públicos conforme as necessidades demandas da população. A descentralização dá ao gestor municipal maior autonomia e flexibilidade nas ações, podendo o mesmo utilizar os recursos públicos conforme as necessidades demandas da população. Ao abrigo das diretrizes da lei orgânica há uma flexibilidade para inúmeros desenhos de organização, conforme os interesses e os arranjos políticos negociados em cada contexto local.

COMPROMISSO PÚBLICO COM VIÉS PRIVADO: REFLEXÕES SOBRE O CONTEXTO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BRASILEIRA E OS DILEMAS DE CONSTRUÇÃO DO NOVO

Considerando o cenário da política brasileira de saúde, pode-se dizer que a mesma possui uma herança histórica de gastos crescentes durante os anos sessenta, setenta e oitenta, com baixíssimo nível de controle do governo central em relação às contas médicas e hospitalares, sob responsabilidade do Ministério da Previdência Social, onde as práticas de superfaturamento e fraudes de vários tipos conduziram a uma crise de proporções desastrosas no final dos setenta. O volume de recursos carreados para a assistência médica previdenciária, através da modalidade de pagamentos por procedimentos dirigida aos setores urbanos do mercado formal de trabalho e, posteriormente, aos trabalhadores do campo e trabalhadores domésticos sobrecarregou a agenda sempre crescente, onde apareciam com destaque as fatias recebidas por hospitais, clínicas privadas e médicos credenciados. (OLIVEIRA, TEIXEIRA, 1986) Por outro lado, a incorporação de sucessivas inovações do ponto de vista tecnológico multiplicavam os custos sem, no entanto, produzir no sistema uma evolução do conhecimento técnico e um aparelhamento para enfrentar situações delicadas de saúde, como as epidemias.

O resultado é que os gastos vultosos com a centralidade do hospital, assim como da consulta médica e seus aviamentos, mascaravam uma situação sanitária de grande risco e completa vulnerabilidade a que a população estava submetida pela fragilidade técnica do setor estatal. Ilustrativo é o caso da epidemia de meningite nos anos 1973 e 1974 que surpreendeu um setor estatal – da união e dos estados – completamente desprovido de qualquer linha estratégica de conduta, na medida que ao Ministério da Saúde eram destinadas frações irrisórias do orçamento. Sua atuação era marginal no campo da saúde, fruto de uma concepção dicotômica entre medidas preventivas e curativas. Não obstante, as lições da epidemia não foram suficientes para retirar a separação entre prevenção e cura do texto do Sistema Nacional de Saúde de 1975, que a consagrava como um dado histórico intocável.

O crescimento sem freios da medicina de grupo que teve como complemento o surgimento do FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social –, durante o governo militar, ampliou a participação do setor privado na oferta de serviços, principalmente naqueles em que o custo é mais alto pela densidade tecnológica das especialidades médicas e dos procedimentos hospitalares. Esse povoamento intenso da política pelo setor privado de prestadores sedimentou sua influência sobre a distribuição do gasto. Ao final dos anos oitenta apenas 5% dos serviços eram prestados pelos próprios estatais, sendo o restante financiado pelo Estado, mas ofertado pelas várias modalidades de prestadores privados (ARRETCHE, 2002).

Na vigência do sistema atual – SUS – a partir de 1990, os problemas com a destinação dos recursos públicos mudaram em algumas de suas características. O gestor nacional, o Ministério da Saúde, é o único financiador da política neste nível, sendo acompanhado pela participação dos níveis sub-nacionais correspondentes, as secretarias estaduais e municipais, que complementam o volume de recursos públicos para o conjunto das atividades. Dessa forma, a distribuição de níveis de competência gerencial e financeira através da descentralização do sistema tem possibilitado, a partir das prerrogativas assumidas pelos municípios pós-constituição de 1988, multiplicar os espaços de decisão sobre muitos tópicos estratégicos e operacionais da *policy*. As críticas ao modelo são variadas, desde as sucessivas investidas de recentralização por parte da União como as Normas Operacionais Básicas - NOBs e Normas Operacionais de Assistência à Saúde - NOAS, passando pela paralisia decisória dos níveis estaduais, até a fúria privatista e inépcia de muitas secretarias municipais.

Entre algumas das questões mais centrais a preocupar os que reconhecem no SUS um patrimônio da cidadania estão os movimentos de várias ordens a desfigurar continuamente os princípios mais caros da política. Misoczki (2002), em sua crítica sem tréguas aos desvios autoritários que volta e meia assombram a política de saúde reconhece na presença do Banco Mundial a partir dos anos noventa, uma influência decisiva a reordenar os pontos da agenda de saúde. Com o Banco veio a reforma do Estado e os compromissos de ajuste fiscal, onde entra em debate uma avaliação dos limites fiscais do Estado brasileiro em financiar a totalidade da política de saúde em seus termos universalizantes e de integralidade. Para a autora as propostas do PACS e PSF² personificam o empenho em focalizar esforços nos pobres, o principal alvo de uma política de saúde afinada com os preceitos do Banco Mundial.

Nesse sentido, as recomendações do relatório do Banco Mundial, em 1989³, sinalizam qual a configuração público-privada desejável para os tempos vindouros da política brasileira de saúde. Afirma que o setor público deve ter a responsabilidade de reconhecer seus limites e, assim, explorar as vantagens que o setor privado oferece, desde que corretamente regulado, ampliando e qualificando a oferta de serviços através da multiplicidade de prestadores. Quer dizer, a atenção médica – é exatamente disso que se trata aqui – é concebida e difundida como um bem necessário de ser ofertado em termos da racionalidade de mercado, onde as escolhas maximizadoras da clientela vão ao encontro de seus desejos e satisfação.

Quanto aos pobres, para eles o Estado e seu sistema oferecem duas estratégias que, se combinadas com sucesso, vão permitir: primeiro, que recebam alguns bens públicos na forma de serviços selecionados de baixo custo, o que muitos denominaram de “cesta básica da saúde” e, ao mesmo tempo, estejam atentos para participar do grande jogo do

² PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, PSF – Programa de Saúde de Família.

³ *Adult Health in Brazil: Adjusting to New Challenges*, World Bank, 1989.

mercado através da noção de *empowerment*⁴ para dar conta dos demais itens que dizem respeito aos cuidados de sua saúde. Segundo o Banco, a tradição do centralismo paternalista brasileiro incutiu nas classes populares o encorajamento de receber serviços gratuitos. Sem provocar nenhuma alteração nas condições objetivas de vida da população miserável do país, os programas a serem implementados teriam a função de guindar os excluídos à condição de novos atores racionais em busca de bens e serviços mercantilizados. A insistência em definir um campo restrito de política pública de saúde para os pobres lembra Lord Beveridge que advertia “Políticas públicas exclusivas para os pobres são políticas pobres.” (*apud* VILAÇA MENDES, 2003).

Ora, se a focalização aos moldes do Banco Mundial é um passo importante para produzir tantos efeitos ao mesmo tempo, pergunta-se por onde se perdeu a noção de cidadania que preconizava o direito à saúde na forma de um valor que os países mais ricos, organizados e democráticos assumiram na modernidade como tarefa de Estado, ou seja: um bem público? Pergunta-se também como se daria o milagre da assunção do mercado a valor absoluto na saúde quando cerca de 80,0% da população brasileira utiliza o SUS na sua forma de bem público, porque essa é a maneira de poder estar em dia com o gozo de um direito, já que muitos outros lhe são usurpados na falta de escolaridade, de emprego, na forma do emprego precário e temporário, no salário risível, na habitação em área de risco, do transporte insuficiente, da violência urbana, entre outros?

Este é o pano de fundo nacional e internacional que tem interferido decisivamente na condução da política brasileira de saúde. Mal uma constituição recompõe a pauta de direitos e deveres em formato orientado para o exercício de cidadania, surgem os arautos da sua impossibilidade / inviabilidade tentando quebrar a espinha dorsal de um sistema de saúde desenhado para compor um dos pilares da autonomia social de indivíduos e do conjunto da população.

O cenário sócio-econômico e seus meios de divulgação mais credenciados têm sistematicamente anunciado as enormes dificuldades que as populações pobres das médias e grandes cidades sofrem na busca de vagas hospitalares, além das esperas infundáveis no frio, calor, chuva, madrugadas, repercutindo um quadro de sofrimento que pode ser amenizado. O Banco Mundial e os teóricos da *public choice*⁵ dizem que não

⁴ Traduzida para o português como “empoderamento” em vários textos.

⁵ Um dos mais prestigiados referenciais teóricos de análise de políticas públicas, estruturado com base em conceitos da economia. Para seus adeptos, não há “falhas de mercado”, um conceito da economia contemporânea que reconhece a impossibilidade do mercado satisfazer algumas pautas de necessidades humanas que, por tal razão, deveriam ficar a cargo do Estado; antes, existem maus governos, que interferem de forma incompetente nas leis de mercado impedindo a livre escolha, o que justificaria a “saída pelo mercado” para um grande número de iniciativas ainda reconhecidas como de Estado. Além, a política consiste num instrumento indesejável, que distorce a simplicidade das demandas sociais, canalizando-as para a instrumentalidade dos ganhos eleitorais. SIMMONS, Randy T., MITCHELL, William C. *Para além da política*. Rio de Janeiro: Topbooks, 2004.

existem “falhas do mercado” e sim governos incompetentes que enganam suas populações anunciando direitos que nunca vão usufruir. Nesse raciocínio, o mercado é que seria a solução para dar conta das muitas necessidades que as massas buscam de graça no seio do Estado. Para quem tem a memória em dia, o setor privado tem dado mostras de levar demasiado a sério sua voracidade de lucros e sua inarredável necessidade de parasitar o setor público – o dinheiro dos cidadãos –, recobertas com camadas de ineficácia e mau atendimento.

Importa esclarecer que não se trata de buscar na demonização do setor privado da saúde, um argumento auto-suficiente, que teria sua contrapartida numa concepção redentora do setor público. Primeiro, porque tal conduta não ajuda a encaminhar soluções satisfatórias para a saúde e qualidade de vida da população, segundo, porque a opção entre Estado e mercado por parte dos autores deste artigo está alicerçada nas contingências históricas da formação do Estado capitalista contemporâneo, que desenvolveu uma série de estruturas e regras para lidar com as agruras produzidas pelos efeitos e conflitos de mercado. A história contemporânea deu mostras de quanto as democracias mais fortes que se constituíram no último século e meio abriram mão do receituário do *laissez-faire* em favor das sucessivas demandas populares. Assim,

Difícilmente governos democráticos são capazes de impor os custos sociais do livre mercado à sociedade no longo prazo. ... [no] processo de democratização do Estado capitalista ... o *laissez-faire* foi abandonado em favor de extensa regulamentação e desmercantilização da economia privada (BORGES, 2001).

A partir dessas colocações torna-se necessário levantar alguns pontos que são, estes sim, dignos de serem levados em conta como decisivos para confrontar os compromissos do setor público e privado, particularmente na saúde. A literatura mundial dos vários campos disciplinares que cobrem os temas da saúde reconhece que há um conjunto de atividades que ninguém oferece com maior empenho ético, qualidade e eficácia que o serviço público, entre elas, as imunizações, todas as medidas que protegem a mulher e a criança, o combate às carências nutricionais e enfermidades infecciosas como tuberculose (GUPTA, 2001) e AIDS (Financial Times, 2004). Incluam-se aqui as ações em saúde do trabalhador e aquelas onde a interface dos cuidados com o meio ambiente fazem-se primordiais. Um sistema de saúde digno desse nome conta com a articulação de parcela importante das inteligências disponíveis para traçar, sob todos os pontos de vista, quais as regras devem prevalecer para cuidar melhor da saúde da população. Não bastasse o reconhecimento no que é básico – promoção à saúde e prevenção – também os sistemas complexos de atenção, onde a densidade tecnológica é compulsória para diagnose e terapêutica, também aí as respostas mais qualificadas são encaminhadas na forma de bem público.

Essas considerações são importantes para apontar o quanto dos esforços para criar,

manter e aperfeiçoar um sistema público de saúde deve basear-se numa reflexão séria sobre seus compromissos e os efeitos que provoca. Interferir positivamente nos níveis de saúde das populações – esse é seu desígnio. O setor privado não tem esse horizonte como meta, na medida em que sua atuação é essencialmente voltada para o plano individual. Se uma política de saúde frustra a população usuária por seus resultados pífios cabe entender onde se encontram os nós críticos a serem atacados para melhorar o sistema.

CONTEXTO DA SAÚDE LOCAL - O MIX PÚBLICO-PRIVADO

Santa Cruz do Sul, município que possui o oitavo PIB do estado do Rio Grande do Sul tem apresentado a persistência de um dado preocupante que tem chamado à atenção de gestores e estudiosos: a municipalização da saúde e a aplicação dos recursos dos três níveis federativos na política municipal não tem livrado o município de ter suas taxas de mortalidade infantil em níveis altos inclusive acima da média estadual.

Com a saúde municipalizada desde 1992, Santa Cruz do Sul conta com um Conselho Municipal de Saúde (representação paritária entre usuários dos serviços de saúde e trabalhadores de saúde, governo e prestadores de serviços de saúde), criado em setembro de 1991, responsável pelo controle social de ações e decisões no âmbito da saúde. Em 1998, o município aderiu à Gestão Plena do Sistema municipal, sendo gestor da saúde, o secretário municipal da saúde.

Neste estudo, será analisado o gasto total em saúde no ano de 2003, especificando alguns aspectos significativos no perfil do mix público-privado que influem no ordenamento da rede de saúde local. O neoinstitucionalismo é a referência teórica adotada para as análises do campo político e institucional de análise de políticas públicas e, da política de saúde em particular, do qual este artigo é um primeiro produto.

A possibilidade do poder público municipal assumir a construção do SUS de forma coerente com os princípios da Reforma Sanitária – tal como defendida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, deve ser considerada a partir da existência de políticas prévias federais, estaduais e municipais que criaram capacidades administrativas, definiram os modos de distribuição de recursos e favoreceram o desenvolvimento de alianças e procedimentos, inclusive os burocráticos. Este estudo apresenta alguns aspectos significativos do perfil do mix público-privado no município de Santa Cruz do Sul, considerando o ano de 2003.

Santa Cruz do Sul está localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul (Porto Alegre), Brasil, a 150 km da capital do estado e integra a macrorregião dos Vales, mais especificamente, o Vale do Rio Pardo (ver mapa do Rio Grande do Sul em Anexo). Foi colonizada por imigrantes predominantemente alemães e atualmente sua população, segundo dados do IBGE (2001) é estimada em 109.486 habitantes, situada, predomina-

mente, na zona urbana. A economia do município é fortemente influenciada pelas indústrias do setor fumageiro que se encontram instaladas no mesmo. É referência regional em se tratando de economia e serviços de saúde e pertence à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Há duas gestões, o município é governado pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) coligado com outros partidos como o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Essa coligação assumiu o poder após longos anos de hegemonia do partido proveniente da Aliança Renovadora Nacional (ARENA: PDS, PPB e PP).

O plano municipal de saúde para o período 2001-2004 é apresentado como

“Instrumento norteador do modelo de atenção que, além da assistência curativa, traz em sua essência a valorização das ações de prevenção e promoção de saúde. O fortalecimento dos vínculos entre a equipe de saúde e a comunidade, bem como as iniciativas que levem as informações e cuidados até os cidadãos, configuram-se nos pontos fortes dessa nova abordagem”... Assim como implementar estratégias que garantam à população atendimento integral e acesso a todos os níveis de assistência. (Plano Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, 2001-2004).

O plano traz como objetivo atender as necessidades da população através de uma estrutura pública local, mas não objetiva nenhuma proposta em relação ao setor privado, que, na verdade, constitui importante parcela tanto na realização das ações em saúde quanto na alocação de recursos do próprio município. A observação de reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) nos últimos quatro anos têm demonstrado que vêm ocorrendo uma melhor organização da comunidade, principalmente dos representantes dos movimentos populares e dos sindicatos que deliberam, avaliam e fiscalizam as ações desenvolvidas na área da saúde.

A rede pública de saúde é constituída de vinte e um postos de saúde, sendo quinze localizados na zona urbana e seis no interior do município, e duas unidades móveis equipadas para atendimento médico e odontológico. Além destes, conta também com centros de atendimento especializado: um Especializado no Atendimento à Sorologia, DST, HIV/AIDS (CEMAS); dois em Saúde Mental (CAPS adulto e infantil); um Plantão de Urgência (PU); um Centro de Atendimento Materno-Infantil 24 horas (CEMAI); uma Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST) e a Casa de Saúde Ignez Irene Moraes (Hospitalzinho).

Além destes serviços públicos, o município conta com outros serviços para atendimento à saúde, conveniados e/ou contratados: três hospitais gerais de caráter filantrópico (Hospital Santa Cruz, Ana Nery na zona urbana, e o Monte Alverne (localizado em um Distrito a 28km do centro); uma Clínica para recuperação de dependentes químicos, álcool e drogas em geral (UTRAVARP) e um Serviço Integrado de Saúde, para atendimento de Psicologia, Enfermagem e Nutrição (SIS – UNISC). No

atendimento às especialidades fazem parte clínicas e consultórios particulares de médicos (cardiologistas, ginecologistas, obstetras, dermatologistas, nefrologistas, oftalmologistas, otorrinolaringologista, traumatologistas e outros) e fisioterapeutas, que recebem recursos financeiros do município, como forma de complementação à tabela SUS. Assim como, Laboratórios de Análises Clínicas, Diagnóstico por Imagem, Alta Complexidade em Nefrologia (hemodiálise), Alta Complexidade em Oncologia (câncer), Exames Cito-Hormonais e Anátomo- Patológicos.

As Unidades Básicas de Saúde que compõem a rede pública estão distribuídas nos bairros numa localização periférica da cidade, sendo que cada bairro possui uma unidade de referência. No bairro Industrial um dos mais populosos, em situação socio-econômica precária, estão localizadas um número maior dessas unidades. A localização espacial desses serviços de saúde, pontos de referência se deu em razão das necessidades expressas coletivamente pelos moradores dos bairros, usuários dos serviços públicos e de negociações políticas. No cenário urbano se evidencia um desenho cuja diferenciação ocorre conforme a população se organiza, configurando-se em combinações de elementos tais como, dificuldades socio-econômicas, necessidades de atenção à saúde em função de situações de risco e impossibilidade de deslocamento.

DAS POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

No processo de descentralização da política de saúde, cada município tem um elenco de obrigações a cumprir, definidas, em boa parte, pela autonomia que esse nível de gestão possui para desenvolver sua capacidade de atender a seus municípios.

Os planejadores municipais, ao pensar a organização da saúde para o quadriênio 2001-2004, consideraram a seguinte distribuição:

Política de Atenção Básica

A atenção básica mereceu destaque especial no plano, por ser considerada como o grande diferencial na questão pública, pois através da valorização da rede básica, da promoção e prevenção de saúde, poderia ocorrer uma mudança de paradigmas, a ser construída junto com a sociedade. Desse modo, os Postos de Saúde, o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde passariam a ser alicerces do sistema, com o fortalecimento do vínculo entre estes profissionais e a comunidade, para alcançar os objetivos propostos.

O município conta com uma rede de Postos de Saúde que, além do atendimento médico e odontológico, presta serviços de curativos, nebulização, injeções, distribuição de medicamentos, vacinação, realização e marcação de exames.

Política de Saúde da Criança e do Adolescente

No Município de Santa Cruz do Sul, a atenção à criança e ao adolescente já se inicia no acompanhamento da gestação, através do pré-natal e grupos de mães, onde são repassados os cuidados de higiene, alimentar, aleitamento materno e outros temas de interesse. Após o nascimento, a mãe e o bebê são atendidos nos Postos de Saúde e, nas áreas onde há cobertura, pelo Programa de Saúde da Família e Agentes Comunitários.

A atenção à saúde da criança envolve o atendimento, prestado nos postos de saúde e no CEMAI – Centro de Atendimento Materno e da Infância. Além deste, também funciona em regime de plantão 24 horas e de urgência a Casa de Saúde Ignez Irene Moraes. A saúde bucal infantil também recebe atenção especial, com programa de prevenção realizado pelas Escolas Municipais de Ensino Fundamental, a ser ampliado para escolas estaduais, bem como atendimento odontológico prestado em três unidades móveis e junto ao Centro Infantil de Atendimento odontológico - CIAO - . Além disso, recentemente criou-se o CAPS infantil, que atende crianças vítimas de maus tratos, abuso sexual, drogadição e demais distúrbios psíquicos, proporcionando condições de recuperação integral e reinserção social.

Política de Saúde da Mulher

A atenção à mulher inicia na rede básica, onde se dá a orientação para a saúde, acompanhamento médico e oferta dos exames de prevenção de câncer. São oferecidos, gratuitamente, anticoncepcionais, orientações de planejamento familiar e serviços de laqueadura e vasectomia conforme a necessidade, cuja demanda passa por avaliação psicológica. Esse procedimento é realizado através de clínica conveinada. Para a gestante, juntamente com o atendimento médico e odontológico, são oferecidos os exames básicos e a participação no grupo de mães, denominado de Sala de Espera, cujos atendimentos são realizados nas dependências do CEMAI, em que profissionais de diversas áreas oferecem orientações sobre a gravidez e maternidade.

Política de Saúde do Trabalhador

A atenção à saúde do trabalhador foi recentemente implantada no Município, através da Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador. O atendimento se inicia na rede básica, com a notificação da doença. Havendo nexo causal com o trabalho, o agravo será tratado e acompanhado até a reabilitação do usuário, pela rede SUS, serviços contratados pelo Município e/ou convênios.

Política de Saúde do Idoso

A atenção ao idoso se inicia na rede básica, por intermédio dos agentes comunitários. São atividades em grupo, de educação para a saúde para que se trabalhe com a promoção da qualidade de vida, distanciando o idoso do método curativo, em que se promove seu bem estar integral.

Política de Saúde Mental

Tem como princípio evitar ao máximo a internação hospitalar e promover a reinserção do paciente psiquiátrico na família e na sociedade. A atenção à saúde mental deve iniciar na rede básica, sistematizando a referência e contra-referência. A estrutura física e de recursos humanos existentes representa um boa base, com os Postos, agentes comunitários e Programas de Saúde da Família.

O plano municipal, também apresenta, como ações de saúde desenvolvidas, a entrega de medicamentos, através da Divisão de Medicamentos; os cuidados preventivos com a saúde bucal, realizados pela Divisão da Saúde Bucal; a vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e ambiental, integradas no setor de Vigilância em Saúde; o Programa de Saúde Familiar (PSF); e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Serviços conveniados e/ou contratados

Hospitais; Clínica UTRAVARP; Médicos Especialistas; Laboratórios de Análises Clínicas; Diagnóstico por Imagem; Alta Complexidade em Nefrologia (hemodiálise); Alta Complexidade em Oncologia (câncer); Exames Cito-Hormonais e Anátomo- Patológicos; Fisioterapia.

Como se vê, o plano municipal desenha um mapa onde o acesso ao serviço parece ser o ponto primordial. A qualidade deste acesso e a avaliação das ações em sua dimensão de integralidade podem ser vislumbradas nos indicadores de (falta de) saúde⁶ do município.

Pode-se dizer que o plano de saúde municipal fala da intenção do município, o que, por si, não garante a realização de ações de saúde coerentes com os princípios do SUS acima descritos. Antes disso, faz-nos suspeitar de uma incongruência com a efetivação dessa

⁶ Tem-se discutido nos conselhos de saúde e nas conferências de saúde – instrumentos coletivos de ação do controle social – sobre o quanto o sistema de informação e notificação brasileiro se dá a partir da doença, ou de sua ausência, não tendo ainda possibilitado um dimensionamento da saúde a partir do conceito mais amplo, definido na 8ªCNS, da saúde como decorrente das condições de vida.

política pública, principalmente ao se tomar o tipo de gasto e a sua distribuição. Ao mesmo tempo, o cenário político-institucional inicialmente descortinado, sinaliza que o sistema municipal revela a persistência de vínculos fortes com a herança institucional que vem condicionando a configuração do mix público-privado na política de saúde e, como conseqüência, a construção da rede pública municipal.

FINANCIAMENTO E GASTOS NA SAÚDE PÚBLICA EM SANTA CRUZ DO SUL

O perfil do gasto público considerando o recurso proveniente das três esferas de governo possibilita uma reflexão sobre a composição do mix público-privado neste município. O SUS, mesmo que lentamente, tem avançado no processo de aperfeiçoamento na produção, coleta e análise da informação e, conseqüente avaliação de gestão do sistema. No Rio Grande do Sul, nos últimos cinco anos o Relatório de Gestão Municipal de Saúde (RGMS) vem se constituindo como um valioso instrumento para a coleta de dados e análise por parte das equipes municipais, regionais e dos conselhos de saúde. Este foi o documento básico utilizado como fonte de informação para este estudo.

Durante o ano de 2003 foram aplicados em saúde no município 15,48% de recursos próprios (receita líquida proveniente de impostos). Como se pode observar na tabela I, o município vem aplicando desde o ano de 2000 percentuais superiores aos estipulados pela resolução 322/CNS.

Tabela I - Participação das despesas próprias com a receita de impostos - Limite constitucional (V/I) Evolução do percentual mínimo da despesa própria com saúde/receita líquida de impostos (*) Santa Cruz do Sul, RS.

Ano	2000	2001	2002	2003	2004
Aplicado (%)	13,38	14,42	16,56	15,48	-
% Mínimo a aplicar	7,00	13,70	14,02	14,34	15,00

Fonte: SIOPS : <http://siops.datasus.gov.br>, consultado nas datas de 18/12/03 e 12/08/04.

(*) Segundo a Resolução 322/CNS de 08/05/03.

Este aporte de recursos depende da capacidade fiscal de cada município conforme estipulado na emenda constitucional nº 29/2000, que define a aplicação de um limite mínimo de 15% das receitas próprias no caso dos municípios, 12% no caso dos estados e, no caso da União, o valor empenhando em 1999 deve ser acrescido de 5% e nos anos

subseqüentes de variação nominal do Produto Interno Bruto. Nesta mesma lei, está previsto o alcance progressivo desses patamares até o ano de 2004, o que pode levar a um impacto positivo sobre o serviço de saúde, desde que, além do aporte financeiro haja um planejamento eficaz do gasto e adequada gestão destes recursos. Neste sentido, é preciso balizar o desenvolvimento de ações e serviços de saúde relacionando-os aos princípios de cidadania tão bem explicitados na proposta do SUS.

Portanto, dizer que o município de Santa Cruz do Sul aplica o percentual preconizado, não significa admitir que os princípios do SUS estejam efetivando-se de forma integral. O mix público-privado estabelecido através de negociações do setor público com segmentos dos prestadores privados definiu que ocorra um investimento significativo do recurso de fonte municipal para pagamentos de complementação de honorários profissionais, exames e procedimentos especializados. A lei de mercado que rege uma negociação deste tipo vai tornando insustentável o sistema, à medida que o aumento do recurso público não é proporcional às solicitações do setor privado, que acumula tecnologia e multiplica custos a cada ano. O direcionamento do gasto para o setor privado pode estar na base da escassez de investimento do gestor municipal no setor público.

Com a inexistência de instrumentos mais fortes que contemplem um maior direcionamento de recursos para o setor público em momentos de barganha entre os serviços públicos e privados, os usuários locais tornam-se fragilizados para impor condições e dar prioridade às suas demandas. Observa-se que no Conselho Municipal de Saúde, os profissionais da saúde, trabalhadores da rede, ocupam somente 15% das representações (Plano Municipal de Saúde 2001-2004), enquanto que o Conselho Nacional de Saúde preconiza um mínimo de 25% destes.

No Quadro I abaixo, observa-se a utilização dos recursos públicos de saúde durante os meses de janeiro e abril de 2003 em Santa Cruz do Sul, selecionados por serem representativos dos primeiro e segundo trimestres do ano.

Existe uma lacuna entre as propostas do Plano Municipal de Saúde e os dados concretos dispostos no relatório de gestão. Uma breve análise desses dados indica que, apesar das propostas de mudança de paradigma que busca direcionar as ações para a promoção de saúde, na realidade, as mesmas ainda estão centradas no atendimento curativo, com ênfase em mitigar sintomas e queixas específicas. Um exemplo que pode ser citado é o grande número de atendimentos de consultas médicas nas especialidades básicas (preconizado pelo Ministério de Saúde é de R\$1,25/consulta/habitante/ano e o município realiza R\$ 1,54 consulta/habitante/ano), que indica acesso ampliado, mas não garante a resolutividade e a qualidade do atendimento.

Quadro I – Gastos públicos em saúde, segundo origem dos recursos e natureza do gasto. Santa Cruz do Sul, janeiro e abril de 2003.

Tipo de Gasto	JANEIRO			ABRIL		
	Fonte municipal	Fonte estadual	Fonte federal	Fonte municipal	Fonte estadual	Fonte federal
Hospital Santa Cruz (AIHs)	-	-	285.625,00	-	-	252.687,06
Hospital Santa Cruz (honorários médicos, consultas, procedimentos, alta complexidade e hemoterapia)	8.000,00	-	4.118,00	15.237,50	-	42.789,08
Hospital Santa Cruz (UTI pediátrica)	-	-	213.297,47	40.000,00	-	-
Hospital Ana Nery	-	-	-	38.000,00	-	213.743,41
Anestésias	31.289,89	-	-	17.558,01	-	-
Sindicato médico (honorários)	10.750,00	-	-	83.750,00	-	-
Consultas e procedimentos especializados	29.675,35	-	27.974,50	16.839,51	-	2.800,00
Exames auxiliares de diagnóstico (laboratoriais, radiológicos, eco e tomográficos)	2.860,71	-	132.599,64	1.689,18	-	36.915,80
Hospital Monte Alverne	-	-	24.412,15	2.000,00	-	19.307,50
Órteses e próteses	-	-	-	-	-	10.728,94
AFAVI	59.799,79	-	-	55.729,49	-	26.720,00
UNIRIM	-	-	-	-	-	107.110,94
UTRAVARP	13.340,00	-	-	9.108,00	-	-
RH próprio (salários e obrigações, incluindo vales transporte e alimentação)	585.296,35	3.279,97	6.578,36	566.001,26	19.012,74	34.770,75
Outros*	17.205,63	3.758,50	65.587,94	108.231,95	57,12	304.653,65
Total	758.217,72	7.038,47	760.193,06	954.144,90	19.069,86	1.052.227,13

(*) Despesas com segurança, conta de luz, telefone e internet, alugéis, vigilância, manutenção, transporte de pacientes e pagamentos aos sindicatos dos metalúrgicos, fumo e trabalhadores rurais

Fonte: RGMS – Santa Cruz do Sul – RS.

É preciso considerar que, com este volume de consultas, poderiam ser incorporados fatores de promoção - como o auto-cuidado, ou, um vínculo com a unidade de saúde que favorecesse a participação em atividades de educação em saúde. No entanto, não se observa a ampliação desse tipo de atividade. O volume de dispensação de medicamentos da farmácia municipal, que atende às demandas das unidades de saúde, indica que o maior consumo está concentrado nos medicamentos para doenças cardiovasculares, analgésicos, antibióticos, bem como medicamentos para tratamento de doença pulmonar obstrutiva crônica, nesta ordem.

Embora constem no Plano Municipal, as políticas e ações em saúde, ainda são muito incipientes e seus resultados pouco observados no Relatório de Gestão 2003. Sabe-se que, as unidades de PSF realizam grupos de orientação à saúde, porém, estes ainda têm um grande enfoque na dimensão curativa. Além disso, a área de cobertura desse programa é de 17% da população do município e se restringe à área urbana. Observa-se que grande parte das consultas médicas são produzidas no plantão de urgência 24 horas (PU). Apesar de todos os bairros possuírem postos de saúde, verifica-se que os usuários do serviço público locomovem-se de seus bairros de origem ao PU, localizado na zona central, superlotando-o, em busca de atendimento, devido a agilidade no fluxo de atendimento e na terapia da queixa, reduzida à noção e a prática de queixa-conduta⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS - DEMOCRACIA, PODER LOCAL E AGENDA DA SAÚDE. OS LIMITES DA MUNICIPALIZAÇÃO EM CUMPRIR OS PRINCÍPIOS DO SUS

No debate atual das políticas setoriais tem se destacado a produção de estudos e investigações sobre as diversas modalidades de relações entre o público e privado nas organizações estatais e na oferta dos serviços de saúde (BENNET & MILLS, 1991; EIBENSCHUTZ, 1996; DINIZ, 2000; BAHIA, 2001; DUPAS, 2003; CASTRO, 2002). A qualidade de muitos destes estudos revela a complexidade destas questões exigindo o exame das experiências devidamente contextualizadas, para que a diversidade delas permita o aprendizado de fatores facilitadores e obstaculizadores enfrentados e/ou criados pelos gestores públicos, além das afirmações genéricas e dos ensaios teóricos quase sempre voltados para explicações de longo alcance. A descentralização na saúde possibilita inúmeros desenhos de organização e modalidades de gestão, conforme os interesses e os arranjos políticos negociados em cada contexto local.

⁷ Termo citado por Mendes Gonçalves (1994), referindo-se ao modelo clínico de assistência, onde predomina o tratamento sintomatológico, cujo objetivo maior é o atendimento imediato da reivindicação terapêutica.

Nos anos 90, ocorreram no Brasil várias reformulações na política de saúde, principalmente a transferência de atribuições de gestão aos níveis sub-nacionais através da municipalização. Neste sentido, tornou-se necessário prestar maior atenção à identificação dos atores políticos e das instituições que configuram o nível local, assim como, as formas de relação entre o público/privado. Mesmo que o nível local continue em condição subalterna em relação aos níveis nacional e estadual, parcela importante das decisões locais confere robustez ou praticamente inviabilizam a política em seus termos mais substantivos, pelo menos naquilo que o SUS trouxe de princípios republicanos e intenção de afirmação da cidadania.

O suporte legal do texto constitucional de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (n. 8080) de 1989, ambos gestados na luta política de setores envolvidos com as reformas na saúde, sinalizavam para algumas preocupações centrais definidas como princípios a serem implementados na construção da política: entre eles, o do entendimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, que vincula esta possibilidade através do princípio da universalidade. Como decorrência, a estratégia da política pública de saúde coloca como pilar sustentador da política o compromisso do poder público em criar as condições necessárias para o provimento do sistema de cuidados a toda a população em seus diversos níveis.

A literatura mundial é farta a respeito das dificuldades que os sistemas estatais têm encontrado para dar conta dos custos de operação de sua agenda de saúde, inclusive sistemas mais maduros como o britânico e os dos países escandinavos. Em consequência, o debate a respeito desse *overload* tem produzido desdobramentos muito variados no debate teórico e nas conclusões sobre a realidade dos sistemas, oscilando desde a estatização pura e simples à privatização quase absoluta.

Entre as análises que agregam qualidade ao debate estão as que buscam compreender a relação entre custos de normas e procedimentos selecionados e as escolhas no interior dos sistemas. Sejam elas produzidas nos níveis da macropolítica, seja nos níveis gerenciais intermediários ou locais, o propósito é o de questionar o conjunto de decisões que se transformam em normas técnicas, procedimentos, rotinas, formas de compartilhamento de responsabilidades entre o setor público e outros âmbitos institucionais, níveis de autonomia dos profissionais para exercitar decisões técnicas, tomadas como variáveis independentes, atuando sobre um cenário sócio-epidemiológico onde as medidas da política devem produzir impactos sobre os níveis de saúde da população. Immergut (1996) aponta o quanto o fortalecimento ou fragilização das regras do jogo institucional tem a ver com a história de cada lugar, onde a robustez das instituições, presença histórica de partidos, sindicatos de trabalhadores e corporações profissionais combinam-se de maneiras diferentes, de forma a configurar a correlação de forças nas arenas das *policies*.

As decisões definem a distribuição do gasto em cada um dos níveis e persiste a

dominância de um modelo de atenção ainda muito centrado na clínica, principalmente de especialidades e na internação hospitalar, que recebem os maiores volumes de recursos do sistema. Quer dizer, a abrangência da agenda que se construiu sobre o princípio da universalidade para se materializar em produtora de serviços de saúde na condição de bem público - apresenta nós críticos sérios - e possíveis de serem identificados. No caso, não é propriamente a abrangência que produz as distorções, porque, afinal, é compromisso do setor público a garantia de atender todos os níveis de complexidade da atenção. O núcleo de distorção mais problemático é o de um modelo que não consegue se desvencilhar de uma ênfase nos altos custos, por força de algumas heranças perversas (Boudon, 1970) constituídas historicamente no campo das políticas sociais no país. Entre elas a incidência do poder político das corporações profissionais, dos interesses privados predatórios que, antes do SUS, sempre tiveram influência marcante sobre os rumos da política de saúde, sem falar no baixo nível de adesão e crédito em relação ao sistema por parte da população que ainda não consegue perceber nele uma estrutura a favor da cidadania. Nesse sentido, a bandeira de mudança do modelo tecno-assistencial da saúde, prioridade da luta pela reforma sanitária e adotada discursivamente na Lei Orgânica, tem sofrido derrotas sucessivas mesmo que alguns êxitos pontuais de experiências dispersas ocorram em alguns municípios.

Trata-se de ter como horizonte a consolidação da rede básica seja pela sua cobertura, seja pelo diferencial que o serviço público pode oferecer em termos de atenção, onde a promoção à saúde, os mecanismos de prevenção e a resolutividade de algumas práticas seriam decisivas para influir nos níveis de saúde.

No entanto, grande número de gestões municipais simplificam seu compromisso com a população buscando ampliar a oferta de serviços na forma de compra dos mesmos do setor privado. Essa lógica de compra de serviços privados é justificada por alguns gestores como a estratégia mais adequada, na medida que a oferta de assistência médica continua sendo um fator atraente para a população, mesmo frente à precariedade do compromisso do poder público em oferecer uma agenda de proteção que, tradicionalmente deve ser provida pela sua rede. Por outro lado, a ameaça de ser punido pela Lei de Responsabilidade Fiscal (2000), desestimula os gestores de pequenos e médios municípios a investirem na formação de quadros próprios sob o argumento dos altos custos incidentes sobre as folhas de pagamentos e da estrutura de serviços decorrente que multiplica as responsabilidades da gestão pública e seus custos.

Nesse cenário é que se buscou examinar neste município de porte médio do Rio Grande do Sul, situado na condição de pólo de uma região de saúde, o quanto a complexidade de suas atribuições são distribuídas entre compromissos de execução assumidos pelo poder público e, o quanto delega para outros prestadores - filantrópicos e privados - a execução de sua agenda. A lógica que preside o campo das decisões do nível municipal e, mais recentemente, regional, reflete-se na distribuição do gasto público em

saúde, podendo sinalizar quais os compromissos mais atendidos: se o uso dos recursos financeiros de modo a configurar a aplicação prática do interesse na reversão da lógica do modelo tecno-assistencial ou, a reprodução da lógica dominante do modelo médico-hospitalar. Cada uma delas traz consigo uma postura com vários componentes combinados, técnico, administrativo, econômico, político-ideológico, valorativo, cultural e institucional que precisam ser estudados em suas especificidades desafiando o novelo de interrelações que compõem a complexidade da política de saúde.

O deslocamento de parte do processo decisório do nível central, para os municípios, gera uma série de incertezas e impactos diversos na organização dos serviços, resultando tanto em experiências exitosas em relação à ampliação do acesso aos serviços e reorganização do modelo assistencial quanto frustrantes, outras, pela ineficácia dos serviços, baixa cobertura e desperdício dos recursos. Percebe-se que alguns gestores municipais buscam desenvolver, antes de tudo, políticas capazes de gerar impactos na assistência médica ampliando sua cobertura através da maior oferta de consultas. Tomar medidas que interfiram nas condições de saúde da população, através de estratégias além do curto prazo e dos dividendos políticos, ainda não se constitui em regra geral.

Grupos privados, empresários e profissionais da saúde autônomos demonstram com frequência, interesse em desqualificar a capacidade da esfera pública para a implementação do SUS, principalmente os que identificam seus interesses ameaçados pela proposta de organização dos serviços e efetividade das ações de saúde. Portanto, torna-se importante a difusão de experiências de planejamentos e programas estratégicos de organização da política de atenção à saúde, principalmente de investimentos na rede pública e o conhecimento de seus resultados. Conforme Gadelha (2003, p.523), tanto os espaços privados, quanto os públicos estão passando por um processo de transformação no modelo de gestão e organização da produção de bens e serviços em saúde "na direção de um padrão empresarial", até mesmo nos casos em que o lucro não se coloca como finalidade primordial. *"Este movimento não pode ser visto como uma anomalia específica ao setor saúde, mas sim como um processo muito mais geral decorrente da expansão do sistema capitalista"*. Ressalta que, o setor saúde constitui um *locus* essencial de desenvolvimento econômico, no entanto requer uma forte presença do Estado e da sociedade para compensar as forças de geração de assimetrias e de desigualdade causadas pelas estratégias de mercado.

A agenda de reformas no campo social a partir da metade da década de 90 depara-se, com uma grande complexidade: ajustes econômicos, complementação das reformas institucionais e o processo de consolidação da democracia (DRAIBE, 1999). Apesar do avanço da reforma organizacional no setor saúde, observado, principalmente no processo de descentralização, ainda se encontram entraves, como as distorções e ineficiências de investimento, que acarretam a implantação incompleta da rede de serviços e sobrecarregam o sistema hospitalar; a inadequada organização e gestão do sistema e de suas unidades

organizacionais e a falta de organização da demanda nos serviços. Nesse sentido, Arretche destaca no cenário federalista brasileiro o mecanismo de correia de transmissão entre as condutas dos níveis de administração pública, a despeito dos níveis de autonomia entre os entes federados, pois “o desempenho dos governos locais é em grande parte resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais” (ARRETCHÉ, 2003). A afirmação se assenta na observação de que a autonomia relativa dos níveis subnacionais não tem operado de forma a produzir modelos gerenciais inovadores e voltados para produzir impacto sensível sobre os indicadores de saúde e qualidade de vida, sem onerar o orçamento público.

A interferência institucionalizada de representantes da sociedade civil através dos conselhos municipais ampliou a arena decisória mas raramente constitui-se em foro deliberativo atuante, cedendo mais aos impulsos de homologar decisões operadas no âmbito das secretarias do que influenciando, controlando, cobrando e deliberando como sua função institucional recomenda. Medidas administrativas que se difundem como naturais, institucionalizadas pela cultura de imposição de interesses privados de um lado e omissão ou adesão dos agentes públicos de outro, cristalizam comportamentos relativos ao uso dos recursos públicos que as representações dos conselhos não tem conseguido suavizar ou eliminar. Um exemplo é o do pagamento por procedimentos, seguindo a lógica de remuneração por produção do antigo INAMPS, onerando os cofres públicos municipais. A exemplo disso, vários municípios pertencentes à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde complementam os pagamentos feitos pela tabela SUS, repassando recursos financeiros do município para entidades e profissionais especializados. Em muitos casos, essa situação progrediu através de negociação entre o poder público e o setor privado com a criação de resoluções dos conselhos de saúde e leis municipais aprovando montantes financeiros fixos para entidades representativas de categorias profissionais e serviços privados. Estes arranjos locais nascem nas lacunas institucionais proporcionadas pela escassez de mecanismos de regulação e avaliação do sistema.

Conforme Monnerat, et al (2002) a implementação da descentralização no setor saúde mudou a alocação de recursos para os municípios, mas não foi suficiente para modificar o padrão de desigualdade no acesso aos bens e serviços de saúde, pois apenas os municípios com maior arrecadação fiscal, conseguem reunir requisitos básicos para assumir uma gestão descentralizada, até certo ponto otimizando resultados na utilização de recursos disponíveis. Ao combinar as normas institucionais do SUS com as singularidades sócio-políticas locais, os municípios desenham um SUS ao seu modo, demonstrando a ausência da construção de instrumentos e mecanismos operacionais que favoreçam uma descentralização realmente voltada às características regionais. O que se vê é uma repetição no âmbito de algumas regiões da falta da rede organizada e hierarquizada, pois os recursos ficam centralizados no município de maior aporte financeiro.

Mesmo assim o processo de maturação dos conselhos é estratégia fundamental

para renovar a constituição do poder local e sua capacidade de produzir políticas, inclusive a de saúde e instituir controle social sobre as mesmas. Na medida em que a esfera municipal é chamada a aumentar o percentual de aplicação de recursos próprios em saúde e que alguns recursos federais e estaduais tem chegado aos municípios com maior flexibilidade de aplicação, as decisões devem ser tomadas no âmbito local com a participação e a fiscalização dos conselhos de saúde. Nesse sentido, o exame de como os recursos públicos para a saúde são gastos, principalmente sobre quem recebe as maiores fatias e, sob que critérios, tem a propriedade de revelar um dos indicadores mais sensíveis sobre as tendências assumidas pela gestão da política no nível local.

REFERÊNCIAS

- ARRETCHÉ, M.; MARQUES, E. *Municipalização da saúde no Brasil: Diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo*. Washington, D.C., Organização Pan-americana de Saúde, Programa de Políticas Públicas e Saúde, Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano – Série Relatórios Técnicos No. 77. Outubro de 2001.
- _____. *Estratégia e pontos de veto na reforma de saúde no Brasil*. Trabalho apresentado no 3º Encontro da ABCP – Área Políticas Públicas, UFF, Niterói, Julho de 2002.
- BORGES, André. Democracia vs. eficiência: a teoria da escolha pública. *Lua Nova*, n. 53, 2001. p. 159-79.
- BRASIL diz que violará patentes de drogas anti-Aids.. *Financial Times*, 3 de dezembro de 2004.
- CASTRO, Janice Dornelles de. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*. Porto Alegre, Ano 4, n. 7, jan-jun 2002, p. 121-35.
- COELHO, Vera S. P. Interesses em instituições na política de saúde. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, volume 13, nº 37, junho 1998.
- COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. C. de. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. *RAP*, FGV, Rio de Janeiro v. 35, n. 2, p. 193-228. mar-abr 2001.
- DRAIBE, Sonia. M. As políticas sociais nos anos 90. In BAUMANN, R. (Org.). *Brasil: uma década em transição*. São Paulo: Ed. Campus, 1999.
- DUPAS, Gilberto. *Tensões contemporâneas entre o público e o privado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- EIBENSCHÜTZ, Catalina (Org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.
- GADELHA, Carlos. A.G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico da economia da saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: ABRASCO, volume 8, nº

2, 2003.

GONÇALVES, Ricardo Bruno M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

GUPTA, R.; KIM, J. Y.; ESPINAL, M. A.; CAUDRON, J. M.; PECOUL, B.; FARMER, P. E.; RAVIGLIONE, M. C. Responding to Market Failures in Tuberculosis Control. *Science*, v. 293 10 Aug 2001, p. 1049-1051.

IMMERGUT, Ellen M. As regras do jogo: A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, ANPOCS, ano 11, n. 30, Fev 1996, p. 139-165.

IMMERGUT, Ellen M. The theoretical core of the New Institutionalism. *Politics & Society*, v. 26, n.1, March 1998, p. 5-34.

MENDES GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1994.

MISOCZKY, Maria Ceci. *O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: A narrativa de sua produção social*. Porto Alegre: Da Casa Editora, 2002.

MONNERAT, Giselle. L. et al. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: ABRASCO, volume 7, nº 3, 2002.

SIMMONS, R. T. ; MITCHELL, W. C. *Para além da política*. Rio de Janeiro: Topbooks, 2004.

SOUZA, Celina. *Federalismo e intermediação de interesses regionais nas políticas públicas brasileiras*. Trabalho apresentado ao Seminário Internacional sobre Reestruturação e Reforma do Estado: Brasil e América Latina no processo de Globalização. São Paulo, 18-21 de maio de 1998.

TOWNSEND, P.; WHITEHEAD, M.; DAVIDSON, N. *Black Report*, 1992. captado em <<http://www.phis.org.uk/doc.pl?file=pdf/The%20Black%20Report.doc>>.

VILAÇAMENDES, Eugênio. Os dilemas do SUS. Capturado em <<http://www.grupogices.hpg.ig.com.br/ArtigoEugenioVilacaDilemaSUS.pdf>>.

Recebido para publicação em 21/10/04

Aceito para publicação em 12/01/05