

Considerações acerca do processo de municipalização da saúde no RS: institucionalidade, financiamento e percalços*

*Mercedes Rabelo***

No Mundo todo, vive-se um momento de exacerbação de conflitos entre diferentes setores da sociedade no que se refere à existência, ou não, de uma excessiva centralização de poder nos governos federais e de sua incapacidade para resolver os imensos problemas sociais. Vê-se surgir com mais força uma crescente demanda por formas de participação política alternativas à democracia representativa clássica, onde haja espaço para uma participação mais direta da população nos assuntos diretamente referidos à sua vida, como, por exemplo, a problemática da saúde.

Nesse contexto, surgiu, em 1988, após um longo período de acirrado debate entre os diversos setores sociais, o Sistema Único de Saúde (SUS), que consagrou o município como a instância gestora do SUS em consonância com a participação da comunidade. A definitiva implantação do SUS, entretanto, vem enfrentando inúmeras dificuldades — políticas, econômicas e de gestão —, assim como o desconhecimento, por boa parte da população, desse processo.

* Este artigo foi produzido com informações disponíveis até agosto de 1996 e é decorrente de uma pesquisa em andamento no Núcleo de Estudos de Estado e Setor Financeiro (NEESF) da FEE, realizada mediante convênio FEE-PNUD, em conjunto com outras instituições estaduais, intitulada **Balanco e Perspectivas da Descentralização das Políticas Sociais**, na área da saúde, da qual também participa a colega Isabel Rückert. Para a coleta e a organização dos dados contribuíram a estagiária Fernanda Sperotto e a bolsista Patrícia Guimarães.

** Socióloga, Auxiliar da FEE.

A autora agradece a Marli Oliveira, Carmem Degani e técnicos do Fundo Estadual de Saúde pelas informações fornecidas e aos colegas do NEESF pela discussão à versão preliminar deste texto. Todavia quaisquer imprecisões são de inteira responsabilidade da autora.

Assim, é objetivo deste artigo fazer uma síntese de como se encontra hoje o processo de municipalização da saúde no RS, apresentando os pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde, bem como as principais dificuldades encontradas para a implantação definitiva do Sistema no RS. No primeiro item, apresentam-se a estrutura do SUS e seus elementos centrais. A seguir, analisam-se alguns aspectos significativos do sistema de saúde no RS — sua estrutura institucional e as bases do seu financiamento — e comentam-se dois exemplos de municipalização bem-sucedida. Finalmente, são apontadas algumas diretrizes que, acredita-se, deveriam ser seguidas no intuito de concretizar a implantação do Sistema Único de Saúde.

1 - A estrutura do SUS

O SUS é o resultado de uma longa luta levada a cabo por vários setores da sociedade, agrupados em torno do projeto da Reforma Sanitária¹. A idéia básica em torno da qual se organizou o novo sistema de saúde é a necessidade de resgatar ideais democráticos para dentro do setor saúde, consubstanciando a máxima: “Saúde é um direito de todos”. Até aquele momento, o sistema de saúde estava organizado para atender a apenas um setor da população — os trabalhadores do mercado formal de trabalho que contribuam para a Previdência Social. Os demais teriam de buscar atendimento de forma assistencialista nas (precárias) estruturas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Em 1988, a nova configuração do sistema definiu como principais diretrizes a descentralização político-administrativa (e não só administrativa), a integralidade da assistência, a universalização do atendimento e a participação da comunidade. Em 1990, foram promulgadas as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, estabelecendo as atribuições de cada nível de governo, as fontes de financiamento, as formas do controle social, etc.

Na outra ponta do sistema, instituiu-se que saúde é um dever do Estado. A forma como se viabilizaria a consecução desse objetivo seria através da descentralização de recursos e atribuições para estados e municípios, com ênfase na municipalização. Caberia ao município organizar, programar e

¹ Uma ótima revisão acerca da consolidação do Movimento pela Reforma Sanitária pode ser encontrada em Mendes (1993) e em Escorel (1987).

fiscalizar o conjunto das ações de saúde no âmbito de um enfoque, ao mesmo tempo, preventivo e curativo (essas ações eram antes dissociadas e superpostas nos Ministérios da Previdência e da Saúde).

A implantação do Sistema encontrou e ainda encontra resistências de diversos setores sociais. Nas esferas federal e estaduais, verificam-se resistências à descentralização na própria burocracia, cujos interesses corporativos serão enfraquecidos com a descentralização das atividades. Os governos estaduais também vêm oferecendo resistências, dado que, havendo transferências de atribuições e de recursos, haverá também certa perda de poder. No âmbito dos municípios, evidenciam-se inúmeros casos em que uma certa oligarquia local prevê o seu alijamento do controle sobre os assuntos municipais, haja vista o amplo espaço reservado aos diversos setores sociais na deliberação e na fiscalização do sistema local de saúde. Além disso, os governos municipais receiam assumir as responsabilidades para com a área da saúde, quando não há garantias de que o Governo Federal efetivamente realizará os repasses devidos. Segmentos do setor privado, por sua vez, encontram na reorganização do Sistema um limite à lógica de apropriação privada dos recursos públicos que vem se processando através de fraudes, de intervenções desnecessárias, etc.

Os elementos fundamentais, estruturantes, do sistema são:

- a) a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), composta paritariamente por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASENS);
- b) a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), integrada, paritariamente, por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde. A CIT e a CIB são as instâncias onde se realizam a interlocução e a negociação entre os diferentes gestores públicos acerca da operacionalização e da avaliação do sistema;
- c) os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, compostos por representantes do Governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, que garantem a representação dos diversos setores da sociedade;
- d) os Planos de Saúde, que expressam e consolidam os objetivos a serem alcançados, tendo em vista as deliberações dos Conselhos, que se constituem em importantes peças para o controle social;

e) os Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, que realizam o repasse de recursos desde o nível federal, para onde são arrecadados os recursos, até os níveis estadual e, principalmente, municipal, onde eles serão efetivamente aplicados.

As marcas da radical inovação do processo estão na constituição dos Conselhos de Saúde, principalmente em nível municipal, que têm a função de planejar e deliberar sobre a política de saúde, assim como fiscalizar a sua execução. É através da participação ativa dos conselheiros que pode se concretizar o controle social sobre a acessibilidade e a qualidade dos serviços prestados, bem como sobre o uso dos recursos públicos.

O processo de municipalização pode se dar gradativamente, à medida que o município se sinta habilitado a cumprir com as obrigações correspondentes a cada modalidade de gestão, **incipiente, parcial e semiplena**, bastando ter o aval de técnicos da Secretaria Estadual (cada município em processo de habilitação é acompanhado, pelo menos no RS, por um técnico, que orienta os responsáveis municipais em cada etapa):

“Na gestão incipiente, a Secretaria Municipal de Saúde assume, imediata ou progressivamente, mediante cronograma negociado com a Comissão Bipartite, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores de serviços; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIHs [Autorizações de Internações Hospitalares] e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados, com ou sem fins lucrativos; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, como nutrição, educação em saúde, vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, assistência à saúde do trabalhador, aos acidentados do trabalho e aos portadores de doenças ocupacionais. Na gestão parcial, a Secretaria Municipal de Saúde, além do já descrito, assume o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município e recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município. Na gestão semi-plena, o município recebe mensalmente o total de recursos

financeiros para o custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos" (SITUAÇÃO..., 1996, p.33).

Em todos esses momentos, o conjunto das ações de saúde deve estar em consonância com os objetivos consolidados no Plano Municipal de Saúde e com as deliberações do Conselho Municipal de Saúde, constituído paritariamente por representantes de todos os setores: 50% são usuários, e 50%, demais membros (prestadores de serviços, profissionais de saúde e Governo).

Todavia, nos últimos seis anos, a implantação do SUS vem avançando de forma muito lenta. Assim, objetivando aprimorar o funcionamento do Sistema, está se gestando a nova Norma Operacional, buscando uma redefinição de papéis de cada esfera de governo, que promova o município a uma situação de efetivo gestor do SUS e uma redefinição das formas de pagamento: por ações de saúde e não mais por prestação de serviços. A Norma Operacional vem sendo discutida, ao longo de 1996, com o Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Tripartite e todos os setores envolvidos, mas ainda não tem uma versão definitiva ou previsão para ser editada.

2 - O SUS no Rio Grande do Sul

2.1 - A estrutura institucional do SUS-RS

A estrutura institucional do SUS no RS é constituída pela Secretaria Estadual de Saúde e do Meio Ambiente (SSMA), pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), pelo Fundo Estadual de Saúde (FES) e pela Comissão Bipartite.

À SSMA compete a coordenação do SUS no Estado, o estabelecimento de sistemas de referência e contra-referência, de diretrizes para os procedimentos de alto custo e alta complexidade, além das ações clássicas de saúde pública. Tem também o papel de promover a articulação interinstitucional e de intermediar as negociações entre os gestores (SITUAÇÃO..., 1996).

O CES foi criado em 1994, por lei, e tem um papel deliberativo e fiscalizador do SUS. É composto por 52 conselheiros, sendo a mesa diretora integrada por três representantes dos usuários e três representantes dos demais segmentos (gestores públicos, prestadores de serviços de saúde e profissionais de saúde). É o primeiro Conselho Estadual de Saúde no qual o

presidente não é o Secretário de Saúde, mas, sim, um de seus membros, escolhido por eleição direta entre os demais conselheiros, objetivando dar um caráter democrático à instituição; tem estimulado a criação dos Conselhos Regionais de Saúde, hoje em número de sete no Estado.

O FES foi instituído primeiramente em 1973, com a finalidade de apoiar financeiramente, em caráter supletivo, os programas desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Saúde. Tendo em vista a necessidade de adequá-lo ao recém-criado SUS, em 1991 esse fundo sofreu nova regulamentação e passou a ser o órgão gestor dos recursos do SUS.

A Comissão Bipartite foi instituída, de acordo com a Norma Operacional Básica (NOB) 01/93 do Governo Federal, como foro de negociação e deliberação de aspectos operacionais do SUS no âmbito estadual. São competências da Comissão Bipartite, dentre outras, avaliar as condições técnicas dos municípios para aderirem ao SUS e definir quantitativos de AIHs (estabelecidas basicamente de acordo com o perfil demográfico²).

O Rio Grande do Sul tem, hoje, 185 municípios que já assumiram a gestão do Sistema em alguma modalidade, perfazendo um total de 43,2% já municipalizados, que abrangem 58,4% da população. Desses, 165 encontram-se na gestão incipiente (38,6%); 16, na parcial (3,7%); e apenas quatro, na semiplena (0,9%): Santa Rosa, Panambi, Cachoeira do Sul e, mais recentemente, Porto Alegre. Para viabilizar um melhor aproveitamento dos recursos de cada localidade, 19 municípios participam, ainda, de consórcios intermunicipais. A Tabela 1 compara o índice de municipalização do RS com o do Brasil, evidenciando um atraso do setor gaúcho com relação à média nacional.

O SUS-RS tem hoje cadastradas 5.441 unidades ambulatoriais, das quais 54% pertencem ao setor privado contratado. No setor público, os serviços municipais representam 64%, e os estaduais, 19% (SITUAÇÃO..., 1996, p.27).

O setor não vinculado ao SUS, por sua vez, dá cobertura a cerca de 20% da população gaúcha (ibid., p.27). Entretanto, como a maioria dos planos de saúde não dá cobertura integral, essa população recorre ao SUS para intervenções de alta complexidade e de alto custo, como transplantes, hospitalizações de longa duração, etc.

² Sobre a forma estabelecida para a repartição de AIHs, ver Rabelo (1992).

Tabela 1

Participação percentual dos municípios que assumiram a municipalização no total de municípios, por modalidade de gestão, no RS e no Brasil — ago./96

MODALIDADES DE GESTÃO	RS	BRASIL
Incipiente	38,6	45,0
Parcial	3,7	12,6
Semiplena	0,9	2,0
Total de municipalizados	43,2	59,6
TOTAL DE MUNICÍPIOS	100,0	100,0

FONTE: Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente-RS.
JORNAL DO CONASEMS (1996). jul.

Os diversos setores comprometidos com a implantação do SUS no RS vêm desenvolvendo esforços tanto no sentido de qualificar as instâncias, quanto no sentido de detectar os problemas e discutir soluções. Dessa forma, neste ano foram promovidos diversos eventos:

- conferências municipais, realizadas em 128 municípios;
- I Conferência Intermunicipal de Saúde, com municípios da 1ª Delegacia Regional;
- I Encontro Metropolitano de Saúde, com municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre;
- II Conferência Estadual de Saúde, consolidando as deliberações das conferências municipais e preparando relatório para a Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se em setembro de 1996, em Brasília.

Esse conjunto de encontros possibilitou uma ampla discussão acerca das dificuldades e dos avanços observados no RS para a implantação definitiva do Sistema. Tomando como base a síntese dos relatórios das Conferências Municipais e Regionais de Saúde e os relatórios apresentados pelos municípios já municipalizados à Secretaria Estadual de Saúde (SITUAÇÃO..., 1996), podem-se apontar, resumidamente, as dificuldades encontradas pelos gestores locais:

- a) séria carência e/ou falta de capacitação de recursos humanos;
- b) resistências dos profissionais de saúde em prestar serviços ao SUS;
- c) teto financeiro estabelecido para procedimentos ambulatoriais e hospitalares abaixo das necessidades;

- d) baixo valor da tabela do SUS, atraso sistemático no pagamento e suspensão do pagamento do reajuste já autorizado;
- e) cobrança indevida aos usuários de honorários médicos e hospitalares;
- f) deficiências no controle social (não-observância do caráter deliberativo dos Conselhos, ausência de paridade na composição dos Conselhos, falta de informação dos conselheiros, etc.).

Com relação a este último item, deve-se salientar que isso contribui para uma eventual “prefeiturização” antes que uma municipalização, onde se verifica uma descentralização apenas em direção à Prefeitura e não em direção à sociedade como um todo.³

2.2 - As bases do financiamento do SUS-RS

O financiamento do SUS no RS é realizado através dos recursos do Tesouro Estadual e de recursos transferidos pela esfera federal de duas formas. De um lado, encontram-se os recursos necessários ao **custeio do sistema e das ações preventivas de saúde pública**, que são repassados pelo Tesouro do Estado à SSMA e pelo Governo Federal ao FES. De outro lado, o pagamento pela **prestação de serviços** é realizado, com recursos federais, da seguinte maneira:

- mediante fatura, diretamente aos prestadores privados (com ou sem fins lucrativos), por serviços ambulatoriais e hospitalares;
- mediante fatura, diretamente às prefeituras, por serviços ambulatoriais e hospitalares municipais;
- mediante fatura, através do FES, para a rede pública estadual, por serviços ambulatoriais e hospitalares e para a rede pública federal, apenas por serviços ambulatoriais;
- antecipadamente, **no caso da gestão semiplena**, diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, segundo critérios ainda não homogêneos, para financiamento de todos os serviços e ações de saúde realizados no âmbito do município.

³ “(...) a uma gestão municipal, concentrada na Prefeitura Municipal e reprodutora das intermediações clientelístico-corporativas, cabe, perfeitamente, a denominação de prefeiturização, como forma de apropriação excludente do mando único municipal” (MENDES, 1991, p.10).

Para o cumprimento de todos esses encargos, foi estipulado que, em 1996, o RS receberia do Governo Federal, mensalmente, R\$ 40 milhões (valores a preços atuais), os quais, como se sabe, vêm sendo repassados de forma bastante irregular, colocando em risco a própria viabilidade do Sistema.

Neste artigo, entretanto, analisam-se apenas os primeiros, ou seja, os recursos despendidos no custeio dos próprios equipamentos ambulatoriais e hospitalares e em ações preventivas de caráter coletivo, repassados pelo Tesouro do Estado à SSMA e pelo Governo Federal ao FES.

O montante de recursos despendidos pela Administração Direta no Programa Saúde vem decrescendo desde há muitos anos,⁴ assim como a sua participação no total das despesas realizadas pela Administração Direta estadual,⁵ conforme aponta a Tabela 2. Pode-se constatar que, no último ano em estudo, o Programa Saúde absorveu pouco mais de 1% do total dos gastos estaduais.

Tabela 2

Despesa realizada no Programa Saúde e participação percentual no total das despesas da Administração Direta estadual, no RS — 1986-94

ANOS	DESPESA REALIZADA NO PROGRAMA SAÚDE (R\$) (1)	% SOBRE A DESPESA TOTAL
1986	131 406 456	2,00
1987	93 037 455	1,57
1988	75 347 757	1,51
1989	83 584 224	1,60
1990	105 887 243	1,72
1991	88 660 600	1,76
1992	95 086 928	1,54
1993	78 487 535	1,29
1994	78 843 225	1,22

FONTE: BALANÇO GERAL DO ESTADO (1986/1990). Porto Alegre: Secretaria da Fazenda-RS.

BALANÇO GERAL (1991/1994). Porto Alegre: Secretaria da Fazenda-RS.

NOTA: Valores constantes, deflacionados pelo IGP-DI para dezembro de 1995.

(1) A partir de 1993, passaram a ser incluídos no Programa Saúde os gastos realizados na atividade Contribuição ao IPE. No intuito de homogeneizar a série, esses gastos foram excluídos desta análise.

⁴ Para uma análise mais detalhada sobre as despesas realizadas pela Administração Direta estadual no Programa Saúde, na década de 80, ver Rabelo, (1994).

⁵ A análise refere-se só até 1994, tendo em vista os objetivos da pesquisa na qual se insere este artigo.

Já a Tabela 3 ressalta que, enquanto as despesas totais do RS cresceram 29% em relação às de 1988, os gastos no Programa Saúde cresceram apenas 5%. Ou seja, ainda que tenha havido uma maior disponibilidade de recursos em nível estadual, consubstanciada no aumento da despesa, esse aumento não foi repassado para a área da saúde, a qual, na verdade, perdeu em importância relativa.

Tabela 3

Índice da despesa realizada no total da Administração Direta estadual
e no Programa Saúde no RS — 1986-94

ANOS	RS	PROGRAMA SAÚDE (1)
1986	132	174
1987	119	123
1988	100	100
1989	105	111
1990	123	141
1991	101	118
1992	124	126
1993	122	104
1994	129	105

FONTE: BALANÇO GERAL DO ESTADO (1986/1990). Porto Alegre: Secretaria da Fazenda-RS.

BALANÇO GERAL (1991/1994). Porto Alegre: Secretaria da Fazenda-RS.

NOTA: Base: 1988 = 100.

(1) A partir de 1993, passaram a ser incluídos no Programa Saúde os gastos realizados na atividade Contribuição ao IPE. No intuito de homogeneizar a série, esses gastos foram excluídos desta análise.

Para avançar na análise, buscou-se determinar o tipo de gasto realizado, desagregando as despesas por categoria econômica (Tabela 4). Pode-se destacar a reduzida participação das despesas de capital, consideradas, simplificada-mente, como investimentos em novas instalações ou reformas das já existentes. Inicialmente deve-se considerar que esse perfil de gasto, onde predominam as despesas correntes, é coerente com o tipo de serviço prestado no setor. A

saúde, efetivamente, demanda um uso intensivo de mão-de-obra, de recursos humanos. Entretanto são bastante conhecidas as carências ambulatoriais e hospitalares no Estado, as quais demandariam um maior volume de investimentos para serem sanadas. Parte dessa carência, como construção e reforma das unidades sanitárias, foi, nos anos 80, suprida pelo Governo Federal.

À exceção dos anos de 1989 e 1990, os investimentos nunca ultrapassaram 3% dos gastos, sequer alcançando, em quatro anos, 1%. Naqueles dois anos, os investimentos foram realmente significativos. Em 1989, esse acréscimo de investimentos refere-se principalmente ao projeto Restauração e Reaparelhamento do Hospital Psiquiátrico São Pedro, ao passo que, em 1990, também foram contemplados, em menor grau, o Sanatório Partenon e o Hospital Colônia Itapuã. Da mesma forma, à exceção desses dois anos, as despesas de capital no Programa Saúde não significaram mais de 0,5% do total das despesas de capital do RS.

Tabela 4

Participação percentual das despesas correntes e de capital no total do Programa Saúde, no Rio Grande do Sul — 1986-94

ANOS	DESPESAS CORRENTES	DESPESAS DE CAPITAL	TOTAL DO PROGRAMA SAÚDE (1)
1986	99,81	0,19	100
1987	99,74	0,26	100
1988	97,65	2,35	100
1989	77,99	22,01	100
1990	84,34	15,66	100
1991	99,18	0,82	100
1992	97,11	2,89	100
1993	99,31	0,69	100
1994	97,81	2,19	100

FONTE: BALANÇO GERAL DO ESTADO (1986/1990). Porto Alegre: Secretaria da Fazenda-RS.

BALANÇO GERAL (1991/1994). Porto Alegre: Secretaria da Fazenda/RS.

(1) A partir de 1993, passaram a ser incluídos no Programa Saúde os gastos realizados na atividade Contribuição ao IPE. No intuito de homogeneizar a série, esses gastos foram excluídos desta análise.

O outro item que interessa averiguar é o Fundo Estadual de Saúde, que foi orçamentado em 1989, mas passou a funcionar, efetivamente, apenas de 1991 em diante.

As despesas realizadas através do FES têm origem em três grupos de receitas:

- a) receitas próprias (decorrentes da venda de produtos vegetais e animais pelo Hospital Colônia Itapuã, doações ao FES, cobrança de exames realizados pelo IPB, etc.);
- b) recursos não vinculados de origem federal;
- c) recursos vinculados de origem federal.

A receita própria, entretanto, é quase insignificante. A partir de 1991, quando o FES passou a ser efetivamente orçamentado, a receita própria representou 2,49%, 0,68%, 0,45% e 0,44%, respectivamente, em 1991, 1992, 1993 e 1994, do total da sua receita.

Os recursos não vinculados representam parte significativa do total dos recursos do FES (70% em 1994, por exemplo) e referem-se ao pagamento por produção dos serviços de saúde da rede estadual (ambulatórios e hospitalares) e da rede ambulatorial federal.

Os recursos vinculados, por sua vez, são aqueles decorrentes de convênios, em geral com o Governo Federal (mas também com o Banco Mundial, por exemplo) e destinam-se a ações de saúde pública de âmbito coletivo.

A Tabela 5 apresenta as despesas realizadas através do FES, a soma dessas com as despesas realizadas pelo Tesouro e a composição percentual dos recursos.

Em primeiro lugar, pode-se observar que o total das despesas, no período, não voltou a atingir o montante de gastos realizados em 1986. Em 1991 e 1992, alcançou-se um patamar superior ao dos demais, mas, em 1993 e 1994, os valores voltaram a cair. Pode-se constatar, ainda, que, enquanto os gastos da Administração Direta vêm caindo, os do FES, desde a sua definitiva implantação, apresentam um ligeiro crescimento. Ou seja, verifica-se uma tendência de crescimento da participação dos recursos alocados através do FES, com recursos federais, *vis-à-vis* aos recursos oriundos do Tesouro, aplicados pela Administração Direta.

Deve-se salientar, contudo, que o período em estudo, 1986-94, cobre apenas alguns anos após a regulamentação do SUS em 1990, quando

efetivamente começaram a ocorrer a descentralização de recursos, os movimentos em direção à municipalização, etc. Nesse sentido, as tendências podem apenas ser fracamente identificadas e estão sujeitas a modificações, tendo em vista a recorrente reorganização do Sistema.

Tabela 5

Despesa realizada no Programa Saúde na Administração Direta, no FES e no total e sua composição percentual no RS — 1986-94

ANOS	PROGRAMA SAÚDE NA ADMINISTRAÇÃO DIRETA (1)		FES		TOTAL	
	Valores Constantes (R\$)	%	Valores Constantes (R\$)	%	Valores Constantes (R\$)	%
1986	131 406 456	100,0	0	0,0	131 406 456	100,0
1987	93 037 455	100,0	0	0,0	93 037 455	100,0
1988	75 347 757	100,0	0	0,0	75 347 757	100,0
1989	83 584 224	96,0	3 462 800	4,0	87 047 024	100,0
1990	105 887 243	99,5	485 917	0,5	106 373 160	100,0
1991	88 660 600	79,2	23 245 134	20,8	111 905 734	100,0
1992	95 086 928	80,4	23 199 330	19,6	118 286 258	100,0
1993	78 487 535	77,4	22 873 710	22,6	101 361 245	100,0
1994	78 843 225	76,9	23 676 532	23,1	102 519 757	100,0

FONTE: BALANÇO GERAL DO ESTADO (1986/1990). Porto Alegre: Secretaria da Fazenda-RS.

BALANÇO GERAL (1991/1994). Porto Alegre: Secretaria da Fazenda-RS.

NOTA: Valores constantes deflacionados pelo IGP-DI para dezembro de 1995.

(1) A partir de 1993, passaram a ser incluídos no Programa Saúde os gastos realizados na atividade Contribuição ao IPE. No intuito de homogeneizar a série, esses gastos foram excluídos desta análise.

2.3 - Dois exemplos de municipalização bem-sucedida no RS

No Estado do Rio Grande do Sul, dois municípios merecem destaque no que se refere ao sucesso da municipalização: Santa Rosa (semiplena) e Porto Alegre (incipiente).

Santa Rosa foi o primeiro município do RS a entrar na modalidade semiplena, juntamente com Panambi, em setembro de 1994. Tem alcançado resultados bastante satisfatórios e é citado como exemplo de sucesso da implantação do Sistema.

O principal indicador da eficácia alcançada com a municipalização é o da mortalidade infantil. Em 1991, Santa Rosa apresentava um índice de mortalidade infantil de 19/1.000 nascidos vivos (igual ao do RS como um todo). Hoje, esse índice caiu para 7/1.000, semelhante ao verificado em países como o Canadá (7/1.000) e EUA (9/1.000).⁶ Tal fato se deve a que o gestor municipal tem ampla possibilidade de atuação, segundo as necessidades apontadas pelo Conselho Municipal, vivenciadas pelos próprios habitantes.

Do ponto de vista do financiamento, há que se ressaltar que a reorganização do sistema implicou a substantiva redução de 20% do número de AIHs utilizadas.

A análise do processo de municipalização em Porto Alegre também é enriquecedora, na medida em que se trata de uma capital de estado. O aporte de recursos necessários ao bom funcionamento do Sistema é significativamente maior, haja vista que é para as capitais que afluem grande número de pessoas e é também ali que se concentra o maior número de equipamentos, tanto estaduais como federais, assim como os de maior complexidade.

Porto Alegre ingressou na municipalização em agosto de 1994, na modalidade incipiente. A complexidade da estrutura de serviços existente na Capital, bem como da demanda a atender, exigia uma municipalização gradativa, na qual, primeiramente, apenas passaram para a gestão municipal os seguintes setores:

- alguns postos de saúde (como o da Ilha da Pintada e o da Ilha dos Marinheiros; o Centro Integrado à Saúde do Trabalhador; e a Pensão Protegida Nova Vida);
- o Setor de Vigilância Sanitária e Epidemiológica (controle da água, de alimentos, de ambientes de trabalho, prevenção de doenças transmissíveis, etc.);

⁶ O Brasil, por sua vez, apresenta uma taxa de mortalidade infantil ainda assustadoramente alta: 44 em cada 1.000 nascidos vivos.

- o controle e a avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e conveniados;
- a gerência do Sistema de Informações de Mortalidade.

Ao longo destes dois anos de gestão incipiente, o Município implantou o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU); o Comitê de Combate à Mortalidade Materna; a estrutura de regulação do SUS com um sistema de triagem de internações hospitalares; o Serviço de Assistência Domiciliar a Pacientes com AIDS, dentre outros.

Da mesma forma que Santa Rosa, Porto Alegre reduziu o número de AIHs utilizadas em 17%, ocasionando uma economia para o Sistema simplesmente a partir do gerenciamento, da avaliação e da fiscalização mais efetivos.

Em agosto de 1996, tendo efetuado os preparativos necessários e tendo chegado ao fim as negociações em torno da divisão de atribuições e recursos, a Capital ingressou na gestão semiplena, como quarto município no RS nessa modalidade.

3 - Considerações finais

Para finalizar, pretende-se, além da retomada de alguns pontos apresentados, tecer considerações acerca de alguns procedimentos indispensáveis ao sucesso do Sistema.

A breve apresentação da situação atual do SUS no Estado permite concluir que o processo de municipalização está, ainda, amadurecendo. Observa-se um baixo índice de municipalização (menos de 50%), com poucos municípios na gestão semiplena. Além disso, paralelamente ao fato de que muitos municípios não estão assumindo a gestão do Sistema, constata-se (até 1994) redução do volume de recursos estaduais despendidos com saúde e da participação percentual desses gastos em relação ao total das despesas da Administração Direta do Estado. Ou seja, se, por um lado, o Setor Saúde tem recebido menos recursos estaduais, por outro, tem encontrado obstáculos, de toda ordem, para ser absorvido a nível municipal.

Contudo, concomitantemente ao incremento do processo de municipalização, há que se disseminar uma cultura que privilegie uma mudança no modelo assistencial, que atue no sentido da prevenção da doença e da

promoção da saúde. Atualmente, com a unificação das esferas federal, estadual e municipal, tem-se privilegiado um modelo assistencial herdado do INAMPS, cuja ênfase está voltada para o aspecto curativo. Deve-se reverter esse quadro, sob pena de assistirmos a um escoamento interminável dos recursos e de uma deterioração do quadro de saúde da população.

Tanto uma atuação preventiva quanto uma atuação curativa devem estar intimamente interligadas ao legítimo gestor local, o Conselho Municipal de Saúde. A possibilidade de uma gestão global do município é fundamental para o sucesso de qualquer plano de saúde. Somente dessa forma se conseguirá evitar o problema das fraudes e da má aplicação dos recursos recorrente no passado. Nesse sentido, há que se criarem mecanismos para estimular a participação e para qualificar os conselheiros, além de garantir que a composição do Conselho seja paritária e efetivamente representativa dos diversos setores sociais.

No âmbito curativo, deve-se buscar proceder a uma regionalização e a uma hierarquização dos serviços. Os pequenos municípios devem ser estimulados a estabelecer consórcios para a prestação de serviços especializados. Assim, cada município, de posse das informações a respeito de suas necessidades e da organização estadual do sistema, saberia para onde encaminhar seus pacientes, evitando definitivamente a “ambulancioterapia”.

No âmbito preventivo, seria muito importante ampliar o Programa de Saúde da Família (PSF), que já se revelou uma alternativa bastante inteligente e eficaz. O conhecimento de uma determinada realidade local e o seu acompanhamento cotidiano permitem atuar de forma preventiva, educativa e integral, com alto índice de resolutividade. O modelo estritamente curativo, ambulatorial-hospitalar, ao contrário, estimula a compartimentalização da saúde e atua somente na doença, cronificando o paciente e sobrecarregando os serviços de emergência das grandes cidades. Entretanto, para o Programa ter êxito, é necessário que esteja organicamente integrado dentro do Plano Municipal e ligado a uma rede maior de atendimento de níveis secundário e terciário.

Quanto ao financiamento do sistema, há que se garantir que os recursos federais sejam repassados de forma regular e automática, com base em valores compatíveis com os custos, e, ao mesmo tempo, garantir, também que o volume de recursos próprios estaduais seja superior ao que vem sendo aplicado nos últimos anos. Com esse propósito, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para 1997 definiu, depois de acirrado debate, que sejam aplicados

10% da receita tributária líquida do Estado na SSMA. Por outro lado, deve-se buscar uma nova modalidade de pagamento que privilegie as ações promotoras de saúde e não a produção de serviços. Além disso, poderiam ser buscadas formas de garantir o reembolso, por parte das empresas privadas, ao sistema público de saúde quando da sua utilização com pacientes segurados privadamente.

Para finalizar, é necessário enfatizar dois pontos. Ainda que a **legislação** brasileira para o sistema de saúde seja descentralizante, com um enfoque de universalização e com ênfase no controle social, pesquisas realizadas em todo o País vêm apontando a ocorrência, em maior ou menor grau, dada a heterogeneidade das regiões, de dois fenômenos.

O primeiro é que está se conformando uma “universalização excludente” (Faveret & Oliveira, 1990), na qual, dada a baixa qualidade dos serviços públicos, seus usuários se restringem basicamente aos setores mais carentes, cujo poder de pressão é quase nulo, o que permite manter a baixa qualidade e conformar um perverso círculo vicioso. Os demais setores da população são empurrados para o subsistema privado, cada vez mais consolidado.

O segundo é que o tipo de descentralização que vem se configurando em alguns espaços, com a ausência da sociedade organizada no planejamento e na gestão das ações e dos serviços, pode estar levando à emergência de uma nova oligarquização da sociedade. Como salienta Peñalva (1987), “(...) en algunas situaciones, otorgar más autonomías a las instituciones locales y regionales puede conducir a que se refuerce un tipo de funcionamiento político controlado por la presión de los intereses de los grupos dominantes locales” (PEÑALVA, 1987, p.22).

Bibliografia

- ARRETCHE, Marta T. S. (1996). Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.11, n. 31.
- ESCOREL, Sarah (1987). **Reviravolta na saúde: origem e orientação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ/ ENSP. (Dissertação de mestrado).

- FAVERET FILHO, P., OLIVEIRA, P. J. de (1990). A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro : IPEA, n.3.
- FELICÍSSIMO, J. R. (1994). A descentralização do estado frente às novas práticas e formas de ação coletiva. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.8, n.2.
- HEIMANN, L. S. *et al.* (1992). **O município e a saúde**. São Paulo : Hucitec.
- MENDES, E. V. (1991). **O consenso do discurso e o dissenso da prática social**: notas sobre a municipalização da saúde no Brasil. (mimeo).
- MENDES, E. V. (1993). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V., org. **Distrito sanitário : o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo : Hucitec.
- MULLER NETO, J. S. (1991). Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em Debate**, São Paulo : CEBES, n.31.
- NOVO pacto federativo, O (1994). Rio de Janeiro : IPEA/IBAM. (Subsídios para a reforma do Estado).
- PENÁLVA, S. (1987). **Descentralización y reforma costitucional**. Fundación Friedrich Ebert.
- RABELO, Mercedes (1992). A implantação do Sistema Único de Saúde: uma realidade? **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, v.19, n.4.
- RABELO, Mercedes (1994). Análise das despesas estaduais no setor saúde, 1980-90. In: FARIA, Luiz Augusto E., coord. **O Estado do Rio Grande do Sul nos anos 80**: subordinação imprevidência e crise. Porto Alegre : FEE.
- SITUAÇÃO da saúde no Rio Grande do Sul (1996). Porto Alegre : SSMA.
- VIANA, A. L. (1994). Federalismo e a política de saúde. In: REDEFINIÇÃO de competência entre as esferas de governo na prestação de serviços públicos na área social. São Paulo : FUNDAP.