

COMUNICAÇÕES

1 RESUMO DE TESE

Autora: Marluce Maria Araújo Assis

Prof. Assistente do Dep. de Saúde

Curso: Mestrado

Instituição: Universidade de São Paulo

Área de Concentração: Enfermagem de Saúde Pública

Título da Dissertação: A Municipalização da Saúde em Feira de Santana -BA: Intenção ou Realidade?

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida

Defesa: 1994

RESUMO — *O objetivo deste trabalho é estudar as transformações ocorridas nas políticas e na organização dos serviços de saúde em Feira de Santana, no processo de Municipalização da Saúde, de 1983 a 1993. Toma por referência teórica a concepção histórico-estrutural permeada pelas categorias analíticas políticas sociais e de saúde. Os dados empíricos foram as falas dos formuladores de políticas de saúde do município, os documentos básicos e o contexto social. A análise constituiu-se do confronto dos dados entre si. A pesquisa demonstrou que o poder local não possibilitou integração das instituições de saúde nos seus vários níveis. Predominam o ideário neoliberal e a prática biomédica, com inúmeras unidades de saúde - públicas e privadas, diferentes comandos e modos de se organizarem. O estudo revelou que a Municipalização vem sendo construída com incipiente participação da sociedade civil organizada, com avanços e recuos, na dependência de governantes que ocupam o poder em determinados momentos da conjuntura. Do ponto de vista burocrático, o município não assinou o convênio de Municipalização e o repasse de recursos financeiros limita-se a convênios de cooperação técnica por serviços prestados. Ainda não existe um bloco de forças e sujeitos sociais que sustentem as suas posições de forma coerente e articulada com a proposta.*

ABSTRACT — *The objective of this paper is to study the transformations that occurred in the politics and in the organization of the health services in Feira de Santana, during the process of Health Municipalization, from 1983 to 1993. It has as theoretical reference the historical-structural conception with analytical, political, social and health categories. The empirical data were the speeches of those who formulated the municipal health politics, basic documentation and the social context. The analysis was established by the confrontation of these data. The investigation showed that the local power did not make possible the*

integration of health institutions at various levels. The neoliberal conception prevails along with biomedical practice, with several health units - public and private, different commands and means of organization. The study revealed that the Municipalization is being built with an incipient participation of the organized civil society, with advances and retreats, depending upon government leaders in several circumstances. From the burocratic point of view the municipality didn't sign the Municipalization agreement and the financial distribution is limited to technical cooperation agreements for the services offered. There still is no block of social subjects and forces that support their stances in an articulated and coherent mode with such proposal.

1 CONSTRUINDO UM OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

1.1 O TEMA EM ESTUDO

Este trabalho é um estudo da conformação da organização dos serviços de saúde de um município específico do Estado da Bahia — Feira de Santana, no processo de implantação da Municipalização da Saúde.

Toma por referência o processo político, social e institucional de reestruturação dos serviços de saúde no Brasil, a partir da década de oitenta, na busca de uma nova ordem social na saúde, fundada na descentralização.

Trata-se, portanto, de um processo não concluído, bastante complexo e contraditório com interesses de natureza diversa, sujeito às realidades locais e às disputas políticas, dentro do aparelho do Estado. A dinâmica das transformações ocorridas é expressa através de uma maior intervenção do Estado na área de saúde, levando em consideração que as políticas sociais são resultantes das relações que, historicamente, se estabeleceram no desenvolvimento das contradições inerentes ao sistema capitalista e das várias disputas e interesses estabelecidos entre os sujeitos sociais, na busca de novas formas de organização dos serviços de saúde.

Do ponto de vista jurídico e discursivo, as articulações rumo à descentralização representam significativos avanços, com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, com o decreto presidencial que criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em junho de 1987. A aprovação do texto constitucional, em outubro de 1988, que tem como lema: “Saúde como direito do cidadão e dever do estado” e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8 080/1990 e 8 142/1990), que assegura a participação social no controle e execução das políticas de saúde, inclusive nos

aspectos econômicos e financeiros. Como também, mostra o compromisso dos governos estaduais e federais com a descentralização, no artigo 16 da Lei 8 080/90 (CARVALHO e SANTOS, 1992).

À direção Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS – compete..., XV – promover a descentralização para as unidades federadas e para os municípios dos serviços de saúde respectivamente, de abrangência estadual e municipal.

A partir desse texto, considero que a descentralização deve ser entendida como um instrumento de “reestruturação do poder”, com transferências de poderes a autoridades eleitas localmente e não somente a transferência de atribuição, sem o correspondente poder decisório. Ou seja, a municipalização implica uma reestruturação ampla na dimensão política, técnica e administrativa do sistema de saúde. Essa reestruturação tem como eixo principal a inversão da relação do nível central (federal) e intermediário (estadual) com o nível local (município), na formulação e implementação de políticas, organização e gestão dos processos de trabalho e a utilização e manejo de recursos humanos, físicos e materiais.

Assim, as transformações no espaço institucional tornam impositiva a municipalização, como um processo descentralizador da saúde, pressupondo o fortalecimento do poder local, tanto do ponto de vista financeiro como institucional, criando as bases para que os governos municipais tenham autonomia para gestão de suas políticas sociais. No entanto, a municipalização só representará avanço em termos de democratização da saúde, se vier acompanhada da ampliação dos espaços de participação popular e controle social, e de um redimensionamento da visão de saúde, rumo a uma concepção positiva, por parte dos trabalhadores de saúde e da população em geral. Do contrário, fortalecer-se-á a hegemonia da indústria da doença.

No sentido de compreender essa realidade, o presente trabalho objetiva *estudar as transformações ocorridas nas políticas de saúde e na organização dos serviços de saúde de Feira de Santana-Ba, no período de 1983-1993, apontando os avanços alcançados e os limites impostos*. Este estudo do processo de Municipalização da saúde de Feira de Santana tem por referência as políticas de saúde, em nível nacional e regional, especificamente através da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Do ponto de vista teórico- conceitual e de experiências concretas, existem vários trabalhos que tratam da temática —“Municipalização” — como parte de um

processo de descentralização política, técnica e administrativa, conferindo ao município a condução da política local de saúde. Os autores que produziram nessa direção, dentre outros, foram: FONTES TEIXEIRA, (1991, 1992); DALLARI (1985;1992); FLEURY TEIXEIRA (1992); MULLER NETO (1992); MENDES, (1992, 1993a, 1993b, 1994); CAMPOS (1989, 1990, 1992a, 1992b, 1992c); PAIM (1988, 1989, 1990).

As questões apontadas por FONTES TEIXEIRA (1991, 1992) sistematizam a base conceitual da municipalização, enquanto processo político- institucional que se passa no interior das instituições que compõem o sistema de saúde.

DALLARI (1985;1992) analisa as condições constitucionais e legais que definem a organização do sistema sanitário brasileiro.

FLEURY TEIXEIRA (1992) e MULLER NETO (1992) sistematizam alguns elementos de discussão acerca da proposta e do processo de municipalização em curso no país e, principalmente, buscam compreender o significado da “municipalização X descentralização” na organização dos serviços de saúde. Analisam, também, a diversidade de entendimento da municipalização pelas forças políticas e os sujeitos sociais envolvidos no campo da saúde.

A abordagem trazida por CAMPOS (1992c) sobre a produção dos serviços de saúde no Brasil coaduna com as idéias de MENDES (1994) que toma por base as relações econômicas, políticas e sociais, tentando considerar a relação da forma privada e pública de produzir serviços de saúde com as políticas dominantes, com a organização do processo de trabalho e com o nível de poder. Estabelece comparações entre os projetos e a prática política dos sujeitos sociais envolvidos no processo, como produtores e como usuários. Considera, também, as várias e distintas formas de modalidades assistenciais, tendo em vista os aspectos socioeconômicos e políticos pertinentes a cada contexto histórico-estrutural específico.

Dentre as experiências concretas com a municipalização, CAMPOS (1992a) e PAIM (1988, 1989 e 1990) mostram os conflitos e dificuldades de gestão do sistema local de saúde (Campinas e Salvador), com proposta de reformas do modelo de prestação de serviços de saúde, da estrutura administrativa, dos mecanismos de gestão e da organização do processo de trabalho.

No plano real, observa-se que o projeto de reforma sanitária enfrenta obstáculos vinculados ao caráter patrimonial e privatizado do Estado brasileiro, à expansão da ideologia neoliberal na administração pública, à resistência de setores organizados, como, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação Médica Brasileira (AMB), entre outros, à desmobilização da sociedade civil organizada e um modelo tecno-assistencial em defesa da doença.

1.2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS:

— **Primeiro Pressuposto:** a Municipalização dos Serviços de Saúde dependeria de uma nova forma de administrar. Seria mudar de uma lógica administrativa centralizadora para uma lógica de distribuição de poder e de recursos no microespaço social — o nível local. Ou seja, *permitir ao município a condução da política local de saúde, sob o comando municipal*, como parte estratégica da democratização da saúde. E as ações de saúde da área privada deveriam ser reguladas pelo setor público.

— **Segundo Pressuposto:** a configuração organizativa dos serviços de saúde leva em consideração que *as relações sociais estabelecidas entre os diferentes interlocutores que produzem os serviços de saúde (sejam serviços públicos ou privados) devem ser compreendidas a partir do reconhecimento de conflitos e interesses diferenciados* entre os sujeitos político-sociais.

— **Terceiro Pressuposto:** a *Municipalização concebida como um processo integrado à descentralização*.

— **Quarto Pressuposto:** a governabilidade ampla do município, enquanto instrumento de poder, só pode ser pensada e entendida a partir de um *modelo assistencial de saúde integrado, hierarquizado, regionalizado e intercomplementar*.

1.3 AS CATEGORIAS DE ANÁLISE

— POLÍTICAS SOCIAIS/POLÍTICAS DE SAÚDE

As categorias de análise obedeceram a uma dupla determinação: a do enfoque teórico-conceitual mais geral e a do plano mais prático, relacionado aos dados empíricos.

Portanto, para estudar a Municipalização da Saúde, como política social, devem-se compreender as relações sociais produzidas e reproduzidas num microespaço social — o município, quanto às representações dos sujeitos sociais que reivindicam, questionam e se articulam no campo dos serviços e das práticas de saúde, constituindo-se forças sociais que, nas arenas decisórias da formação social capitalista, delineiam a forma de organização dos serviços, conforme seus interesses, posições e lugares na estrutura de classes sociais (MERHY, 1992).

Tento mostrar que as determinações sociais não têm somente relação com a estrutura econômica do modo de produção capitalista. Os componentes cultural, político e ideológico devem ser valorizados como conhecimentos inerentes aos sujeitos sociais que são co-partícipes dos processos sociais, inseridos nesta

estrutura.

É nessa direção que aponta a concepção histórico-estrutural gramsciana (GRAMSCI, 1991), a que pretendi me filiar.

1.4 O QUADRO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO

1.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados Entrevistas Semi-estruturadas e Documento

As entrevistas permitiram o aprofundamento qualitativo da investigação, como um processo interativo entre entrevistados e entrevistador, ao vincular as forças sociais concretas, no confronto de representações (idéias e valores), e de normas ou regras de conduta dos sujeitos sociais e do pesquisador, envolvidos com o trabalho, interagindo um com o outro.

O critério de escolha dos entrevistados foi *intencional*, a partir da experiência vivenciada por esses sujeitos sociais do município, em cargos representativos de instâncias governamentais — que estiveram no poder no período de 1983-1993,— instituições prestadoras de serviços privados, entidades de classe e usuários dos serviços de saúde que, em algum momento do período estudado, participaram e/ou participam da organização dos serviços de saúde do município, totalizando 26 (vinte e seis) entrevistados. Considero, portanto, uma *amostra qualitativa* intencional capaz de refletir a totalidade do estudo nas suas múltiplas dimensões.

Os documentos (Doc.) analisados foram em número de 4 (quatro): Projeto das Ações Integradas de Saúde para o Município de Feira de Santana-Ba — 1985 (Doc.1); Plano Estadual de Saúde, SUDS — 1988 (Doc.2); Projeto de Implantação dos Distritos Sanitários em Feira de Santana — 1989 (Doc.3); Plano Municipal de Saúde de Feira de Santana — 1992 (Doc.4). Esses representam a totalidade de projetos e planos inseridos no processo de Municipalização da Saúde do município em foco.

1.4.2 Análise dos Dados

Para melhor compreender os dados da pesquisa e melhor situá-los no conjunto das determinações macrossociais, tomei como base os aspectos da proposta de análise hermenêutica-dialética, sistematizada por MINAYO (1992).

Essa autora enfatiza que a união dessas duas concepções busca “o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico”. (1992:227)

Assim, procurei interpretar um contexto histórico específico, buscando na especificidade histórica e social de suas representações a totalidade social.

Nesse sentido, estabeleci confrontos em diferentes níveis de análise em duas dimensões:

a) confronto entre as falas dos diferentes sujeitos sociais e a sua inserção nas políticas de saúde em geral;

b) confronto entre as falas e os documentos com a conjuntura socioeconômica e política.

2 A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM FEIRA DE SANTANA-BA

Os resultados desta investigação estão contidos nesta parte, que é o corpo central do trabalho e está dividido em três ítems: *a forma de organização dos serviços de saúde; mais uma intenção do que uma realidade; um processo em construção.*

2.1 A FORMA DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As disputas e representações evidenciadas nas falas dos representantes de instâncias governamentais, prestadores de serviço privado e entidades de classe são configuradas através de duas posições diferenciadas:

a) uma posição a favor do neoliberalismo, que também é hegemônica ao nível das relações estruturais concretas, enquanto prática social, divergindo das leis que regem o Sistema Único de Saúde;

b) e outra, um projeto a favor do neoliberalismo e de um “SUS seletivo para pobres”, apoiado na idéia de “focalização” com direcionamento dos gastos sociais, especialmente a saúde, em programas dirigidos aos setores mais pobres da população — “O SUS é uma ótima idéia ... mas nele há muito que ser aperfeiçoado ... eu não acredito que o governo do Brasil tenha condições de absorver uma proposta de beneficiar gratuitamente em termos de saúde 100% da população”.(Grupo I, ent. nº 8).

Tais posições poderiam explicar os motivos pelos quais o Brasil, e em especial Feira de Santana, conseguiu alcançar uma cobertura assistencial

baseada no *universalismo excludente*, compatível com um alto grau de privatização no campo da saúde (do total de 114 instituições de saúde, 68,42% são privadas), ao mesmo tempo, unindo a burocracia estatal através de suas representações e os empresários da saúde em “anéis burocráticos”, (CARDOSO, 1975), justificando-se, também, a relativa facilidade em se aprovar uma legislação que garanta a cobertura universal, adotando um “modelo institucional” (FLEURY TEIXEIRA, 1992), para dar ênfase à ação governamental pública, responsável pela provisão do mínimo essencial para todos os cidadãos, de modo a sustentar a “cidadania universal”. Quando, na prática, demonstra a persistência de mecanismos de privatização do estado.

A posição dos representantes dos usuários difere das outras representações; seria uma terceira posição que coaduna com a proposta da reforma sanitária, evidenciada, também, no Plano Municipal de Saúde de Feira de Santana - 1992 (Doc. 4).

As divergências entre os grupos de representação podem ser entendidas, considerando-se várias razões:

1^a — os vários papéis que esses sujeitos desenvolvem no “cenário” político local, ocupando cargos como profissionais e como militantes partidários ou entidades associativas;

2^a — o modo de ação sobre a realidade concreta está diretamente relacionado à sua prática profissional, aos seus valores e à sua ideologia;

3^a — o “discurso” dos sujeitos sociais nem sempre coincide com sua prática concreta no que diz respeito à atuação democrática, à produção dos serviços de saúde e ao campo das formulações de políticas.

O que se pretende apontar é em que medida o “discurso” dos formuladores de políticas vem contribuindo na definição das políticas de saúde do município de Feira de Santana, em particular a proposta de Descentralização X Municipalização, tendo em vista os elementos que se articulam na estrutura social para a institucionalização de uma dada política social.

Significa que o poder local não alterou o *status* da vinculação das instituições de saúde nos seus vários níveis, mesmo com o processo de descentralização implementado no Brasil, a partir de 1987, como o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), convivendo inúmeras instituições de saúde com diferentes comandos e modos de organizar os serviços de saúde.

O poder estabelecido, também, pelo ideário político partidário, sobrepõe-se aos interesses coletivos e sociais, em nome dos “cargos de confiança”, e desconhecem a importância estratégica de uma melhor articulação, no sentido de viabilizar ações de saúde que alcancem um novo

equilíbrio no plano estrutural dessas instituições.

Na realidade, os dados demonstram que o projeto da Reforma Sanitária não se transformou em um movimento cultural capaz de produzir ações concretas na prática, nem uma vontade cimentada e unificada ideologicamente por todo um bloco social. Ou seja, não se constituiu um “bloco cultural e social”, pensando um pouco como GRAMSCI (1991), que se tornasse a mesma unidade entre teoria e prática, coerentes com os princípios e os problemas que as forças sociais e políticas, defensoras de uma idéia, tentam imprimir na prática social.

2.2 MAIS UMA INTENÇÃO DO QUE UMA REALIDADE!

O título que inicia esta parte da análise dos resultados do trabalho toma o descompasso entre uma proposta teórica, com um arcabouço jurídico que a sustenta e uma prática reveladora de outra concepção ideológica, o que denominei de intenções.

2.2.1 PRIMEIRA INTENÇÃO (as Ações Integradas de Saúde — AIS)

A adesão do Município de Feira de Santana às Ações Integradas de Saúde configurou-se em um movimento que obedeceu a critérios com interesses políticos/clientelísticos imediatos, tendo, como condições favoráveis, um governador de estado com base eleitoral no município, e um governo local representado pela Secretaria de Saúde do Município, que se coloca como interlocutor da “integração institucional”, entre o município e o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), através da Superintendência Regional. Essa situação tem sido possibilitada pela conciliação de interesses pessoais e políticos eleitoreiros, favorecidos naturalmente, por um, “*grande laço de amizade*”. (Grupo I, ent. n.8).

Por outro lado, ocorre, em nível nacional, regional e local, uma integração entre algumas instâncias governamentais, formalizada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, como uma estratégia racionalizadora com vistas a uma política de saúde que contemplasse os anseios do usuário e diminuísse custos.

O município em foco foi o primeiro do Estado da Bahia a assinar o convênio AIS. Houve, portanto, a introdução do planejamento das ações de saúde liderada pela Secretaria Estadual de Saúde, que teve sua primeira versão em 1984,

com reformulação do mesmo em 1985, intitulado “Ações Integradas de Saúde do Município de Feira de Santana” (Doc. 1). Sendo elaborado por uma equipe de técnicos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Administração Central e 2ª Diretoria Regional de Saúde), Instituição de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS (Superintendência Regional da Bahia), Ministério da Saúde (Delegacia Federal de Saúde) e Prefeitura Municipal de Feira de Santana (Secretaria de Desenvolvimento Comunitário — naquele momento recebia essa denominação).

O projeto obedecia a uma “participação interinstitucional”, baseado nas resoluções n. 6/84 e n. 7/84 da Comissão Interministerial de Planejamento CIPLAN, sobre as ações de saúde, de uma certa mobilização dos trabalhadores de saúde e de outros segmentos sociais, para iniciar um processo de reformas no setor saúde, a partir do aparelho institucional. Como, também, discussões ampliadas com participação de sanitaristas inseridos no movimento da reforma sanitária, a possibilidade de participação social organizada, com a criação da primeira Comissão Municipal de Saúde, em 1985.

Ressalto, no entanto, que a integração das ações presente no discurso institucional, não se traduzia em recursos financeiros pautados pelo conceito de integralidade e de ações de cunho coletivo e social. A distribuição dos recursos preservava a dicotomia prevenção X cura, com privilégio da área curativa — médico-hospitalar (98,6% dos recursos do convênio AIS, aplicados na assistência médico-hospitalar e o restante 1,4%, nas demais — desenvolvimento institucional, controle de doenças transmissíveis e doenças redutíveis por saneamento).

O entendimento das AIS como um avanço na proposta de Municipalização, por grande parte dos formuladores de políticas do município, é traduzido na implantação e ampliação de programas para a população de baixa renda, no “atendimento primário seletivo”, na remuneração dos trabalhadores por procedimento executado — configurando a valorização da “produtividade” por ato médico, e o atendimento no esquema de mutirões através de carros volantes.

A forma de “assistir” permaneceu baseada no atendimento paliativo, de queixas momentâneas, em que as consultas são produzidas em função de um problema imediato, o que tem um relativo impacto. O paciente continuou não tendo uma garantia na continuidade da assistência por nível de complexidade, perpassando uma preocupação com o volume de consultas produzidas. Até mesmo porque o financiamento dos serviços se dava a partir de repasses de verbas do INAMPS, baseado na produção de serviços, dentro de tetos estabelecidos de acordo com a capacidade instalada.

No que se refere à contratação de recursos humanos, manteve-se a

intermediação política, entre dominantes e dominados, exercida pelo poder legislativo, através de seus “cabos eleitorais”, sem romper a sobrevivência das relações clientelísticas.

Contudo, o aprofundamento da proposta de Municipalização, enquanto processo histórico-social, exigiria uma reestruturação e uma definição dos papéis desempenhados pelo movimento social organizado, pelos interlocutores do movimento sanitário e pelas concepções que orientam a formação de recursos humanos para o setor saúde.

2.2.2 SEGUNDA INTENÇÃO (a proposta de Distritalização)

A tentativa de reorganização das práticas de saúde, em função de um novo modelo assistencial, manteve-se na instância estadual (entre 1987-1988), através de diretrizes mais gerais da Secretaria de Saúde do Estado (SESAB), como: realização de conferências estaduais de saúde (1987,1988), elaboração de um plano estadual de saúde (Doc. 2), com participação de segmentos da sociedade civil organizada, trabalhadores de saúde e representantes do governo (federal, estadual e municipal), reestruturação administrativa da Secretaria de Saúde, concurso público e plano de cargos e salários para os servidores da Secretaria de Saúde.

Porém, não houve avanços em relação à descentralização administrativa entre as estruturas federal, estadual e municipal. A 2ª Dires, enquanto representante da Secretaria de Saúde do Estado, em Feira de Santana, não assumiu as funções do INAMPS, que era um dos objetivos do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Isso só aconteceu em 1991, com a entrada de um governo conservador que tinha interesse em fortalecer o poder do estado, o que não garantiu, por si só, a reformulação na lógica administrativa e gerencial: apenas se trocou de comandante, sem alterações das relações entre o estado e o município. Manteve-se uma estrutura administrativa centralizadora com baixo impacto nas questões de saúde do município.

Entender a distritalização da saúde, fundamentada nas concepções teóricas de MENDES(1994c), implica um processo social de transformação das práticas de saúde, relacionado às dimensões política, ideológica e técnica.

Por concordar com essa concepção, acredito que a proposta de distritalização no Município de Feira de Santana *morre* antes de *nascer*, por várias razões:

— a SESAB, que liderava o movimento por mudanças nos serviços públi-

cos de saúde, começa a sofrer um grande desgaste no início de 1988, devido a ações contrárias de trabalhadores de saúde que preferiam não abrir mão de seus privilégios, conseguidos durante anos de clientelismo e centralismo autoritário. Reagia-se contra a exigência da carga horária estabelecida e ao controle do desempenho desses trabalhadores;

- lentidão da burocracia estatal na resolução dos problemas mais emergenciais. Até mesmo porque existia uma mobilização muito grande, por parte da população, em função do processo eleitoral (a esperança de democracia se instalava), como uma possibilidade de restringir o poder de pessoas que, durante décadas, exerceram cargos diretivos de forma despótica e fisiologista. O “governo da mudança” não conseguia compatibilizar os quadros dirigentes do governo e facilitava a articulação de forças políticas contrárias ao projeto;

- descompasso entre a política interna da SESAB e a política do governo do Estado. Enquanto a SESAB tentava estruturar o SUDS, com formação de Conselhos e Comissões, para garantir a participação popular organizada, incentivo ao tempo integral do trabalhador, melhoria salarial e recuperação da infra-estrutura nas unidades de saúde, o governo do Estado contém gastos através de decretos, anula contratos de trabalhadores de saúde intempestivamente, sem avaliação das necessidades prementes nos hospitais, centros de saúde e emergências, alegando correções de desmandos dos governos anteriores. Implanta o turno de 6 horas de trabalho na SESAB, descaracterizando a proposta de dedicação exclusiva ao serviço público;

- acentua-se a retaliação do governo federal contra a Bahia, em função das eleições presidenciais. O escritório regional do INAMPS (Salvador) passa a ser comandado por uma nova correlação de forças afinadas com a instância federal e com os empresários da saúde, e, como consequência, o atraso no repasse de verbas do SUDS.

No plano municipal, continuam as resistências ideológicas, dentro da Prefeitura e de grupos inseridos nas estruturas governamentais (federal, estadual e municipal). As organizações comunitárias, sindicais e associativas, por sua vez, continuam desarticuladas e incorporam os mesmos padrões de comportamento da sociedade, justificados por “um pensar pragmático que apresenta a subordinação como única possibilidade de ação conseqüente possível” (CAMPOS, 1992d :84).

O Projeto de Implantação de Distritos Sanitários em Feira de Santana-1989 (Doc.3) não conta com a participação da sociedade civil organizada, sendo realizado por técnicos da Diretoria Regional de Saúde e da Prefeitura. O INAMPS não participou, enquanto estrutura do Estado.

Houve apenas o deslocamento de um técnico, para ser treinado e ocupar um dos cargos de gerente sanitário.

O documento segue a mesma sistemática da proposta das AIS (Doc.1), porém não apresenta dotação orçamentária e o conteúdo é bastante linear e isento de críticas. Sugere a divisão da cidade em dois distritos sanitários — Norte e Sul, tendo como critério a base populacional e o diagnóstico de saúde do município. Todas as instituições públicas deveriam fazer parte da rede de estabelecimentos de saúde, inclusive, as instituições credenciadas com o SUS. Previa-se, também, o sistema de referência e contra-referência, através da regionalização e hierarquização por nível de complexidade.

Porém, as justificativas não são convincentes. O que, talvez, signifique dificuldades de conhecimentos e tecnologias para a sua implantação, aliadas a uma situação de poder fragmentado em função de outros interesses e à apatia das organizações não governamentais.

2.2.3 TERCEIRA INTENÇÃO (a Lei do SUS e a I Conferência Municipal de Saúde)

O reconhecimento legal do poder municipal é endossado, em Feira de Santana, com a criação da Lei orgânica municipal em 1990, que tenta compor o seu próprio modelo assistencial de saúde.

Em maio de 1991, é sancionada a lei n. 1 415 (FEIRA DE SANTANA, 1991), criando o Conselho Municipal de Saúde que, conforme o artigo 1º, é um órgão "... de caráter consultivo, normativo, fiscalizador e deliberativo sobre as ações do município".

O Fundo Municipal de Saúde é instituído e aprovado, logo em seguida, através da Lei n. 1 421, de junho de 1991 (FEIRA DE SANTANA, 1991). Em setembro, desse mesmo ano, é empossado o Conselho Municipal de Saúde (Portaria n. 299) e é realizada a I Conferência Municipal de Saúde.

No entanto, o espaço conquistado pelo Município, como articulador do movimento por mudanças no setor saúde, não veio acompanhado de transferência de recursos financeiros do Estado e da União, e nem ocorreu sequer a "municipalização incipiente", já que a unificação do atendimento na rede de atendimento primário não aconteceu.

Na realidade, o movimento desencadeado a partir de 1991 não conseguiu alterar significativamente os padrões dos serviços de saúde produzidos pelas instituições públicas e privadas.

As pressões da sociedade civil ainda são fragmentadas e pouco represen-

tativas.

Resta, então, a dependência de acordos políticos com o poder central (federal) e o poder intermediário (estado). Os critérios epidemiológicos prevalentes na região, o número de habitantes e a capacidade instalada da rede de serviços passam despercebidos pelas autoridades de saúde. A valorização é dada às negociações clientelistas entre o prefeito, o governador e secretários de Saúde (estadual e municipal). Como o prefeito de Feira de Santana, naquele período, é de partido contrário ao governo do Estado, o convênio de municipalização é bloqueado pela “estratégica” burocracia estatal.

O fortalecimento desses *anéis burocráticos* mantém as decisões na cúpula do poder, articulados com os *cabos eleitorais*, inseridos nas instituições estatais, que têm como lema — *é dando que se recebe*.

Não há interesse na criação de mecanismos formais de participação social, conforme avisa o Grupo III, ent. n. 21 “... até hoje (julho de 1993) não foi formado o Conselho Estadual de Saúde”.

Por outro lado, a formação de Conselhos ou Comissões colegiadas não garantem um planejamento e uma gerência democratizada. A institucionalização da participação social é válida, mas não deve tornar-se uma imposição política ou técnica. A busca da participação consciente ultrapassa os limites burocráticos, e a sua construção é lenta e gradual, principalmente se considerarmos as raízes históricas e culturais de repressão e dominação.

Ao observar as representações institucionais nas esferas governamentais, a ocupação dos cargos tem como ponto básico as alianças firmadas com as forças político-partidárias que ditam as ações na administração — federal, estadual e municipal,— e a formulação das políticas de saúde do município fica na dependência das articulações internas ao espaço local.

Como participante da I Conferência Municipal de Saúde de Feira de Santana, pude presenciar as articulações e posições estratégicas manifestadas nos pequenos grupos, as decisões tomadas na plenária final e o nível de participação das representações governamentais, entidades de classes, associações de bairros e sindicatos, entre outras.

Um dos pontos consensuais foi a defesa da municipalização como um caminho alternativo para mudar a atual lógica do sistema de saúde. Os argumentos mais contundentes das associações de moradores, do movimento de organização comunitária e de entidades sindicais, referiam-se à utilização de serviços públicos de saúde mais próximos do seu *habitat* social (distritos, vilas, povoados e bairros), com garantia de assistência nas instituições públicas e privadas, credenciadas com o SUS, que oferecessem serviços especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico, com suporte tecnológico avançado. Como,

também, a possível facilidade de acesso da população às autoridades sanitárias locais, pela pequena distância geográfica que as separam.

No entanto, o consenso aparente denotava um eco solitário, ao perceber que as decisões políticas não dependiam somente dos grupos sociais organizados e da esfera municipal. Os outros formuladores de políticas, principalmente a esfera estadual e as instituições prestadoras de serviço privado, tiveram uma participação quase nula, se considerarmos os sujeitos políticos encarregados de gerir essas instituições.

Até mesmo porque os interesses desses formuladores de políticas são diferentes das proposições da Reforma Sanitária, apesar de grande parte incorporar o discurso e colocar-se como **agente** e **defensor** de uma política de saúde sob regulação do Estado.

Quanto à evolução quantitativa dos serviços públicos e privados de Feira de Santana, entre 1984 e 1993, evidenciam-se as políticas de saúde liberalizantes. Conforme os Quadros 1 e 2, a seguir.

Quadro 1 - Serviços públicos de Saúde de Feira de Santana, Ba, 1984-1993

Especificação	1984	%	1993	%
Municipal	17	48,57	21	58,33
Estadual	12	34,29	14	38,89
Federal	06	17,14	01	02,78
Total - %	35	100,00	36	100,00

Fonte: Projeto das AIS para o Município de Feira de Santana (1985);
2ª DIRES e Secretaria Municipal de Saúde - julho de 1993.

Quadro 2 - Serviços Privados de Saúde Feira de Santana, Ba, 1984-1985

Especificação	1984	%	1993	%
Lucrativo	33	84,62	72	92,31
Não lucrativo	06	15,38	06	07,69
Total - %	39	100,00	78	100,00

Fonte: Projeto das AIS para o Município de Feira de Santana (1985);
2ª DIRES e Secretaria Municipal de Saúde, julho de 1993.

Separando os dados por esfera governamental, percebe-se que o nível federal diminuiu significativamente a sua capacidade instalada, de 17,14% em 1984, para 2,78% em 1993, do total de instituições públicas do Município. Tal fato se deve à transferência de unidades federais para o nível estadual, em decorrência da nova política adotada pela União com o SUDS, que previa a gestão das unidades assistenciais integrantes da estrutura do INAMPS para estados e municípios.

O nível estadual incorporou, na sua estrutura, uma unidade do INAMPS e construiu um centro de saúde entre 1984 e 1993, com um leve crescimento de 34,29% para 38,89%.

As evidências encontradas no Quadro 1 permitem-me mostrar que o nível municipal foi o que mais cresceu no período, de 48,57% em 1984, para 58,33% em 1993, do total de instituições de saúde do Município.

Na realidade, os serviços de saúde do município foram ampliados somente a partir de 1990. Os registros contidos no Doc. 3 demonstram que a rede municipal mantém as 17 unidades de saúde até 1989, sendo adquiridos no período entre 1983-1988, dois (2) carros volantes para atendimento na periferia e na zona rural.

Ressalto que, durante a década de 80, os serviços municipais de saúde de Feira de Santana não foram ampliados em termos de capacidade física, o que significa dizer que o município não acompanhou a construção do processo de descentralização que vem acontecendo desde 1983, na maioria das cidades brasileiras.

Acredito que esse fato se deve à desmobilização das forças sociais, à falta de “vontade política” dos dirigentes de saúde do município, às divergências político-partidárias entre o governo local e estadual, aliadas aos interesses corporativos dos empresários da saúde que, ao mesmo tempo em que ocupavam cargos de comando no setor saúde do município, dirigiam instituições privadas de sua propriedade. Demonstrando, portanto, coerência em não efetivar a implantação de estratégias que pudessem viabilizar um serviço de saúde universal e igualitário.

Destaco que, apesar de a rede municipal contar com um maior número de instituições de saúde em Feira de Santana, a sua grande maioria — 52,40%, são centros de saúde sediados na zona rural, que “requer atenção específica, seja no sentido de reformas ou ampliações, seja quanto ao reequipamento”, segundo informações no Doc. 4.

Por outro lado, os serviços privados (Quadro 2) predominam no Município, crescendo assustadoramente no período, de 39 instituições em 1984, para 78 instituições em 1993, com um incremento de 100%.

É essa situação concreta que permite a constatação da coexistência de duas concepções diferentes, uma afirmada no discurso e no arcabouço jurídico e a outra manifestada na ação efetiva.

Significa que os grupos sociais ainda não formaram um todo orgânico e articulado e os grupos hegemônicos “tomam emprestado” as idéias dos grupos contra-hegemônicos, na defesa dos seus interesses, como uma expressão contrastante e profunda de natureza histórico-social.

A expansão dos serviços de saúde foi sendo gestada pela intervenção do Estado, enquanto financiador e comprador de serviços, através da contratação de serviços hospitalares, laboratoriais e de consultas médicas realizadas, com uma profunda penetração do capital privado na área de prestação de serviços.

2.3 UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

As possibilidades da Municipalização da Saúde em Feira de Santana apontam para um projeto institucional e burocrático, subordinado ao ideário neoliberal. A reversão dessa perspectiva depende do processo de transformação da estrutura sociopolítica nacional, regional e local e de QUEM (entendido como sujeitos sociais articulados em grupo) vai criar mecanismos de construção de uma prática transformadora. Este trabalho tem como pretensão ajudar nessa construção.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- BAHIA, SECRETARIA DE SAÚDE. *Projeto das Ações Integradas de Saúde para o Município de Feira de Santana*. Feira de Santana. 1985. (mimeo). Documento 1
- BRASIL. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil* 1988. São Paulo. Revista dos Tribunais. 1989.
- _____. Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social/Ministério da Educação e Cultura. Resolução CIPLAN nº 6/84 sobre Ações Integradas de Saúde que aprova o documento “Normas Gerais aplicáveis às Ações Integradas de Saúde. INFORMAÇÕES SAÚDE. Brasília, n.5. p.70-71. 1984.
- _____. Resolução CIPLAN n. 7/84 sobre Ações Integradas de Saúde-orientação para a programação anual e avaliação conjuntas. INFORMAÇÕES SAÚDE. Brasília, n. 5. p.71-72. 1984.
- _____. Ministério da Saúde. *Coletânea de Legislação Básica*. Nova política de financiamento do SUS. Brasília, M.S. 1991.
- CAMPOS, G.W.S. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G.W.S., MERHY, E.E., NUNES, E.D. *Planejamento sem normas*. São Paulo: HUCITEC. 1989. cap.4. p.53-60.
- _____. Um balanço do Processo de Municipalização dos Serviços de Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. n.28. p.24-27, 1990.

- CAMPOS, G.W.S Reflexões sobre a proposta de gestão do Sistema Local de Saúde *Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde*. Brasília. 1992a.v.1, p.39-42.
- _____. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde *Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde*. Brasília. 1992b. v.1, p.109-117.
- _____. *Reforma da Reforma*. Repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC. 1992c.
- _____. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. *Saúde e Sociedade*. v.1, n.2, p.79-96, 1992d.
- CARDOSO, F.H. *Autoritarismo e democratização*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1975.
- CARVALHO, G.I., SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde* (Lei 8 080/90 e Lei 8 142/90). São Paulo. HUCITEC. 1992.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. Brasília. *Anais...* Brasília. Centro de Documentação da Saúde, 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992. Brasília. Relatório Final.
- DALLARI, S.G. Descentralização versus Municipalização. *Saúde em Debate*, n.35, p.39-42, 1992.
- _____. *Municipalização dos serviços de saúde*. São Paulo: Brasiliense. 1985.
- FEIRA DE SANTANA. Lei n. 1 415 de 15 de maio de 1991. Dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde. *Jornal Folha do Norte*. Feira de Santana. 18 mai. 1991. p.4.
- _____. Lei n. 1421 de 17 de junho de 1991. Institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. *Arquivo da Câmara de Vereadores de Feira de Santana*.
- _____. Portaria n. 299 de 11 de setembro de 1991. Nomeia os membros do Conselho Municipal de Saúde. *Gabinete do Prefeito*. Feira de Santana. 11 set. 1991.
- FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde*. Feira de Santana. 1992. (mimeo). Documento 4.
- FLEURY TEIXEIRA, S.M. Descentralização dos Serviços de Saúde. Dimensões Analíticas. *Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde*. Brasília. v.1, p. 27-38, 1992.
- FONTES TEIXEIRA, C. Municipalização da Saúde: Os caminhos do labirinto. *Saúde em Debate*, n.33, p.27-32, jun. 1991.
- _____. Políticas de Saúde no Brasil: Situação Atual e desafios estratégicos. *Saúde em Debate*, n.35, p.4-10, jul. 1992.
- GRAMSCI, A. *Concepção Dialética da História*. Trad. de Carlos Nelson Coutinho. 9 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1991.
- MENDES, E.V. O Consenso do discurso e o dissenso da prática social. Notas sobre a Municipalização de Saúde no Brasil. *Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde*. Brasília. v.1, p.13-16. 1992.
- _____. *A Crônica de uma morte anunciada ou Nascimento, Paixão, Morte e Ressurreição do INAMPS*. Brasília. maio de 1993a.(mimeo).
- _____. Cinco razões para o fim do INAMPS. *Saúde em Debate*. n.39, p. 26-34. 1993b.
- _____. (Org). *Distrito Sanitário*. O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. São Paulo:HUCITEC. 1994.
- MERHY, E.E. *A Saúde Pública como Política*. Um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: HUCITEC, 1992.
- MINAYO, M.C. de. S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC. 1992. 269p.
- MUNICIPALIZAÇÃO das ações e serviços de saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. *Saúde em Debate*. Londrina, n.38, p.4-30, 1993.

- MÜLLER NETO, J.S. Descentralização e Democracia: tópicos de um debate. *Saúde em Debate*, n.33. p.33-9. 1991.
- _____. Políticas de Saúde no Brasil: A descentralização e seus atores. *Cadernos da Nona Conferência Nacional de Saúde*. Brasília. v.1, p.43-59, 1992.
- _____. A democratização da saúde e o SUDS: o caso da Bahia. *Saúde em Debate*, n. 21. p.39-44, 1988.
- _____. Obstáculos não superados na implementação do SUDS-Ba. *Saúde em Debate*, n.28, p.16-21, 1990.
- _____. Nascimento e Paixão de um política de saúde. *Saúde em Debate*, n.27. p.5-11, 1989.
- SAÚDE EM DEBATE. Municipalização da Saúde. Londrina-PR, n.21. jun. 1988.
- _____. *Plano Estadual de Saúde 1988-1991*. Salvador. 1988. Documento 2.
- SEGUNDA DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE. *Projeto de Implantação dos Distritos Sanitários*. Feira de Santana. 1989. (mimeo).Documento 3.