

AValiação DA MUNICIPALIZAÇÃO NO SUDS-SP

Ausonia F. Donato, Elza F Lobo, José da Rocha Carvalheiro,
Luis Márcio Barbos, Luiza Sterman Heimann,
Raul Borges Guimarães, Reinaldo Carmassi,
Umberto C. Pessoto (*)

Apresentação

No sentido de contextualizar este projeto de investigação, faz-se necessário remetre-se ao universo da Ciência e Tecnologia no que tange a Saúde Coletiva.

Iniciemos com uma explicação terminológica referente ao conceito aqui utilizado de investigação. Isto se deve ao fato das ambiguidades semânticas em relação a este conceito. Dir-se-ia mesmo, que a cada novo texto produzido, aquele termo é conferida uma pliridade de significados.

O termo investigação se reserva para o nível mais complexo do processo de produção de conhecimento. Trata-se de um conjunto de procedimentos que analisando informações esclarece um problema, identifica novos problemas, explica a realidade e gera oportunidades de ação. Isto é, informação transformada em conhecimento.

O problema, ao ser apreendido como objeto de investigação, traz em si a satisfação de uma necessidade que é socialmente determinada. Neste projeto, o problema apreendido como objeto de investigação é a Municipalização no SUDS – SP, como estratégia política de descentralização e reorganização dos serviços de saúde.

Por que e para quem a Municipalização no SUDS – SP é um problema?

Diante dessa estratégia de governo claramente colocada pela atual administração do Estado de São Paulo, sentiu-se a necessidade, por parte dos dirigentes da pasta – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, de avaliar este processo uma vez que sua implementação introduziu modificações na organização dos serviços de saúde federais, estaduais, e municipais, e mudanças nas relações político-econômicas do setor.

A avaliação da Municipalização, como estratégia política, não é preocupação exclusiva daqueles que, em função do poder executivo, devem implementá-la. Ela está inserida num contexto mais amplo do movimento social que luta pela democratização do país, que entende para o setor esta estratégia como uma alternativa tática para a implantação do Sistema único de Saúde.

(*) Professores e/ou pesquisadores das seguintes instituições: FCT/UNESP, FMRP/USP, SES – Instituto de Saúde do Estado

Os autores deste projeto de investigação, enquanto pesquisadores da Saúde Coletiva e militantes do movimento sanitário, ao apreenderem a Municipalização como objeto de trabalho, o fazem com o compromisso de identificar macro tendências de sua implantação, compromisso este com a verdade e não com o sucesso da administração.

Marco Teórico e Marco de Referencia

Os fundamentos teóricos foram aprofundados através de atualização e discussões com “experts” das temáticas de Políticas Públicas, Epidemiologia e Organização de Serviços. Exporemos os principais conceitos, por área de conhecimento.

POLÍTICAS PÚBLICAS

O estudo realizado adotou como trajetória metodológica a reconstituição do cenário das políticas públicas em saúde. Enfatizou-se a análise do período correspondente à década de 80, tendo-se como fio condutor a busca metódica e portanto intencional da estratégia de municipalização no contexto das políticas públicas.

Como produto dessa análise destacamos alguns aspectos significativos que possam concretizar nosso objetivo para a 1ª etapa deste trabalho: precisão dos fundamentos teóricos e quadros de referência.

A vasta e competente literatura existente sobre políticas sociais em saúde traz como vertente de análise a relação econômica entre tais políticas e o modelo de desenvolvimento.

Este recorte, no entender dos pesquisadores, já possui um acúmulo de conhecimento que aponta uma real pertinência entre o modelo brasileiro de desenvolvimento e acumulação do capital e a natureza das políticas públicas de saúde.

Com base nesta justificativa, elegeu-se como eixo de análise a relação entre políticas públicas em saúde e natureza do Estado brasileiro.

Tendo-se como parâmetro por um lado as práticas políticas no interior do Estado – período da Ditadura Militar, do Governo Militar e da Nova República – e por outro, setores organizados da sociedade intelectuais da área da Saúde, movimento popular, movimento sanitário, movimento municipalista – apreende-se a estratégia da Municipalização através de concepções diversas, apesar da semelhança dos discursos; a descentralização, a regionalização, a universalização, a democratização.

A concepção gerada no interior do aparelho do Estado entende a Municipalização enquanto um mecanismo de repasse de recursos dos níveis Federal e Estadual, para o Municipal. Ou seja, basicamente como desconcentração de recursos

financeiros. Uma vez que, no plano político, as articulações se dão para a manutenção das forças hegemônicas no interior do aparelho do Estado, como busca de sustentação da oligarquia no poder, a Municipalização torna-se um instrumento de cooptação do poder local.

Quer dizer, reprodução de modelo autocrático e normatizador da sociedade que expressa na sua política social – sa Saúde – o interesse de grupos econômicos, fortalecendo o setor privado da saúde e ofertando atenção diferenciada à população em função do seu poder aquisitivo.

Em contraposição, setores organizados da sociedade concebem a estratégia da Municipalização como processo de construção do Sistema Unico de Saúde. Entendem essa estratégia política como propulsora e possibilitadora da democratização do Estado e, particularmente, do setor público de saúde. A concretização dessa estratégia se dará via reorientação da política social voltada para a saúde da população diferenciada em função dos problemas de saúde, com a garantia do acesso igualitário à essa atenção; do redirecionamento dos investimentos no setor social, exigindo portanto um modelo econômico distributivo e a instauração do poder local através da apropriação do espaço-território – locus onde tensionam-se as forças sociais – e do exercício da cidadania.

EPIDEMIOLOGIA

O que tem a ver a Epidemiologia com a estratégia da Municipalização? Esta sem dúvida deve ser a pergunta feita pelo leitor. Toda política pública do setor saúde objetiva tratar a questão da saúde da população. Ora, isto está claro. Todavia, a saúde da população é objeto de estudo da epidemiologia. Não se trata contudo, como se tem feito, de mitificar este campo de saber e prática, mas de contextualizar o seu uso no interior das políticas públicas de saúde. Com isto queremos dizer que a Epidemiologia tem sido apropriada, de maneira bastante eficaz e eficiente, no interior das políticas públicas em saúde no Brasil, de acordo com o momento histórico do desenvolvimento das forças produtivas no país. Por exemplo, o saneamento dos portos (controle da febre amarela), pressão de interesses de classes na estrutura de poder do Estado (caso da meningite), e outros.

No presente trabalho trataremos de identificar o uso da Epidemiologia na estratégia política da Municipalização dos serviços de saúde.

Analisada com profundidade a ação epidemiológica (“Epidemiologia é o que fazem os epidemiologistas”) nem sempre tem se dirigido de fato a um coletivo tomando como objeto. Frequentemente este coletivo é meramente estratégico para superar a variabilidade biológica individual.

A Epidemiologia contemporânea, ao incorporar o social na determinação do processo saúde-doença, não como atributo dos indivíduos mas como processo e complexo, coletivo, enfrenta questões metodológicas à semelhança de outras

ciências, como a Geografia, na tentativa de incorporação da dinâmica da sociedade nas mudanças espaciais, que apresenta tanto uma dimensão natural quanto histórica.

A concepção epidemiológica estritamente biológica, ou no máximo ecológica, trabalha o social como um conjunto de características individuais, naturalizadas, um social fragmentado e um espacial externo, onde as coisas se dão como num cenário, não assumindo o dinamismo da construção do espaço como processo social.

A epidemiologia, mesmo ao trabalhar com grupos, em grande número de exemplos, está se remetendo ao individual. Embora faça o discurso de estar considerando o grupo como seu objeto, considera-o simplesmente como um conjunto de indivíduos e não como grupo de fato, porque a definição de doença é individual, é biológica: as pessoas adoecem e morrem cada uma por si. Ninguém morre coletivamente.

Este é o dilema da epidemiologia atual. Apreender o social como processo e não mais fragmentado, como somatória de indivíduos, que adere às pessoas como r'oulos – este é pobre, aquele é rico, mora em tal bairro.

Para solucionar o dilema, primeiro, tem-se que pensar o social sem ser fragmentado, naturalizado, biologizado e, segundo trabalhar o espaço não mais como um simples cenário onde as coisas se dão, mas como uma construção de um processo dinâmico. Para isto é necessário superar a questão essencial que é a definição de doença.

Há que se encontrar um caminho para uma definição de doença em outro nível ou, quem sabe, não mais trabalhar só com a doença definida pela clínica – alterações morfo-fisiológicas -, mas sim com a saúde, que contém as diferentes formas de viver, adoecer e morrer dos indivíduos das diferentes classes e frações de classes sociais.

A saúde, como acima concebida, passa a ter um significado como campo de saber e práticas quando materializada por problemas de saúde. Teis problemas também se expressam ao nível do indivíduo e do coletivo.

Na definição e descrição dos problemas de saúde na população, incorpora-se o processo social. Neste plano, não se pode restringir tal processo ao saber médico ou a profissionais que o dominam, deve-se defini-los e descrevê-los multidisciplinarmente, no interior do saber médico a Epidemiologia sendo privilegiada, com e através daqueles que definem os problemas de saúde como seu objeto de trabalho: os trabalhadores dos serviços públicos de saúde a nível local, municipal, estadual e federal, instituições organizadas da sociedade (partidos políticos, associações de classe, etc.), assim como com a própria população que vive e expressa esses problemas.

Tais problemas, além de serem descritos multidisciplinarmente, para terem sua solução precisam ser aprofundados através do estudo de sua estrutura epidemiológica de forma análoga à fisiopatologia em relação à clínica. Há que se recorrer, portanto, a um universo de conhecimentos multidisciplinares – da clínica, da epidemiologia analítica, da psicologia, da sociologia, da geografia e outras – para a apropriação cognitiva do objeto em questão: problemas de saúde da população e suas soluções.

Tomando-se os diferentes projetos políticos para a estratégia da municipalização, anteriormente as ações de saúde: um segue a lógica individual, onde o coletivo é percebido como a somatória de indivíduos, e outro concebe o coletivo é percebido como a somatória de indivíduo, e outro concebe o coletivo com a complexidade do processo social onde cada classe possui mecanismos próprios de se reproduzir socialmente. A sociedade se reproduz como um todo e as classes sociais, as frações de classe se auto-reproduzem: produzem de uma determinada maneira, que induz a um determinado perfil de consumo. O perfil de reprodução das classe se auto-reproduzem: produzem de uma determinada maneira, que induz a um determinado perfil de consumo. O perfil de reprodução das classes sociais é o jeito de se inserirem no processo produtivo, que automaticamente as insere de uma determinada maneira no processo de consumo. Na concepção deste grupo de epidemiologistas, isto traz um dinamismo que confere à classe um perfil de saúde e doença característico.

A apropriação, portanto, dessas diferentes lógicas epidemiológicas, qualificarán o objero da política de Municipalização (saúde da população também de forma distitna. Uma, orientando as ações dos serviços paa o controle, a prevenção, proteção, cura e reabilitação de doenças e doentes definidos biologicamente e a outra orientando as ações dos serviços para a solução dos problemas de saúde socialmente determinados.

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

Ao tematizarmos a organização de saúde identificamos dois pressupostos básicos norteadores de nosso referencial de análise; a percepção da organização de serviço, enquanto resposta social às necessidades de saúde da população, e a busca de racionalidade do setor saúde.

Esses pressupostos são estribados em concepções distintas de organização de serviço que por sua vez expressam diferentemente visões de política e de saúde. Dentro deste raciocinio, uma das concepções de organização segue a lógica de mercado – demanda espontânea, individual, oferta diferenciada segundo padrões de sonsumo, criando, reproduzindo e ampliando as necessidades de serviços – e a outra concepção segue a lógica de solução de problemas. Essa lógica admite atendimento à demanda coletiva e oferta de serviços, segundo as necessidades de saúde da população.

Cada uma dessas visões é embasada em concepções de saúde diferentes; uma, no modelo onde a lógica de mercado é a resposta essencial, a concepção de saúde é conseqüentemente a biológica, a individualizante – a da doença e/ou do doente – e outra, no modelo onde o eixo fundamental é a demanda coletiva, saúde é concebida com um processo socialmente determinado.

Tomando-se a dimensão política na organização dos serviços de saúde configuram-se princípios organizativos que podem até apresentar uma aparente identidade anível de discurso, entretanto, na apropriação do seu real significado, são distintos.

As diferenças se estabelecem em função das diferentes lógicas de organização.

Enfocado o objeto de estudo deste trabalho, a Municipalização, apreendemos os princípios organizativos que seguem; Regionalização, Hierarquização, Integração, Descentralização e Universalização.

Vejamos as interpretações decorrentes das diferentes leituras desses princípios, iniciando-se pelo modelo de demanda e oferta de serviços à indivíduos.

O princípio da Regionalização seque o critério da ocupação do espaço de acordo com a ampliação e reprodução do Capital. Assim, a rede de serviços de saúde se expande de acordo com a necessidade criada de consumo.

A consideração inicial, referente à Hierarquização, é de que existem vários níveis de acumulação e expansão do Capital. Nos locais onde ele está em estágio mais avançado, a necessidade de consumo de serviço de saúde é de complexidade tecnológica maior, também. Desta forma, se estabelecem redes de serviços de complexidades diferenciadas, como ambulatórios de especialidades, hospital, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico viáveis dentro dos diferentes padrões de consumo.

A Integração, neste contexto, visa exclusivamente a adequação dos serviços públicos a esta rede de consumo, buscando uma maior eficácia e eficiência, isto é, não duplicação de serviços e maior atendimento ao público, através da integração interinstitucional (nível federal, estadual e municipal).

A Descentralização é considerada também como medida racionalizadora. Pode ser concebida como sinónimo de Desconcentração; transferência de recursos, técnicas e procedimentos de gestão dos níveis federal e estadual para o Municipal. Isto no sentido de se ter maior agilidade na administração da coisa pública, sem no entanto a descentralização do poder para o nível local.

O princípio da Universalização traz, no seu interior, a necessidade de incorporar, aos padrões de consumo dos serviços de saúde, todos os segmentos da sociedade, ampliando desta forma o mercado consumidor diferenciado segundo

seu poder aquisitivo, incluindo mesmo os segmentos marginais do setor productivo. “Todos os cidadãos têm direito á Saúde”.

Em contraposição, apresentamos a leitura dos principios organizativos sob a luz do modelo de demanda coletiva.

A Regionalização é a definição do menor espaço-território, aqui entendido como produto da dinâmica onde tensionam-se as forças sociais, onde se dará a expressão e solução dos problemas de saúde da população. Nessa concepção, o limite das áreas de abrangência dos sistemas locais de saúde nunca poderá ser rígido mas flexível, de acordo com a dimensão do problema e a capacidade de resposta que os serviços podem, num momento dado, oferecer para a solução do problema a nível individual e coletivo. Assim, a Regionalização é a alternativa táctica para construção do Sistema Único de Saúde.

A Hierarquização é o estabelecimento de uma rede de prestação de serviços de saúde, a nível individual e coletivo, de complexidade tecnológica diferenciada, ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico e terapéutico, para a solução dos problemas de saúde.

A Integração dos serviços é subordinada e não subordinante. O modelo assistencial, apontando para uma atenção integral, é o eixo organizador e não o resultado de um modelo que busca a racionalidade do processo de acumulação.

A Descentralização é real, acompanhando os recursos materiais e financeiros parcelas equivalentes de poder de decisão. A Universalização é sinônimo de acesso igualitário.

Retomando nossos pressupostos básicos norteadores da análise da organização dos serviços de saúde, quais sejam; resposta social às necessidades de saúde da população e busca de racionalidade do setor saúde da população e busca de racionalidade do setor saúde, a sua operacionalidade está estribada na teoria ou teorias do planejamento.

Metodologicamente, na procura de uma coerência interna no nosso referencial de análise, identificamos duas correntes no planejamento capazes de dar suporte às diversas tendências da operacionalização da municipalização – o planejamento normativo e o planejamento estratégico-situacional.

O planejamento, através de técnicas e procedimentos já estabelecidos, busca a transformação de uma situação dada em outra desejada. Para tanto. Exige um conhecimento do que queremos planejar e para que ou para quem estamos planejando. Particularmente no setor saúde, é o entendimento das distintas concepções de saúde (o que queremos planejar) e das distintas concepções de organização de serviços (para que ou para quem estamos planejando) que

determinará a utilização do planejamento normativo ou do planejamento estratégico – situacional como suporte para a estruturação do sistema de saúde.

Quais são os fundamentos que irão diferenciar uma da outra vertente do planejamento?

No planejamento normativo parte-se do princípio que o objeto a ser planejado, no caso a saúde, é reconhecido por um conjunto de variáveis controláveis, com relações causa-efeito conhecidas e também controláveis, e que, para se atingir um novo patamar dessas variáveis, se estabelecem normatizações, adequação de recursos materiais, humanos e financeiros. Assim, o planejamento normativo do setor saúde adota como seu objeto a cura de doentes e/ou controle de doenças reconhecido pela clínica no plano do indivíduo e pela epidemiologia no plano dos indivíduos pois só esta concepção fragmenta o objeto em variáveis controláveis, naturalizadas e biologizadas. No entendimento das relações causa-efeito busca uma racionalidade no plano técnico, político, jurídico-administrativo, reorientando as ações normatizadas, a gestão funcional/burocrática, com direção, organização controle e avaliação centralizadas.

No planejamento estratégico-situacional, parte-se do princípio que o objeto a ser planejado, no caso a saúde, não pode ser reconhecido por um conjunto de variáveis controláveis e sim que o objeto saúde é processual e histórico, compatível com a concepção do processo saúde-doença socialmente determinado. Há que se ter compreensão do processo micro-localizado e suas relações macro estruturais. Nesta conjuntura é que se identificam as possibilidades de mudanças, seus limites e potencialidades, onde também ocorrem a normatização, a adequação de recursos materiais, humanos e financeiros. A racionalidade ocorre no plano técnico, político, jurídico-administrativo, criando coletivamente a normatização, através da gestão participativa com direção, organização, controle e avaliação democráticas.

Referencias Bibliográficas

Almeida, Célia Maria de – Os atalhos da mudança na saúde no Brasil – OPAS/OMS.

Almeida, Márcio José – As leis orgânicas municipais e a saúde. Revista Saúde em Debate no. 24 – março de 1989.

Barrios, Sônia e outros – A construção do espaço – Nobel.

Buck, Carol e outros – El desafio de la Epidemiologia – OPS

Capote Mir, Roberto – El proceso de organización y la regionalización de servicios – OPS – 1987.

Carvalho, José R. – A investigação de necessidade de saúde em relação com a prestação de serviços – mimeo “Taller sobre tendencias de la investigación de servicios de la salud” – México, DF, julho de 1984.

Donnangelo, M.C. e Pereira, L., Saúde e Sociedade – Editora Duas Cidade, 1976.

Faleiros, Vicente de Paula – A Política Social do Estado Capitalista – Cortez Editora.

Gonçalves, Ricardo Bruno M. E outros – Seis Teses para a ação programática em saúde – mimeo – II Congresso da ABRASCO, 1989.

Gonçalves, Ricardo Bruno Mendes – Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo – Tese de Doutorado na área de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina de São Paulo, 1986.

Hirschman, Alberto D. – A Economia e a ciência moral e política – Editora Brasiliense.

Logan R F, Bodadilla J L – Aspectos relevantes de la investigación en salud pública para la toma de decisiones. Salud Pública, Volumen 28 – no. 4, julio-agosto de 1986.

McLachlan, G. – The Planning of Health Services – OMS – 1980.

Oliveira, Jaimes A. – A crise da Previdência e um impacto sobre a política de saúde – Revista Saúde em Debate no. 20.

Peña, Manoel e outros – Enfoque Multidisciplinario de la investigación en Salud en Cuba. Boletín OPS 97 (6), 1984.

Rattner, Henrique – Acumulação de capital, internacionalização da economia e as pequenas e médias empresas – Revista Administração de Empresas – Rio de Janeiro, out./dez., 1984.

Roux, Gustavo I. De – La participación social en los SILOS: analisis de estudios de caso – mimeo – abril de 1989.

Santos, Milton – Novos rumos da geografia brasileira – Hucitec.

Villarreal, Ramón – La epidemiología clínica en la investigación de servicios de salud – Epidemiología Clínica Vol. 119 – no. 7 – julio de 1983.