

POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO E DESDOBRAMENTOS TERRITORIAIS: UMA LEITURA GEOGRÁFICA DA RELAÇÃO PÚBLICO/PRIVADO DA SAÚDE EM SERGIPE

Ana Rocha dos Santos⁸

RESUMO

A política das ações e serviços públicos no Brasil é mediada pelo Estado no contexto dos interesses do sistema do capital. Analisar os desdobramentos territoriais resultantes da política de descentralização é preocupação deste artigo, considerando que tal política produz uma rede de saúde, orientada pelo Banco Mundial que recomenda a inclusão da população menos favorecida no sistema público de saúde ao mesmo tempo em que promove a expansão do setor privado. A análise foi desenvolvida a partir da categoria da totalidade, assim como as determinações e mediações que definem a realidade. Nesta perspectiva, buscou-se o método histórico e processual para perceber o movimento da produção de um Estado que muda para permanecer o mesmo e que, ao adotar políticas de descentralização, produz um espaço desigual. Em Sergipe, o ordenamento territorial resultante da municipalização da saúde se baseia na hierarquização e regionalização dos municípios de acordo com a existência e a complexidade tecnológica dos serviços e equipamentos de saúde. Esse ordenamento envolve uma teia de relações entre o público e privado na medida em que o financiamento na saúde pública é reduzido e as tradicionais relações paternalistas têm promovido a mercantilização da doença e permanência da saúde como moeda de troca.

Palavras chaves: descentralização, território, público/privado

POLITICS OF DECENTRALIZATION AND TERRITORIAL UNFOLDINGS: A GEOGRAPHICAL

⁸ Prof^a Adjunta da Universidade Federal de Sergipe/Campus Prof. Alberto Carvalho/Núcleo de Geografia - ana68@uol.com.br.
Avenida Vereador Olímpio Grande, s/n, Itabaiana-SE



READING ABOUT THE PUBLIC/PRIVATE RELATIONS OF HEALTH IN SERGIPE

ABSTRACT

The politics of the actions and public services in Brazil are mediated by the State in the context of the interests of the capital system. Analyzing the territorial unfoldings resultant of the decentralization politics is concern of this article, considering that such politics produces health networks, guided by the World Bank Group that recommends the inclusion of the less favored population in the public system of health at the same time that promotes the expansion of the private section. The analysis was developed starting from the category of the totality, as well as the determinations and mediations that define the reality. In this perspective, the historical and procedural method was aimed to noticing the movement of the production of a State that changes to stay the same and that, by adopting decentralization politics, produces an unequal space. In Sergipe, the spatial planning resultant of the municipalization of health is based on the hierarchization and regionalization of the municipal districts according to the existence and the technological complexity of the services and equipments of health. Such planning involves a tissue of relations among public and private in so far as the financing in the public health is reduced and the traditional paternalist relations have been promoting the mercantilization of the disease and permanence of health as exchange currency.

Keywords: decentralization, territory, public/private

POLITIQUE DE DÉCENTRALISATION ET DÉVELOPPEMENTS TERRITORIAUX: UNE LECTURE GEOGRAPHIQUE DE LA RELATION PUBLIC/PRIVÉ DE LA SANTÉ DANS SERGIPE

RÉSUMÉ

La politique des actions et des services publics au Brésil est médiée par l'État dans le contexte des intérêts du système du capital. Analyser les développements territoriaux résultants de la politique de décentralisation est une intention de cet article, vu que cette politique produit un réseau de santé, guidé par la Banque Mondiale qui



recommande l'inclusion de la population moins favorisée au système publique de santé au même temps que favorise l'expansion du secteur privé. L'analyse a été élaboré à partir de la catégorie du tout et les déterminations et médiations qui définissent la réalité. Dans cette perspective, la méthode historique et de la procédure a été recherchée pour percevoir le mouvement de la production production d'un État qui change pour rester le même et que en adoptant des politiques de décentralisation produit un espace inégale. Dans Sergipe, l'organisation territoriale résultant de la municipalisation de la santé est basée sur l'hiérarchisation et regionalization des districts municipaux selon l'existence et la complexité technologique des services et équipements de santé. Telle organisation implique une toile de relations entre le public et le privé en ce que le financement dans la santé publique est réduit et les relations paternalistes traditionnelles encouragent la marchandisation de la maladie et la permanence de la santé comme une monnaie d'échange.

Mots-clés: décentralisation, territoire, public/privé

INTRODUÇÃO

A política de descentralização no Brasil se inscreve no momento de crise fiscal, tributária, financeira e de governabilidade, carregando consigo dois aspectos que a tornam singular enquanto estratégia de redimensionamento do tamanho do Estado. Ao mesmo tempo em que faz parte dos anseios de movimentos sociais por democratização e gestão participativa, é também uma estratégia recomendada pelos organismos multilaterais, notadamente, o Banco Mundial que a associa ao desenvolvimento local e melhor utilização do potencial existente nos territórios.

Na saúde, descentralizar as ações, os serviços e sua gestão é ao mesmo tempo influir sobre as relações entre os três entes federados (municípios, estados e União), assim como promover um ordenamento territorial, pois uma nova ordem é estabelecida com o planejamento que pretende organizar o território e imprimir uma racionalidade espacial nas/das ações do Estado. Na Constituição de 1988, o direito à saúde foi estendido aos que não contribuíam de maneira previdenciária e também foi ampliado o conceito de saúde

que passou a ser considerada como resultado de políticas sociais e econômicas. A partir deste momento foram formuladas e aprovadas leis que trouxeram em seus textos princípios, definição de responsabilidade e de financiamento, gestão dos serviços e ações de saúde que impuseram mudanças sócio-espaciais.

Entre as leis reguladoras do Sistema Único de Saúde (SUS) estão a Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e a LOS (LOS) 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Ambas são desdobramentos da Constituição de 1988 e asseguram legal e institucionalmente um novo modelo organizacional da saúde, no qual as ações e os serviços deste setor passaram a constituir o SUS.

A Constituição de 1988 define que o SUS integra uma rede regionalizada e hierarquizada. Na LOS 8080/90, a regionalização e a hierarquização são o pressuposto da descentralização ao mesmo tempo em que define os conceitos e formas organizativas do SUS. A regionalização e a hierarquização são definidas como distribuição espacial de serviços de saúde, de qualquer nível de complexidade com o objetivo de oferecer ao cidadão os serviços e ações de saúde. O princípio balizador é colocar o responsável pela ação perto do fato, o que implica em desdobramentos espaciais e produz uma organização do espaço que dá ênfase a escala local.

Analisar os desdobramentos territoriais resultantes da política de descentralização e a conseqüente municipalização da saúde é a preocupação deste artigo, cuja metodologia partiu da interpretação da realidade estudada. Para a necessária interpretação se fez uso da pesquisa qualitativa e de técnicas que contribuíram para a elucidação da complexa relação entre o público e o privado, assim como do tratamento da saúde enquanto uma moeda de troca que alimenta o paternalismo e a mercantilização da saúde. Para tanto, foi buscado no método dialético, a categoria da totalidade a fim de analisar as contradições de uma política apresentada como emancipadora e includente, mas que representa o favorecimento do setor privado. Foi desenvolvida pesquisa de campo no estado de Sergipe com os diferentes sujeitos sociais (representantes do governo estadual e municipal, conselheiros de saúde, usuários do setor privado e público



e funcionários da área de saúde). Durante a pesquisa de campo, a entrevista foi o principal instrumento de coleta de informações com o propósito de perceber os diferentes discursos dos entrevistados.

A estrutura do artigo foi montada a partir de três eixos explicativos. Inicialmente se fez uma análise da política de descentralização sob a ótica do desenvolvimento local. Em seguida, os desdobramentos territoriais resultantes das orientações do Banco Mundial e da municipalização da saúde foram considerados em sua relação entre a escala global e local. Por último, a rede de saúde foi discutida a partir de uma lógica de economia de escala que garante a reprodução das relações paternalistas e o favorecimento do setor privado em detrimento do público.

DESCENTRALIZAÇÃO E (DES) ENVOLVIMENTO LOCAL

O processo de descentralização brasileiro se insere numa política mais ampla de promover o desenvolvimento a partir da escala local (o município ou unidades territorialmente menores). Usualmente o termo desenvolvimento esteve sempre associado a crescimento econômico e hoje há uma tentativa de recuperar um sentido mais qualitativo, aproximando-o a desenvolvimento humano e inclusão social. O desenvolvimento local cumpriria o papel de atribuição qualitativa incorporada à idéia de desenvolvimento no sentido de satisfazer os requisitos de bem-estar e qualidade de vida. No entanto, Oliveira (2001) considera que tal associação não é suficiente porque lhe faltam algumas dimensões decisivas: a que segue a trilha do conceito de subdesenvolvimento (o não-desenvolvimento local é um subdesenvolvimento, no sentido de que ele é periferia do capitalismo), outra dimensão diz respeito à cidadania. Em relação ao subdesenvolvimento, o desenvolvimento local não será um elo na cadeia de desenvolvimento total ou ainda, se não for concebido como alternativa ao que está posto, reproduzirá a forma estrutural dominante. No que se refere à cidadania, Oliveira (ibid., p.12) afirma que “a noção de desenvolvimento local, como qualidade, ou ancora na cidadania, ou então será apenas sinônimo de uma certa acumulação de bem-estar e qualidade de vida em âmbitos mais restritos”.

A insuficiência da correspondência entre o desenvolvimento local e desenvolvimento humano salientada pelo autor antecipa o teor político-ideológico que o conceito envolve. Até que ponto na sociedade do capital pode o local, tornado território de ação, se constituir em uma revanche e responder positivamente à crise global do capitalismo financeiro? É nesse contexto que o desenvolvimento local deve ser analisado na medida em que é colocado como uma resposta à crise estrutural do capitalismo como proposta de um novo ordenamento nas/das relações entre o global e o local.

O desenvolvimento local no Brasil tem se realizado pela política de descentralização, elegendo os municípios como o ente federado capaz de dar respostas aos problemas de gestão e aguda crise fiscal, econômica e financeira a que o país está imerso. A eficácia advogada de tal política não se daria sem também veicular que o poder decisório está nas mãos do cidadão através dos canais legítimos de participação (assembléias, conselhos, comitês, conferências).

O enfrentamento posto para os municípios e as experiências exitosas de governos municipais são considerados por Bava na obra *Desenvolvimento local: uma alternativa para a crise social?* como uma demonstração de que “a questão do desenvolvimento, vista de uma nova forma, não é de domínio exclusivo do governo central nem está determinada por uma lógica nacional que desconhece as oportunidades locais e neutraliza a ação social” (1996, p. 57).

O desenvolvimento local surge, então, atrelado à autonomia, a processos de emancipação dos lugares, à melhor gestão do Estado diante da crise fiscal, econômica anunciada desde os anos 80 quando o Estado brasileiro teve seu padrão de crescimento econômico interno esgotado tanto pela redução dos empréstimos internacionais como pela amplitude da dívida pública que solapou a economia do país. Mudar a estratégia de desenvolvimento se apresentou como uma condição para o Brasil adaptar-se às imposições dos mercados financeiros que buscam estabelecer relações diretas com os locais, tornados territórios de apropriação do capital. Esses territórios apresentam desde o caráter econômico, como no caso dos arranjos produtivos locais aos de caráter mais social, nos quais a sociedade civil é chamada através de conselhos, conferências e outras instâncias participativas para priorizar ou decidir sobre necessidades básicas do ser humano.



Apesar de toda uma produção ideológica de um consenso sobre a roupagem democrática e participativa que envolve a descentralização no Brasil pós Constituição de 1988, as práticas sociais têm revelado que “há falta de correspondência entre o discurso presente nos projetos que são elaborados para o local e as práticas espaciais desenvolvidas” (LISBOA, 2007, p.149).

Montenegro Gómez (2006) também apontou os limites da escala local quando estudou os Territórios Rurais. Sobre este aspecto ele afirma que

a escala local, mesmo a escala dos Territórios Rurais que se pensa fortemente articulada com as outras escalas, é uma escala muito limitada, para empreender mudanças estruturais de abrangência nacional e com ênfase na população explorada, excluída e expropriada. Além da fragmentação que cria, esbarra na distorção que existe entre os objetivos que pretende e o poder que tem. Em muitos casos, a competência administrativa para realizar uma ação, numa escala, está nas mãos de um órgão sediado em uma outra escala (ibid., p. 277).

Pelo exposto, os problemas que são gerados em outra escala, a nacional e/ou global passam a ser de responsabilidade do local, a exemplo da política de alívio da pobreza, orientada pelo FMI e Banco Mundial. As orientações são para que sejam adotadas estratégias de reuniões e cúpulas mundiais (a Rio 92 é emblemática como exemplo) para debater temas como a população, direitos da mulher e desenvolvimento social. Nesses encontros são discutidas experiências pontuais e localizadas empreendidas por governos locais para o enfrentamento dos problemas de exclusão social e pobreza. Mas, o debate sobre as causas geradoras de tais problemas é evitado, assim como aos governos nacionais não são atribuídas responsabilidades por políticas geradoras da pobreza.

Os discursos de alívio da pobreza e de desenvolvimento local estão embutidos na proposta de sustentabilidade que segundo Conceição (2004, p. 87)

está diretamente relacionada às políticas governamentais locais em sintonia com a política neoliberal, na especificidade do governo norte-americano, que estabelece o que e como produzir. Seus objetivos não se limitam à satisfação e necessidade da população como um todo enquanto condição de uso, mas à determinação do atendimento ao Programa do BIRD sob o controle das instituições financeiras, o FMI e o Banco Mundial.

Ao considerarmos a leitura geográfica da política de desenvolvimento que elege ora a escala nacional, ora se volta para as políticas mais localizadas perceber-se-á que

o capital produz escalas espaciais distintas (espaços absolutos) dentro dos quais o impulso para igualização está concentrado. Mas só pode ser realizado por aguda diferenciação e por contínua rediferenciação do espaço relativo, tanto entre as escalas quanto dentro delas. As escalas por si mesmas não são fixas, mas se desenvolvem (aumentando suas angústias e problemas correlatos) dentro do desenvolvimento do próprio capital (SMITH, 1988, p. 211).

Desse modo, mais do que elaborar uma política de redefinição da ação dos entes federados, o que se elegeu na política de descentralização e de fortalecimento dos espaços locais (os municípios) não foi somente uma resposta à crise fiscal de governos centralizados ou a problemas de governabilidade. Tratou-se de buscar nos municípios as condições necessárias para que o capital continue a se reproduzir num novo contexto político-econômico-financeiro em que a intencional perda da centralidade dos estados nacionais é acompanhada pelo despertar da capacidade empreendedora de cidades/locais, donde formas precarizadas de trabalho são ressignificadas, aparecendo sob manto ideológico da inovação e de valorização da identidade local.



Na agenda dos governos brasileiros, a promoção do desenvolvimento via planejamento localizado territorialmente é defendida pela possibilidade de uma maior flexibilidade, adaptabilidade e capacidade de atender as demandas e ofertas de um mundo cada vez mais interconectado. A receita para solucionar os problemas de crise econômica e fiscal é estabelecer o elo entre desenvolvimento, poder local e gestão participativa através de um novo papel atribuído às políticas públicas.

Em todos os setores de ação estatal são elaborados programas e projetos que potencializam os atores e o planejamento locais. No cenário político-administrativo aparecem expressões como orçamento participativo, governança, empreendedorismo, arranjos produtivos locais, entre outros que apregoam a autonomia dos lugares e participação da sociedade na tomada das decisões sobre a sua gestão.

O local é revalorizado por ser o território da vivência, das interações, dos conflitos e interesses diversos, representando a materialidade do cotidiano, onde se concretizam as relações sociais e de poder. O local guarda a dimensão da ação que pode ser no município ou numa parte dele. Para efeito da condução da política de saúde, o município assume, portanto, um papel central, especificamente através do processo de municipalização do SUS.

NORMATIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE: O LOCAL NA REALIZAÇÃO DO GLOBAL

A municipalização da saúde no Brasil teve na promulgação da Constituição de 1988 seu marco institucional e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) sua implementação. Estas leis definiram a garantia do direito à saúde e estabeleceram um novo modelo organizacional, no qual as ações e serviços de saúde passaram a constituir o Sistema Único de Saúde (SUS). Para dar seqüência e operar as transformações previstas na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas de Saúde foram publicadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs 91, 93, 96), as Normas Operacionais Básicas da Assistência NOAS (2001 e 2002) e mais recentemente, o Pacto pela Saúde 2006. As Normas Operacionais Básicas (NOBs) estabeleceram princípios, entre os quais está a “autonomia municipal” e a eleição do município como a escala de referência para as ações de saúde. Com a

edição das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), a região ganhou dimensão de escala de operação, mas o município continuou sendo o responsável pela saúde do cidadão. No atual Pacto pela Saúde 2006, são os municípios que afirmam os compromissos que pretendem assumir, de acordo com sua diversidade operativa na atenção à saúde.

A análise desses instrumentos normativos permite considerar que desde a primeira Norma Operacional Básica (NOB 91) até o atual Pacto pela Saúde 2006, a política do SUS vem produzindo uma espacialização que reflete as tentativas do Estado em dar ares de democracia ao modelo proposto. Uma opção política de atuar em uma escala de poder (a local) que leve em conta as possibilidades e as condições materiais dos atores individuais e coletivos, prometendo estabilidade e melhor gestão. No entanto, os problemas resultantes da prática no dia a dia da saúde mostram a (in) capacidade que os gestores têm de dispensar os recursos e abrir mão do poder que a lida com o específico da saúde proporciona.

A descentralização como eixo estruturante da política de saúde adotada através de normas se constitui em estratégias de superação dos conflitos e contradições inerentes às relações inter/intragovernamentais de um federalismo no qual os entes federados mais concorrem do que cooperam entre si. A gestão da saúde se constitui numa gestão do espaço como uma política que “se ve sometida, se quiera o no, a la exigencias de la descentralización, o, mejor dicho, al profundo conflicto existente entre los imperativos de la centralización estatal y las exigencias concretas de la descentralización. És que el espacio es política!” (LEFEBVRE, 1976, p. 59)

O número elevado de normas e portarias publicadas, com diferentes níveis de detalhes e exigências revela a intenção de resolver pontos de estrangulamentos provocados pela edição de cada uma das Normas Operacionais, mas na essência representam o controle social imposto pelo Estado. Embora sejam apresentadas como inovações e resolutivas, as NOBs e NOAS apresentam um *continuum* (LEVCOVITZ et al, 2001; VIANA, 2001) pelo qual são propostos avanços na NOB imediatamente anterior. Assim é que desde a primeira NOB (a de 91) até o Pacto pela Saúde 2006 os recursos são centralizados na União, liberados de acordo com os programas de Atenção Básica desenvolvidos pelos municípios.



A importância atribuída ao município como estratégia de gestão e de instituir que o mesmo se fortaleça com a formação de regiões de saúde e de pactos entre os governos municipais e estaduais fazem parte do conjunto das injunções dos organismos multilaterais que prescrevem um elo racional padronizador. Entre esses, se destaca o Banco Mundial como o principal veículo de promoção do desenvolvimento local e eliminação da pobreza nos países periféricos.

O Banco Mundial tem mudado de estratégia de atuação desde os anos 90 quando a imagem positiva desta instituição sofreu abalos na sua reputação. Nos anos 80 as recomendações eram para redução dos orçamentos sociais, privatização das empresas estatais, entre outras, logo criticadas nos países periféricos por implicar em perdas sociais. Uma crise de legitimidade se instalou e para recuperá-la o Banco Mundial mudou o foco de ação, passando a incorporar em suas políticas “as necessidades” e potencialidades dos diferentes locais.

Conforme Rizzotto (2000), nos anos 90 o Brasil expandiu o volume de empréstimos junto ao Banco Mundial, destacando-se o setor saúde por estar intimamente ligado à questão da pobreza e por representar um mercado promissor para o investimento privado. A emergência da AIDS e outras doenças transmissíveis também contribuíram para a saúde se tornar relevante na ampliação dos empréstimos, na medida em que a AIDS passou a ser tratada como uma questão de segurança nacional. A partir deste momento, o Banco Mundial realizou vários estudos sobre a saúde no Brasil com o objetivo de contribuir para o aprofundamento sobre este setor e apontar sugestões que pudessem enfrentar a dificuldade de descentralizar, democratizar e reduzir déficits fiscais diante do que fora legalmente instituído pela Constituição de 1988.

Rizzotto analisa dois documentos⁹ elaborados pelo Banco Mundial e salienta que o núcleo temático desses documentos

constitui-se numa avaliação genérica do Sistema de Saúde brasileiro, com ênfase nos aspectos da

⁹ Os documentos analisados foram *Brasil: novo desafio à saúde do adulto e A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*



relação custo-benefício dos serviços e na defesa da necessidade de reformas apresentadas como fundamentais para ampliar a assistência à saúde dos mais pobres, em realidade contribui com a tendência de anular ou reduzir os direitos de saúde conquistados pela sociedade brasileira e consagrados na Constituição de 1988 (2000, p. 154)

As diretrizes do Banco Mundial para o setor saúde têm sido conduzidas para a redução dos investimentos públicos no campo da assistência e atenção médica; focalização dos serviços públicos; ênfase nas ações preventivas; utilização de recursos públicos em programas que representam bens públicos; estabelecimento de prioridades a partir da equação custo/benefício; introdução de reformas institucionais e no sistema de financiamento do setor saúde que incluiria a descentralização com dotação de recursos prioritariamente para os pobres; mobilização de recursos privados.

Em um relatório mais recente publicado pelo Banco Mundial *Governança no Sistema Único de Saúde brasileiro: fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão dos recursos*, publicado em 2007, as recomendações para o Brasil enfatizam a melhoria da capacidade de gestão com o fim de aprimorar a governança e o uso de recursos públicos de maneira otimizada.

Os principais problemas apresentados no referido relatório estão ligados a causas estruturais, especificamente voltadas para gestão, organização e orçamento do SUS. Os desafios a serem enfrentados dizem respeito à ineficiência e baixa qualidade dos serviços, comprometidos pela fragilidade de governança (falta de incentivos e *accountability*). A questão posta pelo Banco Mundial para o Brasil é garantir que os serviços sejam viáveis financeiramente e que tenham boa qualidade, o que é colocado como oneroso pelos governos brasileiros na medida em que os custos com a atenção à saúde só aumentam. Conforme o relatório “as autoridades financeiras estão cada vez mais preocupadas com o aumento dos custos da atenção à saúde, que já representam cerca de 11 por cento dos gastos públicos” (ibid., p. 1).

Um sistema de saúde apontado como ineficiente e comprometedor do PIB exige um tratamento das suas iniquidades, ou



seja, de acordo com as orientações do Banco Mundial, a governança não deve tratar igualmente os que têm bom e mau desempenho. Aqueles com mau desempenho devem sofrer sanções, enquanto os bons devem ser valorizados a fim de promover qualidade e impacto.

Para sanar os problemas, o Banco Mundial recomenda seis ações corretivas nas quais a gestão está voltada para os resultados: a autonomia organizacional, fortalecimento da capacidade gerencial, contratos de gestão, simplificação de repasses federais, monitoramento e avaliação de impacto e alinhamento de processos de planejamento, orçamento. De acordo com o relatório do Banco Mundial, estas ações tomadas isoladamente não surtirão resultado positivo, mas juntas poderão ser alavancas poderosas para o aprimoramento do SUS. São, portanto, as “saídas” administrativas assentadas numa descentralização que delega a responsabilidade ao local (seja o município, seja a unidade de saúde). Segundo as recomendações do Banco Mundial, a descentralização poderia

Transformar unidades de saúde e/ou órgãos regionais em unidades orçamentárias, dotadas de seu próprio orçamento. As unidades menores poderiam ser unidades de despesa ou unidade de gestão, com níveis menores de autoridade e autonomia do que as unidades orçamentárias, embora com autoridade e autonomia suficiente para gerenciar boa parte de seus recursos materiais e todas as informações financeiras relevantes. A identificação exata das responsabilidades a serem delegadas deveria ser determinada com base em um estudo diagnóstico específico, levando em consideração economias de escala com compras, sua viabilidade diante das condições concretas locais e outros fatores que poderiam aumentar gastos ou limitar as vantagens do poder executivo descentralizado (ibid., 2007, p. 79).

Pelo exposto, a indicação do Banco Mundial aprofunda uma orientação que vem sendo implementada desde o início dos anos 90 quando o ideário neoliberal se instalou no Brasil, sob as prerrogativas



do ajuste econômico receitado segundo as diretrizes do Consenso de Washington. As medidas econômicas vão influir sobre a agenda de saúde, expressando nela as contradições da política mais geral. Por isso, os princípios doutrinários de universalidade e equidade assim como o financiamento da saúde são postos nas diversas normas operacionais editadas, mas não passam de um tratamento da gestão como um problema técnico que se resolve através de portarias. Assim, as NOBs são o produto da necessidade de um processo político que viabiliza a organização do sistema de saúde garantidor dessa reforma do Estado que parte do princípio da sua suposta incompetência em prestar bens e serviços. Daí a transferência de funções para unidades territorialmente menores, mas com a disponibilização de recursos para o desempenho dessas funções em ritmo diverso do repasse das obrigações. Além disso, a reforma do Estado produziu um boicote sistemático à implantação e consolidação do SUS através de vetos aos artigos da Lei Orgânica de Saúde 8080/90 no que diz respeito à participação da sociedade, à transferência de recursos e ao financiamento.

A discussão realizada por Levcovitz et al (2001) considera a relação público-privado e as fontes de financiamento como limitações estruturais da política de saúde (SUS). Esses autores analisam que

permanecem como problemas estruturais, questões inerentes ao próprio federalismo brasileiro, altamente competitivo e predatório e marcado por profundas desigualdades socioeconômicas e territoriais, de difícil enfrentamento e até então não resolvidos pelos instrumentos próprios da política de saúde construídos até o momento e preconizados pelas NOBs (ibid., p.59).

As críticas feitas ao jeito NOB de fazer a política de saúde apresentam a fragilidade destes instrumentos operacionais na condução de uma política de saúde permeada por uma a complexa cadeia de interesses no jogo de poder político, ao mesmo tempo em que desconsidera os condicionamentos impingidos pela política econômica.



As medidas restritivas impostas à saúde são concretizadas na medida em que “a proposta política do Estado é encolher-se ao nível mínimo, deixando em mãos privadas, filantrópicas ou voluntárias, às quais faz apelos constantes e incisivos de participação e parceria, atividades concernentes ao setor social secularmente definidas como funções públicas essenciais” (LUZ, 2000, s/p). Dessa maneira, a publicação dos instrumentos legais de operacionalização da política de saúde (SUS) não confronta a lógica da economia e política mundiais.

Para Baptista (2007), as portarias se constituem em valioso instrumento de poder e reforça o papel concentrador do Executivo federal que tanto validam como desfazem os pactos estabelecidos em leis ou em outras portarias. Conforme esta autora,

o argumento técnico mascara uma opção política dos governos na definição das diretrizes políticas para a saúde, como no caso do financiamento em que não se discute de forma transparente os critérios para a definição dos valores de tabelas e procedimentos, e a definição de tetos e incentivos financeiros (ibid., p. 625)

O que se tem, portanto, é um acordo implícito entre os três entes federados para uma contínua revisão de regras de regulamentação da assistência à saúde, sem, contudo, oferecer entraves para a perda de recursos e de poder. Os arranjos institucionais resultantes das relações entre os três entes federados envolvem uma teia de poder que produz uma materialidade expressa numa desigual distribuição e acesso aos serviços de saúde, definindo um território de uso do poder privado e da manutenção das relações patrimonialistas/clientelistas do poder público. Não obstante a municipalização aparecer como princípio legítimo de governabilidade, recuperação da democracia, autonomia e resposta aos desafios impostos pela crise fiscal e esgotamento do Estado nacional-desenvolvimentista, engendra as condições para a territorialização do capital na medida em que os municípios se encontram estrangulados diante da dívida interna e externa e dos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Social (LRS).

Nestas circunstâncias, o capital ao se apropriar de diferentes espaços, cria o território da saúde que se distingue por usos tanto de uma clientela cujo poder aquisitivo garante a existência dos planos e seguros privados, como pela fragilidade do setor público, amplia seu poder sobre as camadas mais populares, oferecendo planos com cobertura assistencial limitada. Ainda há o comércio da saúde/doença em que o “cliente” (o pobre desassistido e necessitado de tratamento) compra o serviço no balcão de uma clínica, consumando desta maneira a mercantilização da saúde. A mercadoria saúde é inclusive comprada pelo poder público, principal comprador nessa relação mercantil.

Pelo exposto, se observa espacialmente que a localização/distribuição dos serviços de saúde corresponde a uma seletividade do seu consumo, daí porque o valor tanto do indivíduo quanto do serviço depende do lugar onde ele está. Nesse sentido, os serviços e ações de saúde se distribuem desigualmente pelo território, constituindo o que Santos e Silveira (2001) denominaram de “espaços luminosos” para a elite e os “espaços opacos” para a maioria da população. Os espaços luminosos seriam o de maior densidade técnica e informacional e atrativos para os grupos hegemônicos como empresas farmacêuticas e grupos de saúde. Os espaços opacos dizem respeito àqueles que não contam com infra-estrutura de ponta e sua concreção se dá pela existência de centros e unidades de saúde, de baixa capacidade resolutiva.

A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE EM SERGIPE

Os municípios sergipanos iniciaram o processo de municipalização a partir de 1993, na gestão incipiente. Neópolis, Nossa Senhora do Socorro, Campo do Brito, Boquim e Indiaroba foram os primeiros municípios a se habilitar de acordo com a NOB 93, conforme pode ser visualizado na figura 1. Até o ano de 1998, as habilitações foram lentas não só em Sergipe como no Brasil, explicadas pela falta da implementação dos incentivos financeiros previstos. Santos (1999) afirma que a partir de 1993 se inicia a transferência do gerenciamento da rede básica de saúde para os municípios em Sergipe e que até 1997 somente 24 das 75 unidades administrativas (ver figura 1) estavam municipalizadas com uma forte



resistência do estado para não perder o controle e o poder sobre as unidades de saúde.

Somente quando os municípios passaram a receber o PAB¹⁰ (Piso de Atenção Básica) e o montante de recursos oriundos da participação em programas como o PSF (Programa de Saúde da Família) e o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) é que o processo de municipalização acelerou em Sergipe a partir de 1998 (ver figura 1). Para a rápida adesão à municipalização foi decisiva a vinculação do recurso financeiro à condição de habilitação o que deixou os municípios dependentes da União para desenvolver programas e ações de saúde.

De acordo com Santos A. (1999), o governo estadual de Sergipe se interessou pela municipalização quando as normas do Ministério da Saúde atrelaram o repasse de recursos para o estado desde que tivesse 60% dos municípios habilitados pela NOB 96 ou 40% dos municípios habilitados, desde que nestes residissem 60% da população. A partir daí se iniciou a transferência das unidades de saúde para os municípios, numa situação de sucateamento e esvaziamento de pessoal técnico, principalmente em Aracaju. Uma estratégia de obstaculizar a autonomia dos municípios e garantir pela imagem negativa dos gestores municipais que os mesmos eram incapazes de assumir tal responsabilidade (um tratamento da coisa pública como um interesse privado).

Com a edição das NOAS 2002, em Sergipe os municípios procuraram se adequar às novas exigências normativas e procuraram se habilitar nas duas modalidades definidas. Dos 75 municípios do estado, 70 estão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e 5 na Gestão Plena do Sistema Municipal: Aracaju, Lagarto, Estância, Itabaiana e Nossa Senhora do Socorro (ver figura 2). Isso significa que na rede de saúde do estado, a Atenção Básica representa o principal eixo estruturante, com uma oferta de serviços e ações que devem contemplar o controle de tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes, como também os cuidados com a saúde

¹⁰ O PAB foi criado pela NOB 96 com a denominação Piso Assistencial Básico. A partir da Portaria GM/MS Nº 1882, de 18 de dezembro de 1997 passou a ser chamado de Piso da Atenção Básica, direcionado para custear os procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade municipal. Foi definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município, transferido de fundo a fundo.



da criança, da mulher e bucal. O acompanhamento dessa assistência é feito pelas Equipes de Saúde da Família (os programas de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Saúde da Família – PSF).

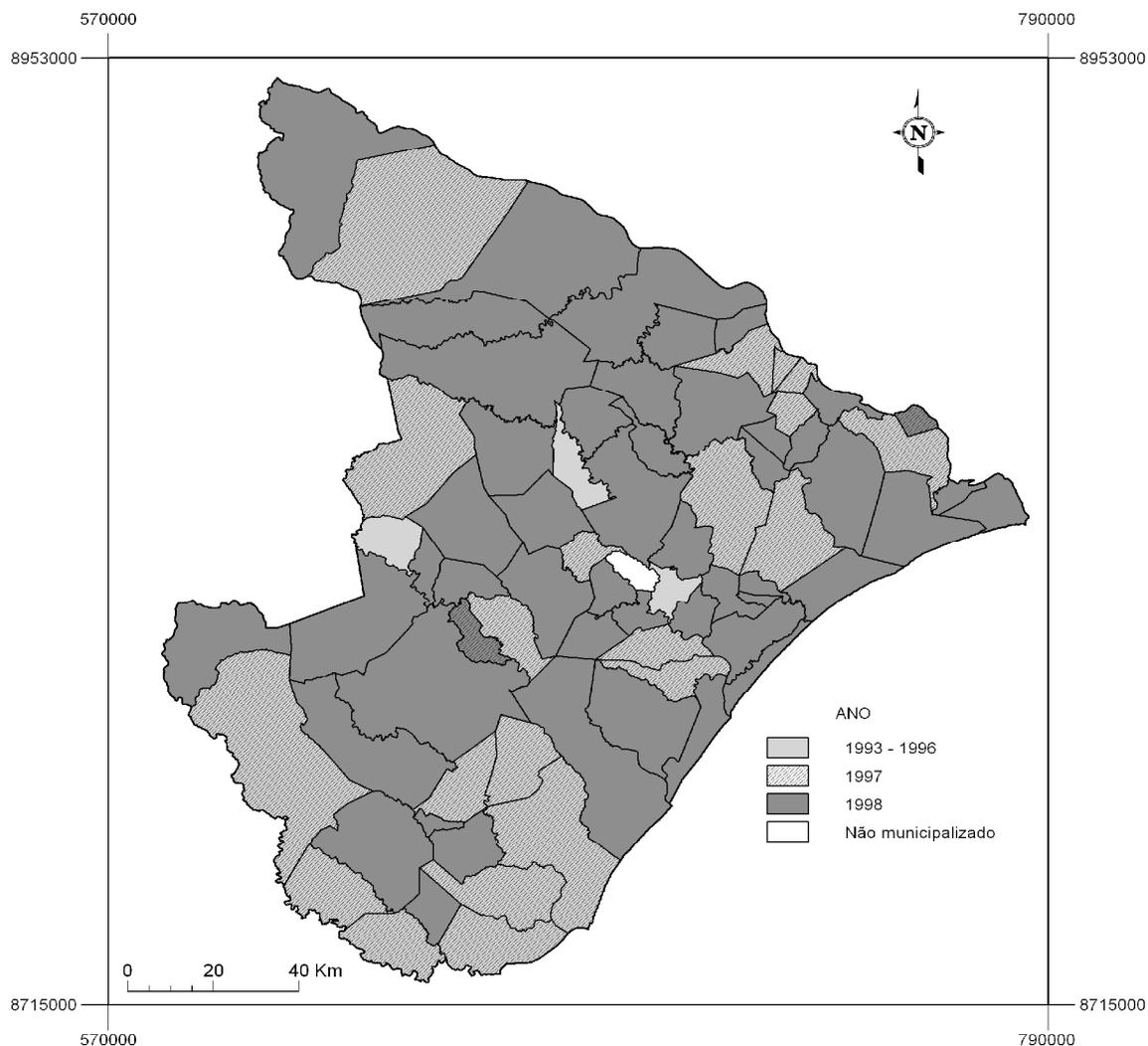


FIGURA 1. Sergipe: Situação da Municipalização, 1993 -1998. Fonte: SANTOS,1999, p. 94.

Para a Gestão Plena do Sistema Municipal, cada município deve oferecer os serviços e ações de saúde de Média e Alta Complexidade, como os serviços hospitalares, exames especializados e as especialidades médicas. Somente os 5 municípios anteriormente citados apresentaram as condições para assumir tanto a gerência quanto a gestão dos serviços e ações de saúde, passando a ser referência para a sua região e no caso de Aracaju (capital), referência estadual.

Os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal formam uma rede regionalizada e hierarquizada, assentada na densidade tecnológica, no perfil epidemiológico e populacional das regiões de saúde. Embora esses sejam os critérios formalmente apresentados, a rede de saúde em Sergipe tem como princípio norteador a economia de escala, disponibilizando os serviços e ações de saúde desde que haja uma razão econômica para tal, pois se oferece o serviço a depender da necessidade de consumo. Além da razão econômica, a constante falta de médico, a grande rotatividade desses profissionais, a precária condição de funcionamento das unidades básicas de saúde são pontos de estrangulamento na rede de saúde.

De acordo com pesquisa de campo realizada durante o ano de 2006 e 2007, se constatou a carência que a população usuária do SUS tem quanto à realização de exames e consultas das especialidades médicas. O que se “ganhou” com a universalidade proposta pelo Sistema Único de Saúde foi um pacote de serviços básicos, de baixa capacidade resolutiva, uma vez que mesmo para exames simples (hemograma, por exemplo), a população SUS-dependente encontra dificuldade na sua realização.

Segundo depoimento de usuário do SUS, “demora é muito para fazer um exame. O jeito é pagar! Não dá para ficar doente” (pesquisa de campo, 2007). A explicação que os representantes do governo estadual e municipal para a demora na realização dos exames é uma oferta menor que a demanda e ainda que “as pessoas têm mania de ficar doentes. Ir ao médico é como ir ao shopping. É um lazer!” (pesquisa de campo, 2006). Uma explicação baseada no aumento do número de procedimentos também é usada para justificar a deficiência dos serviços e ações de saúde. Desse modo, segundo entrevista feita a “saúde é assim: quanto mais se oferta o serviço, mais aumenta a procura. Nós dobramos, triplicamos e se aumentarmos mais o número de exames, de internações, de consultas, a população continuará insatisfeita” (pesquisa de campo, 2007).

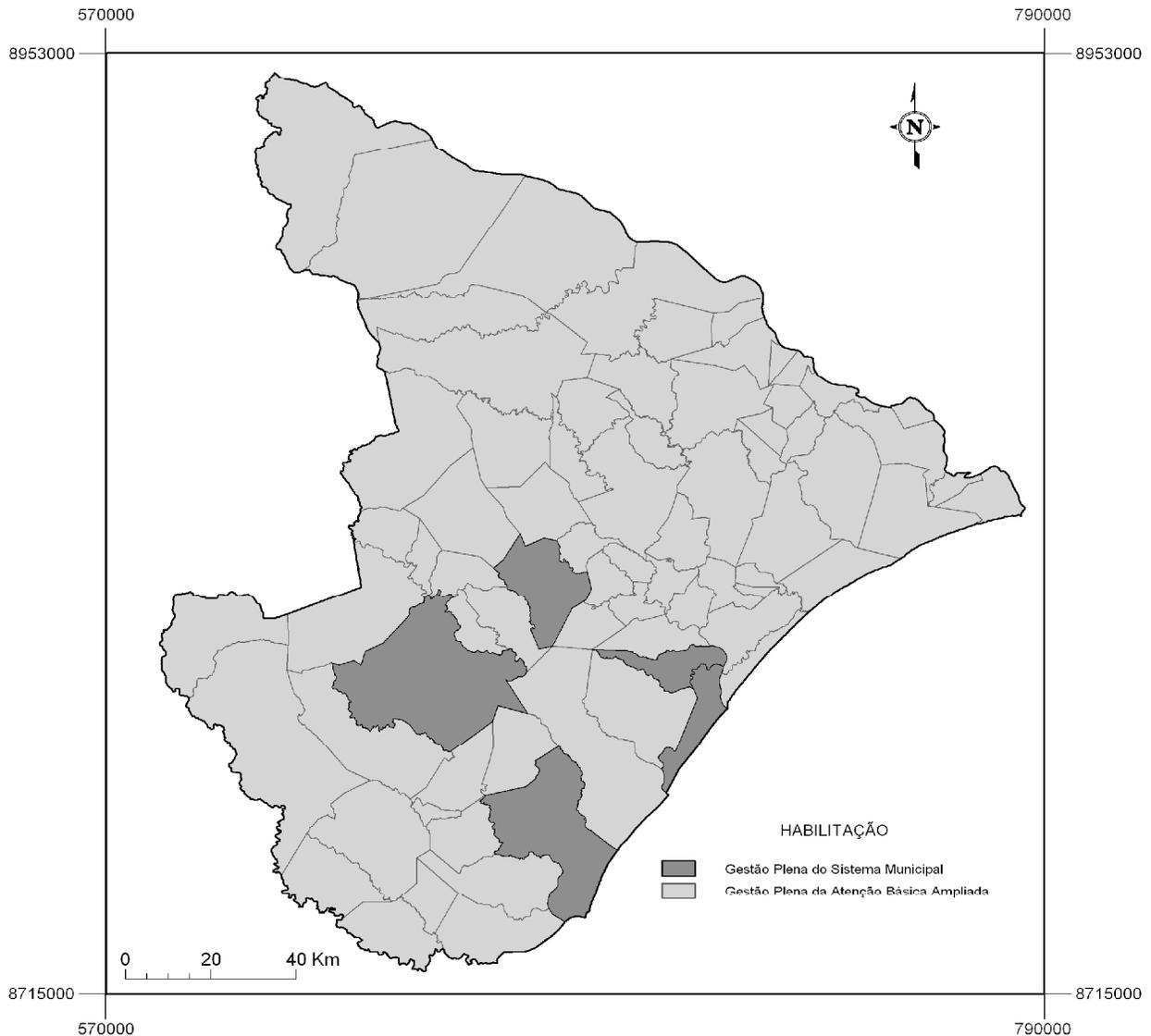


FIGURA 2. Sergipe: Situação da Municipalização, 2007. Fonte: Secretaria de Estado da Saúde - Plano Diretor de Regionalização, 2007.

A análise das entrevistas permite considerar que o Sistema Único de Saúde reforçou uma relação de indistinção entre o público e o privado na medida em que os usuários do sistema (88% dos entrevistados) já utilizaram serviços de clínicas e médicos particulares. Além disso, no SUS, segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS - 2007), os serviços ambulatoriais são predominantemente concentrados no setor público (em 2007 foram realizados 25.930.589 procedimentos na rede pública e 2.910.525 na rede privada no estado de Sergipe). Por outro lado, os serviços hospitalares que envolvem maior custo são concentrados na rede

privada (os leitos privados correspondem a 68%, a rede pública possui 31% e 1% são leitos de empresas de economia mista). Disto resulta um perverso processo que torna a saúde mercadoria e as pessoas em clientes ou subatendidos nas unidades públicas de saúde.

A maneira como a rede de saúde está organizada e sua (in) eficiência na realização das necessidades da população apontam para o entendimento de que mais do que um conjunto de equipamentos distribuídos espacialmente, a rede de saúde envolve interesses diversos dos sujeitos sociais que a freqüentam e produzem. Cabe salientar ainda, que no caso dos serviços e ações de saúde concentrados principalmente nas cidades, uma rede de serviço público que não atende às necessidades da população favorece ao consumo dos serviços da rede privada que vem se consolidando como um mercado de consumo cujo produto tem um tempo de vida curto dada a sua natureza temporária.

Para agravar o quadro do sistema público e reforçar o caráter subsumido da saúde pública e sua privatização crescente foi aprovado em Sergipe o Projeto de Reforma Sanitária no final do ano de 2007, cuja coroação é criação das Fundações Estatais de Direito Privado, como uma proposta de resolução de um problema financeiro da saúde com o uso de uma solução na mudança de gestão. Ao contrário das empresas estatais, a razão de ser das Fundações Estatais de Saúde é encontrar a saída para a crise que não é do setor, apenas nele se torna visível (problemas crônicos de superlotação dos hospitais, ausência de leitos, obras paralisadas). Foram elas instituídas sob a justificativa de resolver os pontos de estrangulamento da rede de saúde, organizando o sistema de tal maneira que os hospitais sejam eficientes, o estado assuma o papel de coordenação e se resolva o problema de financiamento insuficiente através da precarização do trabalho dos servidores públicos.

Com as Fundações Estatais de Direito Privado se institucionalizou a perda de direitos trabalhistas e o financiamento público para o setor privado. Pelo exposto, as Fundações Estatais atingem, portanto, a classe que vive do trabalho, eliminando a estabilidade e comprometendo a carreira do serviço público ao deixar de garantir a segurança de trabalho tão preciosa no momento atual de luta por emprego. Além disso, há uma conotação negativa do servidor

público na medida em que a falta de estabilidade é justificada pelo argumento de que

não podemos tirar o direito da massa de trabalhadores usuários dos serviços de saúde de poder, em último caso, demitir o trabalhador servidor público que não cumpre a função para a qual fez o concurso: servir ao público (PINTO; FRANCO; MERHY, 2007, s/p).

A proposta veicula que o engessamento burocrático que envolve as questões da saúde obstrui e cria barreiras ao bom desempenho do Estado na condução das ações e serviços. Com a Fundação Estatal, o arranjo gerencial “limpa” as gorduras do Estado, liberando-o da gestão e gerência dos serviços públicos. Dessa maneira, institui-se legalmente uma apropriação privada dos conteúdos do público e sua redução aos interesses privados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão da saúde diz respeito ao que é mais caro ao ser humano: sua própria vida, sua sobrevivência enquanto ser genérico, daí ser a saúde uma necessidade vital para que o homem se realize e realize também a condição necessária de ser força de trabalho para o sistema do capital. Estabelecer as condições para que o homem se mantenha vivo para trabalhar, sem, contudo, outorgar-lhe o direito de usufruir do produto de seu trabalho tem no controle das condições de saúde um elemento fundamental. Nesta circunstância, há uma vulnerabilidade daqueles que precisam dos cuidados de saúde que se dispõem a trocar seu voto por uma consulta médica, um deslocamento entre sua residência até a unidade de saúde ou um medicamento. Outro mecanismo de cunho patrimonialista diz respeito à participação nos Conselhos de saúde, usados como barganha política para favorecimento pessoal através da aprovação de medidas que contrariam o bem-estar da maioria, da dispensa do emprego e do uso da condição de conselheiro para fins eleitoreiros. Dessa maneira, o patrimonialismo no Brasil se renova como um condicionante estrutural no qual as populações vêm nas “benesses” do Estado, a única maneira de aquisição de um serviço ou bem social.



A política de descentralização da saúde materializada na municipalização está prenhe de contradições, ambigüidades que só podem ser explicadas quando se debruça sobre a totalidade das relações que a gerou: uma política de inclusão que exclui para continuar a reproduzir os velhos traços patrimonialistas, marca do capitalismo periférico brasileiro. O Estado patrimonial conjuga o capitalismo moderno com formas de relações políticas tradicionais, de cunho personalista, acostumado com o poder resultante de privilégio.

Na tradição brasileira, concorda Martins que, “a dominação patrimonial não se constitui em forma antagônica de poder político em relação à dominação racional-legal” (1994, p. 20). Desse modo, o moderno e o arcaico se amalgamam na persistência do passado que se introduz no moderno e dele se nutre. Aí consiste o poder do atraso e a singularidade da sociedade brasileira, denominada por Martins de uma “sociologia da história lenta” porque através de sua interpretação se descobre as estruturas, instituições, concepções e valores enraizados nas relações sociais do passado e que ganharam vida própria. Tal circunstância freia o processo histórico, tornando-o lento ao mesmo tempo em que obstaculiza a tomada de consciência das reais dificuldades da transformação social e reorienta o sentido das ações de caráter transformador.

O “coronel” se urbanizou e não é mais o padrinho dos filhos das Marias, Antônias e tantas outras mulheres e famílias tuteladas, espalhadas pelo interior do Brasil. No anonimato urbano, as relações clientelísticas, de favor são metamorfoseadas na figura do “doutor”, dono do saber, do poder econômico ou do poder midiático que utiliza as carências sociais, neste caso, a fragilidade para realização dos cuidados com a saúde, a fim de se manter no poder e extrair da condição de representante político, seus ganhos privados.

Apesar de toda uma apologia à democracia e do julgamento de que o século XX foi o século de avanços democráticos, no sentido de que a humanidade passou a experimentar a igualdade entre os homens, os conceitos basilares da democracia assumem significados que produzem o consenso definido pela classe hegemônica. Desse modo, participação cidadã é o equivalente do consentimento que se realiza pela sedução dos cidadãos e a representação nada mais é do que o ensimesmamento referendado institucionalmente.



A democracia tem assumido no Brasil um caráter de reestruturação do regime político, deslocado das determinações econômicas e sociais, mas sob o manto da igualdade de participação e decisão sobre os caminhos da sociedade. Uma democracia eminentemente formal, na qual a igualdade serve apenas para nos dizer “quem” decide e “como” decide. Ocorre em um contexto no qual a maioria dos cidadãos não possui as condições materiais mínimas de existência, sem as quais fica difícil exercer uma participação livre.

REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. **Brasil:** Governança no Sistema Único de Saúde brasileiro fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão dos recursos. 15 fev. 2007, Relatório n. 36601 – BR. Unidade Gestora de País – Brasil, 2007. Disponível em: <<http://www.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/biblioteca/novos/publicacoes/Governanca.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2007

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 23, n.3, p. 615-626, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/20.pdf>>. Acesso em 31 dez. 2007

BAVA, Silvio Caccia. Desenvolvimento local: uma alternativa para a crise social? **São Paulo em Perspectivas** – Revista da Fundação Seade, São Paulo, v. 10, n.3, p.53-58, set. 1996

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90: Sistema Único de Saúde**. 2. ed. atual. e ampl., São Paulo: Hucitec, 1995

CONCEIÇÃO, Alexandrina Luz. A insustentabilidade do desenvolvimento sustentável. **Revista Euforia**. Santa Catarina: Programa de Pós-graduação em Agroecossistemas/UFSC. ano 2, v. 2, n.2, p. 79-91, 2004

LEFEBVRE, Henri. **Espacio y política: El derecho a la ciudad**, II. Barcelona: Anthropos, 1976



59- Política de Descentralização e Desdobramentos Territoriais: Uma Leitura Geográfica da Relação Público/Privado da Saúde em Sergipe.

LEVCOVITZ, E. et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 6, n. 2, 2001a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 dez. 2007

_____. Os autores respondem. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 6, n. 2, 2001b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 dez. 2007

LISBOA, Josefa Bispo de. **A trajetória do desenvolvimento para o nordeste: políticas públicas na (dis)simulação da esperança**. 2007. 270f. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2007.

LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200006>. Acesso em: 12 mar. 2007

MARTINS, José de Souza. **O poder do atraso: Ensaio de Sociologia da História Lenta**. São Paulo: Hucitec, 1994

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica 1993**. Brasília, 1993. 17 p.

_____. **Norma Operacional Básica 1996**. Brasília, 1996. 39 p.

_____. **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001**. Brasília, 2001. 30p.

_____. **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002**. Brasília, 2002. 53p.

MONTEGNEGRO GÓMEZ, Jorge R.. **Desenvolvimento em (des)construção: narrativas escalares sobre desenvolvimento territorial rural**. 2006. 438 f. Tese (Doutorado em Geografia). Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2006



OLIVEIRA, Francisco de. **Aproximações ao enigma**: o que quer dizer o desenvolvimento local? São Paulo: Pólis – Programa de Gestão Pública e Cidadania/EAESP/FGV, 2001

PINTO, Heider Aurélio; FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson, Elias. Fundação Estatal e o fortalecimento da capacidade de ação do Estado. **CEBES**: Centro Brasileiro dos Estudos de Saúde. São Paulo. 2007. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&paginaId=134&mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciaId=75>. Acesso em: 31 mai. 2008

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: Um projeto de desmonte do SUS. 2000. 265 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2000

SANTOS, Ana Rocha dos. **Mudança na saúde**: o desafio do lugar. 1999. 141f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 1999.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, M. L. **O Brasil**: território e sociedade no século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001

SMITH, Neil. **Desenvolvimento desigual**: natureza e a produção do espaço. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988

VIANA, Ana Luiza d' Ávila. Descentralização: uma política (ainda) em debate. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 dez. 2007

WALLERSTEIN, Immanuel. Mundialização ou era de transição? Uma visão de longo prazo da trajetória do sistema-mundo. In: CHESNAIS, François et.al. **Uma nova fase do capitalismo?** São Paulo: Xamã, 2003, p. 71 - 92

