

A REFORMA SANITÁRIA E A MUNICIPALIZAÇÃO

Jairnilson Silva Paim*

O artigo ressalta a municipalização dos serviços de saúde como um dos componentes da agenda política do setor na presente conjuntura, embora questione as formas vigentes de sua implementação. Tem como objetivo indicar políticas e estratégias de municipalização mais coerentes com o projeto da Reforma Sanitária, sem subestimar a heterogeneidade dos municípios brasileiros. Reconhece as competências dos municípios, segundo a Lei do Sistema Único de Saúde, como "imagem-objetivo" para a formulação de políticas. Nesse sentido, propõe o estabelecimento de mecanismos de ausculta e de negociação junto aos municípios para a definição de prazos e de apoios técnico e financeiro visando o pleno cumprimento de tais competências e o repasse automático dos recursos. Após discutir certos obstáculos para uma municipalização identificada com a Reforma Sanitária, o Autor convida aos que investem política e tecnicamente na democratização da saúde a participarem dos esforços de construção de distritos sanitários que permitam a implantação de modelos assistenciais alternativos e a reestruturação das práticas de saúde.

Diante do espaço político conquistado através da Constituição de 1988, a municipalização dos serviços de saúde coloca-se como item significativo da agenda para a elaboração de políticas públicas no campo de saúde.

* Docente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Resgatada a história dessa proposta (26), apontados seus avanços e recuos (14), identificada a sua matriz conceitual (38) e avaliada a sua formalização nos textos legais (8,25), caberia ultrapassar o debate ideológico sobre essa bandeira de luta e buscar um grau mais elaborado de formulação de políticas de saúde.

Em artigo recente (32) foi ressaltada a pertinência de uma municipalização substantiva, solidária à Reforma Sanitária e rejeitada qualquer tentativa de retorno à ordem anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS). Mas ao mesmo tempo, foram questionadas concepções consideradas equivocadas sobre o tema e capazes de comprometer a democratização da saúde e de banalizar o projeto da Reforma Sanitária.

O presente artigo, visa sistematizar alguns argumentos contrários às formas de municipalização predominantes na conjuntura, e indicar políticas mais consistentes com o projeto da Reforma Sanitária.

A MUNICIPALIZAÇÃO E A CONJUNTURA PÓS-85.

A proposta da municipalização em saúde no Brasil tem uma história de mais de trinta anos, muitas vezes confundindo-se com as lutas pela democracia, pela defesa do direito à saúde e pela conquista da cidadania plena. Torna-se um dos componentes do projeto da Reforma Sanitária (33) cujas linhas básicas encontram-se explicitadas no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (6). O fato de ser incluída na superestrutura jurídica da formação social brasileira não a torna "auto-aplicável" nem automaticamente idônea. É a análise da conjuntura sanitária e, especialmente, o exame da estrutura do poder no setor e do movimento das forças e atores sociais diante dessa proposta (3,38) que pode oferecer elementos para a formulação de políticas em bases mais consistentes (27). O projeto da Reforma

Sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais. Supunha a reforma do Estado na perspectiva de sua "publicização", a retomada do desenvolvimento econômico compatível com a distribuição mais justa da renda nacional e a priorização dos investimentos sociais pelas políticas públicas (36).

Mesmo durante as décadas de 70 e 80, as forças democráticas no âmbito da saúde enfrentavam-se com os representantes dos interesses privados, seja das clínicas, hospitais e médicos contratados e credenciados pela Previdência Social (representados pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Associação Médica Brasileira), seja das organizações de pré-pagamento (medicina de grupo, cooperativas médicas e empresas seguradoras), seja das indústrias de medicamentos, equipamentos e materiais de consumo médico-sanitário (2,35). Esses interesses privados encontravam-se alojados no aparelho estatal através dos "anéis tecno-burocráticos" (23,35). Num período em que o Congresso Nacional estava politicamente esvaziado, os interesses capitalistas no setor saúde interagiam diretamente com o Executivo por intermédio de Ministros de Estado, ou mesmo recorrendo aos "anéis" que canalizavam suas demandas.

O advento da chamada "Nova República" possibilitou, no período 1985-1987, um desalojamento dos "anéis tecno-burocráticos" e a ocupação de espaços do aparelho de Estado nas áreas de Saúde, Previdência e Ciência e Tecnologia por atores sociais identificados com políticas racionalizadoras ou democratizantes (28). Nesse particular, é possível observar uma contenção das políticas privatizantes no interior da Previdência Social e o recurso às estratégias capazes de canalizar recursos previdenciários para Estados e Municípios no sentido de fortalecimento dos serviços públicos, de estímulo à integração das ações de saúde, de apoio à descentralização gerencial, de incorporação do planejamento à prática institucional, de abertura de canais para a participação popular, etc. As AIS e os SUDS, com suas

reconhecidas limitações enquanto estratégias-ponte para o Sistema Único de Saúde (28,35), representaram iniciativas relevantes de inflexão nas políticas privatizantes do autoritarismo. Todavia, não foram suficientes para neutralizar o deslocamento da iniciativa política dos empresários da saúde para a Constituinte e, posteriormente, para o Congresso Nacional nem para garantir um arco de forças políticas e sociais capaz de assegurar posições conquistadas. O capítulo saúde da Constituição da República, as leis 8080/90 e 8142/90, assim como o decreto 99.438/90(8), apesar dos avanços reconhecidos, não deixam de refletir certa fragilidade política das forças que apostavam na democratização da saúde e, simultaneamente, mostram o impacto do "lobby" dos empresários e sua articulação com o "Centrão" e seus seguidores, no Congresso e no Executivo (31).

No plano econômico, clínicas e hospitais contratados pelo INAMPS e não privilegiados pelas estratégias AIS/SUDS buscaram diversificar as fontes de recursos estabelecendo contratos e convênios com empresas mediante "tabela da AMB", e com firmas de seguro-saúde. Estas, por sua vez, identificando um mercado para a sua expansão, particularmente num contexto em que a "mídia" estimulava o descrédito dos serviços públicos de saúde, aproveitaram a conjuntura e ampliaram os seus negócios.

O retrocesso político que caracterizou o governo Sarney nos seus últimos anos de mandato, aliado ao agravamento da crise econômica, só fez fortalecer o projeto conservador (22) que defende o modelo médico-assistencial privatista. Este foi concebido e reforçado em 21 anos de ditadura. Contra esse projeto, analisado e debatido durante a VIII CNS (6,21), emergiu um bloco de propostas políticas no âmbito do "movimento sanitário" (11) que resultou num amplo projeto democrático de saúde (4,5) reconhecido como Reforma Sanitária (1). Esta, busca a superação do atual modelo de organização de serviços de saúde, porém articulando-se a uma "totalidade de mudanças" (1) nos planos econômico, político e

cultural (36).

As forças e partidos políticos identificados com o projeto da Reforma Sanitária, ainda que divergindo em aspectos não essenciais, perderam o segundo turno da eleição presidencial de 1989. Tal como ocorrera na experiência italiana (39,40), os partidos e grupos que se opuseram à Reforma Sanitária, por ironia da História, passaram a ser os responsáveis pela implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil (29). Nessa conjuntura, como admitir que a proposta da municipalização pudesse ser orgânica ao projeto da Reforma Sanitária?

Ainda em 1990 examinou-se a possibilidade de uma retomada de políticas racionalizadoras pelo novo governo e de um sanitarismo de resultados capazes de, numa conjuntura recessiva e marcada pela histeria neo-liberal, oferecer uma medicina simplificada para pobres e "descamisados", excluídos do consumo médico, e ações de saúde pública de baixo custo e alto impacto considerando-se possível que grupos orgânicos às políticas racionalizadoras aderissem ao projeto conservador em saúde, "atuando numa faixa paralela à privatização do setor, ainda que utilizando a retórica da Reforma Sanitária" (29).

Assim, a municipalização da saúde representa uma das "expressões consensualizadas" no dizer de Mendes (23). Daí a necessidade de "desvendar o consenso contido na significativa municipalização, expressão formal emitida por atores sociais portadores de tão diferentes propostas, inscritas, seja nas suas agendas políticas, seja nas suas pautas sanitárias" (23).

Não se trata de um maniqueísmo simplista no sentido de que a municipalização da saúde seja boa em si e a centralização má, ou que a municipalização no projeto da Reforma Sanitária seja ótima enquanto no projeto conservador (ou neo-liberal) péssima. Só não é possível continuar defendendo,

acriticamente, a municipalização da saúde sem considerar as diferentes concepções, as modificações do contexto e os próprios limites do projeto da Reforma Sanitária na atual conjuntura.

ELEMENTOS PARA A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DESCENTRALIZANTES

No caso da municipalização da saúde ser entendida como mera transferência de recursos financeiros da União para os municípios, a preocupação estaria dirigida fundamentalmente, para normas administrativas e contábeis de repasse de verbas e de prestação de contas, como aliás fora a tônica das discussões do ano de 1991 diante das portarias e instruções normativas do Ministério da Saúde e do Presidente do INAMPS (9,20,41,42). Mas se a municipalização da saúde for concebida de modo coerente com o arcabouço legal vigente em relação ao SUS (14,26) e, especialmente, com os postulados básicos da Reforma Sanitária (32), haveria a necessidade de formulação de políticas específicas, considerando as particularidades da conjuntura e as distintas formas e ritmos de implementação tendo em conta a diversidade dos municípios brasileiros.

O Sistema Único de Saúde, constituído por uma rede regionalizada, hierarquizada e integrada por ações e serviços públicos de saúde seria organizado, segundo a Constituição da República, através das diretrizes de descentralização (com direção única em cada esfera de governo), atendimento integral e participação da comunidade (8). Além das atribuições comuns à União, aos Estados e Municípios, cabe aos últimos as seguintes competências:

"I. Planejar, organizar, controlar e avaliar os serviços de saúde e gerir e executar os

serviços públicos de saúde;

II. Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual;

III. participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV. executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V. dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI. colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiental, que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais, federais competentes, para controlá-las;

VII. formar consórcios administrativos municipais;

- VIII. gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX. colaborar com a União e com os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X. observado o disposto no artigo 26 da Lei 8080/90 (estabelecimento de critérios e valores para remuneração e cobertura assistencial pela direção nacional do SUS e CNS) celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI. controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII. normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação" (8).

Essas competências poderiam ser assumidas como parte da "imagem-objetivo" capaz de inspirar a elaboração de uma política de municipalização de serviços de saúde. Na medida em que a Lei reconhece o caráter suplementar do âmbito estadual em relação aos municípios, deixa espaço para que a unidade federada (direção estadual) atue naquilo que o Município não tiver condições de fazer, do mesmo modo que admite vir a agir a União nas situações em que os Estados e o Distrito Federal não forem capazes de responder (32). Conseqüentemente, uma das proposições preliminares para a formulação de uma política de municipalização corresponde ao estabelecimento de mecanismos de ausculta do Município acerca de sua vontade política e de suas possibilidades técnicas e organizativas de exercer cada uma das doze competências indicada pela Lei. Mediante tais mecanismos, seriam pactuados o compromisso de cumprir

plenamente tais competências num tempo X, e o apoio técnico e financeiro da direção estadual para com o município em igual período. Instrumentos técnico-gerenciais como planos, programas e projetos poderiam ser utilizados em apoio a tais mecanismos, desde quando contassem previamente com normas explícitas e impessoais, tais como leis, decretos, resoluções, portarias, etc. Não se trata, portanto, de preservar a chamada "administração convenial", tão sujeita às práticas clientelistas e à retaliação política, mas reconhecer a heterogeneidade dos municípios brasileiros e empregar meios técnicos idôneos e transparentes para a análise e vigilância da situação de saúde em cada local, da quantidade e complexidade de recursos, de equipamentos e instalações, da organização e mobilização dos cidadãos, da capacidade gerencial das organizações municipais de saúde, das modalidades assistenciais predominantes, etc.

O controle democrático desses mecanismos através do Conselho de Saúde, mesmo nos limites da Lei 8142/90 (8), teria a possibilidade de corrigir distorções administrativas e manipulações políticas eventualmente produzidas, bem como de aperfeiçoar o funcionamento do sistema. De qualquer modo, estaria assegurado o repasse automático de recursos aos municípios nos termos e valores pactuados durante a negociação do plano de saúde, da programação-orçamentação de saúde (PROS), ou outros instrumentos equivalentes.

Esses procedimentos, de um lado protegeriam os municípios de uma municipalização "presente-de-grego" (32) em que a União e os Estados promoveriam uma omissão programada das suas responsabilidades diante das crises sanitária e de assistência pública médico-hospitalar (10,32), transferindo tarefas para os municípios sem os meios necessários para exercê-las. De outro lado, permitiriam à unidade federada e à União firmarem acordos com os municípios definindo prazos e formas de cumprimento das competências em Lei, e estimularem mudanças, na organização de rede de serviços, no modelo assistencial e na política de recursos humanos, etc..

OBSTÁCULOS PARA A MUNICIPALIZAÇÃO NA PERSPECTIVA DA REFORMA SANITÁRIA.

Qualquer que seja o acordo entre as direções nacionais, estadual e municipal do SUS a respeito das questões acima discutidas, constatam-se constrangimentos para a viabilização de proposições políticas coerentes com o projeto da Reforma Sanitária. Embora esses obstáculos sejam de várias ordens, inclusive paradigmáticos e culturais, caberia registrar, no momento, especialmente três: o financiamento do SUS, a capitalização da saúde e a ambigüidade dos textos legais.

Diversos estudos (7,16,17,19,37) têm tratado do tema "financiamento", identificando-o como um dos seus pontos de estrangulamento. A dependência do setor saúde ao orçamento de seguridade social e a própria instabilidade dessa fonte em períodos recessivos já demarcam as restrições para investimentos e custeios. Gastos federais no setor inferiores a US\$ 100 per capita (18) tornam-se insignificantes quando comparados aos valores superiores a US \$ 2.000 per capita verificados em países como França e Canadá. Mesmo aumentando-se a participação da saúde no PIB às custas do setor público (10% por exemplo) (29) estaria a sociedade brasileira disposta a ter acesso a um padrão de serviços de saúde compatível com tais recursos? Esta questão precisa ser amplamente debatida sobretudo pelo fato de a adoção de modelos assistenciais alternativos (baseados na lógica das necessidades) (34) visando a integralidade da atenção e o impacto epidemiológico (15,24) poder chocar-se com expectativas de consumidores pautadas pelos modelos assistenciais vigentes (centrados na lógica do mercado). Questões relevantes como prioridade de investimentos para a prevenção x atenção médica, para assistência hospitalar x ambulatorial, para tecnologias de ponta x tecnologias apropriadas ao perfil epidemiológico, deverão estar presentes na agenda das políticas de saúde desde

quando sejam consideradas as diretrizes do SUS explicitadas na Constituição.

Em relação à capitalização da saúde, o fato novo no final dos anos oitenta e no início da década atual é representado pela expansão dos seguros de saúde privados, (29) a exigir investigação mais sistemática. Ainda que tal modalidade assistencial, juntamente com o convênio com empresas, as cooperativas médicas, a medicina de grupo e a medicina liberal (isolada ou associada), encontre seus limites de expansão no próprio mercado - pautado também pela recessão e pela concentração da renda, não deve surpreender a possibilidade de adoção de novas formas de "renúncia fiscal", oferecendo novo alento para a capitalização. O que parece ter ocorrido em relação a capitalização da saúde, tão investigada na década de setenta e início dos oitenta, (2,35) é a relativa diminuição do peso das modalidades assistenciais "delegadas" isto é, dependentes da compra de serviços pela Previdência Social ou, recentemente, pelo SUS. Considerando-se as restrições para o financiamento do SUS e particularmente para ampliação dos investimento públicos na expansão da rede já referida, não seria de estranhar que municípios premidos por novas responsabilidades definidas pela Lei 8080/90 ou pelas posições político-ideológicas de dirigentes e técnicos da saúde, ampliassem convênios, contratos e credenciamentos com o setor privado (incluindo formas de pré-pagamento)) mediante utilização de verbas de custeio. Daí a preocupação com uma municipalização conservadora, tal como iniciada na "gestão Alceni", capaz de descaracterizar o SUS, desfigurar os serviços públicos e expandir a mercantilização da saúde (32). Esta forma de municipalização, denominada de "inampização" (23) não contempla a mudança do paradigma assistencial, embora permita uma transferência de gestão aos municípios. Segundo MENDES (23) trata-se de "uma prática social - identificada com essa fênix permanentemente ressuscitada das cinzas que, através da administração paramétrica da atenção médica e da liturgia do controle e avaliação, ao longo do tempo, vem exercitando um papel, adremente

planejado, de intermediação de relações clientelísticas e cartoriais entre Estado e sociedade, até se transformar, no campo da saúde, num dos nichos mais nítidos de apropriação privada da res pública, fenômeno conhecido como privatização do Estado" (23).

No que diz respeito à ambigüidade dos textos legais, o artigo 199 da Constituição, afirma que "a assistência à saúde é livre à iniciativa privada" e ao mesmo tempo admite, no seu parágrafo primeiro, que "as instituições privadas poderão participar de forma complementar" no SUS. Não deixa muito claro os compromissos, ou a responsabilidade para com a saúde da população, daquelas organizações de saúde que não queiram integrar-se ao SUS. A lei 8080/90 também é reticente quanto a tais compromissos ou responsabilidades, mesmo que o artigo 197 da Constituição estabeleça que "são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público, dispor nos termos da lei sobre sua regulamentação, fiscalização e controle" (8).

Enquanto tais procedimentos não forem formalmente estabelecidos, a tendência provável seria a da reprodução ampliada do modelo médico-assistencial privatista no âmbito municipal.

Os obstáculos acima discutidos conspiram contra os princípios da universalidade, equidade e integralidade na atenção à saúde consagrados na Constituição. E sem a reorganização das práticas de saúde em função de um novo modelo assistencial calcado naqueles princípios, inclusive no impacto epidemiológico (eficácia e efetividade das ações de saúde) (15), a "municipalização da saúde", pouco tem a ver com o projeto da Reforma Sanitária.

Daí a necessidade de considerar uma forma de municipalização na qual a gestão é transferida aos municípios e, ao mesmo tempo, realiza uma mudança no

paradigma assistencial. MENDES (23) denomina essa forma de distritalização em que o modelo assistencial "passa a ser hegemônico pelo paradigma epidemiológico e, não mais, pelo da clínica". Isto requer, por sua vez, superar o enfoque do distrito sanitário enquanto modelo organizacional-gerencial de serviços de saúde passando a enfatizar o enfoque de modelo assistencial, fundamentado no saber epidemiológico (13) e, no conceito de organização social das práticas de saúde (34,43). Nessa perspectiva, cabe um esforço técnico e teórico aliado à "luta política e cultural, seja no confronto entre concepções e saberes (clínico e epidemiológico), entre diferentes usos de tecnologias (voltadas para atenção individual ou coletiva) e entre distintas formas de organização do trabalho em saúde (tecnoburocráticas e autoritárias ou racionalizadas e democráticas), dentro e fora do espaço regionalizado do distrito sanitário" (34).

Esse processo social não comporta ingenuidades nem ambigüidades. Confundir descentralização e municipalização com democratização da saúde pode levar a conseqüências políticas indesejáveis (25,32). Como se advertira em outra oportunidade, (32) o poder local não é intrinsecamente mais democrático. Pode ser despótico como qualquer outro. Regionalizar práticas de saúde, como explica GONÇALVES (12)

"foi numa idéia oriunda inequivocamente do modelo epidemiológico. Encontra respaldo na noção conexas de que o objeto de trabalho (o conjunto de problemas de saúde de magnitude variável no geral e no particular) obedece a determinações variáveis conforme as populações e os espaços sócio-geográficos que se considerem (...). O fortalecimento do poder local implícito, queira-se ou não, na proposta de regionalização (descentralização) das ações de saúde pode, em uma sociedade, significar o fortalecimento (...) de mecanismos mais democráticos de convivência política (...) e em outra sociedade, significar o fortalecimento (...) de formas clientelísticas e corporativas de organização do poder, atomizando as formas de consciência social" (12).

É o desenvolvimento de uma cultura democrática e das suas

instituições, bem como a conformação de canais eficazes de participação social e de instrumentos idôneos de ação política, plenamente utilizados no exercício da cidadania e da representação dos distintos projetos sociais, "que podem facilitar uma correlação de forças favorável à democracia e ao direito à saúde, seja no âmbito municipal, estadual ou federal (32).

COMENTÁRIOS FINAIS

O reconhecimento da diversidade de concepções e de interesses sobre a proposta de municipalização da saúde (2,23,25) estimula a explicitação das diferenças permitindo, conseqüentemente, a identificação das proposições mais orgânicas ao projeto da Reforma Sanitária.

A expressiva heterogeneidade dos municípios brasileiros e os interesses políticos que atravessam a administração pública têm resultado em formas e ritmos diferenciados de municipalização. A desconcentração de atividades, recursos e serviços de saúde no sentido do município dispõe de respaldo legal e pode corresponder a um patamar preliminar para o desenvolvimento de uma política de municipalização em saúde. Para cada uma das competências propostas pela Lei para o município caberia a discussão da possibilidade ou não de exercê-la, parcial ou integralmente. Mesmo sem recorrer à "administração convenial" que orientou a estratégia AIS/SUDS, seria fundamental uma relação política e técnico-administrativa com os níveis estadual e nacional do SUS, através de ferramentas da planificação em saúde. Evitar-se-ia, desse modo, um "quebra-cabeça com 4.500 peças de sistemas municipais de saúde", (32) capaz de comprometer a organicidade do conjunto do sistema e a construção de um SUS universal, igualitário, integral e democrático (32). Esta forma de municipalização, centrada na prestação de serviços (sem

descentralização da gestão nem mudança do modelo assistencial) (23) representa um patamar inicial, testado em muitos municípios pelas estratégias AIS/SUDS.

Já a descentralização da gestão, entendida como aproximação do processo decisório para o nível onde se realizam as práticas de saúde, representaria um estágio mais avançado da política de municipalização. Dispondo também de respaldo legal, a descentralização, enquanto transferência da gestão ao município não deveria entretanto, terminar nas prefeituras e câmaras de vereadores. Teria de chegar aos distritos sanitários, estabelecimentos e serviços de saúde para que os usuários e os cidadãos organizados pudessem participar e beneficiar-se da gestão descentralizada. Como se destacou em outra oportunidade, "defender a descentralização e contentar-se com a gestão confinada nas prefeituras sem fazê-las avançar para os distritos sanitários, unidades de saúde e organizações populares pode ser sério equívoco político e técnico-administrativo" (32). Esta posição em defesa da descentralização ampliada distancia-se de muitos dos argumentos "municipalistas" que usam a noção de descentralização para que a gestão, os serviços e os recursos sejam transferidos para a Prefeitura sem avançar para os locais onde se realizam as práticas de saúde. Assim, a forma de municipalização, limitada à transferência parcial da gestão ao município mas sem mudança do paradigma (23) é a que tem sido privilegiada pelo governo federal. As críticas contra tal iniciativa, no entanto, têm-se concentrado nos critérios de repasse de recursos, nos atrasos e valores das parcelas de pagamentos, no excesso de formulários e de "burocracia" e na ilegalidade e inconstitucionalidade das portarias. Poucas são as manifestações que apontam o distanciamento dessa forma de municipalização em relação à Reforma Sanitária (23,32), especialmente no que tange à integralidade da atenção, ao compromisso com as necessidades sociais e à solução dos problemas de saúde da população.

A superação dessas formas de municipalização requer, além de uma

retomada das lutas no campo de saúde, uma convocação para todos os que investem política e tecnicamente na democratização da saúde contribuam no sentido de "elaborar novas reflexões, construir outros paradigmas, e experimentar modelos de atenção fundamentados em pressupostos alternativos" (34). A mudança no modelo assistencial, (30), mediante a reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários, (34) a partir de um trabalho epidemiológico e programaticamente orientado, pode vir a corresponder a uma forma de municipalização mais orgânica ao projeto da Reforma Sanitária. Nessa perspectiva, a municipalização pode vir a ser um dos caminhos para a Reforma Sanitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. AROUCA, A. A reforma sanitária brasileira. *Radis Tema*. 11:2-4, , 1988.
2. BRAGA, J.C. de S. & GOES DE PAULA, S. *Saúde e previdência; estudos de política social*. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.
03. CAMPOS, G.W. de S. Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil. *Saúde Deb.* 28:24-27, 1990.
04. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). A questão democrática na área da Saúde. *Saúde Deb.*, 9:11-13, 1980.
05. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Assistência à saúde numa sociedade democrática. *Saúde Deb.*, (17)11, 1985.
06. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8^a. Brasília, 1986. *Anais*. Brasília . Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.381-9.
07. CORDEIRO, H. Controvérsias no financiamento do SUS. *Saúde Deb.*, (31):19-24, 1991.
08. COORDENADORIA NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Sistema Único de saúde*, 1990. (Publicações Técnicas 2).
09. CORDONI JR., L. & BERTONE, A.A. Reflexão sobre os novos mecanismos de pagamento do INAMPS.

- Saúde Deb., (31):9-10, 1991.
10. COSTA, N. do R. Política de saúde em tempos de crise sanitária. Bol. ABRASCO, 43:6-7, 1991.
 11. ESCOREL,S. Movimento sanitário: revirada na saúde. Radis Tema, 11:5-7, 1988.
 12. GONÇALVES, R.B.M. Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica. São Paulo, 1988, [mimeografado]
 13. GONÇALVES,R.B.M. Reflexão sobre a articulação entre o investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: Textos de apoio. Rio de Janeiro, ABRASCO-PEC/ENSP, 1985. p. 31-86.
 14. GOULART,F. Municipalização: um processo permanente de mudanças. Radis Tema . 12:23-24, 1991.
 15. HAMILTON,D.M. Assistência à saúde: eficácia e qualidade ainda esquecidas. Radis Tema, 12:25-26, 1991.
 16. JAEGER,M.L.; OLIVEIRA JR,M. de; CARVALHO,G.;LEÃO,E. Financiamento do SUS: quem paga a conta e quem se apropria dos recursos. Radis Tema , 12:20-22, 1991.
 17. LEVCOVITZ,E.; YAMAMOTO,E.K., SILVA,L.A.D. Notas sobre a crise de financiamento do setor público no âmbito do SUDS. Saúde Deb., (27):12-17, 1989.
 18. MÉDICI,A.C. O financiamento da saúde e a Nova Carta Constitucional: limites e possibilidades. In: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). A experiencia do SUDS e os desafios atuais da reforma sanitária. São Paulo, 1989. p.21-47.
 19. MÉDICI,A.C. Cenários governamentais para as finanças de saúde no período 1990-1994. Saúde Deb. (30):9-14, 1990.
 20. MEDICI,A.E. Novas regras para o financiamento do setor saúde em 1991. Saúde Deb. (31):25, 1991.
 21. MENDES,E.V. Reordenamento do sistema nacional de saúde: visão geral. In: Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, 1986. Anais, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.265-97.
 22. MENDES,E.V. O sistema unificado e descentralizado de saúde no atual contexto da reforma sanitária brasileira. In: Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde. SILOS: sistemas locais de saúde. São Paulo, 1988. p.5-14.

23. MENDES, E.V. O consenso do discurso e o dissenso da prática social: notas sobre a municipalização de saúde no Brasil. São Paulo, 1991. [mimeografado].
24. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Modelos assistenciais no sistema Único de saúde. Brasília, Centro de Documentação, 1990.
25. MULLER NETO, J.S. Descentralização e democracia: tópicos de um debate. Saúde Deb., (33):33-39, 1991.
26. NASCIMENTO, A. Municipalização: trinta anos de experiência e frustrações. Radis Tema, 12:3-6, 1991.
27. OSZLAK, O. & O'DONNELL, G. Estado y políticas estatales na América Latina: hacia una estrategia de investigación. In: Kliksberg, B. & Sulbrandt, J., comp. Para investigar la administración pública: modelos e experiencias latinoamericanas. Madrid, Instituto Nacional de Administración Pública. Alcalá de Henares, 1984. p.91-137.
28. PAIM, J.S. A democratização da saúde e o SUDS: o caso da Bahia. Saúde Deb., (21):34-44, 1988.
29. PAIM, J.S. Educación médica en la década de 1990: el optimismo no basta. Educ. méd. Salud, 25:48-57, 1991.
30. PAIM, J.S. A gestão do SUDS no Estado da Bahia. Cad. Saúde públ., 5:365-75, 1989.
31. PAIM, J.S. Nascimento e paixão de uma política de saúde. Saúde Deb. (27):5-11, 1989.
32. PAIM, J.S. Quando a municipalização não é o caminho. Radis Tema. 12:27-28, 1991.
33. PAIM, J.S. O que é reforma sanitária? Rev. baiana Saúde públ., 14:232-43, 1987.
34. PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. Salvador, 1990. [Texto produzido para a Organização Panamericana de Saúde (OPS) como contribuição ao desenvolvimento do tema "Teoria de Organização da Assistência em Sistemas Locais de Saúde"].
35. PAIM, J.S. Saúde, crises e reformas. Salvador, Centro Editorial Didático da UFBA, 1986.
36. PAIM, J.S. A universidade e a reforma sanitária. Rev. bras. Educ. méd., 15:18-24, 1991.
37. SILVA, P.L.B. & MEDICI, A.C. Considerações sobre o gasto em saúde no Brasil: dilema até o final do século. Cad. Saúde públ., 1:88-105, 1988.
38. TEIXEIRA, C.F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. Saúde Deb., (33):27-32, 1991.

39. TEIXEIRA,S. O dilema da reforma sanitária brasileira. In: Berlinguer,G. et al. Reforma sanitária Itália e Brasil. São Paulo, HUCITEC/CEBES, 1988. p.195-207.
40. TEIXEIRA,S.F.& MENDONÇA,M.H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In:Teixeira,S.F., org. Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo, Cortez Editora/ABRASCO, 1989. p 193-232.
41. SANTOS,L. A ilegalidade das normas baixadas pelo INAMPS de financiamento do SUS para 1991: contribuição para sua mudança. Saúde Deb., (31): 14-18.
42. SANTOS,N.R. dos. As reformas federais e a descentralização da gestão, controle e avaliação. Saúde Deb., (31):11-14, 1991.
43. SCHRAIBER,L.B.,org. Progamação em saúde hoje. São Paulo. Editora Hucitec, 1990. (Saúde em debate, 30)