



A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E A PEQUENA CIDADE

Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar
winston@pontal.ufu.br
Universidade Federal de Uberlândia - UFU

RESUMO

O diagnóstico da realidade da pequena cidade mostra-se conflituosa e provocadora e temos de, na medida do possível, e a partir dos limites da análise geográfica, também propor alternativas. Assim, à medida que diagnosticamos ser o Estado-município social¹ a amálgama da sociedade da pequena cidade, é a partir dele que se propõe a solução dos principais problemas da pequena cidade. Assim, ousamos propor o Desenvolvimento Sustentável Microrregional (DSM). Porém, um DSM como alternativa aos dilemas comuns das pequenas cidades que estão no mesmo patamar populacional, relacionadas espaço-territorialmente, interligadas por fatores históricos, políticos e ambientais, enfim um lugar. Contudo, partindo do pressuposto de que os problemas das pequenas cidades não são apenas aqueles que historicamente lhe são atribuídos, esse novo paradigma proposto baseia-se na visão mais global que envolve e determina o caráter ecológico. Observando que as Associações Municipais são uma maneira eficiente de cooperação intermunicipal e que os consórcios intermunicipais também exercem um papel fundamental na articulação e cooperação entre municípios, também observamos que estas reúnem municípios muito díspares enquanto características populacionais, redes de serviços públicos, lazer, produção econômica e poderio político, regional e nacional. Tais associações são de grande valia, contudo não são plenas. Os municípios que encerram pequenas cidades não se “interligam” plenamente, sendo em alguns aspectos, aliados das benesses dessa cooperação.

PALAVRAS CHAVES: Pequena Cidade; municipalização; Estado.

INTRODUÇÃO

Inovadora e *sui generis* em sua proposta, o sistema público de saúde (SUS – Sistema Único de Saúde) e a sua operacionalidade municipal fazem do Brasil um modelo alternativo ao fato comum presente em países desenvolvidos e com elevados índices de IDH. Com várias imperfeições, é ainda um sistema público de saúde diferente dos demais países em sua proposta de gratuidade e de assistência e, acima de tudo, pela maneira operacional de sua municipalidade e descentralização. O caráter universalista da proposta do SUS vem de encontro às necessidades das cidades e especialmente das pequenas cidades. Contudo, a operacionalidade do sistema fica disfuncional na medida em que as políticas públicas de saúde na pequena cidade não oferecem as opções médico-hospitalares concretas e eficientes para o pleno atendimento da população residente (na cidade e no campo) de municípios que apresentam deficiência técnico-instrumental.

¹ O Estado-município Social deriva da estreita relação entre os gestores públicos e a população nas pequenas cidades. Os benefícios auferidos pela população nesta relação mais estreita entre a prefeitura e a comunidade passam por empregos, doação de combustível, doação de cestas básicas, aviamento de receituário médico, encaminhamento para tratamento hospitalar e odontológico, promoção de festas e de atividades de lazer e cultura pela prefeitura, além do complemento desses realizado pelo governo federal através dos programas sociais.

A questão relativa à saúde pública, como qualquer outro assunto relacionado ao ser humano, tem de ser analisada levando-se em consideração o aspecto da temporalidade e da espacialidade. O aspecto temporal é importante para se ter a dimensão da evolução do problema e as implicações deste ao longo do tempo. Evolução aqui não entendida apenas no sentido de melhora, de progresso, mas fundamentalmente de processo. A espacialidade, por sua vez, no que concerne ao aspecto da saúde pública, deve ser entendida relacionada à evolução dos processos histórico-espaciais da sociedade, em que determinada região, área ou lugar modifica-se, ao longo do tempo quanto a sua condição de ruralidade ou urbanidade.

1. A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

Hoje podemos afirmar com certeza que a sociedade humana é predominantemente urbana. Mais da metade da humanidade reside em cidades, tomando a classificação utilizada pela ONU (Organização das Nações Unidas) para conceituar cidade. Segundo a sua classificação, a ONU² afirma que mais de 52% da população mundial atualmente reside em áreas consideradas urbanas. Este fato por si só modifica as formas e as características de se entender e detectar enfermidades no planeta como um todo.

A ocidentalização das práticas médicas e das tendências gerais da saúde pública são subprodutos do modo de produção capitalista. Mesmo quando observamos uma maior “democratização” dos serviços de saúde, a exemplo dos modelos adotados na Inglaterra, na Noruega e no Canadá, o que de fato observamos é o processo capitalista se adequando aos anseios de uma população que, em verdade, buscava níveis maiores de liberdade, autonomia e justiça social, que somente viriam se o modo de produção fosse alterado.

O “Estado do Bem Estar Social”, como resposta a esses anseios, criou nestes países um sistema médico/sanitário - a exemplo de outros setores da sociedade como forma de minimizar as pressões sociais - que atende às necessidades da população e cria algumas “ilhas da felicidade” do ponto de vista da saúde pública. Este “capitalismo mais social”, introduzido em certos países, determinou avanços significativos no atendimento médico e sanitário à população sem que o processo mais global do modo de produção fosse alterado. É a resposta europeia ao avanço do socialismo, garantindo certas “benesses” à população sem perder o controle sobre o modo de produção.

Entretanto, o sistema médico-sanitário continua tendo suas relações intrinsecamente direcionadas por um aparelho produtivo/científico centralizado e comandado por grandes corporações médico/laboratoriais, institutos de pesquisa públicos e privados. São eles que determinam quais as doenças a serem pesquisadas, quais as áreas a serem analisadas e, o mais importante, onde e como serão realizadas as pesquisas. Além disso, criou-se, especialmente durante o século XX, uma relação estreita e perniciosa entre os laboratórios e institutos de pesquisa com o aparelho de Estado. Esta relação determina uma sobrecarga de materiais e drogas que, em muitos casos, sua necessidade e custos para o Estado e a população são discutíveis.

A centralização do poder do sistema médico-sanitário por institutos e laboratórios desenvolve um processo em que os países centrais detenham a grande parte do

² Relatório da ONU sobre urbanização mundial e índice de desenvolvimento humano (IDH). Acessado através do “site”: www.onu.org em 18 de janeiro de 2004.

capital absorvido no sistema. Assim, as descobertas, análises e pesquisas ficam concentradas em instituições sediadas naqueles países. Com isso, as doenças mais interessantes a serem pesquisadas por estas instituições serão aquelas mais incidentes em seus países de origem. Determina-se, assim, uma divisão entre as doenças de “rico” e as de “pobre”. As doenças de “rico” são aquelas em que a incidência é maior nos países desenvolvidos e as de “pobre” são aquelas endêmicas nos países subdesenvolvidos, os quais estão preponderantemente inseridos na zona climática tropical.

Um fato interessante a ser observado nesta constatação refere-se ao nível de necessidade que a indústria farmacêutica tem da biodiversidade mundial, pois a grande maioria dos remédios e drogas produzidos pelos grandes institutos ainda necessita de um princípio ativo retirado da natureza. Mesmo as drogas sintéticas não são totalmente produzidas a partir de substâncias criadas em laboratório³. Estas ainda necessitam de um princípio ativo que, analisado exaustivamente, é posteriormente sintetizado e fabricado em larga escala. Com isso, a natureza ainda é a fonte maior das drogas produzidas em laboratório.

Tal situação torna-se menos paradoxal quando vista sob o aspecto da dicotomia inerente ao processo capitalista. Esse aspecto da diferenciação de classes e de nações é uma situação intrínseca do capitalismo e não pode ser analisada como sendo possível sua equalização, visto a situação do processo capitalista atual. Não nos enganemos. O processo capitalista não deixa margem para uma situação de melhora quanto às preocupações das instituições de pesquisa e de laboratórios com as enfermidades e mesmo com a situação sanitária dos países pobres. Ou se muda o modo de produção – o que convenhamos é muito complicado – ou os países tropicais, de alguma forma, têm que buscar alternativas de desenvolvimento de suas próprias instituições e laboratórios de pesquisa para transformar sua imensa riqueza genética em benefícios sociais para sua população. O que observamos, ao contrário, é o aumento substancial das doenças no mundo e em especial nos países tropicais.

A situação médico-sanitária no planeta agrava-se cada vez mais, visto que o índice de doenças está cada vez maior no planeta. Esse aumento pode ser explicado, dentre outras variáveis possíveis, devido a três fatores importantes: as modificações cada vez mais incidentes no ambiente natural, o aumento absoluto e relativo das populações miseráveis e pobres no planeta e a evolução técnica e tecnológica da humanidade nestas últimas décadas.

A ausência ou precariedade do acesso de vastas camadas da população mundial aos avanços técnico/científicos da ciência médica e sanitária, alcançado pela humanidade nestes últimos séculos e em particular nestes últimos cinquenta anos, faz com que nossa análise retorne ao ponto central: a relação da medicina com o poder.

É inegável que o conhecimento técnico/científico alcançado pela sociedade atual é extraordinário. Porém, também é inegável que apenas uma pequena parcela da população mundial tem acesso a estas inovações. Em vários países o acesso aos serviços médico/sanitários encontra-se em padrões satisfatórios e, até mesmo, excelentes, como os casos citados do universalismo canadense, norueguês e, em menor medida, o inglês. Casos isolados como os exemplos cubano e chinês não

³ Para melhor entendimento do assunto, consultar França e Bertolozzi (2003, p. 39-43).

podem ser menosprezados. Contudo, a segmentação da saúde pública⁴ ainda é o exemplo mais encontrado, e o setor privado suplanta o público na prestação de serviços relacionado a esta temática. Nos países em que as práticas liberais do capitalismo foram e são mais presentes, a saúde pública alcança níveis de segmentação maiores, como são os casos exemplares encontrados na situação dos EUA, Chile, Japão entre outros.

A forte segmentação da saúde pública cria anacronismos como os verificados no caso dos EUA em que a medicina mais avançada do mundo não é acessível a uma parcela considerável de sua população, tanto a parte pobre autóctone quanto, principalmente, os descendentes dos novos imigrantes, fundamentalmente os de origem da América Latina e africanos. O modelo adotado nos EUA reflete a sua formação cultural e produtiva, em que a participação do Estado na vida privada sempre foi marcada por forte oposição⁵. É uma história liberal por excelência. E esta história de forte cunho liberal extravasa as fronteiras nacionais e marca presença em diversos países que adotaram a mesma postura privatista em seu aparelho de saúde pública. É um modelo pronto que se torna exemplo seguido por vários povos e nações.

Nos países capitalistas pobres, sobretudo os da América Latina, África e Ásia (especialmente a parte monçônica), o modelo de saúde pública estadunidense vinha no pacote de ingerências político/econômicas promovido pela doutrina de expansão da área de influência dos EUA no período da Guerra Fria. Na América Latina essa ingerência estadunidense é mais antiga, datada do final do século XIX, reforçada pela Doutrina Monroe e sua política do “Big Stick”.

1.1 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O Brasil, pertencente a esta área de influência dos EUA, adota, parcialmente, esta política privatista da saúde, mas como em nosso país é forte a participação da Igreja Católica nos assuntos da sociedade, várias Santas Casas e hospitais mantidos por fundos municipais e religiosos aumentaram sua participação durante todo o transcorrer do século XX, tendo uma lógica privada juntamente ao aspecto assistencialista desenvolvido pelo Estado e pela Igreja. Assim, a política de saúde pública brasileira no século XX, não foi tão agressivamente privada como no modelo estadunidense. Porém, nesse período, ela não foi, também, fortemente pública. É uma situação mista que desenhou o caos nos serviços de saúde pública no território brasileiro. Uma política mista em que os serviços de saúde pública ficavam a cargo de parcas verbas governamentais gerenciadas, oficial ou oficiosamente (vai depender do período político vivido no Brasil durante o século XX), por associações ligadas à religião.

Em um país essencialmente rural como visto no Brasil antes de 1950, as práticas sanitárias e de saúde ficavam a cargo de poucas Santas Casas e hospitais mantidos pelo governo Estadual e, em poucos casos, pelo municipal, auxiliado por mantenedoras assistenciais. Esse é o caso das cidades médias e grandes. Já na zona rural e nas pequenas cidades, onde vivia a maioria da população brasileira, a situação era mais precária. No campo, o atendimento à saúde e as práticas sanitárias ficavam a cargo dos práticos, parteiras e da medicina popular, e em casos

⁴ Muito bem exposto por Mendes (2001b, p. 37-44).

⁵ Mendes (2001b, p. 37-44).

isolados, de algumas pequenas cidades mais antigas ou históricas, de hospitais e centros de saúde mantidos por associações religiosas e mantenedores assistenciais.

Com o aprofundamento do processo de urbanização, o Brasil produziu um crescimento das cidades e um progressivo esvaziamento do campo. A situação complica-se de vez. O caos toma conta da saúde e da situação de saneamento básico. As cidades hipertrofiam, crescem vertical e, especialmente, horizontalmente. A especulação imobiliária provoca a expulsão desordenada de imensas camadas da população para as periferias verticais e horizontais, é um processo intenso de ocupação de áreas de risco (encostas, solos hidromórficos como os brejos e manguezais, etc.), os cortiços e, posteriormente, as favelas passam a fazer parte da paisagem das cidades grandes e, já em finais do século XX, das médias cidades brasileiras.

Concomitante a este processo de urbanização, desencadeado a partir de fins da década de 1940, mas efetivamente a partir da década de 1950, fruto de um intenso processo de modernização do campo brasileiro, a população cresce absoluta e relativamente. Tal crescimento entre as décadas de 1930 e 1960 pode ser entendido como sendo partícipe do processo de crescimento e modernização do parque industrial nacional. A partir da década de 1930, as políticas nacionalistas do governo Vargas incentivam e criam as primeiras grandes indústrias do setor pesado, base para a entrada de grandes grupos multinacionais e surgimento de outros nacionais no setor de bens de produção e de consumo. Aliado a este impulso industrial, o governo Vargas estimula o crescimento populacional e a saída do homem do campo para as cidades. A indústria necessita de mão de obra e de consumidores urbanos. Tais estímulos ao crescimento populacional e urbano são exemplificados por várias leis que culminaram no salário mínimo e no salário família, ambos de cunho essencialmente urbano.

Nos governos posteriores ao de Vargas, as políticas industrializantes foram mantidas e ampliadas. No governo de JK, a entrada maciça de grupos transnacionais para cidades do tripé econômico nacional, São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, provocaram a absorção de milhões de migrantes. Tanto pelo êxodo rural como pela migração regional. Estava criado o tão sonhado exército industrial de reserva.

Contudo, a partir da década de 1960 o crescimento populacional e urbano começa a ficar perigoso para os interesses, tanto dos capitalistas industriais como para o próprio governo militar. As cidades e a população urbana cresceram além do esperado e crescimento tornou-se perigoso, pois foi acompanhado de alto desemprego, miséria e favelização. As pressões populares tornaram-se perniciosas para o status quo do capitalismo brasileiro. Do ponto de vista legal, as práticas de estímulo estatal ao crescimento populacional e de migração do campo para a cidade ainda permaneciam.

A partir do final da década de 1960, em pleno regime militar, as políticas demográficas praticadas pelo Estado brasileiro começaram a ser alteradas. Porém, dentro de um paradoxo. Como realizar campanhas de estímulo à redução da natalidade e de paralisação do êxodo sem ferir os dogmas de um dos aliados do regime militar: a religião? Oficialmente o Brasil é uma república laica, todavia, e oficiosamente, é de preponderância católica; e ferir os dogmas da Igreja não seria de bom tom para um regime de exceção. Assim, as políticas de controle de

natalidade foram realizadas de maneira a não ferir esses dogmas, sendo utilizados subterfúgios legais e sanitários de cunho altamente preconceituosos.

No fim do regime militar, em meados da década de 1980, o Brasil já contava com uma grande população e amplamente urbanizado, embora altamente concentrada espacialmente. A região sudeste, concentradora de serviços e indústrias, reúne também as maiores cidades e população urbana. Os serviços de saúde são precários e o atendimento à população é carente de políticas públicas. As políticas sanitárias e de saúde pública do final da ditadura e da “Nova República” refletem o caos urbano.

Nos países subdesenvolvidos do final da década de 1980, a democracia retornava de forma embrionária e a prestação de serviços na área da saúde refletia este caminhar moroso das modificações políticas. Tais modificações no plano político são, por sua vez, uma nova necessidade do capital que alcança seu nível espacial mais amplo. A mundialização do capital, desde os primórdios do processo, com as grandes navegações e “descobertas” territoriais, não tinha um alcance espacial tão amplo quanto o observado na década de 1990 e início do novo milênio.

O recente processo de aprofundamento da globalização do capital é fortemente imiscuído de políticas econômicas de cunho liberal, o qual, de maneira correlata, impregna-se nas políticas referentes ao setor de saúde de vários países. O privatismo e a segmentação das políticas de saúde são a tônica maior. Mesmo países pobres e subdesenvolvidos adotam em suas democracias nascentes modelos de políticas públicas de saúde em que o poder público apenas atua como mediador destas políticas e não como gerenciador e financiador. O Estado, na figura dos governos, torna-se apenas um cúmplice de políticas geradas por grandes indústrias, laboratórios e planos privados de saúde. Contudo, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma alternativa a esse cenário.

1.2 A “REVOLUÇÃO” NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA A PARTIR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

No Brasil pós-ditadura militar, a proposta de um sistema único para a saúde é diferenciada dos demais países, especialmente os pobres e subdesenvolvidos. Neste sentido, o exemplo da proposta do universalismo na saúde do Brasil torna-se importante e inovador. A proposição do Sistema Único da Saúde (SUS), na nova Constituição brasileira de 1988, caminha em sentido inverso aos novos dogmas do liberalismo econômico inerente ao processo de mundialização do capital do final de século e início do novo milênio. A proposição e posterior implantação do SUS, através de portarias da década de 1990, criam um modelo de políticas públicas na área da saúde, que não são inovadoras em sentido mundial, visto que em alguns países esta maneira de atuar em políticas públicas de saúde já existe. Porém, nos países em que o universalismo na saúde existe sua economia é sólida e desenvolvida como o Canadá e, em certa medida, o exemplo da Inglaterra, ou mesmo o exemplo do “socialismo” cubano, em que o universalismo da saúde é uma de suas vitrines. Mas, em país capitalista pobre e subdesenvolvido, o universalismo brasileiro, fruto de intensos debates e acirradas campanhas populares, é inovador e merece seu crédito.

O caráter universalista, inovador e fundamental do SUS não o redime de imperfeições estruturais e conjunturais⁶. Não podemos fazer uma apologia de sua eficácia, mesmo porque ainda é prematuro para tais afirmações. A sua existência é o fato maior. A implantação deste sistema é penosa e carregada de problemas, que estão na crista dos debates e demanda muito tempo para se alcançar a eficácia desejada. Porém, o princípio é inovador. Existem muitos estudos sobre os problemas da implantação do SUS, e estes são importantes para sua plena implantação, pois apenas com debates objetivos e claros poderá se alcançar um sistema de saúde confiável de políticas públicas voltadas ao atendimento à população como um todo.

Contudo, mesmo carregado de imperfeições e graves erros, o SUS é inovador, e essa qualidade máxima se dá, em nosso entender, por dois aspectos: primeiro, pela proposição de um modelo de saúde universalista em um país capitalista subdesenvolvido, subvertendo a ótica da globalização liberal e privatista. O segundo refere-se à discussão, a partir da proposição e implantação do SUS, do papel do Estado capitalista moderno em meio a esta onda neoliberal que prega um Estado mínimo sem muitas preocupações sociais.

Esses são os aspectos mais centrais da nossa análise sobre o assunto. O SUS subverte princípios e propõe, em um país pobre e subdesenvolvido, um modelo de saúde que, teoricamente, é de atendimento a todas as classes sociais. Um universalismo integral que instiga o contra-senso. Subverte o senso comum imposto pela globalização dos mercados, pela supremacia do capital sobre os Estados e também pelo pensamento de que apenas o capital poderá sustentar os sistemas de saúde, e que estes são apêndices do processo liberal. Essas imposições ideológicas, fruto destes tempos de liberalismo econômico, pregam em última instância a adequação dos sistemas de saúde ao capital. Nesse sentido, a proposta do SUS subverte a lógica quando propõe aos serviços de saúde, público e privado, uma adequação às necessidades da sociedade.

Esta não é uma visão romântica do processo; ela é concreta e séria. A subversão de um dogma do atual capitalismo mundial é fato muito importante, pois representa uma saída e um exemplo de alternativa ao “status quo” da saúde pública, imposto pelo processo de mundialização do capitalismo e que vários países, ricos e pobres, adotaram ou foram forçados econômica e politicamente a implantarem.

O segundo ponto central, desencadeado com a proposição e implantação do SUS, é referente à discussão do papel do Estado neste novo milênio. Nestes tempos de mundialização liberal do capital, o papel do Estado como gerenciador e financiador de políticas públicas foi bastante questionado. Os que advogam a premissa de um Estado mínimo, que não tem a incumbência de interferir na esfera econômica, esquecem ou forçam um discurso de “esquecimento”, de que nos países capitalistas, os aspectos econômicos estão intimamente relacionados aos sociais. Fato este ainda mais marcante nos países de economia dependente e subdesenvolvida como o Brasil.

Analisando especificamente o aspecto dos sistemas de saúde, os países capitalistas centrais podem se dar ao “luxo” de adotarem políticas públicas, dentro de um leque de possibilidades, de cunho altamente segmentado, até as que apresentam um rascunho do “Estado do Bem Estar Social”. Suas economias e a própria sociedade,

⁶ Sobre estes problemas, consultar: Freitas (2001) e também Mendes (2001 e 2001 b).

com perdas sociais imensas em alguns países, podem sustentá-las. Porém, em países pobres e subdesenvolvidos, o papel do Estado como fomentador e gerenciador de políticas públicas ainda é fundamental. Na área da saúde, o papel do Estado é central e o SUS brasileiro está claramente demonstrando essa importância. Não obstante seus sérios problemas, este sistema demonstra a necessidade do Estado como fomentador e gerenciador de políticas públicas na área da saúde.

O princípio do SUS é seu aspecto mais importante⁷. É o princípio de uma quase utópica equidade social frente aos sistemas de saúde. Propõe uma discussão que perpassa os séculos em que os sistemas de saúde e a medicina são vistos como acessíveis apenas aos reis e seus asseclas, aos sacerdotes e homens do poder, aos faraós e sua parentalha, aos ricos e poderosos. Quebrar esse dogma é o princípio da proposta brasileira para a saúde e a medicina. E esse tem de ser, além de princípio, realidade.

A proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é inovadora, porém carece de condições físicas, econômicas, políticas e sociais para sua plena implementação. Essas carências são fruto de resistências inerentes ao processo capitalista que criou diversas dificuldades estruturais e conjunturais para a implantação de um sistema de saúde universalista. São problemas graves que o SUS esbarra de forma a prejudicar seu pleno funcionamento, demandando um tempo considerável para possíveis soluções.

Assim o SUS necessita de planejamento referente a aspectos espaciais, demográficos, econômicos e sociais, o que é dificultado por problemas relativos à formação da rede urbana nacional, ao processo caótico de nossa urbanização e ao fraco planejamento urbano e regional. Outro problema fundamental refere-se à esfera de competência do processo. O SUS subentende a municipalização dos processos de saúde advindos da Constituição Federal de 1988 e suas várias leis posteriores e, assim, vêm à tona problemas referentes ao tamanho das cidades, a participação destas no orçamento federal e estadual e a questão maior relacionada aos aspectos da divisão tributária, que no caso brasileiro penaliza as cidades ao centralizar a maior parte da arrecadação dos tributos na esfera federal.

Outro problema grave neste processo é relativo à resistência do sistema médico/hospitalar privado. O sistema privado, após décadas de quase onipresença no sistema de saúde, criou sérias barreiras para sua incorporação como aliado do SUS⁸. Estabeleceram sérios debates acerca do número de leitos disponíveis ao sistema público, preço das internações, remédios, exames e consultas, chegando, em última instância, ao descredenciamento do processo. São problemas estruturais que devem ser solucionados ou minimizados para que o SUS possa realizar seu princípio inovador.

Existem outros problemas sérios de aspecto conjuntural que envolvem a relação do SUS ao aparelho médico/hospitalar público. São graves os problemas referentes à deficiência quantitativa de hospitais em relação ao conjunto populacional brasileiro, outros relativos à centralização dos hospitais e locais de atendimento ambulatorial em regiões mais ricas, em detrimento de regiões e cidades pobres ou afastadas dos grandes centros urbanos do país, e ainda os graves problemas relacionados aos

⁷ Sobre esse assunto ótimas referências podem ser observadas em: Unglert (1995), Freitas (1997), Carvalho (1999), Ribeiro (2000), Mendes (2001 e 2001b), Bremaeker (2001) e Camargo (2003).

⁸ Mendes (2001 e 2001b).

aspectos de internações, leitos e falta de informatização do sistema médico/sanitário. São problemas que, diferentemente dos estruturais, podem ser solucionados em tempo menor e são dependentes quase inteiramente de vontade política e não de sérias alterações no sistema econômico, tributário e sócio-espacial como os problemas aqui levantados de cunho estrutural.

Entretanto, essa proposta universalista e municipalista para a saúde pública enfrenta sérias dificuldades⁹. São dificuldades para todas as cidades do Brasil, mas em particular nas pequenas cidades, exemplificadas pelo encaminhamento de uma confusão entre o gratuito encarado como péssima qualidade e também pelo uso político-eleitoral da gratuidade dos serviços de saúde pública. Além disso, o poder público e as populações residentes nestas localidades utilizam desse sistema de maneira integral e provocam em muitos casos a sobrecarga de serviços em centros melhor equipados com assistência médico-hospitalar.

Os problemas enfrentados nestas localidades são iguais às demais cidades do Brasil, a diferença reside na escala. Porém, agrega-se a todos os problemas estruturais vistos sobre a saúde pública no Brasil o fato que em localidades com população reduzida a saúde pública é antes de tudo uma maneira de se transferir problemas para cidades de maior porte populacional e capacidade operacional e gerenciamento da saúde pública via SUS e o uso do SUS como fator político-eleitoral. É a “política da ambulância” como principal instrumento de saúde pública municipal.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA PEQUENA CIDADE: A AMBULÂNCIA COMO INSTRUMENTO POLÍTICO E DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Os problemas estruturais da saúde pública na pequena cidade - em que gratuidade do sistema é confundida com eficiência – é que “para essa população, a simples oferta gratuita e universal dos serviços já basta para satisfazê-la, demonstrando ainda uma postura súdita com relação ao poder público”.¹⁰ E também os problemas são minimizados devido a urgência do emprego e de dois problemas relativos ao cotidiano imediato do cidadão que estão intimamente relacionados à problemática da saúde pública: falta de saneamento básico e ausência de tratamento de água. Contudo, a política do Estado-município social para a saúde pública nos municípios com população inferior a 10.000 habitantes é fortemente questionada por parcela considerável da população.

As políticas públicas para o setor da saúde realizadas pelo Estado-município social dessas cidades vão desde as meramente assistencialistas, embora necessárias para a população mais carente, como distribuição de fármacos a partir de avião de receituário, até o encaminhamento de pacientes a outras cidades da região, do estado e do Brasil.

As questões mais prementes, contudo, incidem sobre a quantidade de médicos disponibilizados para a população e as especialidades médicas oferecidas à população. As recomendações da OMS (Organização Mundial de Saúde, órgão ligado à ONU) são de um médico para cada grupo de 1.000 habitantes, número adotado também pelo Ministério da Saúde do Brasil. Comparativamente, os

⁹ Sobre essas alegações, ótimas referências podem ser observadas em: Unglert (1995), Freitas (1997), Carvalho (1999), Ribeiro (2000), Mendes (2001 e 2001b), Bremaeker (2001) e Camargo (2003).

¹⁰ Torres, 2004, p. 85.

municípios com pequenas cidades estão carentes quanto a este quesito. Assim, nas pequenas cidades a oferta de serviços médicos de baixa, média e alta complexidade são insatisfatórias e têm como principal solução a transferência do problema para outras cidades da região, como também para demais cidades do Estado e do Brasil.

Como os serviços de obstetrícia e de partos não são realizados nessas pequenas cidades cria-se um fato curioso e determinante: há tempos não ocorrem partos nessas cidades e assim os habitantes “naturais” nestes municípios estão em extinção! Além daquelas pessoas que não nasceram no município devido ao problema de não haver mais serviços de obstetrícia no mesmo, há muito tempo, as outras pessoas que não são naturais do município em que residem atualmente alegam que migraram para estas cidades devido ao parentesco, a procura de emprego, moradia mais barata, os serviços de saúde mais facilitados e, também, a tranquilidade em residir em uma pequena cidade. Chama a atenção as pessoas que migram para estes municípios a procura de serviços de saúde mais fáceis. Como parte da população já necessitou de carros da prefeitura para seus deslocamentos e os serviços médico-hospitalares nesses municípios não são eficientes do ponto de vista da prestação local dos serviços, constata-se que os serviços de ambulância são uma constante necessidade de parte da população em seus dilemas relacionados à saúde. O volume de viagens diário e semanal, a frequência e a presteza dos serviços de ambulância e de transferência de pacientes para os centros de referência da região se realizam na função de “válvula de escape” operacional, que é confundida com boa prestação de serviços médico-hospitalares na pequena cidade.

Assim, somando a necessidade criada pelos serviços médico-hospitalares insatisfatórios, a constante e onipresente situação de “auxílio” do Estado-município social em oferecer ambulâncias para os deslocamentos de parte da população para outras cidades, e a ausência de uma crítica e participativa atuação da população em fiscalizar e pressionar o Estado-município social sobre a situação da saúde no município, tem-se uma situação que transcende o simples aspecto da falta de recursos financeiros, este fato, portanto, toma foro político mais que financeiro-econômico.

A questão torna-se mais complicada quando analisamos este fenômeno a partir da ótica da administração pública e da estruturação espaço-territorial. Dentro da lógica espacial da realização de infra-estrutura hospitalar e descentralização dos serviços médico-hospitalares, esta obedece a mesma lógica espacial das articulações produtivista, ou seja, da mesma maneira que as grandes e médias empresas de serviços e comércio e as industriais são localizadas em grandes e médias cidades os hospitais públicos e seus serviços mais especializados seguem uma lógica Christalleniana: a busca de localidades de maior população, ou melhor, das localidades centrais. Assim, o problema do deslocamento populacional e estrangulamento de áreas como cidades médias e/ou metrópoles com o fluxo de pessoas das pequenas cidades de seu entorno imediato e semi-periférico é comum e “normal”.¹¹

¹¹ Seguindo esta lógica Christalleniana temos de considerar a questão da escala para os serviços médicos de maior complexidade (exames sofisticados, cirurgias de grande porte, etc.) necessariamente têm de estar em centros maiores. O problema é que pequenos centros não resolvem sequer a demanda por atendimento primário e causa o excesso de transferências provocando uma baixa resolutividade.

Neste sentido, a descentralização do setor de prestação de serviços de saúde pública e sua municipalização constitucional não foram além dos serviços mínimos. Outros serviços ficam na dependência de uma freqüente centralização espacial e territorial de hospitais e médicos. Com isso o aspecto político das ambulâncias na pequena cidade fica ainda mais acentuado. Não é somente “culpa” do Estado-município social da pequena cidade, é falta de uma política descentralizadora de serviços hospitalares e não apenas médicos por parte do governo estadual e da própria União, fazendo da ambulância um fator de prestação de serviços de alta freqüência e de resolução rápida dos problemas de ausência de postura mais séria e interessada por parte dos agentes públicos da pequena cidade.

Um outro fator limitante relacionado aos melhoramentos possíveis no atendimento médico na pequena cidade é a recusa dos profissionais da saúde em residir na pequena cidade. Não raro estas pequenas cidades promovem concursos e até mesmo contratos com profissionais da área médica. Não sendo preenchidas as vagas oferecidas, mesmo que os salários sejam atrativos. Neste sentido, uma das possíveis maneiras de minimizar essa prática e torná-la menos perversa e, ao mesmo tempo, mais coerente do ponto de vista operacional, é a cooperação entre os municípios.

A partir dessa lógica, o Estado de Minas Gerais está à frente dos demais estados da federação¹² quando instituiu várias associações municipais a partir de microrregiões que têm em comum uma série de interconectividades entre elas, sendo a regionalização mais usual as que utilizam as bacias hidrográficas e as micro-bacias hidrográficas como elo de interligação. No caso específico do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, a Associação é a AMVAP (Associação dos Municípios da Microrregião do Vale do Rio Paranaíba). Assim, no estado de Minas Gerais as políticas microrregionais de interconectividade de municípios são evidentes e o exemplo mais bem acabado dessa tentativa na microrregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba é a AMVAP.

3. AMVAP: POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS E MICRORREGIONAIS

A AMVAP se constitui em uma tentativa de reverter ou mesmo minimizar situações anacrônicas em seus municípios sócios a partir da cooperação de experiências mútuas. Esta associação engloba os municípios de Abadia dos Dourados, Araguari, Araporã, Cachoeira Dourada, Canápolis, Campina Verde, Capinópolis, Cascalho Rico, Centralina, Douradoquara, Estrela do Sul, Grupiara, Gurinhatã, Indianópolis, Irai de Minas, Ipiacu, Ituiutaba, Monte Alegre de Minas, Monte Carmelo, Romaria, Prata, Santa Vitória, Tupaciguara e Uberlândia.

Para integrar a associação os municípios associados realizam pagamento de 1% de seu FPM ao ano como forma de manutenção e possibilitar a prestação de serviços a todos seus associados. Essa associação tem por objetivo uma maior integração dos municípios frente às dificuldades estruturais e logísticas de administração e de infraestrutura dos municípios sócios. Essa associação vem suprir em parte uma necessidade real de cooperação intermunicipal que se encontra subaproveitada no

¹² Segundo a Fundação João Pinheiro existem atualmente 40 associações municipais no Estado de Minas Gerais. E ainda segundo Rocha e Faria (2004, p. 2): “ No contexto nacional, Minas Gerais aparece como o estado em que essas experiências mais se difundiram.”

Brasil. Além de consultoria e assessoria jurídica, auxilia também fornecendo projetos de engenharia e arquitetura, engenharia e agrimensura e outros.

Além das várias maneiras de prestação de serviços e de consultoria, a AMVAP criou, ao longo de sua existência, algumas outras formas de servir seus municípios associados. As mais interessantes são os conselhos e os consórcios: O Conselho Intermunicipal de Assistência Social, CIAS/AMVAP; Conselho Intermunicipal de Educação, CIE/AMVAP; Conselho Intermunicipal de Saneamento Ambiental – CISAM/AMVAP e o Consórcio Intermunicipal de Saúde CIS/AMVAP. Este último de maior atuação e, assim, maior importância para os municípios associados.

O CIS/AMVAP constitui uma tentativa de consórcio entre municípios a partir da área da saúde pública que deixa o estado de Minas Gerais em posição de vantagem quanto a esse quesito. Segundo Rocha e Faria (2004, p. 18) o estado é o que mais incentivou tais ações, estando atualmente, na liderança deste tipo de associativismo municipal. Segundo os pesquisadores, “Minas Gerais é o estado com maior porcentagem de municípios consorciados na área de saúde, 92,4% do total, sendo seguido pelo Paraná, Santa Catarina e Mato Grosso com, respectivamente, 77,6%, 73,7% e 62,6%. O Brasil apresenta 31,5% dos seus municípios consorciados.” Contudo, mesmo apresentando facilidades para seus consorciados, existem divergências entre os municípios associados. O caso mais exemplar é o de Cascalho Rico que se retirou desse consórcio em 2004.

Contudo, o CIS/AMVAP desperta um interesse particular que se desenvolve para as análises acerca das políticas de saúde pública nos municípios. Este consórcio de saúde representa um exemplo de possibilidade concreta de interconexão municipal que se faz estabelecendo um contraponto com outras possíveis interconexões municipais e que se encontram subutilizadas. Essa maior facilidade de interligação de municípios via saúde pública decorre especialmente pelo maior desenvolvimento de políticas públicas neste setor e que são concatenadas entre os entes federados possibilitadas pela implantação do SUS e da municipalização inerente ao sistema pós Constituição Federal de 1988. Essas dificuldades de sustentabilidade microrregional no âmbito da saúde expressam a dificuldade maior em relação à sustentabilidade microrregional em outros setores produtivos e sócio-ambientais, amplamente necessitados para a região, a microrregião e a pequena cidade. Mesmo o consórcio CIS/AMVAP sendo de grande valia para necessidades médico-hospitalares, ainda é carente de iniciativas locais e microrregionais que representam um enorme gargalo de problemas para as cidades centro-regionais na área de saúde, especialmente Uberlândia.

Assim, a interrelação microrregional no âmbito da Saúde Pública, como em outras esferas sociais, necessita de uma maior participação da sociedade da pequena cidade para ser de fato uma política eficiente de sustentabilidade social e provocar alterações no *status quo* de políticas corriqueiras em que a ambulância tem peso maior que determinações democráticas e de práticas locais de cunho social mais efetivo.

Um dos caminhos propostos e abertos para as possíveis soluções ou mesmo amenização desses conflitos internos nos municípios do Brasil e em especial àqueles com pequenas cidades foi a implantação dos Conselhos Municipais. Os Conselhos Municipais são instrumentos de democratização das relações entre o poder público e a sociedade e foram estabelecidos no bojo da Constituição Federal

de 1988 e em outras formas legais implantadas posteriormente que levaram ao processo de municipalização de políticas sociais.

Os Conselhos Municipais “constituem instâncias da sociedade civil que se articulam com a Prefeitura Municipal e também com a Câmara Municipal”¹³ e são um caminho interessante aberto pelas determinações da Constituição Federal brasileira para as resoluções de problemas relacionadas à captação de verbas estaduais e federais e, mais importante, para tornar mais democrática as relações entre o poder público e as necessidades da população.

As atribuições constitucionais dos Conselhos Municipais são uma das premissas básicas para uma efetiva articulação entre população (Sociedade Civil Organizada) e o poder público municipal. Contudo, tais instrumentos de fiscalização e de coadunação de esforços de práticas democráticas representados pelos Conselhos Municipais encontra resistência por parte de instâncias do Estado.

E, assim, o desenvolvimento dos Conselhos Municipais, especialmente na pequena cidade, enseja um enquadramento complexo: depende da maneira em que o Estado-município social atua e como a população se organiza, ou seja, se esta é representativa de uma sociedade civil organizada de fato. Nas pequenas cidades tais preocupações são amplificadas por dois grandes problemas: a fraca ou mesmo ausência de instrumentação técnica dos participantes dos conselhos que representam a sociedade local; e a estreita relação do Estado-município social com os conselhos municipais que acaba por incorporar as mesmas pessoas como conselheiros em vários conselhos (seja pela parca participação social da população, como também pelo reduzido número de habitantes da pequena cidade), em sua maioria representados pela “parte” da população que apóia diretamente os gestores públicos do momento (a “oposição” não participa dos conselhos municipais).

Contudo, para os prefeitos os conselhos municipais são antes de tudo “fachada” para ajustes legais e de recebimento de verbas, não funcionam e quase todos estão sob a tutela da prefeitura. Os conselhos (CODEMA, FUNDEB, CMAS, CM Direitos da Criança e Adolescente, Saúde, Alimentação Escolar, Educação e COMTUR) ajudam (mais pessoas pensando), mas na cidade menor estes são constituídos repetidamente pelas mesmas (quase) pessoas e a oposição não participa dos conselhos, sendo a quase totalidade deles ligados ao prefeito e aos funcionários da prefeitura que participam mais efetivamente deles como conselheiros.

Os Conselhos Municipais representam uma lógica pós-Constituição Federal de 1988 de descentralização instituída neste processo. Contudo, ainda carecem de uma melhor adequação democrática e representativa. São constatações que transcendem a perspectiva apenas dos agentes públicos representantes do poder executivo das pequenas cidades. Assim, existe uma ‘cultura’ de participação popular muito frágil nos Conselhos Municipais na pequena cidade, especialmente devido à motivação política. Devido a essa motivação política presente a oposição não participa dos conselhos e a situação participa apenas como posicionamento político.

Assim, a realidade dos conselhos instituídos nas pequenas cidades é de meros instrumentos legitimadores de necessidade legal para a captação de verbas e de recursos das outras esferas do Estado brasileiro. Para Torres (2004, p. 53) “o incentivo à criação dos conselhos vem de forma praticamente impositiva, por

¹³ Bremaeker (2001, p. 4).

determinação legal, pois geralmente o repasse de verbas federais ou estaduais é condicionado à sua criação”. Entretanto, mesmo percebendo que tais mazelas institucionais e sociais são de difícil solução, os Conselhos Municipais representam uma das possíveis articulações para a sustentabilidade microrregional e local para os dilemas das pequenas cidades.

Assim, os Conselhos Municipais constituem uma ótima oportunidade institucional para dirimir os problemas de relacionamento entre a população e os gestores públicos, entre as necessidades reais da população municipal e microrregional e os investimentos públicos aplicados e recebidos, é um caminho democrático de se encontrar soluções conjuntas entre população e administração, de fiscalização da aplicação dos recursos financeiros municipais e o que, ainda mais importante, uma via para se alcançar o desafio maior: a sustentabilidade microrregional.

É neste sentido - o da cooperação microrregional entre os municípios de que reside a energia de coesão para a redução dos problemas comuns aos municípios e às pequenas cidades neles encerradas. A coesão microrregional estabelecida a partir de uma história comum, de um presente amalgamado em estruturas judiciais realizado pela unicidade da comarca e de um futuro em que os problemas são comuns e muito parecidos entre si.

Tais alegações residem no fato de que a cooperação entre municípios de mesmo tamanho populacional e que possuem uma estreita ligação cultural podem e devem solucionar seus problemas conjuntamente. Para tanto é necessário que os Estado-municípios sociais das pequenas cidades tenham um interesse compartilhado, e o que é mais importante, e mais difícil, que a sociedade desses municípios rompa o estado de letargia e anomia social em que se encontram e o indivíduo, o ser humano, o homem cordial interaja socialmente e, mais ainda, articule socialmente de maneira a cooperar com seus semelhantes como corpo, como categoria e como cidadão. Para isso os Conselhos Municipais tem um importante papel.

Assim, a sustentabilidade do lugar passa pela microrregional em que o Estado-município social tem um papel importante a desempenhar juntamente com a organização da sociedade, não mais apenas do município, mas microrregional para que as soluções possíveis sejam estabelecidas em conjunto, no lugar. E para que a sustentabilidade microrregional aconteça de fato é necessário, portanto, a concatenação dos setores da sociedade: o primeiro setor, representado pelo Estado-município social; o segundo setor, exemplificado pela economia e suas empresas; e o terceiro setor, representado pela sociedade civil organizada em seus diversos e diferentes níveis, os Conselhos Municipais e as organizações sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas na pequena cidade são realizadas diretamente pelos agentes políticos do Estado-município social sem muita intervenção, especialmente nos processos logísticos e de articulação estrutural, dos recursos do governo do estado e da União. Em sua maioria são ações sociais assistenciais que, realizadas com a superestrutura da União, conjugadas e especialmente complementadas com recursos humanos e aporte financeiro da prefeitura municipal.

Com isso, as motivações entre a realização destas políticas sociais e assistenciais chocam-se às vezes com a nova determinação da “moderna” concepção da

administração pública, em que os agentes públicos, especialmente os prefeitos, são obrigados a realizar a “venda” de sua cidade como se fosse um agente de “marketing” mais que um político administrador. Sobressaindo, nestas ocasiões, os aspectos econômicos sobre os sociais, sendo a importância de vários problemas mascarados como se apenas o aspecto econômico resolvesse os problemas sociais internos da pequena cidade. A venda da cidade não é a solução. As possíveis soluções passam por um viés microrregional em que os problemas da pequena cidade possam ser diagnosticados na escala real em que os problemas são encarados como semelhantes e suas possibilidades possam ser atendidas e, na medida do possível, supridas.

Das deficiências observadas nas pequenas cidades, os aspectos referentes à saúde pública, à falta de empregos e de lazer, são os mais notórios. Assim, para efetivação de alguns tópicos de sustentabilidade ecológica referentes a estes aspectos mais relevantes, no âmbito da sustentabilidade microrregional, a análise sobre as políticas públicas no campo de ação da saúde são o foco principal e mais urgente nas pequenas cidades. Isso se realiza devido ao fato que, mesmo existindo cooperação intermunicipal no âmbito da saúde pública, estas ainda não se efetivaram plenamente. Contudo, este modelo de cooperação intermunicipal é um dos caminhos abertos para novas maneiras de cooperação entre os municípios com pequena cidade.

A cooperação intermunicipal no setor de saúde é uma possibilidade aberta pelo caráter universalista e municipalista do sistema público de saúde brasileiro. Contudo, mesmo representando um exemplo claro de descentralização e cooperação possível entre municípios, a constituição da cooperação intermunicipal entre entes heterogêneos não significou, ainda, fator de alteração e rompimento de relações de carências urbanas da pequena cidade. Mas, mesmo assim, a experiência de cooperação intermunicipal no âmbito da saúde representa um avanço social e, especialmente, um caminho aberto para a cooperação intermunicipal para outros setores carentes da pequena cidade.

REFERÊNCIAS

BACELAR, Winston Kleiber de Almeida. **A PEQUENA CIDADE NAS TEIAS DA ALDEIA GLOBAL: relações e especificidades sócio-políticas nos municípios de Estrela do Sul, Cascalho Rico e Grupiara – MG.** Tese de Doutorado. Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia. Uberlândia: 2008, 411 p.

BREMAEKER, François E. J. **Os Conselhos Municipais existentes no Brasil. Série Estudos Especiais, nº 23. IBAM.** Rio de Janeiro: 2001, 14 p.

CAMARGO, Aspásia Brasileiro Alcântara. Consórcios regionais e intermunicipais – o desafio das parcerias. In: **Escola Nacional de Política. Integração e parcerias para o desenvolvimento da cidade.** Rio de Janeiro: FGV, 2003, p. 137-152.

CARVALHO, Juvenilda, CASTRO, Rocio, et al. **Conselhos Municipais: sua contribuição para o desenvolvimento local.** 1999, 15 p. Extraído do sítio <http://anpad.org.br/enanpad/1999/dwn/enanpad1999-ap-10.pdf> em setembro de 2007.

FREITAS, Carlos Machado de. **Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais.** Texto mimeo., 1997, 35 p..

FRANÇA, Francisco O. S. e BERTOLOZZI, Maria Rita. Pandemias. Custo perverso da exclusão social. In: **Revista Scientific American Brasil, julho de 2003, ano 2, número 14**, p. 39-43.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A crise do sistema de serviços de saúde: as forças expansivas, as correntes explicativas e os processos de intervenção**. 2001, USP/FERP, p. 31-36.

_____ **O dilema macroeconômico das reformas sanitárias contemporâneas: segmentação ou universalização**. USP/FERP, 2001b. p. 37-44.

ROCHA, Carlos Vasconcelos e FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. Descentralização e cooperação intermunicipal no Brasil. In: **A questão social no novo milênio. VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais**. Coimbra: setembro de 2004, 31p.

RIBEIRO, José Mendes e COSTA, Nilson do Rosário. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Revista de Planejamento e Políticas Públicas, nº 22**. Rio de Janeiro: 2000, p. 173-220.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas Editora, 2004, 224 p.

UNGLERT, Carmem Vieira de Souza. Territorialização em sistemas de saúde. In: **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995, p. 221-235.