

DESCENTRALIZAÇÃO, SAÚDE E DEMOCRACIA
o caso do município de Itu
(1989-1992)

1995

Cadernos CEDEC nº 38 Amélia Cohn (coord.)

**DESCENTRALIZAÇÃO, SAÚDE E DEMOCRACIA:
o caso do Município de Itu
(1989-1992)**

Equipe de Pesquisadores

Amélia Cohn (coordenação)

Paulo Eduardo M. Elias

Marco Akerman

Bolsistas

João Carlos de Queiroga Barreto

Márcia Miranda Soares

Rossana Meirelles Cavallini

Simone Rossi Pugin

Virgínia Baglini Chiaravallotti

Agradecemos o apoio e a colaboração da atual Administração Municipal, principalmente das Secretarias de Saúde e Educação, na operacionalização das atividades de campo desta pesquisa.

A presente pesquisa contou com o apoio da Fundação Ford.

ÍNDICE

I. A SAÚDE COMO COMPETÊNCIA DAS DISTINTAS ESFERAS DE GOVERNO	4
II. A INFRA-ESTRUTURA URBANA DO MUNICÍPIO: SEGUINDO O PADRÃO ESTADUAL	19
III. A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS: DO REAL AO IDEAL	26
1. A Rede de Serviços.....	26
2. O Perfil de Mortalidade	27
3. As Propostas da Administração	28
4. Entre o Real e o Ideal:outras possibilidades para a ação	29
IV. O PERFIL DO GASTO ORÇAMENTÁRIO: O LUGAR DA ÁREA SOCIAL.....	35
1. Orçamento Geral	35
2. Orçamento da Área Social	36
3. Orçamento da Área de Saúde/Saneamento	38
4. Análise dos Recursos Oriundos das Outras Esferas Administrativas para a Função Saúde/Saneamento	39
V. PENSANDO A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE	45
1. A Relação Executivo/Legislativo	45
2. A Perspectiva dos Distintos Atores.....	47
VI. DESCENTRALIZAÇÃO, SAÚDE E DEMOCRACIA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ITU	68

I. A SAÚDE COMO COMPETÊNCIA DAS DISTINTAS ESFERAS DE GOVERNO

A Constituição de 1988 reconhece pela primeira vez a saúde como um direito social: "são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados" (artigo 6º, Capítulo II - Dos Direitos Sociais).

E pela primeira vez, também, a saúde como um direito social é contemplada no texto constitucional com uma seção à parte no interior do capítulo relativo à seguridade social. Em consequência, ela passa a ser entendida como componente do sistema de seguridade social brasileiro.

A seguridade social, por sua vez, compreende um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e assistência social, devendo ser organizada, de acordo com o texto constitucional, pelos seguintes princípios [Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II - Da Seguridade Social, Seção I - Disposições Gerais]:

- I- universalidade da cobertura e do atendimento;
- II- uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III- seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV- irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V- equidade na forma de participação no custeio;
- VI- diversidade da base de financiamento;
- VII- caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Quanto às diretrizes básicas sobre os direitos à saúde, elas estão presentes na Seção II - Da Saúde. Considera-se a saúde como sendo um direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas orientadas por dois princípios:

- redução do risco de doença e de outros agravos;
- acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No que diz respeito às ações e serviços de saúde, estes são considerados de relevância pública, ficando sob a responsabilidade do Poder Público sua regulamentação, fiscalização e controle. Quanto à sua execução, esta pode ser realizada diretamente pelo setor público de serviços ou através de terceiros, por pessoa física ou jurídica de direito privado, sendo a assistência à saúde livre à iniciativa privada, que participa do Sistema Único de Saúde em caráter complementar.

Essas ações e serviços públicos de saúde, ao integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constitui um Sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade.

Sobre a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, documento do Ministério da Saúde analisa que o texto constitucional reforça para o município a condição de ente federado e se alinha com as mais modernas tendências de organização do Estado, de reconhecimento e revalorização do papel dos governos locais na provisão de serviços públicos essenciais¹

São de competência do Sistema Único de Saúde-SUS, segundo a Constituição:

- controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

¹ Ministérios da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. Ano 2; nº Especial; julho/93. Brasília: FNS, CENEPI, 1993.

- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A participação do município na responsabilidade do poder público sobre a saúde é enfatizada pelo texto constitucional, uma vez que este estabelece explicitamente suas competências, inclusive financeira. No artigo 30, VIII, lê-se: "Compete aos Municípios prestar com a cooperação técnica e financeira da União, e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população". E se a base de financiamento do setor está calcada em recursos da seguridade social e orçamentária, fica explícito na Constituição que estes devem provir da União, dos Estados e dos Municípios, além do orçamento próprio do Distrito Federal.

O exposto até o momento dá margem à existência de um consenso em torno do traço descentralizador da atual Constituição, muito embora ele esteja inequivocamente mais presente no caso da distribuição de recursos entre as esferas sub-federadas do que na redistribuição de encargos entre essas esferas².

No que diz respeito às **competências** dos Estados e Municípios, ela, no geral, é bastante genérica: reza a Constituição no seu artigo 30, II, que "é de competência comum da

² VIANNA, Solon Magalhães. "Descentralização das Políticas Sociais: o caso dos serviços de saúde" out., 1991 (mimeo), pp.03.

União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências".

E mais especificamente, no caso dos Municípios, a eles compete, conforme Artigo 30, VII, "prestar com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado serviços de atendimento à saúde da população."

Com isso, se de um lado, a participação do Município na prestação de atendimento à saúde é assumida de maneira explícita, de outro, não ficam claras suas competências e autonomia. É exatamente aí que reside um dos pontos mais complexos da descentralização: a falta de clareza das competências de cada esfera de governo.

Essa falta de clareza já estava presente quando da elaboração do próprio texto constitucional: num primeiro momento, tendeu-se a estabelecer para os municípios somente a responsabilidade sobre a atenção primária, o que acabou sendo ampliado para o "atendimento à saúde da população". Paralelamente, alterou-se também o padrão de relação entre os distintos níveis de poder: originalmente previa-se que a competência do Município com relação à saúde seria exercida "em cooperação com a União e o Estado", o que de certa forma pressupunha um certo equilíbrio entre eles, tendo prevalecido, posteriormente, que a competência dos Municípios sobre o atendimento à saúde da população seria exercida "com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado".

Por sua vez, no que diz respeito aos Estados, a eles também é atribuída a prestação de serviços de atendimento à saúde, tal como no caso dos Municípios, uma vez que "... são reservadas aos Estados as competências que não lhes sejam vedadas por esta Constituição" (artigo 24).

Em resumo, em que pese a descentralização da saúde ter sido à época, e continue sendo no momento atual, avaliada como uma conquista no sentido da universalidade e equidade, o mesmo não ocorre sobre seu significado e alcance. Se de um lado "a cooperação técnica e financeira da União e do Estado" sugere fortemente um movimento do centro para a periferia, de outro, constata-se paralelismos, duplicações e indefinições sobre as competências de cada esfera de poder na definição e execução de serviços de atendimento à saúde. Em decorrência, fica bastante indefinido o grau de autonomia da esfera municipal para elaboração e execução de uma política de saúde naquele âmbito.

Especificamente no caso dos serviços de saúde, a questão se torna bastante mais complexa, pois, como adverte Vianna, a descentralização "engloba somente a ampla autonomia de gestão para as unidades públicas produtoras de bens de serviços de saúde. **Pressupõe também a competência local para gerir a rede sanitária em seu território e decidir nesse âmbito quanto ao grau de privatização do sistema, implicando, conseqüentemente, no afastamento de agências federais da prestação de serviços de natureza local, entre os quais a assistência médica - qualquer que seja o seu nível de especialização - representa o exemplo mais eloqüente**"³.

Esses preceitos institucionais são regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080/90. Esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o financiamento dos serviços correspondentes, definindo parâmetros para o modelo assistencial a ser instituído, e estabelecendo competências das três esferas de governo.

Constituem atribuições **comuns** da União, Estados e Municípios:

- **elaborar e implementar:** o Plano de Saúde; a proposta orçamentária do SUS de conformidade com o Plano de Saúde; o processo de Planejamento e Orçamento do SUS de forma ascendente (do nível local até o federal), com a respectiva participação dos Conselhos Local, Municipal, Estadual e Nacional de Saúde; a política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, em conjunto com outros órgãos governamentais; a definição das instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de política sanitária; a articulação da Política e do Plano de Saúde; programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

- **normatizar:** padrões de qualidade e parâmetros de custos de assistência e vigilância sanitária à saúde, inclusive para a promoção da saúde do trabalhador; as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista sua relevância pública; a promoção, proteção e recuperação da saúde, através de normas técnico-científicas; padrões éticos para pesquisas, ações e serviços de saúde, em articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da Sociedade Civil.

³ VIANNA, S., op.cit. pp.03

- **coordenar e organizar** o sistema de informação em saúde; programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

- **executar**: a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, para a saúde; a política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, em conjunto com outros órgãos governamentais; ações de saneamento básico e de proteção e recuperação do meio ambiente em conjunto com outros órgãos governamentais; operações externas de natureza financeira de interesse da saúde autorizadas pelo Senado Federal; programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

- **controlar, avaliar e fiscalizar**: as ações e serviços de saúde, com definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização; o nível de saúde da população e das condições ambientais.

- **articular** os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos na prestação de serviços de assistência à saúde da população.

- **propor** a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente.

- **informar** as pessoas assistidas sobre sua saúde.

- **dar acesso** aos serviços de informática e base de dados, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada e disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas.

- **integrar** os serviços de saúde estaduais e municipais de previdência social à direção correspondente do SUS conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

- **contar**: com Fundo de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e Comissão para elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários.

- **depositar** em conta especial os recursos financeiros do SUS e movimentá-la sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

É da competência específica do nível federal:

- **formular e implementar** políticas nacionais, tais como de alimentação e nutrição, de controle sobre o meio ambiente, saneamento básico e aquelas relacionadas ao trabalho; produção de insumos e equipamentos para a saúde; planejamento estratégico nacional do SUS em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

- **normatizar**: o Sistema Único de Saúde de abrangência nacional; critérios para o controle das condições do meio ambiente e dos ambientes de trabalho; as relações público-privado e as atividades privadas que estejam relacionadas ao SUS; **acompanhar e analisar** as tendências do quadro sanitário nacional; e **implementar**: o Sistema Nacional de Sangue, os padrões éticos de pesquisa, e o registro de processos e produtos.

- **coordenar**: política de saúde do trabalhador; ações de vigilância epidemiológica; no âmbito nacional, o Sistema Nacional de Sangue; avaliação técnica e financeira do SUS; e no nível nacional, o Sistema de Informações em Saúde.

- **executar**: a análise sobre as tendências do quadro sanitário nacional; a política nacional de produção de insumos e equipamentos para a saúde; a descentralização dos serviços e ações de saúde para as sub-esferas da federação.

- **controlar, avaliar e fiscalizar**: políticas nacionais de produção de insumos e equipamentos para a saúde; procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; as ações e serviços de saúde prestados pelas sub-esferas da federação.

- **cooperar** técnica e financeiramente com Estados e Municípios e Distrito Federal, para a o desenvolvimento de suas atividades.

- **articular**: as ações de educação para a saúde; o desenvolvimento científico e tecnológico e de recursos humanos para a área da saúde.

- **estabelecer**: critérios e valores para a remuneração de serviços e parâmetros de cobertura assistencial, que deverão ser aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde.

É de competência específica dos Estados:

- **formular e implementar:** a política estadual de saúde; **em caráter suplementar,** a política de insumos e equipamentos para a saúde;

- **normatizar, em caráter suplementar,** o controle e avaliação das ações e serviços de saúde e estabelecer padrões de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano.

- **coordenar:** ações e serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador, educação para a saúde; a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros.

- **administrar:** os sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; os laboratórios e hemocentros de responsabilidade do âmbito estadual.

- **executar:** a descentralização dos serviços e ações para os municípios; **em caráter supletivo,** ações e serviços de saúde; **em caráter complementar,** ações e serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, alimentação e nutrição, e de saúde do trabalhador; ações de saneamento básico; controle e avaliação das condições dos ambientes de trabalho; **em caráter suplementar,** a política de insumos e equipamentos para a saúde; a identificação de estabelecimentos hospitalares de referência regional e estadual.

- **controlar, avaliar e fiscalizar:** as redes hierarquizadas do SUS; as condições do meio ambiente que tenham influência sobre a saúde humana, bem como os ambientes de trabalho.

- **cooperar** técnica e financeiramente com os municípios e com a União na execução da vigilância sanitária (de portos, aeroportos e fronteiras).

- **articular** com os municípios o planejamento, programação e a organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS.

É de competência específica dos Municípios:

- **elaborar, formular e organizar:** as ações e os serviços de saúde.

- **normatizar, em caráter complementar,** as ações e serviços públicos de saúde, no seu âmbito de atuação.

- **coordenar** a programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção.

- **administrar**: os serviços públicos de saúde; laboratórios de saúde e hemocentros.

- **executar**: os serviços públicos de saúde; as ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; os serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador; a política de insumos e equipamentos para a saúde no âmbito municipal; a celebração de contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde.

- **controlar, avaliar e fiscalizar**: as ações e os serviços de saúde; as ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; as agressões ao meio ambiente; a execução de contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde; os procedimentos dos serviços privados de saúde.

- **cooperar** com a União e com os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras.

- **articular** juntamente com o nível estadual o planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS.

- **formar** consórcios administrativos intermunicipais.

- **organizar** distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicos e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Este conjunto de dispositivos legais oscila entre o detalhismo e a abrangência, como já apontou Vianna. Nota-se, ademais, a superposição de atribuições dos distintos níveis de poder, cabendo, no geral, ao nível central formulações e normatizações, e na outra ponta - nível municipal - a execução dos serviços. Aqui, a formulação e normatização acabam estando subordinadas à lógica maior dos critérios e da análise técnica dos programas e projetos (estaduais e municipais) para o repasse de recursos, pelo nível federal, para essas esferas de poder.

Isso, de um lado, subordina a natureza da descentralização à lógica do financiamento (por sua vez vinculada, no nível central, a políticas e ações de ordem macro-

econômicas); e de outro, e em consequência, na prática acaba por limitar a autonomia do nível local em padrões e parâmetros próprios, seja na relação público/privado, seja na própria relação Estado/Sociedade.

Lei Orgânica do Município da Estância Turística de Itu.

Promulgada em 1990, essa Lei reafirma como atribuições deste Município no que diz respeito à saúde:

- o direito à saúde garantido mediante o desenvolvimento de políticas sociais e ambientais.

- o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, que devem ser prestados através do Sistema Único de Saúde, obedecendo as diretrizes federais e estaduais.

Ao estabelecer o desenvolvimento de políticas sociais e ambientais, enquanto garantia do direito à saúde, o texto municipal restringe seu campo de atuação consideradas as disposições previstas pelas leis federal e estadual. Neste sentido, a lei federal estabelece o desenvolvimento de políticas sociais e econômicas e a lei estadual de políticas sociais, econômicas e ambientais.

Por outro lado, a Lei Orgânica de Itu, uma vez comparada com diretrizes superiores, amplia a competência do Município ao prever entre suas responsabilidades, de forma exclusiva, a eliminação do risco de doenças.

As ações e serviços de saúde, prestados através do Sistema Único de Saúde, ficam sob a direção de um profissional da área.

As diretrizes que devem ser seguidas no âmbito do Município de Itu estão relacionadas a seguir, considerando que são apresentadas, quando couber, breves observações acerca das diretrizes superiores.

- descentralização das ações e de serviços com direção única no Município;

- integração das ações e dos serviços de saúde adequados às diversas realidades epidemiológicas. Pelo texto estadual, esta integração compreende a regionalização e hierarquização do atendimento individual e coletivo.

- universalização da assistência de igual qualidade com instalação e acesso a todos os níveis de serviços de saúde à população. Vale lembrar que o texto estadual especifica a população a ser atendida, enquanto rural e urbana.

- participação da comunidade organizada e representativa. Esta disposição pode ser compreendida enquanto instrumento institucionalizado que assegure o **controle público**.

- gratuidade dos serviços prestados, vedada a cobrança de despesas e taxas sob qualquer título.

A **participação do setor privado no Sistema de Saúde**, regulamentada pela Lei Orgânica, tem caráter supletivo, diferindo da lei federal que prevê essa participação de forma complementar. Depreende-se daí, a ocorrência de mais encargos ao Município, uma vez que se considera a possibilidade de compensar as deficiências das esferas estadual e federal e não somente completar a rede já existente.

Vale lembrar que o texto municipal não apresenta uma disposição específica que autorize a livre participação da iniciativa privada na assistência à saúde.

É vedada a destinação de recursos públicos para auxílio ou subvenções para o setor privado com fins lucrativos.

De forma exclusiva, a Lei Orgânica atribui ao Poder Público a competência de desapropriar ou requisitar, nas condições e formas previstas na legislação federal, os serviços privados de saúde, participantes do SUS.

A política municipal de saúde fica a cargo do Sistema Único de Saúde neste âmbito de atuação quanto à sua gestão, planejamento, controle e avaliação.

A revisão do Código Sanitário também está presente no texto municipal.

No que se refere aos **Programas de Saúde**, a Lei Orgânica prevê o desenvolvimento de ações considerando os seguintes setores:

- aqueles relacionados à remoção de órgãos e similares, e coleta, processamento e transfusão de sangue. Recorrendo à legislação estadual, identifica-se nesta um maior detalhamento em suas disposições no que se refere a este campo de atuação. São elas: a obediência à ordem cronológica de receptores, assim como as urgências médicas quanto à remoção de órgãos e similares; a exigência da obrigatoriedade nas notificações para os casos de morte encefálica comprovada, tanto para a rede pública como privada, ficando o Poder Público responsável por essas notificações, com caráter emergencial.

Por outro lado, a Lei Orgânica do Município de Itu apresenta um Parágrafo Único no qual prevê, de forma exclusiva, a execução de penalidades para os responsáveis pelo não cumprimento da lei.

- política de recursos humanos, com garantias para os direitos do servidor público. A esse respeito vale retomar a própria lei federal e a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, uma vez que se nota certa divergência entre suas disposições.

De um lado, o texto federal estabelece ao Sistema Único de Saúde a **ordenação e formação de recursos humanos para o setor saúde**. Por outro lado, a Lei 8080/90 tornou imprecisa as disposições estabelecidas pelo texto federal, pois prevê para a União, Estados, o Distrito Federal e para os Municípios a **participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde**.

Quanto à esfera estadual, nota-se uma maior abrangência da política de Recursos Humanos em saúde, uma vez que envolve a capacitação, formação e valorização de profissionais da área, no sentido de propiciar melhor adequação às necessidades específicas do Estado e de suas regiões e ainda àqueles segmentos da população cujas particularidades requerem atenção especial, de forma a aprimorar a prestação de assistência integral.

- a participação na formulação política e execução das ações de saneamento básico e proteção ao meio ambiente. Recorrendo à lei estadual, nota-se certa preocupação com respeito ao ambiente do trabalho, à saúde do trabalhador e ao processo produtivo. O texto faz referência ao acesso dos trabalhadores às informações relativas ao ambiente de trabalho e atividades que possam causar danos a sua saúde, bem como a adoção de medidas preventivas de acidentes e de doenças do trabalho.

- No que se refere à manutenção da saúde, individual e coletiva, incluindo a saúde do trabalhador, o texto municipal estabelece enquanto competência do SUS neste âmbito a seguinte disposição: estabelecer normas, fiscalizar e controlar edificações, instalações, estabelecimentos, atividades, procedimentos, produtos, substâncias e equipamentos que interfiram individualmente e coletivamente, incluindo os referidos à saúde do trabalhador.

Esta disposição apresenta certa conformidade com os textos federal e estadual, mas não especifica em nenhum momento quais as substâncias e produtos que possam vir a interferir na saúde individual, coletiva ou do trabalhador, diferindo das leis superiores que apresentam uma clara regulamentação a esse respeito.

- prestação de serviços de saúde, incluindo vigilância sanitária e epidemiológica; saúde do trabalhador; saúde da mulher; de pessoas portadoras de deficiências; saúde da criança, dos adolescentes e idosos. Recorrendo à legislação estadual, nela está assegurado às pessoas portadoras de deficiências a implantação de serviço de atendimento integral aos portadores de deficiências, de caráter regionalizado, descentralizado e hierarquizado em níveis de complexidade crescente, abrangendo desde a atenção primária, secundária e terciária da saúde, até o fornecimento de todos os equipamentos necessários à sua integração social.

- Atendimento integral de emergência e urgência, através da implantação de (pelo menos) uma unidade fixa de funcionamento diuturno. Trata-se, neste caso, de uma disposição exclusiva do texto municipal.

O financiamento do setor saúde está regulamentado pela Lei Orgânica de Itu considerando as disposições previstas nas leis superiores, as quais prevêm recursos provenientes do próprio Município, do Estado, da União e de outras fontes.

Finalizando, quanto ao **controle público**, em nenhum momento a legislação municipal esclarece a forma pela qual deve se dar a participação da população na gestão do setor saúde. Diferente do texto estadual que prevê a existência dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde enquanto instrumentos que assegurem a participação de representantes da comunidade, compreendidos enquanto trabalhadores, entidades e prestadores de serviços da área, e o Poder Público, devendo estes representantes participar da elaboração e controle das políticas de saúde, formulação, fiscalização e acompanhamento do SUS.

Uma série de outros assuntos pertinentes ao setor saúde previstos pelas leis superiores não foram contemplados pela legislação municipal.

Com relação à Constituição Federal, são três as disposições não identificadas no texto municipal:

- está vedada a participação de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde;
- o desenvolvimento científico e tecnológico;
- a fiscalização e inspeção sobre alimentos e afins.

Uma vez que a Constituição do Estado de São Paulo é mais detalhada, são vários os itens contemplados por este texto, sem correspondência na legislação municipal.

No que se refere ao desenvolvimento de **Programas de Saúde**:

- direito à auto-regulação da fertilidade por parte do homem, da mulher ou do casal;
- atendimento médico para a prática de aborto, por parte da rede pública de saúde, considerando a legislação vigente;
- ser vedada a nomeação ou designação de pessoa que participe da administração de entidades ligadas ao sistema de saúde para ocuparem cargos
- incentivo por parte do Estado para o desenvolvimento de pesquisas e estudos relacionados ao combate ao câncer;
- avaliações de fonte de riscos no ambiente de trabalho e adoção de medidas preventivas ou de combate aos riscos;
- o funcionamento de unidades terapêuticas para recuperação de usuários de substâncias que geram dependência física ou psíquica;
- assegurar ao paciente internado, na rede pública ou privada, o direito de ser assistido religiosa e espiritualmente por ministro de culto religioso.

Chamam a atenção na Lei Orgânica do Município de Itu, em primeiro lugar, a referência explícita à responsabilidade de direção do SUS a um profissional da área. Em segundo lugar, a restrição da participação do setor privado no SUS como de caráter suplementar, prevendo inclusive a possibilidade de desapropriação ou requisição de serviços privados de saúde. Contrasta esse maior rigor na definição da relação setor público/setor privado de serviços de saúde como a fluidez e indefinição do caráter da "participação da comunidade". Aqui não são definidas nem a composição das instâncias decisórias (o Conselho de Gestão) nem se serão deliberativos ou consultivos.

Por fim, cabe registrar a referência explícita à implantação de uma unidade médica de urgência diuturna e à revisão do código sanitário.

Esses destaques configuram, quando já da elaboração da própria lei, uma ênfase na preocupação da organização do Sistema Único de Saúde nas suas dimensões assistencial e da relação público/privado, ao mesmo tempo que reafirmam os preceitos constitucionais sem, no entanto, avançar na gestão do controle público da saúde.

II. A INFRA-ESTRUTURA URBANA DO MUNICÍPIO: SEGUINDO O PADRÃO ESTADUAL

A cobertura pelos serviços de infra-estrutura urbana parece ser bastante razoável. Isto porque, mais uma vez, não há disponibilidade de dados detalhados, sistematizados e acessíveis sobre estes serviços. No entanto, tomando-se como base as informações do Censo 1991 para o Estado de S. Paulo - abrangendo o universo dos domicílios permanentes - verifica-se que a situação da infra-estrutura urbana em Itu é bastante razoável em termos de cobertura, igualando-se àquela do Estado de S. Paulo que, por sua vez, é muito melhor do que a da média do país. O município de Itu conta com 26.223 domicílios permanentes, com média de 4 pessoas por domicílio, sendo que 32.5% deles possuem até 4 cômodos (Tabela 2). Do total dos domicílios, 90.5% situam-se na área urbana. Em relação à cobertura de serviços de saneamento, 98.5% do total de domicílios possuem água canalizada interna, sendo 87.5% ligados à rede geral (água tratada); 98% possuem algum tipo de instalação sanitária, sendo que 84.5% deles são ligados à rede geral de esgoto; e 88.5% do total dos domicílios dispõem de serviço de coleta de lixo (Cf. Tabelas 3,4 e 5). As mesmas estatísticas para o Estado de S. Paulo apresentam 96% dos domicílios com canalização interna de água, sendo 90% ligados à rede geral; 98.5% possuem algum tipo de instalação sanitária, sendo 76% ligados à rede de esgoto; e 91% são abrangidos pelo serviço de coleta do lixo (Cf. Tabelas 2,3 e 5). Do total de domicílios no Estado, 34.5% possuem até 4 cômodos (Cf. tabela 4).

As estatísticas disponíveis para iluminação pública e pavimentação referem-se apenas à população de baixa renda (segundo informações prestadas pela administração municipal e apresentadas na publicação “Perfil Habitacional Municipal”, da Secretaria da Habitação do Governo do Estado de S.Paulo), e apresentam um percentual de cobertura superior a 95% .

Dessa forma, o padrão apresentado pelo município de Itu em relação à infra-estrutura urbana configura uma situação em que a demanda por tais serviços é relativamente pequena, o que termina por aliviar as disponibilidades orçamentárias para gastos em outros setores. No entanto, mesmo considerando-se a situação relativamente privilegiada da infra-estrutura urbana, só mais recentemente foi resolvido o problema do abastecimento de água

tratada, em termos da quantidade disponível e da qualidade, como revelam o material da imprensa local e as entrevistas realizadas com os diferentes setores da sociedade.

Se do ponto de vista da igualdade a infra-estrutura urbana pode ser considerada razoável, o mesmo não ocorre quando se considera o ponto de vista da equidade. Assim, 378 domicílios permanentes (1.5%) não possuem água canalizada interna; 250 (1%) deles não dispõem de nenhum tipo de instalação sanitária; e 11.5% do total dos domicílios não são servidos pela coleta de lixo. Acresce-se a isto, a existência de 2.000 pessoas (1.8 % da população) vivendo em habitações tipo cortiço e a demanda declarada pela Prefeitura da necessidade de serem construídas 7.000 novas casas .

Estes últimos dados, quando relacionados a padrões de equidade, apontam para a necessidade de um esforço da administração municipal para minorar as desigualdades, fato que não encontra respaldo na análise geral do padrão dos gastos orçamentários no período estudado. Ademais, a legislação vigente no país não precisa com clareza as competências dos diversos níveis da administração em relação aos investimentos nas áreas de infra-estrutura urbana e de políticas sociais, no caso em saneamento e habitação . Por outro lado, a tradição vigente no nível municipal, sobretudo em relação aos investimentos em saneamento e habitação, é a da dependência em grande medida de recursos das esferas de governo estadual e federal .

TABELA 1

Distribuição dos domicílios particulares permanentes e pessoas moradoras no Estado de São Paulo, segundo situação do domicílio

Total	Urbano	Rural
8.039661	7.508.078	531.583
100%	93,38%	6,61%

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

TABELA 2

Abastecimento de água por domicílios particulares permanentes e pessoas moradoras no Estado de São Paulo, segundo situação do domicílio

Abastecimento de água	por domicílio			população abrangida		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
Água Canalizada (interna)	95,82% (7.703.706)	96,99% (7.282.703)	79,19% (421.003)	93,73% (29.924.148)	96,92% (28.152.609)	79,15% (1.771.539)
Rede Geral	89,3% (7.179.716)	94,54% (7.098.249)	15,32% (81.467)	86,83% (27.721.965)	94,24% (27.374.207)	15,53% (347.758)
Outras Formas	6,51% (523.990)	2,45% (184.454)	63,87% (339.536)	6,89% (2.202.183)	2,67% (778.402)	63,62% (1.423.781)
s/Água Canalizada Interna	4,17% (335.955)	3,0% (225.375)	20,8% (110.580)	4,25% (1.359.919)	3,07% (893.525)	20,84% (466.394)

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

TABELA 3

Instalação sanitária por domicílios particulares permanentes e pessoas moradoras no Estado de São Paulo, segundo situação do domicílio

Instalação Sanitária	por domicílio			população abrangida		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
Com algum tipo de instal. sanit.	98,42% (7.913.427)	98,84% (421.557)	92,64% (492.459)	98,52% (30.822.660)	98,94% (28.738.593)	93,12% (2.084.067)
Rede Geral	76,10% (6.118.649)	82,70% (6.209.450)	9,33% (49.616)	74,20% (23.213.621)	_____	_____
Vala	2,60% (209.159)	_____	_____	2,95% (924.321)	_____	_____
s/nenhum tipo de instal. sanitária	1,44% (116.170)	1,02% (77.046)	7,35% (39.124)	1,34% (421.291)	0,92% (269.876)	6,76% (151.415)
não sabe informar	0,12% (10.064)	0,12% (9.475)	0,11% (589)	0,12% (40.116)	_____	_____

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

TABELA 4

Domicílios particulares permanentes por nº de cômodos e pessoas moradoras no Estado de São Paulo

Domicílios	Total	%	Total de Pessoas	% Pessoas
- Até 2	533.379	5,94%	(1.703.982)	5,46%
- 3 e 4	2.478.496	27,61%	(9.108.516)	29,11%
- 5	1.979.795	24,62%	(7.881.545)	25,19%
- 6 a 9	2.584.576	32,14%	(10.643.247)	34,02%
- 10 ou +	463.315	5,76%	(1.946.777)	6,22%
Total Geral	8.039.661	100%	31.284.067	100%

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

TABELA 5

Percentual de coleta de lixo no Estado de São Paulo, por domicílios particulares permanentes e de pessoas moradoras

Coleta de Lixo	Total		Urbano	
	Domicílios	Pessoas	Domicílios	Pessoas
Coletado	91,01%	90,23%	96,15%	95,73%
Não Coletado	9%	9,76%	3,84%	4,26%

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

TABELA 1

ITU

Distribuição de Domicílios particulares permanentes e pessoas moradoras no município de Itu, segundo situação do domicílio

Total	Urbano	Rural	média de pessoas por Domicílio	Urbano	Rural	Total
26.223	(23.721)	(2.502)	4,03	(95.438)	(10.355)	(105.793)
100%	90,45%	9,54%		90,21%	9,78%	100%

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

TABELA 2**Domicílios particulares permanentes por nº de cômodos no município de ITU**

Domicílio	%	Total
- Até 2	5,44%	1.428
- 3 e 4	26,99%	7.079
- 5	31,96%	8.383
- 6 a 9	29,47%	7.730
- 10 ou +	6,11%	1.603
	100%	26.223

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

TABELA 3**Percentual de coleta do lixo por domicílios particulares permanentes no município de Itu**

Coleta de lixo	% Domicílios
Coletado	88,36
Não Coletado	11,64
Total	100

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

TABELA 4**Abastecimento de água por domicílios particulares permanentes no município de Itu**

Abast. de água	Total Dom.	%
Água Canalizada Interna	25.845	98,55%
Rede Geral	22.929	87,43%
Outras formas (poço, nascente, etc.)	2.916	11,12%
s/água canalizada interna	378	1,45%

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

TABELA 5**Instalação Sanitária por domicílios particulares permanentes no município de Itu.**

Instalação Sanit	Total Dom.	%
Com algum tipo de instal. sanit.	25.969	98,07%
Rede Geral	22.129	84,38%
Vala	26	0,09%
Não sabe	4	0,01%

Fonte: IBGE Censo Demográfico 1991. nº 21 São Paulo. Dados brutos

III. A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS: DO REAL AO IDEAL

1. A Rede de Serviços

O município é relativamente bem provido de equipamentos de saúde, seja em termos quantitativos ou qualitativos. A rede instalada totaliza 22 estabelecimentos de saúde, sendo 4 hospitalares. O município dispõe de 4.2 leitos por 1.000 habitantes, instalados em hospitais gerais e utilizados para tratamento em várias especialidades, sendo que a Organização Mundial da Saúde preconiza como referência a disponibilidade de 4.5 leitos gerais por 1.000 habitantes.

A rede hospitalar da cidade dispõe de 1904 leitos distribuídos em 2 hospitais gerais (ambos privados) e 2 especializados, sendo 1 em atendimento psiquiátrico (privado) e outro tipo sanatório, especializado em hanseníase (público, integra a rede estadual). Os leitos especializados correspondem a cerca de 76% do total. Destes, 450 leitos (24% do total) destinam-se às internações psiquiátricas e são mantidos pelo setor privado lucrativo; os demais 1.000 leitos (56% do total) pertencem ao Sanatório Pirapitingui. Dos 454 leitos gerais (24% do total), 33% são controlados pelo setor privado lucrativo e 67% pelo setor privado não lucrativo (hospital filantrópico sob intervenção da administração estadual).

Em condições normais o setor privado controlaria cerca de 47% do total dos leitos instalados e a totalidade dos leitos gerais disponíveis no município. Com a intervenção estadual no hospital filantrópico, que já vem há mais de 4 anos, o setor privado lucrativo detém o controle de apenas 32% do total dos leitos. Não obstante, chama a atenção o fato de a administração local não ter nenhum tipo de controle sobre os leitos disponíveis no município. Os 68% dos leitos controlados pelo setor público estão diretamente subordinados ao governo estadual, sendo que 16% do total geral correspondem a leitos gerais de uso preferencial dos munícipes, em contraste com os 52% destinados à internação de hansenianos de todo o Estado. Essa ausência de controle da administração local sobre os leitos é agravada pelo modo como se deu a intervenção estadual: através da nomeação do ex-prefeito (adversário político da atual administração) na condição de interventor do hospital filantrópico.

Assim, em situação normal o poder público não dispõe de controle sobre os leitos gerais, e quando, em situação excepcional, o controle público alcança parcela expressiva dos

leitos gerais, procede de modo a alijá-los da alçada da administração local, criando situação propícia à prática de um duplo comando na área da saúde, contrariando desta forma o espírito que preside a regulamentação do Sistema Único de Saúde. Esta situação vem realçar duas dimensões presentes no processo de descentralização da saúde: os conflitos de definição de competência de cada esfera de governo e aqueles advindos do poder de controle sobre equipamentos assistenciais estratégicos, seja do ponto de vista da complexidade tecnológica, seja do ponto de vista de uma dada eficácia política, como sugere o caso de Itu.

A rede ambulatorial conta com 18 estabelecimentos, 16 voltados para o atendimento geral nas áreas médicas básicas (Clínica médica e cirúrgica, obstetrícia e pediatria), e apenas 2 voltados exclusivamente para o atendimento especializado. Apesar de não se dispor de informações sobre a vinculação de todos estes estabelecimentos - se públicos ou privados - sabe-se que pelo menos 12 são Postos ou Centros de Saúde pertencentes à rede pública municipal. A rede ambulatorial geral é razoavelmente dimensionada, já que em média cada unidade deve abranger cerca de 6.656 habitantes.

De modo geral o município de Itu conta com uma estrutura física de serviços que o capacita a ofertar à população uma cobertura assistencial de complexidade até pelo menos o nível secundário.

2. O Perfil de Mortalidade

Entre 1989 e 1992, compõem as quatro principais causas de mortalidade, segundo a Classificação Internacional de Doenças, as doenças do aparelho circulatório, os neoplasmas, as doenças do aparelho respiratório e , as causas externas. Estes agravos são responsáveis por 65% dos óbitos ocorridos no município em 1989, e 69.4% dos ocorridos em 1992.

Dentre estas destacam-se as doenças do aparelho circulatório como a principal causa isolada de mortalidade. Para o ano de 1989, estes agravos representam 36.1% do total de óbitos, apresentando, na faixa etária dos 45 aos 64 anos, a taxa de 6.1 óbitos por 1.000, taxa esta que apresenta significativo incremento, passando a 34.3 por 1.000, ao considerar-se a faixa etária de 65 e mais anos. Em 1992, as doenças do aparelho circulatório correspondem a 32.9%

do total de óbitos, sendo 4.2 por 1.000 na faixa etária de 45 a 64 anos, e 27.3 por 1.000 na faixa etária de 65 e mais anos.

Na faixa etária de zero a 4 anos, a principal causa de óbito deve-se às afecções perinatais, correspondendo a taxas de 4.9 e 3.1 por 1.000, respectivamente em 1989 e 1992. Seguem-se-lhes, em 1989 as doenças infecciosas e parasitárias, apresentando taxas de 1.6 por 1.000 e, em 1992, as doenças do aparelho respiratório, correspondendo a taxas de 1.3 por 1.000.

Dentre as três causas de óbitos selecionadas para os 4 municípios (homicídios; acidentes de veículos a motor; demais acidentes), destacam-se, em 1989, os demais acidentes, com percentuais de 3.1%, manifestando-se, de modo mais acentuado, na faixa etária dos 10 a 44 anos, apresentando taxas de 3.4 óbitos por 10.000. Em 1992, são os acidentes de veículos a motor os que aparecem em primeiro lugar, com percentuais de 3.0%, manifestando-se, de modo mais acentuado, na faixa etária de 15 a 44 anos, correspondendo a taxas de 2.5 óbitos por 10.000. Seguem, em 1989 os acidentes de veículos a motor, responsáveis por 2.3% do total de óbitos e, em 1992, os demais acidentes correspondendo a 2.9% dos óbitos.

3. As Propostas da Administração

Os documentos coletados no Executivo municipal configuram uma proposta de governo que privilegia a assistência médica, tomando como prioridades a extensão da cobertura assistencial, a universalização da assistência e a integralização do atendimento.

Esta proposta de governo concretiza-se através dos Programas de Saúde (Saúde da Mulher, Saúde Escolar, Saúde Mental, etc.) e da assistência médica individual em seus vários níveis de atenção (UBS, Ambulatório de Especialidades, Hospital).

Os Programas e serviços de Saúde do município guardam, entre si, diferentes ênfases, podendo ser classificados segundo suas esferas temáticas em três grupos:

- Aqueles Programas que se centram no aumento da cobertura e na melhoria da qualidade dos serviços, como o Ambulatório de Especialidades Médicas e a Rede Básica de Saúde.

- Aqueles Programas de cunho educativo que, além da cobertura assistencial, focalizam a conscientização da população através da educação em saúde. No caso do Programa de Saúde Escolar, por exemplo, existe o Núcleo de Ação Educativa, que desenvolve ações educativas junto aos alunos e professores em torno de temas como alimentação, higiene, acidentes na infância, cólera, etc. Também no Programa de Saúde Bucal são desenvolvidas ações educativas e preventivas juntamente com o trabalho curativo. E o Ambulatório de Saúde Mental, integrado ao SUS (Sistema Único de Saúde) e que visa humanizar o atendimento a seus pacientes e resgatar sua cidadania, melhorando sua qualidade de vida.

- Aqueles Programas caracterizados pelas ações de saúde no âmbito coletivo, tais como as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, onde se enfatizou a municipalização do Serviço de Vigilância Sanitária na área de Controle de Produtos Relacionados à Saúde, gerando principalmente a demanda de um aumento no seu quadro de funcionários.

4. Entre o Real e o Ideal: outras possibilidades para a ação

Este texto analisa a coerência e a compatibilização das ações e programas desenvolvidos no Município de Itú entre 1989-1992 com um modelo teórico de atenção a saúde. Esse modelo aponta, a partir dos dados de mortalidade registrados em 1989, quais seriam os principais problemas de saúde no município, e sugere ações para o seu enfrentamento. Enfoca portanto, a capacidade do município de elaborar programas e executar ações a partir de um diagnóstico técnico dos problemas locais.

Os dados de mortalidade foram obtidos na Fundação SEADE, órgão do governo do Estado de São Paulo, e permitem analisar a magnitude relativa das principais causas de óbito em 1989 e o risco de morrer para cada grupo de idade em relação a grupos de causas relevantes. As principais causas de óbito para cada grupo etário formam a base para o diagnóstico técnico e a determinação dos principais problemas locais que formam o arcabouço do modelo teórico ⁴.

Formulação do modelo teórico de intervenção

Inicialmente, faz-se necessário um alerta. O modelo que aqui será delineado apresentará caráter eminentemente técnico, buscando na epidemiologia o seu referencial. Não se pretende completo, entendendo portanto que não contempla diagnóstico, necessidades e desejos percebidos pela população local.

Em 1989, Itú apresentou o seguinte perfil de mortalidade:

1. As doenças circulatórias como a primeira causa de morte, seguidas das neoplasias, causas externas (morte violenta), e doenças do aparelho respiratório. Esses 4 grandes grupos de causa representaram 65% de todos os óbitos registrados no período.

2. Os grupos etários 45-64 e 65+ são os que apresentam o maior risco de morrer por doenças do aparelho circulatório (61/10.000 e 343/10.000 respectivamente); as causas externas atingem mais o adulto jovem (15-44 anos, 13/10.000), enquanto as crianças (0-4 anos) e os mais idosos (65+) são os mais vulneráveis às doenças respiratórias (9.3/10.000 e 32/10.000, respectivamente).

3. As afecções perinatais representaram 7% dos óbitos totais do período, provavelmente devido a problemas na assistência ao parto.

4. As doenças infecciosas e parasitárias ainda acometem de forma importante a população local, com 5.5% de todos os óbitos registrados no ano de 1989.

Imaginando serem esses os mesmos dados à frente da equipe de saúde de Itú que inicia sua gestão em 1989, que inferência de problemas poderia ser feita?

Poderia-se apontar 3 problemas básicos:

1. As cardiopatias e as neoplasias indicando envelhecimento da população
2. Vulnerabilidade do adulto jovem indicada pelas mortes prematuras por violência

⁴Um diagnóstico local deve-se valer também dos dados de morbidade. Entretanto o acesso de forma completa a esses dados é dificultado pela falta de mecanismos de compilação que compreendam serviços públicos, privados e filantrópicos.

3. As mortes por doenças infecto-parasitárias, respiratórias e afecções perinatais, além de demonstrarem precárias condições de vida, seriam indícios de precariedades na prática médica assistencial.

Que ações e programas deveriam ser desencadeados a partir da determinação desses problemas?

Qualquer ideário de governo que não entenda o enfrentamento dessas questões dentro de uma estratégia inter-setorial estaria falhando. Portanto, espera-se que os programas de saúde do município de Itú contemplem a interface de suas ações com outros setores e departamentos da administração municipal.

Mais ainda, um diagnóstico técnico que coincidir com os 3 problemas básicos acima sublinhados, deveria propor:

1. Políticas de promoção da saúde que contemplassem hábitos de vida - alimentação, exercício físico, fumo - condições de vida e trabalho, controle de agrotóxicos, legislação ambiental e de alimentos, grupos de terceira idade, etc;

2. Um *mix* tecnológico de assistência que contemplasse serviços de atenção, não só de cuidados primários, mas níveis mais sofisticados de suporte na propedêutica e terapêutica dos problemas cardíacos e do câncer.

3. Políticas dirigidas aos jovens no que tange à educação e emprego.

4. Organização de um sistema de emergência municipal que pudesse fazer frente aos agravos decorrentes da violência, como tentativas de homicídio e acidentes de trânsito.

5. Ações gerenciais nos serviços de saúde que tivessem como critério a "inadmissibilidade" de óbitos por determinadas doenças, como diarreias, pneumonias e mortes por complicações do parto, criando alertas para a identificação de gargalos institucionais, e posterior investigação dos problemas detectados⁵.

Ações e programas desenvolvidos pelo município de Itú no período 1989-1992

⁵Esse tipo de estratégia é denominada pela literatura especializada como ação através de "eventos sentinelas". Consultar Kessner et al (1973). "Assessing health quality - The case for tracers", *The New England Journal of Medicine* 288(4):189-194.

Os documentos, sobre as ações propostas pela Secretaria Municipal de Itú no período 1989-1992 aos quais tivemos acesso, enfocam primordialmente a assistência médico-odontológica ambulatorial sob a sua gestão e controle direto, e o desenvolvimento de programas de saúde.

A infra-estrutura da assistência médico-odontológica é composta pelos seguintes serviços: (1) ambulatório de especialidades médicas, (2) ambulatório de saúde mental do adulto, (3) pronto atendimento municipal, (4) Unidades Odontológicas, (5) rede de Unidades Básicas de Saúde (UBSs), (6) serviços de suporte, tais como, fonoaudiologia e laboratório de análises clínicas. Os principais programas de saúde são: (1) saúde bucal, (2) saúde escolar, (3) saúde mental, (4) saúde da mulher, (5) Aids, (6) vigilância sanitária, (7) vigilância epidemiológica, além dos já tradicionais (8) programas de hanseníase e tuberculose.

As propostas relativas à assistência médico-odontológica visam o aumento da cobertura e a tentativa de superar o modelo tradicional de atendimento básico, e a ação programática enfoca basicamente ações de controle (as vigilâncias) e educação para a saúde, com vias à prevenção.

Vale assinalar que o Município de Itú não possui sob o seu controle e gestão unidades hospitalares, que se encontram sob gestão estadual ou privada, e que as ações programáticas refletem em muito a estrutura organizacional dos níveis federal e estadual.

Cotejando o modelo teórico de intervenção com as ações e programas desenvolvidos

A partir do modelo teórico acima enunciado passa-se agora a cotejá-lo com as ações e programas propostos pelo executivo municipal, que conformaram o ideário do governo para a intervenção nos seus problemas de saúde.

Primeiramente, buscou-se verificar, a partir dos documentos disponíveis, se há propostas de que a ação em saúde passe por colaboração intersetorial. O componente saúde do plano diretor reconhece "que ao se focar propostas relativas a saúde deve se nortear pelas condições de vida da população alvo e é necessário explicitar de forma clara o tipo de resposta que as organizações sociais existentes apontam para a solução dos problemas apresentados", dando a entender que há compreensão da necessidade de uma colaboração dos diversos setores

municipais na superação de problemas. Se essa compreensão se traduz em prática política, isso não é fácil de se perceber através dos documentos disponíveis. Apenas no que concerne ao programa de saúde escolar, pode-se perceber o concurso da área de educação no desenvolvimento das atividades, atestando certo nível de colaboração intersetorial.

Quanto às ações relativas ao processo de envelhecimento da população de Itú, demonstradas pelas estatísticas de mortalidade, observa-se uma tentativa de enfrentamento do problema no âmbito da prática assistencial. A diversificação das especialidades no Ambulatório Médico, como cardiologia, gastroenterologia, pneumologia, angiologia e seus respectivos equipamentos de suporte atestam esses esforços. Não há, entretanto, segundo os documentos, iniciativas de propiciar apoio institucional ao idoso, nem de programas de promoção da saúde no que concerne às doenças cardíacas e ao câncer.

Quanto à conformação de um serviço de urgência que faça frente aos problemas decorrentes dos agravos ocasionados pela violência, os documentos disponíveis apontam a iniciativa de criação dos serviços de pronto atendimento e do pronto socorro municipal. Entretanto esses serviços se encontram melhor aparelhados para assistir apenas às urgências clínicas e pequenos agravos traumatológicos, pouco podendo fazer em relação às grandes urgências traumatológicas, urgências essas atendidas em serviços fora do controle e da gestão municipal.

A identificação dos gargalos institucionais, através da vigilância de óbitos tidos como inadmissíveis, os "eventos sentinelas", como por exemplo as mortes causadas por diarreias, pneumonias, e mortes causadas por complicações decorrentes do parto, exigiriam uma atitude ativa de rastreamento desses óbitos, e a recuperação do trajeto institucional de cada ocorrência. Os documentos de propostas do executivo municipal consultados não contemplam tal estratégia. Talvez isso se deva ao fato de que o executivo municipal não tenha, sob seu controle e gestão, nenhuma unidade hospitalar. Por exemplo, identificar e intervir em óbitos decorrentes de complicações decorrentes do parto, pressuporia o controle e/ou a gestão de maternidades por parte da administração municipal, ou da sua competência definida por lei em fiscalizar, controlar e avaliar maternidades privadas, o que não é o caso.

Conclusão

A consulta ao componente "Saúde" do Plano Diretor Municipal para Itú, à luz do modelo técnico anteriormente delineado, permite observar a presença do tópico "eixo epidemiológico", que se utiliza de dados existentes de mortalidade com fins diagnósticos, assim como foi sugerido pelo nosso modelo teórico. Entretanto, não há nenhuma análise desses dados na tentativa de priorizar problemas, e as ações programáticas propostas parecem não guardar coerência com os dados de mortalidade inicialmente levantados.

Esta dissonância entre diagnóstico e ação poderia estar refletindo características do processo de descentralização em curso. O executivo municipal teria capacidade parcial de diagnóstico local, mas teria à sua disposição para o enfrentamento de problemas apenas propostas e programas anteriormente definidos nos níveis federal e estadual de governo, conseqüentemente com reduzida eficácia na intervenção.

Mais ainda, como delineado pelo modelo teórico, o município deveria exercer um papel na definição de um *mix* tecnológico de intervenção além de ações na esfera hospitalar da atenção. Entretanto, haveria limitações no cumprimento dessa tarefa, pois não há tradição por parte do executivo municipal em desempenhar esse papel, nem processo técnico ou legislação que o capacite.

Finalizando, Vaughan et al (1984)⁶ comentam que "só a partir do momento em que a gestão de sistemas locais for realmente confiada aos níveis locais e não ao governo central, poder-se-á elaborar programas de atenção que correspondam às necessidades concretas de sua população". Talvez assim, poder-se-ia então desencadear a capacidade municipal em diagnosticar, apontar e agir de forma específica frente aos seus problemas locais.

⁶VAUGHAN, P., MILLS, A. & SMITH, D. (1984). La importancia de la administracion descentralizada. *Foro Mundial de la Salud*, **5(1)**: 31-34.

IV. O PERFIL DO GASTO ORÇAMENTÁRIO: O LUGAR DA ÁREA SOCIAL

A análise dos processos de descentralização político-administrativa e da participação social no âmbito municipal impõe avaliar o impacto da descentralização na área da saúde e seu significado na constituição de novas dinâmicas de cooperação na relação da administração local com os cidadãos.

Para atingir esse objetivo é necessário, em primeiro lugar, desvendar o grau de prioridade conferida pela administração para a área social, e em particular para o setor saúde. Neste sentido a análise comparativa anual do orçamento, referido aos gastos nos setores sociais e na saúde, possibilita uma primeira aproximação, objetivando discriminar a prioridade político-administrativa conferida pelo governo municipal para o conjunto das políticas sociais e, sobretudo, para o setor saúde.

Complementam essa análise, dois outros procedimentos: em primeiro lugar, uma abordagem que permita caracterizar mínimamente a infraestrutura urbana, de modo a estimar a virtual pressão que esta infraestrutura possa exercer sobre os recursos orçamentários do município em detrimento das áreas de saúde e educação. Em segundo lugar, uma caracterização da disponibilidade dos equipamentos de saúde e a análise dos recursos oriundos das outras esferas administrativas para o setor, de modo que se possa estimar o grau de dependência da administração municipal dos governos estadual e federal.

1. Orçamento Geral

A análise do orçamento municipal no período 1988-91 mostra um incremento orçamentário real da ordem de 147%, com crescimento médio real anual de 126,5 % . Este comportamento reflete basicamente dois movimentos conexos: a elevação das transferências financeiras dos níveis federal e estadual para o município, decorrentes da reforma tributária consignada na Constituição Federal de 1988 , e a expansão da capacidade tributária própria do município. No período imediatamente subsequente à reforma tributária constitucional (1989-91), mantém-se a tendência ao crescimento real do orçamento , ainda que em menor velocidade, apresentando uma média anual de 16.5%. A conjugação desses dois movimentos

resulta num maior aporte real de recursos financeiros para o município . Não obstante, o grau de dependência do orçamento municipal às transferências orçamentárias mantém-se elevado no período estudado: em média 70% do montante de recursos são devidos às transferências externas. Esta dependência é agravada pelo fato de que parte dos recursos transferidos têm destinação específica, impedindo desta maneira sua livre alocação pela administração municipal.

Finalmente, cabe um breve comentário em relação à função Assistência/Previdência, dado seu comportamento díspar no período estudado. Em 1988, dos recursos alocados nesta função 23% dizem respeito às despesas exclusivas com o funcionalismo público municipal (atividade de previdência) e 69% destinam-se às atividades propriamente assistenciais. Para o ano de 1991 o comportamento destes gastos alteram-se significativamente, sendo que 60% deles destinam-se às atividades de previdência e apenas 14% destinam-se àquelas de assistência. O padrão verificado em 1991 descaracteriza este gasto enquanto pertencente à área social, dado o seu caráter restritivo e não universalista. Destaque-se que apesar da função Assistência/Previdência apresentar um incremento real de 85.5 pontos percentuais no período 1988-91, este não se mantém no período subsequente (1989-91), por apresentar um decréscimo de 54.5 pontos percentuais, caracterizando-se a inversão da situação anteriormente verificada (Cf. Tabela 1). Este fato aliado ao padrão de composição interna entre as atividades de assistência e previdência sugere que pelo menos parte dos recursos orçamentários advindos da reforma tributária constitucional não carreados para gastos restritivos com a previdência do funcionalismo municipal, ainda que o montante global dos recursos orçamentários alocados na função Assistência/Previdência tenha sofrido um forte decréscimo em termos absolutos, em média de -54.5%, no período 1989-91 (Cf. Tabela 1)

2. Orçamento da Área Social

A análise orçamentária comparativa mostra uma tendência anual de crescimento da participação relativa da área social no total do orçamento. Assim, a área social que em 1988 corresponde a cerca de 67.5 % do orçamento, em 1991 passa a 77.5 % , apresentando um crescimento de 10 pontos percentuais no período, correspondendo a um incremento em termos absolutos de US\$ 17,391910.00 . Para se ter a dimensão exata deste incremento basta mostrar que ele se aproxima do total dos gastos da área social em 1989 , da ordem de US\$ 20,000000.00 . A comparação orçamentária dividida por períodos mostra variação no período

1988-89 (inclui a reforma tributária constitucional) e o período subsequente 1989-91 (pós reforma tributária) . No primeiro caso o incremento percentual situa-se em 117.0%, correspondendo a um aumento absoluto de aproximadamente US\$ 11,000000.00 - mais do que o total gasto em 1988 -, enquanto que para o período 1989-91 o incremento percentual é da ordem de 31.0%, correspondendo a aproximadamente US\$ 6,300000.00. (vide tab. 2)

Em resumo, merece destaque o fato de que as receitas provenientes da reforma tributária constitucional em boa parte foram alocadas na área social. No período 1988-91 enquanto o orçamento geral do município cresce em termos reais 147.0%, a área social apresenta um crescimento real de 184.5%, portanto com variação positiva de 37.5 pontos percentuais. A análise do percentual relativo do gasto anual na área social, comparado ao total orçamentário, corrobora este padrão de crescimento, evoluindo de 67.5% (1988) para 77.5% (1991), com destaque para os biênios 1988-89 (acrécimo de 4 pontos percentuais) e 1989-90 (acrécimo de 5 pontos percentuais). Deste modo, verifica-se no período um incremento real e relativo do gasto orçamentário na área social acima do ocorrido com o orçamento geral do município. Este fato contrapõe-se à versão corrente no debate sobre os efeitos da reforma tributária constitucional, e que imputa às administrações municipais uma má utilização dos recursos decorrentes dos ganhos das transferências financeiras da União.

Comparando-se a distribuição média por funções com o total dos gastos da área social, verifica-se uma relativa estabilidade no ordenamento dessas funções entre os períodos 1988-91 e 1989-91. A única exceção deve-se à função Habitação/Urbanismo que no período 1989-91 perde a posição para Transporte. Esta mudança deve-se, em grande parte, ao expressivo incremento dos gastos com a função Transporte no biênio 1990-91. Assim, no período 1988-91 a prioridade de gastos percentuais médios contempla, em ordem decrescente, as funções Educação/Cultura (27.5%); Saúde/Saneamento (25.5%); Habitação/Urbanismo (22%); Transporte (18.0%); e Assistência/Previdência (7.5%). A amplitude da variação percentual no período é de 20 pontos. Para o período 1989-91 tem-se Educação/cultura (28.0%); Saúde/Saneamento (27.5%); Transporte (21.0%); Habitação/Urbanismo (16.0%); Assistência/Previdência (7.0%), alcançando variação de 21 pontos percentuais, mantendo-se praticamente a amplitude da variação nos gastos da área social.

Em resumo, as modificações orçamentárias decorrentes das transferências constitucionais e da capacidade tributária do município não produziram alterações

significativas nas prioridades internas à área social, mantendo-se Educação e Saúde como as principais. No entanto este quadro pode estar sofrendo alterações em decorrência da inflexão verificada na função Transporte. A persistir a tendência do biênio 1990-91, a função Transporte passa a assumir o primeiro lugar nos gastos orçamentários, mas a confirmação desta tendência carece de estatísticas disponíveis no momento.

3. Orçamento da Área de Saúde/Saneamento

A análise da participação da função Saúde/Saneamento no total do gasto orçamentário anual mostra uma participação média de 19% no período 1988-91 e de 21% no período 1989-91, pós reforma tributária constitucional (Cf. Tabela 1).

Em resumo, no período 1988-91, a participação orçamentária da função Saúde/Saneamento apresenta um significativo incremento quando comparada aos totais dos gastos do orçamento geral da área social. Destaque-se que este crescimento é mais significativo em relação ao orçamento geral (158.5 pontos percentuais) do que em relação à área social (121.5 pontos percentuais). No caso do período 1989-91, esta diferença modifica-se substancialmente, pois enquanto em relação ao gasto orçamentário geral ela cai para 10.5 pontos percentuais positivos, no gasto da área social ela é de 4.5 pontos percentuais negativos (1989-91). A função Saúde/Saneamento comparada ao crescimento real do orçamento geral apresenta aumento de 158.5 pontos percentuais no quadriênio 1988-91 e de 10.5 pontos percentuais no período 1989-91 (tabela 1). Estes indicadores traduzem o crescimento relativo e absoluto da função Saúde/Saneamento nos dois períodos, significando a participação crescente desta função no gasto orçamentário do município, em que pese a perda relativa no gasto orçamentário da área social.

Ao realizar-se este mesmo tipo de comparação com o orçamento da área social verifica-se, no entanto, que essa tendência ocorre, fundamentalmente, em termos do percentual médio relativo. A função Saúde/Saneamento ocupa a segunda posição em termos do gasto percentual médio para ambos os períodos, com 25.5% em 1988-91 e 27.5% em 1989-91. Em termos do gasto percentual absoluto verifica-se um incremento de 121.5 pontos percentuais para o primeiro período e um decréscimo de 4.5 pontos percentuais para o segundo. Não obstante, o segundo período apresenta um crescimento médio relativo de 2.0 pontos percentuais

no gasto orçamentário da função Saúde/Saneamento. Também em termos absolutos verifica-se um significativo incremento real no primeiro período (US\$ 5,362000.00), em grande parte devido às transferências constitucionais e à capacidade tributária do município, mas que não se mantém nos mesmos níveis no período subsequente (1989-91), caindo para um incremento de apenas US\$ 1,712000.00. A análise comparativa entre os dois períodos evidencia que ocorreu um crescimento da função Saúde/Saneamento apenas em termos relativos, uma vez que em termos absolutos o crescimento de 121.5 pontos percentuais do primeiro período não se mantém para o segundo, tornando-se negativo.

Este fato significa que internamente à área social, a apropriação real de recursos só ocorre no período 1988-91, invertendo-se, ainda que discretamente, no segundo período.

Em resumo, no período 1988-91, a participação orçamentária da função Saúde/Saneamento apresenta um significativo incremento quando comparada aos totais dos gastos do orçamento geral com a área social. Destaque-se que este crescimento é mais significativo em relação ao orçamento geral (158.5 pontos percentuais) do que em relação à área social (121 pontos percentuais). No caso do período 1989-91 esta diferença muda substancialmente, pois enquanto em relação ao gasto orçamentário geral ela cai para 10.5 pontos percentuais positivos, no gasto da área social ela é de 4.5 pontos percentuais negativos.

4. Análise dos Recursos Oriundos das Outras Esferas Administrativas para a Função Saúde/Saneamento

A análise das transferências financeiras para a saúde oriundas das administrações federal e estadual está em parte comprometida pela ausência de informações disponíveis nas fontes usualmente utilizadas. Assim, não se obteve o montante preciso das transferências da Secretaria de Estado da Saúde realizado através de convênios específicos (como por exemplo as do Convênio SUDS). O mesmo ocorre em relação ao total dos gastos da União alocados no município por conta dos serviços assistenciais contratados junto ao SUS. As estatísticas disponíveis, mesmo assim só a partir de 1991, referem-se apenas à AIH (Autorização de Internação Hospitalar), não se dispondo de informações sistematizadas sobre os recursos do SIA (Sistema de Informação Ambulatorial). Não obstante a parcialidade da informação disponível para análise, as AIHs sem dúvida representam o maior montante financeiro dentre

os recursos provenientes das esferas federal e estadual para a área de saúde, justificando sua análise enquanto comportamento de tendência do conjunto dessas transferências. Registre-se que os recursos vinculados ao pagamento de serviços hospitalares contratados (AIH) não compõem a peça orçamentária do município, pois esses serviços são contratados e pagos diretamente por aquelas esferas administrativas.

Os gastos com internações no município para o ano de 1991 montam a US\$ 2,084675.00, sendo 80% apropriado pela única instituição privada não lucrativa existente na cidade (Santa Casa de Misericórdia), e os restantes 20% pelo hospital privado lucrativo (Hospital Geral). O impacto no Orçamento Geral do Município do gasto com internações corresponde a 6% do total dos gastos, e a 29% de todo o gasto na função Saúde/Saneamento para o ano de 1991.

Considerando-se ser este o maior montante de recursos extra-orçamentários para a saúde, nota-se que o impacto provocado pelos gastos com internações nos orçamentos Geral (6%) e da Saúde (29%) é bem menos significativo do que o impacto produzido pelas transferências tributárias advindas dos níveis Federal e Estadual. Este fato autoriza duas ordens de suposições: 1) que o grau de dependência do município em relação as transferências é menor para a saúde (29%) do que para o município como um todo (70%); e 2) que mantido o montante atual de gastos com internações, estes são passíveis de serem absorvidos pelo orçamento municipal, dado seu pequeno impacto no total orçamentário (6%) e no orçamento da função Saúde/Saneamento, que correspondem a um aporte de cerca de 1/3 dos gastos.

A análise do orçamento geral no período 1988-91 mostra um crescimento real dos recursos financeiros do município, ainda que se mantendo um elevado grau de dependência dos recursos oriundos das outras esferas de governo. No mesmo sentido, a análise orçamentária comparativa mostra um crescimento, relativo e absoluto, da participação da área social no total do orçamento municipal. Comparando-se a distribuição por funções da área social verifica-se que excetuando-se a função Habitação/Urbanismo que perde posição para a de Transporte, as demais mantêm-se inalteradas no período estudado, sobressaindo-se Educação/cultura e Saúde/Saneamento, respectivamente.

Realizando-se o mesmo tipo de análise para a função Saúde/Saneamento em relação aos gastos do orçamento geral e do orçamento, verifica-se, no período estudado, um significativo incremento do gasto nesta função; isto é, ocorreu uma participação crescente da

função Saúde/Saneamento no gasto orçamentário do município. Ressalte-se que esta constatação corrobora as análises de alguns especialistas e estudiosos acerca das tendências do comportamento do financiamento do setor saúde no Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde.

Finalmente, as verificações referentes às análises da peça orçamentária municipal e dos seus desdobramentos por áreas e funções dão suporte à afirmação de que boa parte das receitas provenientes da reforma tributária constitucional, no caso do município de Itu, foram alocadas na área social, privilegiando-se inclusive a função Saúde/Saneamento. Não obstante, estas mudanças tributárias não significaram nenhum tipo de alteração nas prioridades internas à área social, mantendo-se Educação e Saúde como as principais.

TABELA 1

ITU - ORÇAMENTO GERAL E FUNÇÕES DA ÁREA SOCIAL

US\$

FUNÇÃO/ANO	1988	%	1989	%	1990	%	1991	%	M.rela tiva	M.abso luta
ED/CULTURA	2.334388	16.70	5.200116	18.20	7.7903000	24.31	7.445201	21.51		
		100		122.70		233.70		218.93	20.18	191.77
				100		49.81		43.17	21.34	46.49
HAB/URB.	3.662547	26.20	4.651665	16.28	3.274166	10.22	3.398468	9.82		
		100		27.00		-10.60		-7.20	15.63	3.06
				100		-29.61		-26.94	12.10	-28.27
SAU/SAN.	1.754207	12.55	5.403699	18.91	7.395546	23.08	7.116538	20.56		
		100		208.00		321.58		305.68	18.77	278.42
				100		36.86		31.69	20.85	34.27
ASSIS/PREV	865904	6.19	2.519701	8.82	1.099451	3.43	1.202292	3.47		
		100		190.99		26.97		38.84	5.47	85.60
				100		-56.36		-52.28	5.24	- 54.32
TRANSPORTE	819192	5.86	2.715348	9.50	5.115966	15.96	7.665649	22.15		
		100		231.46		524.51		835.75	13.36	530.57
				100		88.40		182.30	15.87	135.35
TOTAL ÁREA SOCIAL	9.436238		20.490529		24.675429		26.828148			
TOTAL DO ORÇAMENTO	13.980962	67.50	28.570005	71.71	32.047049	77.00	34.614702	77.51		
		100		104.00		129.00		147.00	73.43	126.66
				100		12.00		21.10	75.40	16.55

FONTE: Fundação SEADE

TABELA 2

ITU - ORÇAMENTO DA ÁREA SOCIAL

US\$

FUNÇÃO/ ANO	1988	%	1989	%	1990	%	1991	%	M.rela- tiva	ORDEM
ED/CULT.	2.334388	24.73	5.200116	25.37	7.790300	31.57	7.445201	27.75		
	*						*		27.35	1o.lug.
			*				*		28.23	1o.lug.
HAB/URB	3.66254 7	31.81	4.651665	22.70	3.274166	13.26	3.398468	12.66		
	*						*		21.85	3o.lug.
			*				*		16.20	4o.lug.
SAU/SAN.	1.75420 7	18.59	5.403699	26.37	7.395546	29.97	7.116538	26.52		
	*						*		25.36	2o.lug.
			*				*		27.62	2o.lug.
TRANSP.	819192	8.68	2.715348	13.25	5.115966	20.73	7.665649	28.57		
	*						*		17.80	4o.lug.
			*				*		20.85	3o.lug.
ASSIS/PR EV.	865904	9.17	2.519701	12.29	1.09951	4.45	1.202292	4.48		
	*						*		7.59	5o.lug.
			*				*		7.07	5o.lug.
TOTAL *	9.43623 8		20.490529		24.675429		26.828148			
		100		117.14		171.49		184.30		157.64
				100		20.72		30.92		25.67

FONTE: Fundação SEADE - Dados absolutos

TABELA 3

GASTO COM AIH (US\$) DA ESFERA FEDERAL NO MUNICÍPIO DE ITU 1991-93

MODALIDADE HOSPITALAR	1991	1991	1992	1992	1993	1993
	GASTOS US\$	%	GASTOS US\$	%	GASTOS US\$	%
CONTRATADO	421475.00	20	491094.00	10	462326.00	9
		100		16.51		9.6
ESTADUAL *	1,663200.00	80	4,336817.00	90	4,516380.00	91
		100		160.75		171.54
MUNICIPAL	0		0		0	
FILANTRÓPICO	0		0		0	
UNIV.ENSINO	0		0		0	
UNIV.PESQUISA	0		0		0	
TOTAL	2,084675.00	100	4,827911.00	100	4,978706.00	100
		100		131.59		138.82

FONTE: Data SUS (Acesso remoto através do Programa Síntese). Dados brutos.

V. PENSANDO A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

1. A Relação Executivo/Legislativo

No período que vai de janeiro de 1989 a agosto de 1993, foram elaborados seis Projetos de Lei, sendo cinco de iniciativa do Executivo e um do Legislativo.

Dentre os cinco Projetos do Executivo, quatro abordam temas específicos à política de saúde, tais como rede física, orçamentação, saneamento. O Projeto restante tem caráter meramente formal, tratando de assunto pontual oriundo de problemas no período desta gestão.

Dentre os Projetos mais específicos, dois dizem respeito à rede física e ambos tratam da sua extensão, sendo um sobre o abastecimento de água e esgoto e o outro sobre a reestruturação do Pronto Socorro do Hospital Santa Casa de Misericórdia. Outros dois Projetos dizem respeito à orçamentação, discorrendo sobre repasse e captação de recursos para a saúde. Eles tratam do recebimento pelo Executivo municipal de taxas e multas provenientes da Vigilância Sanitária, órgão de competência da Secretaria Municipal de Saúde, e também do repasse de recursos financeiros efetuado pelo Governo do Estado, destinados à reforma do Pronto Socorro acima citado.

O único Projeto de Lei de iniciativa do Legislativo foi encaminhado pelo PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro) e tem caráter formal, pois diz respeito à nomeação de uma Unidade de Saúde.

Chama a atenção o pequeno número de Projetos concernentes à saúde, tanto por parte do Executivo, mas principalmente por parte do Legislativo. O Executivo apresentou quase que exclusivamente os Projetos referentes à saúde. O Legislativo apresentou apenas um Projeto sem relevância. Isto reforça a idéia de que, neste município, o Legislativo não se configura num locus de formulação de políticas de saúde.

Por outro lado, chama a atenção a não rejeição de Projetos de Lei por parte do Legislativo, já que na sua maioria quase absoluta eles provêm do Executivo. Segundo informações junto à Assessoria Técnica Legislativa, a negociação dos Projetos é feita previamente à sua tramitação, sendo aprovados apenas aqueles Projetos que apresentam

consenso prévio entre as partes interessadas. Quando ocorrem emendas e pequenas alterações, elas visam tão somente adequar as disposições de alguns Projetos à Legislação vigente.

Deste modo, a Câmara de Vereadores não constitui uma arena pública de negociação política. As negociações são feitas nos seus bastidores, de forma tal que não há exposição dos grupos de interesse e mesmo dos interesses em jogo, o que compromete a transparência desse importante espaço de tomada de decisão; e, conseqüentemente, prejudica o controle público sobre a formulação das políticas no município. Ao invés dos canais institucionais de participação e representação, constituindo uma esfera pública, a administração em causa privilegiou o contato direto com a população, setores organizados e não organizados da sociedade. Este mecanismo ganha importância tanto como captação de demandas particulares, como também reforçando traços clientelistas de gestão, mas sobretudo reforçando a desqualificação do Legislativo como locus de negociação e formulação de políticas.

Tais processos ganham realce ainda maior quando se examinam as propostas do governo contrapostas à sua atuação no Legislativo municipal. Observando-se os Projetos de Lei de iniciativa do Executivo, percebe-se que estes não têm uma correlação direta com as prioridades por ele traçadas. Esta constatação questiona a capacidade que o Executivo teve para transformar o seu ideário de governo em iniciativa de legislação, uma vez que muito poucas leis para a saúde foram feitas durante esta gestão.

Chama ainda a atenção a "falta de memória" por parte do Executivo, já que quase não há registros das administrações anteriores, e mesmo da atual. Como se sabe, não se encontrou, na Secretaria Municipal de Saúde, qualquer documento que tratasse das propostas de governo desta administração, ou mesmo do modelo assistencial a ser implantado. Isto, além de dificultar a informação e o conhecimento sobre administrações passadas e a atual, coloca em xeque a clareza e consistência da proposta de governo, precariamente esboçada nos documentos anuais de avaliação da gestão. Neles, não se configura uma política de governo, mas sim planos de ação que se limitam aos programas de saúde e à assistência médica.

Por fim, não se constatou em Itu -ao contrário de outras experiências municipais- a presença da participação social, tanto em termos do seu ideário de governo, quanto da concretização dos mecanismos de participação.

2. A Perspectiva dos Distintos Atores

A análise das entrevistas realizadas em Itu tem como objetivo, inicialmente, verificar o nível de informação e desinformação por parte dos diversos atores a respeito da política de saúde desenvolvida pela administração no período estudado, através dos seguintes temas: propostas de governo, impactos da política implementada, relação Executivo/Legislativo e Executivo/Sociedade, descentralização, controle público e financiamento.

Um segundo objetivo diz respeito à identificação e qualificação de demandas formuladas pelos distintos setores da sociedade, buscando-se caracterizá-las em termos da sua abrangência. Os canais de participação são objeto do mesmo tipo de questionamento, ou seja, procurou-se caracterizar a sua importância enquanto meio de expressão e formulação das demandas sociais, e o significado destes canais na constituição de novas dinâmicas de cooperação na relação entre a administração e os cidadãos.

A questão central que motiva estes procedimentos é a da caracterização da saúde como uma questão social, isto é, como e para quais setores sociais a saúde se configura enquanto objeto de uma política social. Trata-se também de avaliar o controle público dessa política no âmbito da administração municipal.

O nível de informação

Executivo e Administração

Foram entrevistados: o Prefeito de Itu; a Secretária Municipal de Saúde; o Coordenador do Programa de Saúde da Rede Municipal e o Diretor Técnico-Administrativo da Secretaria da Saúde.

A referência às **propostas** feita por este grupo de entrevistados é bastante genérica, visto que não as avaliam ou discutem enquanto tais. Mas é possível destacar dois temas, mencionados como propostas: a ampliação da participação popular (Prefeito e Secretária), através do contato direto com o Prefeito (citado pelo mesmo) ou da formação dos Conselhos de Saúde (Coordenador do Programa de Saúde); e a ampliação do atendimento.

Os **impactos e resultados da política implementada** são abordados com mais detalhes, com menção a avanços e a obstáculos diversos (dentre os avanços, ampliação da rede física, atendimento à população, estruturação do sistema de saúde hierarquizado; como obstáculos, falta de recursos, a intervenção estadual na Santa Casa, entre outros).

A **relação Executivo/Legislativo** é descrita como não conflituosa, com o Legislativo apoiando as iniciativas do Executivo (segundo o Prefeito "os vereadores compreendem as limitações da Prefeitura e aprovam os Projetos"). Esta mesma relação é no entanto criticada por um dos entrevistados (Coordenador dos Programas de Saúde), segundo o qual o Executivo possui uma autonomia exagerada.

Quanto à **relação Executivo/Sociedade**, há dois tipos de referências: o Prefeito aponta para a existência de canais informais (atendimento da população às segundas-feiras, Comitê Informal de Crise e Criatividade) e o Coordenador dos Programas de Saúde destaca a formação dos Conselhos de Saúde e das Comissões do Povo.⁷

O tema da **descentralização** é mencionado por todos, e com referência à **relação entre Município, Estado e União**, as afirmações são distintas: O Prefeito critica a falta de apoio do governo estadual; a Secretária de Saúde enfatiza que a iniciativa da descentralização partiu das esferas estadual e federal e não do município, e que não significou uma distribuição das verbas; o Coordenador de Programas e o Diretor Técnico Administrativo da Secretaria da Saúde fazem avaliações mais positivas da descentralização: o primeiro afirmando que houve repasse de verbas federais e que isto enfraqueceu o poder do Estado, e o segundo destacando a implantação do Conselho Municipal de Saúde, facilitando o repasse de verbas, o que por sua vez agilizou e desburocratizou o atendimento.

Quanto ao **poder local**, praticamente não há menção (a única referência, feita pelo Coordenador de Programas de Saúde, descreve a Administração como o único executor dos encaminhamentos e verbas do SUS).

Os temas relativos ao **controle público** são pouco mencionados. Novamente há referência a mecanismos formais e informais de controle público quando o tema tratado é o da **participação na gestão** : destacam a existência de demandas individuais, formuladas por

⁷ Também denominadas Conselhos do Povo, dizem respeito a uma modalidade de relação direta do Prefeito e eventuais Secretários com moradores dos distintos bairros.

telefone ou diretamente ao Prefeito às segundas feiras, e também o Conselho Municipal de Saúde e Comissões de Usuários de Postos de Saúde (há ênfase no fato de que antes da criação destes Conselhos não havia mecanismos de participação na gestão). Além disto há apenas a menção a duas demandas pontuais (por implantação de postos de saúde e por remédios), sem qualquer referência ao modo pelo qual foram formuladas e por quem.

São mencionadas, de modos distintos, **as principais fontes de financiamento da saúde** do município - segundo o Prefeito são provenientes da Prefeitura, empresários e do Estado ("muito pouco"); os membros da administração mencionam a Prefeitura e o SUS.

Os temas restantes relativos ao financiamento não são abordados pelo Prefeito e pela Secretária; os demais entrevistados mencionam a **composição orçamentária pelas distintas fontes** (Coordenador de Programas de Saúde: 15% do orçamento municipal é destinado à saúde, o que equivale a 80% dos recursos para este setor; os 20% restantes provém do SUS; o Diretor Técnico Administrativo apresenta porcentagens aproximadas: 90% dos gastos com saúde provém da Prefeitura e 16% do SUS), e a **participação na distribuição, execução e controle dos recursos orçamentários** (criticam o critério por produtividade e mencionam o Conselho Municipal de Saúde como virtual órgão de controle destes recursos).

Legislativo

Foram entrevistados dois vereadores da situação (PL e PSDB) e dois da oposição (PTB).

Uma vez que não há uma perfil claramente diferenciado entre as entrevistas com vereadores de situação e oposição, optou-se aqui por apresentá-las conjuntamente, organizadas por macrotemas.

Os entrevistados **não fazem referências a propostas abrangentes** de governo, mencionando apenas projetos específicos (implantação do 3º turno nas UBS, proposta de construção de pronto socorro, melhoria do atendimento, etc.). Não há portanto qualquer avaliação ou discussão sobre as propostas de governo.

Enumeram alguns **avanços e obstáculos quanto à política implementada**, tais como a ampliação da rede física, mas também a diminuição do número de leitos e a falta de recursos internos e externos.

A **relação Executivo/Legislativo** é descrita unanimemente como "positiva", no sentido de não conflituosa, e as justificativas para tanto são as de que o Prefeito tem maioria na Câmara, o Executivo apóia o Legislativo, não tendo havido rejeição de nenhum projeto. Há uma única afirmação discrepante, segundo a qual o "Executivo não encaminhou reivindicações do Legislativo" (vereador da situação).

Chama a atenção o fato de os vereadores da situação serem mais críticos quanto à **relação Executivo/Sociedade** do que os vereadores de oposição. Estes fazem menções muito vagas ao tema (um deles afirma que há oposição entre o Executivo e a sociedade enquanto o outro afirma que há entendimento). Já os vereadores da situação descrevem a relação como **insatisfatória**, apontando as seguintes razões para tanto: a intervenção na Santa Casa foi um fator de conflitos e **o Executivo não cumpriu a promessa de favorecer uma maior participação na gestão, deixando de encaminhar reivindicações da população**.

Quanto à **relação Município, Estado e União**, mencionam a ausência de obstáculos ao repasse de recursos do SUS e afirmam que esta relação se dá via partidos.

O tema da **descentralização local** é pouco citado, destacando-se apenas a afirmação de um dos vereadores de situação de que durante a gestão 89-92 não houve descentralização, pois o Conselho Municipal de Saúde e o FUMDES não tinham sido criados.

O tema do **Controle Público** é também pouco mencionado: não são mencionadas formas de encaminhamento e atendimento de demandas e o modo pelo qual a administração processa essas demandas. Quanto à **participação na gestão**, destacam as reclamações feitas diretamente à administração. Não descrevem tampouco grupos mais demandantes, e apenas um dos entrevistados afirma que as demandas são provenientes da "população carente dos bairros periféricos". Há menção à demanda por melhoria do atendimento hospitalar e por atendimento odontológico.

Não há informações detalhadas sobre o **financiamento** (as fontes principais citadas são o município e o Estado, e o vereador do PL cita que a porcentagem do orçamento

municipal destinada à saúde é de 12% ou 13%). Há, por outro lado, algumas considerações mais gerais sobre o financiamento: a primeira é a de que as informações sobre o orçamento não chegam à Câmara; a segunda diz respeito à distribuição de recursos no interior da Secretaria, que segundo um vereador da situação, não foi adequada, pois faltaram verbas para a aquisição de remédios, ao mesmo tempo que foram comprados outros remédios em excesso.

Quanto ao **controle público do orçamento**, há uma única menção, por parte da situação, à ausência de participação da sociedade neste processo, uma vez que o orçamento é controlado exclusivamente pela administração. Um vereador da oposição chega a afirmar, por sua vez, "que não se interessa pelo financiamento".

Distintos Setores da Sociedade

Movimentos Populares:

Foram entrevistados representantes da Sociedade Amigos de Bairro; da comunidade; do Conselho Municipal de Saúde; e um trabalhador da saúde, também representante da Sociedade Amigos de Bairro.

Há pouca referência às **propostas**, citadas somente pela representante do Conselho Municipal de Saúde (foram apontados por ela a luta pela melhoria da Saúde Mental e o incentivo à participação da população através das Conferências de Saúde e Sociedade Amigos de Bairro). Não há qualquer menção aos **processos de formulação destas propostas** ou avaliações a respeito delas.

Com referência às **políticas implementadas**, há dois temas principais: a intervenção da Santa Casa, mencionada pelos três representantes dos movimentos sociais. Identificou-se um consenso entre eles quanto à melhoria do atendimento ao público em decorrência da intervenção, com exceção de um depoimento, que considerou a intervenção como um obstáculo para a implementação da política administrativa.

O segundo tema, sobre o qual também houve concordância, foi o da queda na qualidade do atendimento da rede municipal como um todo. No entanto, razões diversas foram identificadas a esse respeito. Segundo o representante da comunidade, o atendimento vem piorando devido a dois fatores: a demanda proveniente de outros municípios e o mau atendimento feito pelo Pronto Socorro; já o trabalhador na área da saúde, também representante

da Sociedade Amigos de Bairro, menciona a existência de um acúmulo muito grande de pacientes aguardando consulta e a falta de medicamentos nos Postos de Saúde; por fim, o representante da Sociedade Amigos de Bairro, considera que a baixa remuneração dos funcionários da saúde tem contribuído para a queda na qualidade do atendimento.

Há algumas menções a avanços quanto à política implementada. A representante do Conselho Municipal de Saúde afirma que os técnicos da área de saúde mental contribuíram muito, através de orientações e informações sobre drogas e AIDS; cita, ainda, a formação de uma Comissão de AIDS e a criação de um Programa de Saúde Mental ligado às UBS.

Os entrevistados referem-se à **relação Executivo-Sociedade** levantando diferentes pontos: uns remetem à questão da Santa Casa, citando o fato de que a população ficou alheia ao processo de intervenção; outros consideram que a relação era boa somente quando a população tinha suas reivindicações atendidas; sem fazer qualquer comentário, a representante do Conselho Municipal de Saúde menciona a criação de uma Comissão de Usuários; e, por fim, é mencionado o fato de que parte da população está descontente com a atual administração.

A pequena interferência dos vereadores quanto ao encaminhamento dos projetos na área da saúde é o ponto destacado sobre a **relação Executivo/ Legislativo**, entendendo-se que os vereadores "não atrapalharam" a aprovação de projetos.

Um dos entrevistados destaca também o padrão clientelista de relacionamento entre estas duas esferas. Há ainda menção ao modo pelo qual se dá a relação **Legislativo/Sociedade**, com ênfase no distanciamento entre vereadores e população.

Há uma única menção direta à **descentralização**, segundo a qual as verbas não eram repassadas diretamente para o Município, prejudicando, assim, a área da saúde. Além disto, aparece a questão da intervenção estadual na Santa Casa, tanto como meio pelo qual se dá a relação entre os governos municipal e estadual, quanto com maior detalhamento sobre o significado desta intervenção no contexto político local: segundo um depoimento, o Governo Estadual apóia os opositores da gestão atual - no caso, o atual interventor da Santa Casa e ex-Prefeito. Mas a descentralização no nível local não é mencionada.

Somente um representante fez menção aos **modos de atendimento e encaminhamento de demandas**. Segundo ele, elas eram atendidas somente no período de

eleições, e ao mencionar as demandas individuais, comentou que atualmente o atendimento é feito pelo próprio Prefeito às segundas-feiras.

Sobre os **mecanismos de participação na gestão**, avalia-se que o Conselho Municipal de Saúde "não vingou", pois "a população não participava de nada. Só corria atrás dos serviços para conseguir uma receita, o que já dava muito trabalho".

Por outro lado, outro depoimento de um representante que pertence ao Conselho Municipal de Saúde e participa de uma Comissão de Usuários de Posto de Saúde, avalia ser este canal um elemento importante para organizar e agilizar as reivindicações da saúde.

As Associações de Moradores e Amigos de Bairro e o COSABs⁸ foram referidas como sendo **as entidades mais representativas**, havendo a consideração, porém, de que a maioria das reivindicações não era atendida.

Quanto às **demandas**, é apresentada uma série de reivindicações relacionadas ao Posto de Saúde, a partir da experiência de participação na Comissão de Usuários: melhoria do atendimento e aumento do número de médicos, melhoria do atendimento hospitalar - no caso na Santa Casa, local onde a maioria da população é atendida. As demandas apontadas dizem respeito a um Posto de Saúde, Pronto Socorro e ambulância, não sendo mencionado o **modo pelo qual a administração processa as demandas**.

Chama a atenção o fato de os entrevistados deste grupo não mencionarem nenhum item a respeito do **financiamento** da área da saúde. Todos os entrevistados afirmaram não terem informações ou condições para responder sobre questões de financiamento, no geral por ausência de qualquer informação a respeito: "nunca tive acesso às questões orçamentárias"; "não tinham informações sobre o montante da verba para a saúde, nem de onde vinha e como era distribuída"; ou não ter "condições, conhecimento, para falar sobre o orçamento e muito menos sobre distribuição de verbas".

⁸ Conselho das Sociedades Amigos de Bairro

Trabalhadores

Foram entrevistados representantes dos trabalhadores dos setores privado (Sindicato de Ceramistas de Itu e Sindicato dos Metalúrgicos) e público (Sindicato dos Funcionários Públicos Municipais).

Cabe destacar, primeiramente, que o representante do funcionalismo é bastante favorável à administração, pois em toda a entrevista destaca as qualidades da gestão e não formula críticas ou demandas.

As **propostas da administração** aparecem, de modos distintos, nos dois grupos de entrevistados (setor público e privado): um dos representantes dos sindicatos do setor privado refere-se às propostas mais imediatamente ligadas à saúde do trabalhador (cita a prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais, a organização da Secretariada Saúde do Trabalhador e o projeto do sindicato junto à Secretaria da Saúde para a construção de um ambulatório de saúde do trabalhador); já o representante do funcionalismo, por sua vez, afirma que as propostas estavam voltadas para o incremento da Saúde Pública, para o incentivo da participação popular nas deliberações sobre a saúde e para o fortalecimento dos programas em saúde, abordando, portanto, temas mais gerais.

Quanto aos **impactos e resultados da política implementada**, este tema é abordado por todos, sendo mais detalhado pelo representante do funcionalismo, que descreve poucas dificuldades não diretamente relacionadas à administração local (como a demora nos repasses do governo estadual), e vários avanços (criação e desenvolvimento de programas nas UBS, conscientização e esclarecimentos sobre o SUS, aumento de contratações). Já os representantes dos trabalhadores do setor privado mencionam apenas a precariedade do atendimento, inclusive na Santa Casa e, como avanços, a instalação de três postos de saúde.

A **relação Executivo/Legislativo** aparece de modos opostos: os representantes dos trabalhadores do setor privado afirmam que não havia entendimento entre estas instâncias, e que o Prefeito não tinha maioria na Câmara. Já o representante do funcionalismo afirma que o Executivo sempre teve o apoio da Câmara.

O mesmo se dá quanto à relação **Executivo/Sociedade**: os representantes dos trabalhadores do setor privado afirmam que a população não estava satisfeita com a

Administração (“o Prefeito não trabalhou devidamente”), sem no entanto qualificarem esta insatisfação e o modo pelo qual é expressa. É destacado também o atendimento à população realizado pelo Prefeito semanalmente, sendo que “os pobres são os que mais demandam e as reclamações são feitas diretamente à Prefeitura”.

Já segundo a avaliação do representante do funcionalismo, houve maior participação da comunidade nas deliberações sobre a saúde e menor distanciamento entre o Executivo e a sociedade.

Quanto à **relação entre o Município, o Estado e a União**, os representantes do setor privado destacam que a relação entre os governos municipal e estadual foi facilitada por serem do mesmo partido. Há também uma demanda: segundo um deles, a saúde deveria ser de responsabilidade exclusivamente estadual.

O representante do funcionalismo diz apenas que os repasses para o município se efetivaram, e que houve remanejamento de equipamentos estaduais para a Prefeitura.

Quanto ao **poder local**, há apenas a menção à centralização do poder de decisão pelo Prefeito feita pelos representantes dos trabalhadores do setor privado.

O **controle público** é pouco abordado neste conjunto de entrevistas. Não há qualquer menção às formas de encaminhamento e atendimento das demandas, ao modo de participação na gestão ou ao modo pelo qual a administração processa as demandas.

A "população mais pobre", as Associações de Moradores, associações de Familiares e Pacientes e os Conselhos de Usuários (estes descritos como pouco organizados e com participação incipiente), são os **grupos citados como mais demandantes**. Os representantes do setor privado citam ainda algumas demandas (melhor atendimento, mais hospitais e postos de saúde).

Os trabalhadores dos setor privado não fornecem nenhuma informação sobre o **financiamento**, chegando um deles a afirmar não saber falar sobre o assunto. Tampouco o representante do funcionalismo fornece informações, mas afirma que Itu é um município com um dos maiores percentuais de investimento para a saúde. Descreve ainda, quanto ao controle público do orçamento, a realização de reuniões mensais e trimestrais nas quais o Executivo

presta contas dos gastos em saúde, não dando detalhes quanto ao local de realização e os participantes de tais reuniões.

Produtores de serviços de saúde

Representante do setor filantrópico, sob intervenção estadual. O interventor da Santa Casa de Misericórdia acumula ainda a condição de ex-Prefeito.

O entrevistado **não menciona propostas**, assim como **processos de formulação e implementação de propostas**. Como avaliação geral descreve a situação da Santa Casa antes da intervenção e faz uma crítica à atual administração, afirmando que o atendimento é insuficiente.

O entrevistado destaca a ampliação do atendimento proporcionada pela intervenção na Santa Casa, além da ampliação da rede física ao tratar dos impactos da política implementada.

A classe política é apontada como obstáculo, por privilegiar resultados imediatistas.

A **relação Executivo/Legislativo** é descrita brevemente e definida como consensual - "(...) a relação com o Legislativo foi muito franca, nunca houve um Projeto igual ao outro. Ou era aprovado por 15 a 0 ou rejeitado por 15 a 0". Registre-se aqui que não houve rejeição de projetos na Câmara durante o período em estudo.

Segundo o ex-Prefeito, a descentralização foi fator marcante na **relação entre o Executivo e a sociedade**, mas não descreve como esta relação se modificou.

O tema da **descentralização** é mencionado e, segundo o entrevistado, se deu graças ao governo estadual e em função da afinidade partidária entre este governo e o governo municipal. Não há referências à descentralização local.

Em **relação ao controle público**, há apenas menção aos **modos de participação na gestão**: cita os Conselhos de Usuários e reuniões mensais dos médicos com usuários, sem no entanto fornecer detalhes.

Não menciona os mecanismos de controle do orçamento, mas cita as **principais fontes de financiamento e a composição orçamentária pelas distintas fontes** (30% provenientes dos Governos Estadual e Federal, e o restante proveniente da Prefeitura), além de alguma informação a respeito da **distribuição dos recursos no interior da Secretaria** (mais de 50% do orçamento da Secretaria da Saúde é destinado ao setor de recursos humanos).

Representantes do setor privado lucrativo

As **propostas** são mencionadas por apenas um dos entrevistados - incremento dos serviços de atendimento primário e de atendimento ambulatorial e construção de UBS- não havendo qualquer avaliação ou discussão das propostas.

Quanto aos **impactos da política implementada**, há concordância entre os entrevistados a respeito do avanço obtido no atendimento primário; mencionam alguns outros avanços e não citam dificuldades ou obstáculos.

Não mencionam a **relação Executivo/Legislativo**, e quanto à **relação Executivo/Sociedade**, é destacado o fato de não haver disposição da Administração em criar mecanismos de participação da sociedade nas deliberações sobre saúde.

O tema da **descentralização** é tratado brevemente, através da menção à intervenção estadual na Santa Casa, além da afirmação de que não há problemas na relação entre Município, Estado e União.

Quanto à **descentralização local**, um dos depoimentos descreve a relação do serviço que dirige com a Prefeitura, enquanto outro enfatiza que não houve descentralização no nível municipal, apontando, ao contrário, a existência de uma centralização do poder por parte da Prefeitura.

Os entrevistados deste grupo não tratam do **controle público** e do **financiamento**. Um dos depoentes afirma, dizendo não ter certeza, que "a população se queixava nos órgãos de atendimento", e que não tem condições de responder sobre o financiamento.

Empresariado

O depoimento em análise é do representante da Associação Comercial

Este entrevistado afirma desconhecer as **propostas para a saúde**, mas menciona alguns **avanços e obstáculos** (dentre eles a falta de verbas) enfrentados pela Administração. Faz, ainda, uma sugestão: deveria investir-se mais na prevenção e saneamento básico do que em hospitais e aumento do número de leitos.

Afirma não saber nada sobre a **relação Executivo/Legislativo**, e ao abordar a **relação Executivo/Sociedade** refere-se à relação entre Executivo e a própria Associação Comercial.

Não menciona claramente a relação entre as esferas federal, estadual e municipal, mas relaciona a descentralização com o processo de implantação do SUS, não tratando da descentralização local.

Em relação ao **controle público**, não menciona as formas de encaminhamento de demandas e de participação na gestão, nem o modo pelo qual a administração processa as demandas.

Considera que as demandas são provenientes dos setores empobrecidos da Sociedade. Afirma, porém, não conhecer nenhuma entidade ou setores da Sociedade demandantes.

O entrevistado considera a questão do **financiamento** muito técnica. Não concebe o fato de um empresário investir na saúde em razão “dos poucos recursos que o INSS repassa aos hospitais”. Afirma ainda que se deveria “incrementar o processo de privatização da saúde ficando o sistema público dirigido somente aos mais carentes”.

ONG's

Este conjunto de entrevistas compreende depoimentos de vários setores da sociedade civil: Rotary Club, Maçonaria, Igrejas Católica e Protestante

As **propostas da administração** são, no geral, mencionadas brevemente, e os entrevistados referem-se a elas destacando medidas concretas implementadas, seja sobre a

forma de gestão - participação popular - seja sobre política e programas de saúde, ou relativos ao setor, como tratamento de água; construção de postos de saúde na periferia e o atendimento pré-natal às gestantes, a intensificação das campanhas de vacinação e o cadastramento pelos postos de saúde das famílias por ele atendidas. O fato de não haver, portanto, avaliações das propostas ou uma avaliação geral da gestão, não surpreende, na medida em que não se configura, na representação desses atores, um perfil de gestão daquela administração. Vale dizer, a várias medidas e políticas implementadas não compõem um conjunto articulado. Este tema será retomado adiante.

Sobre o **processo de implementação das propostas** aparece uma única menção em todo o conjunto de entrevistas: o representante do Rotary Club. afirma que os planejamentos e prioridades eram impostos, "vinham de cima para baixo", destacando ainda a postura "paternalista" por parte de toda e qualquer administração, não sendo portanto característica só desta gestão.

Quanto aos **obstáculos** na implementação da política, há concordância quanto ao atendimento precário da rede pública de serviços de saúde. Já a construção de postos de atendimento na periferia é considerada um avanço, mencionado pela maioria dos entrevistados.

Quanto ao **papel e desempenho do Legislativo**, parte dos entrevistados afirma desconhecer a participação da Câmara no encaminhamento de qualquer projeto para a saúde, avaliando-se, no entanto, que a relação entre Executivo e Legislativo é "boa", e portanto não conflituosa.

A **relação Executivo-Sociedade** foi considerada boa pelos representantes das igrejas, porém, com ressalvas: menciona-se que essa relação poderia ter sido melhor caso houvesse mais verbas, além de o perfil do Prefeito ter um papel importante nessa relação. No caso, avalia-se que o Prefeito anterior mostrou-se menos acessível que o atual. Por outro lado, menciona-se, também, que a própria população revelara ter dificuldades em fazer reclamações ao ex Prefeito.

A respeito da **descentralização**, houve posicionamentos diversos por parte dos entrevistados: a questão da intervenção da Santa Casa é mencionada, e é através dela que se daria a relação entre as esferas municipal e estadual, relação esta qualificada como "difícil",

sem maiores detalhes, é questionada ainda a eficácia desta intervenção em termos de acesso ao atendimento.

Em relação à **descentralização local**, há menção à existência de certa descentralização administrativa, no nível das Secretarias.

Quanto ao tema do **controle público**, não são mencionadas formas de encaminhamento de demandas, grupos mais demandantes e o modo pelo qual a administração processa as demandas.

As Sociedades Amigos de Bairro foram apontadas pela maioria dos entrevistados como **mecanismos de participação na gestão**, sendo que só em um depoimento o Conselho Municipal de Saúde e o Conselho do Povo são citados. O poder Legislativo e os meios de comunicação enquanto canais de expressão para a população são mencionados por somente um dos entrevistados.

Por fim, são apresentadas algumas demandas: melhoria das condições de bairro, o transporte coletivo nos bairros mais afastados, o valor das passagens de ônibus, água e postos de atendimento.

Os quatro entrevistados afirmam desconhecer informações sobre o **financiamento** para a saúde: seja por "não ter domínio" sobre as questões de financiamento; seja por "desconhecer totalmente o financiamento para a saúde"; seja por "não ter informações sobre o orçamento da saúde nem sua destinação"; seja por "não estar apto" a falar sobre este tema.

Síntese

O conjunto de depoimentos não permite traçar um perfil claramente diferenciado para cada grupo de atores quanto ao nível de informações que dominam, pois os temas mais frequentemente mencionados são razoavelmente comuns a todos eles.

Um único tema no qual há uma distinção clara diz respeito ao financiamento, citado, ainda que superficialmente, por parte dos membros do Executivo, do Legislativo e pelo interventor estadual, sendo ignorado pelos demais setores sociais.

Segue-se uma síntese dos temas predominantes nas entrevistas.

As propostas da administração são mencionadas por todos os grupos de entrevistados, mas de modo genérico e sem qualquer discussão a respeito. É possível destacar dois temas predominantes, identificados pelos entrevistados como propostas: a ampliação da participação popular e a extensão e ampliação da rede física e do atendimento.

Há uma única menção ao processo de formulação e implementação destas propostas, feita por representante da sociedade civil e segundo o qual o planejamento e a eleição de prioridades para a política de saúde foram realizados exclusivamente pela administração ("de cima para baixo").

A relação Executivo/Legislativo é abordada pela maioria dos entrevistados (com exceção dos produtores de serviços médicos e empresários) e a ausência de conflitos entre estas duas instâncias, devido à maioria na Câmara conquistada pelo Prefeito, são as informações destacadas.

Há além disso algumas referências à ausência de discussões no Legislativo e mesmo de encaminhamento de projetos pela Câmara, além da afirmação por parte do interventor estadual, de que o Legislativo atua em bloco (há aprovação total ou rejeição total aos projetos). Estas duas referências vêm ao encontro do que foi verificado na análise dos projetos aprovados pela Câmara, na qual se destacou a fraca atuação do Legislativo e a provável existência de acordos prévios ao encaminhamento dos projetos à Câmara.

O Prefeito e o representante do funcionalismo distinguem-se do restante dos entrevistados ao descreverem a relação Executivo/Sociedade como positiva, com destaque para o atendimento à população realizado pelo Prefeito às segundas feiras ou a ampliação da participação de modo geral, sem referência ao modo pelo qual é realizada.

No restante das entrevistas predominam dois tipos de informação: de um lado, destaca-se a insatisfação da população em relação à administração (sem maiores detalhes quanto à forma de expressão desta insatisfação), e de outro há críticas mais diretas ao desinteresse por parte da administração em criar mecanismos de participação na gestão.

A intervenção estadual na Santa Casa é central nas questões relativas à descentralização, e é citada como meio pelo qual se dá a relação entre Município e Estado. Esta

relação é qualificada por determinados grupos de atores de modos distintos: enquanto o Prefeito destaca a ausência de apoio estadual ao município, o interventor destaca o bom relacionamento entre os governos estadual e municipal por serem do mesmo partido.

Ainda em relação à intervenção estadual, aparecem referências à ausência de participação da população neste processo, feitas por um vereador da situação, e por um dos representantes dos Movimentos Populares.

Quanto à relação entre o município e a esfera federal, a informação predominante é a de que os repasses para o município ocorreram sem problemas.

O tema da descentralização local é pouco mencionado e predomina a informação de que o poder local é centralizado pelo Prefeito.

Os temas relativos ao controle público são também, de modo geral, pouco citados pelos entrevistados. O primeiro deles, relativo ao atendimento e encaminhamento das demandas, é mencionado por apenas um entrevistado, segundo o qual há atendimento de demandas no período eleitoral, além do atendimento de demandas individuais pelo Prefeito às segundas-feiras.

A participação na gestão é o tema mais citado dentre as questões relativas ao controle público, mas ainda assim aparecem apenas referências pouco detalhadas. É interessante registrar que o tema não foi mencionado pelos trabalhadores, produtores de serviços de saúde e empresariado.

O Conselho Municipal de Saúde e as Comissões de Usuários de Postos de Saúde aparecem apenas como meio formal ou virtual de participação na gestão sem, no entanto, ser feita qualquer descrição ou referência ao modo de funcionamento destes conselhos. Aparecem algumas críticas à sua não efetividade, mas também a ressalva de que antes da sua formação não havia qualquer tipo de mecanismo de participação na gestão.

Além destas referências aos mecanismos institucionalizados de participação na gestão, são também mencionados mecanismos informais, sobretudo relacionados à demandas individuais e não organizadas: reclamações feitas diretamente à administração, via telefone ou à segundas feiras diretamente com o Prefeito.

A identificação dos grupos mais demandantes é feita por poucos entrevistados, sendo que os representantes do Legislativo, o representante do empresariado e parte dos representantes dos trabalhadores destacam apenas "a população carente da periferia" e "os setores empobrecidos da sociedade" quando questionados a respeito, não identificando, portanto grupos mais demandantes. As Associações de Moradores, o COSABs e as Associações de Familiares e Pacientes são os grupos citados pelos movimentos populares e por parte dos trabalhadores.

E enquanto o modo pelo qual a administração processa as demandas não é mencionado por nenhum dos entrevistados, o financiamento é mencionado por parte do Executivo e Administração, pelo Legislativo e pelo interventor estadual da Santa Casa. Nos demais setores há a afirmação generalizada de que não possuem conhecimento a respeito e que portanto não têm condições de falar sobre o tema, revelando a inexistência de qualquer tipo de participação dos distintos setores sociais locais na distribuição, execução e controle dos recursos orçamentários.

Demandas e canais de participação

Considerando-se inicialmente o que aparece no conjunto de entrevistas sob os temas relacionados diretamente ao controle público, evidencia-se que, apesar de aparecerem referências aos Conselhos de Saúde institucionalizados, **o tema do controle público está, como um todo, pouco presente.**

Em primeiro lugar, e apesar de serem citados os Conselhos como mecanismos institucionalizados de participação na gestão, não há em momento algum informações a respeito do modo pelo qual se dá esta participação. Os processos de formulação e implementação das propostas, as formas de encaminhamento e atendimento das demandas, os grupos mais demandantes e o modo pelo qual a administração processa as demandas são temas praticamente ausentes nas entrevistas. Esta ausência parece confirmar a descrição, feita por um dos representantes da Administração, destes conselhos como proporcionando virtualmente uma maior participação na gestão, mas não desempenhando de fato esta função.

Um segundo ponto relativo à existência ou não de canais de participação diz respeito ao que aparece sob o tema da relação Executivo/Sociedade: aqui o atendimento às demandas individuais através de contato direto com a Administração (ou com o Prefeito) e a existência de uma insatisfação generalizada por parte da população em relação à administração, sem referências ao modo pelo qual é expressa, são os dois temas destacados. **Isto aponta para o predomínio de vias informais tanto de formulação quanto de encaminhamento de demandas.** A pouca referência ou a referência genérica a grupos demandantes confirma esta hipótese.

Assim, é possível destacar **apenas demandas pontuais e por vezes particularizadas, mencionadas pelos entrevistados**: os representantes da administração mencionam a existência de demandas por postos de saúde e remédios; os vereadores destacam o atendimento hospitalar e odontológico; os representantes dos movimentos populares identificam demandas por melhoria do atendimento em geral (inclusive na Santa Casa), por maior número de médicos e por postos de saúde, pronto-socorro e ambulâncias; os trabalhadores destacam as demandas por melhor atendimento e por ampliação da rede física; e por fim, o representante da iniciativa privada expressa uma crítica à insuficiência dos recursos repassados ao hospitais privados, além de se posicionar favoravelmente a uma privatização ampla da saúde.

Esta ausência tanto de canais operantes de encaminhamento de demandas e de participação na gestão, quanto de grupos que organizem demandas coletivas, resulta também em uma dificuldade por parte da própria administração em identificar ou reconhecer demandas. Esta dificuldade não é mencionada pelos membros do Executivo e Administração, o que parece incoerente com o destaque dado à participação social enquanto proposta de governo por estes mesmos entrevistados, e indica que tal participação não foi de fato central no ideário da gestão estudada.

A saúde como questão social: a gestão da perspectiva dos atores

Além dos pontos destacados anteriormente acerca do controle público, a partir dos quais se percebe o pouco peso dos canais institucionalizados de participação na gestão (Conselho Municipal de Saúde e Conselhos de Unidades), assim como a ênfase dada ao

atendimento informal e individualizado de demandas pela Prefeitura, além da pequena organização e abrangência destas demandas, seguem-se algumas considerações sobre outros temas relevantes para uma caracterização do modo pelo qual a saúde se configura como questão social em Itu, durante a gestão estudada.

Em primeiro lugar, merecem destaque os elementos através dos quais os entrevistados qualificam a gestão da saúde, elencados a partir das informações que aparecem sob o tema "Impactos e resultados da política implementada" e no qual foram mencionados avanços e limites da política de saúde implementada no município.

Os programas específicos implementados pelo Executivo (tais como Saúde da Mulher, Saúde Escolar, comissão de AIDS, etc.) são os mais citados, seguidos por referências à qualidade do atendimento (um número igual de entrevistados afirma que houve melhora e, contrariamente, queda, na qualidade do atendimento) e por menções à ampliação da rede física. O quarto tema mais citado foi o da intervenção estadual na Santa Casa, também avaliada tanto como positiva (resultou em melhor atendimento) quanto como não gerando melhora no atendimento por números iguais de entrevistados.

Seguem-se, como elementos de avaliação da gestão, referências aos Recursos Humanos (aumento de contratações, contratações insuficientes, remuneração) e em menor quantidade, falta de remédios, falta de recursos para a saúde e número de leitos insuficiente.

É clara portanto a percepção da saúde predominantemente enquanto assistência médica, inclusive a partir de temas menos evidentes, tal como o da intervenção estadual na Santa Casa que, neste caso, aparece em termos do seu resultado em relação à qualidade e oferta de atendimento.

Esse destaque dado à intervenção estadual na Santa Casa como um dos elementos através dos quais os entrevistados avaliam a gestão, e que aparece também sob o tema da descentralização, é ainda o principal tema presente na imprensa escrita no período estudado.

Entendendo-se que a intervenção estadual está diretamente ligada às disputas entre grupos políticos locais, tal evento se liga à questão do financiamento da saúde, já que envolve a assinatura de convênios com o SUS numa iniciativa do governo estadual e com apoio de grupos locais. Há nas entrevistas menção ao fato de que não houve qualquer tipo de

participação da população neste processo, o que é coerente com o que foi apontado até aqui acerca da inexistência de um controle público das políticas de saúde em Itu.

Além disto, o caso da intervenção estadual na Santa Casa, que de fato significou um aumento da disponibilidade de atendimento hospitalar, aponta para uma racionalização da política de saúde local sem qualquer mudança da lógica desta mesma política.

A saúde aparece, considerando-se ainda os pontos levantados inicialmente na avaliação da gestão pelos entrevistados, sobretudo através das iniciativas do Executivo, como evidenciado pelo tema mais citado, os programas específicos, indicando a centralidade do seu papel na criação e implementação de políticas de saúde e o destaque e reconhecimento desta centralidade.

É possível, além disto, perceber e qualificar o papel do Executivo quanto à formulação de políticas de saúde através do contraste entre a sua atuação e a atuação do Legislativo, e também no que se refere ao domínio de informações sobre o financiamento do setor.

No primeiro caso, e retomando algumas das conclusões resultantes da análise das propostas de governo e dos projetos de lei, fica clara a maior amplitude das formulações do Executivo para a saúde, diante dos projetos pontuais e em pequena quantidade apresentados pelo Legislativo na Câmara. Verificou-se, além disto, a desqualificação da Câmara enquanto arena pública de formulação de políticas com o predomínio de acordos realizados anteriormente à apresentação de projetos, além da “falta de memória” como característica marcante do Executivo em Itu, e que indica a ausência de uma política de governo consistente e dificulta o acesso às informações acerca das propostas de governo.

No mesmo sentido, as entrevistas fornecem uma descrição da relação entre os dois poderes como não conflituosa e indicam que o Legislativo normalmente apoia o Executivo, em iniciativas tomadas por este último. Destaca-se então o maior peso do Executivo na formulação de projetos e o fato de que a saúde não se constitui, na Câmara, como elemento de embates, o que é reforçado pela impossibilidade de se traçar um perfil claramente diferenciado dos posicionamentos dos vereadores de acordo com a sua filiação partidária enquanto situação ou oposição.

O desconhecimento generalizado sobre o financiamento da saúde, como já mencionado, indica a pequena possibilidade do exercício de um controle deste financiamento por parte dos distintos setores da sociedade, o que, de outro modo, significa que o Executivo detém uma grande autonomia na utilização dos recursos em questão.

Diante desta autonomia do poder Executivo, caracterizada através destes três aspectos (qualificação da gestão, contraste entre Executivo e Legislativo e financiamento), a questão do controle público e da participação na gestão reaparece, permitindo enfatizar ainda mais o destaque dado ao atendimento informal de demandas pelo Prefeito às segundas-feiras, uma vez que a formulação dessas políticas, e seu controle e avaliação estão muito diretamente relacionados à atuação do Executivo. Soma-se a isto a constatação, feita a partir da análise da formulação das políticas, de que o tema da participação social não está presente no ideário da gestão, e tampouco a concretização dos mecanismos de participação.

O predomínio de demandas particularizadas é reforçado pelo tipo de relação, no caso criada a partir de uma iniciativa também do Executivo, e pela permeabilidade da administração restrita somente a estas demandas pontuais. Assim, é compreensível que o atendimento à população realizado diretamente pelo Prefeito semanalmente seja citado paralelamente às referências aos Conselhos de Saúde, sem distinção da natureza e da qualidade dessa participação.

VI. DESCENTRALIZAÇÃO, SAÚDE E DEMOCRACIA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ITU

Se da ótica dos dados financeiros - em termos de orçamento e gasto em saúde - não resta dúvida, neste mas também em outros casos, que a descentralização vem acompanhada da maior atenção para a área social, o mesmo não ocorre nas outras dimensões da relação saúde e democracia.

Do ponto de vista da dimensão técnica da atenção à saúde - eficiência e eficácia - verifica-se uma extensão dos serviços mas não uma maior e melhor adequação entre o perfil de mortalidade da população e os programas de saúde e assistência médica. Estes tendem ainda a reproduzir, de um lado, os antigos e tradicionais programas de Saúde Pública (ações de caráter coletivo), e de outro, o padrão mais recente da assistência médica individual. Deve-se notar, aqui, que o perfil de mortalidade dos municípios como indicador de necessidades de saúde tecnicamente diagnosticadas exigiriam uma articulação criativa entre ações de caráter coletivo e ações de assistência médica individual (de distintos graus de complexidade), compondo um novo padrão de atenção à saúde.

Por outro lado, da perspectiva do processo de formulação e de tomada de decisões no que diz respeito às políticas de saúde, a descentralização em municípios de médio porte como este tende a não inovar no sentido da democratização da saúde. E isto por vários fatores.

Dentre esses fatores, constatou-se uma limitação da autonomia municipal para a definição de sua política de saúde dada a lógica financeira do nível federal que predomina, no processo de descentralização: verificou-se que o maior aporte de recursos para o setor advém do repasse financeiro por serviços prestados do nível federal para o local, e pela destinação de maior percentual dos próprios recursos municipais.

Mas tampouco ocorrem inovações no processo de tomada de decisões. Nesta experiência fica clara a predominância do Executivo como locus privilegiado de tomada de decisões, o baixíssimo ou quase nulo papel dos partidos políticos, relegando ao Legislativo o papel de referendar decisões emanadas do Executivo. De fato, os projetos tramitam na Câmara dos vereadores após acordo prévio entre os partidos.

E tal como ocorre em outros municípios similares, os partidos políticos, através de seus representantes, não se configuram como canais de captação de demandas e interesses. De fato, quando comparadas as iniciativas do Executivo às daquelas do Legislativo, neste caso os projetos que aí tem origem tendem a ser extremamente pontuais e distantes do interesse público. Interessante notar que por essa via se confirma a hipótese do inexpressivo peso da variável “partido político no poder” como fator definidor no papel de gestão. Mas se o padrão de gestão definiu-se mais como grupos de interesses do jogo político distintos entre uma administração e outra, em contraste com disputa de programas partidários por exemplo, esse traço clientelístico e particularista com fortes tintas da tradição patrimonialista acaba por se refletir no padrão de relação da administração local com a sociedade.

Neste caso específico, verifica-se nesta experiência o predomínio da relação Executivo/sociedade através de contatos diretos do prefeito com a população, o que vem acompanhado da indefinição e do papel descentrado do Conselho Municipal de Saúde (criado muito posteriormente), ou órgão similar, na definição da política de saúde. E como o Executivo exerce um papel central na viabilização e no incentivo da participação dos setores organizados da sociedade na gestão pública, neste ponto específico pode-se afirmar que a descentralização não propiciou nem a configuração de um padrão de gestão mais democrático, nem de o espaço do poder local traduzir-se num locus privilegiado de aprendizagem do exercício da cidadania ativa.

Neste ponto em particular, a iniciativa do Executivo na busca da democratização da gestão ganha maior destaque dado o fato de a saúde não se configurar, como visto, numa questão social quando se volta a análise para os distintos sujeitos sociais. Chama a atenção a absoluta falta de informação e de instrumentos que permitam uma participação mais efetiva dos distintos atores sociais na gestão pública da saúde.

E se tal fato fica patente quando se trata da falta de informação sobre avaliação, programas e projetos da administração, ele se agrava exatamente no fator chave que vem definindo o processo de descentralização que é o financiamento. De fato, ignora-se - dos representantes do setor privado dos serviços de saúde aos representantes dos movimentos e organizações populares - mecanismos, critérios e montantes de recursos para o financiamento do setor. A impressão que transparece dos depoimentos é a da enorme complexidade da questão, associada ao papel relativamente pouco relevante que o financiamento assume para

esses setores na área da saúde, até pela generalização da falta de recursos do Estado. De fato, esses distintos atores jamais apresentam a questão de se conhecer os mecanismos e a disponibilidade de recursos para o financiamento da saúde como algo estratégico para sua efetiva participação na definição da política do setor.

Do ponto de vista do setor privado de serviços de saúde, a lógica que predomina na representação dos atores é a da falta de recursos e de incentivos para o setor dada a sua participação na oferta total de serviços. Do ponto de vista do usuário ganha proeminência a complexidade da questão do financiamento, como algo inacessível. Por outro lado, do ponto de vista da administração local manter relativamente opaca esta questão lhe atribui maior autonomia na alocação e repartição dos recursos, até porque no caso específico a intervenção do governo estadual na Santa Casa garante um aporte maior para o setor e a oferta de serviços de assistência médica de maior complexidade para a população, sem que a infraestrutura hospitalar seja repassado para a responsabilidade do município.

Por fim, cabe ressaltar que neste caso específico existe uma tácita divisão de clientelas entre os serviços públicos e privados de saúde, não sendo este um ponto de tensão a exigir delicadas negociações de interesses, em que pese o avanço sobre formas de controle público sobre o setor privado uma vez que a Lei Orgânica prevê que este participe do SUS de forma suplementar, ao contrário do que reza a Constituição.

A grande tensão parece residir na forma de relação entre Estado e sociedade. De fato, todas as formas anteriores de “participação da comunidade” estabelecidas pela antiga gestão foram suprimidas quando a gestão em estudo assume a administração, e no seu lugar são criados aqueles mecanismos de relação direta do Prefeito com municípios, que pulverizam na particularidade das necessidades de cada indivíduo esse contato.

Em conseqüência, caracteriza-se um perfil de gestão tradicional, tanto em termos da dimensão técnica da atenção à saúde quanto em termos da possibilidade de o poder local se configurar num espaço de inovação da relação Estado/sociedade. O poder Executivo, aí, declina de sua responsabilidade de inovação e de democratização da gestão, não permitindo que a esfera pública emergja como um fator que imprima maior racionalidade às políticas de saúde, tanto em termos das necessidades quanto em termos do atendimento às demandas de saúde, no caminho do aprendizado e do exercício da cidadania.

