

**DESCENTRALIZAÇÃO, SAÚDE E DEMOCRACIA:  
o caso do município de São Paulo  
(1989-1992)**

**1995**

**Cadernos CEDEC nº 44**

**Amélia Cohn (coord.)**

Descentralização, Saúde e Democracia:  
o caso do município de São Paulo  
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 Chiaravalloti

Agradecemos o apoio e a colaboração da 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.

## **CADERNOS CEDEC N° 44**

### **COORDENADOR EDITORIAL**

**Pedro Roberto Jacobi**

### **CONSELHO EDITORIAL**

**Amélia Cohn, Eduardo Kugelmas, Gabriel Cohn, Gildo Marçal Brandão, José Álvaro Moisés, Leôncio Martins Rodrigues, Lúcio Kowarick, Marcelo Coelho, Marco Aurélio Garcia, Maria Teresa Sadek, Maria Victoria de Mesquita Benevides, Miguel Chaia, Pedro Roberto Jacobi, Regis de Castro Andrade, Tullo Vigevani e Valeriano Mendes Ferreira Costa**

### **DIRETORIA**

**Presidente: Amélia Cohn**

**Vice-Presidente: Pedro Roberto Jacobi**

**Diretor Tesoureiro: Regis de Castro Andrade**

**Diretor Secretário: Tullo Vigevani**

**Cadernos Cedec - Centro de Estudos de Cultura Contemporânea  
São Paulo: Cedec, 1995**

**Periodicidade: Irregular**

**ISSN: 0101-7780**

## APRESENTAÇÃO

Os *Cadernos Cedec* têm como objetivo a divulgação dos resultados das pesquisas e reflexões desenvolvidas na instituição.

O Cedec é um centro de pesquisa, reflexão e ação. É uma sociedade civil sem fins lucrativos, que reúne intelectuais e pesquisadores com formação em distintas áreas do conhecimento e de diferentes posições teóricas e político-partidárias. Fundado em 1976, com sede em São Paulo, a instituição tem como principais objetivos o desenvolvimento de pesquisas sobre a realidade brasileira e a consolidação de seu perfil institucional como um espaço plural de debates sobre as principais questões de ordem teórica e prática da atualidade. Destacam-se, aqui, os temas dos direitos e da justiça social, da constituição e consolidação da cidadania, das instituições democráticas, e da análise das políticas públicas de corte social.

## ÍNDICE

I. A SAÚDE COMO COMPETÊNCIA DAS DISTINTAS ESFERAS DE GOVERNO .....	6
II. A INFRA-ESTRUTURA URBANA DO MUNICÍPIO: UM PADRÃO FAVORÁVEL FRENTE À REALIDADE ESTADUAL.....	23
III. A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO: DO REAL AO IDEAL.....	32
1. A Rede de Serviços .....	32
2. O Perfil de Mortalidade.....	35
3. As Propostas da Administração .....	36
4. Entre o Real e o Ideal: outras possibilidades para a ação.....	38
IV. O PERFIL DO GASTO ORÇAMENTÁRIO: O LUGAR DA ÁREA SOCIAL .....	49
1. Orçamento Geral .....	49
2. Orçamento da Área Social .....	51
3. Orçamento da Área de Saúde/Saneamento .....	53
4. Análise dos Recursos Oriundos das Outras Esferas Administrativas para a Função Saúde/Saneamento .....	55
V. PENSANDO A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE .....	63
1. A Relação Executivo/Legislativo.....	63
2. A Perspectiva dos Distintos Atores.....	73
VI. DESCENTRALIZAÇÃO, SAÚDE E DEMOCRACIA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.....	103

## **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 a 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 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 essenciais.<sup>1</sup>

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;

---

<sup>1</sup> Ministério 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 esferas.<sup>2</sup>

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

---

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

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 do processo de 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.**"<sup>3</sup>

Esses preceitos constitucionais 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 âmbito sanitário; 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.

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

---

<sup>3</sup> VIANNA, S., op.cit., p.03.

- **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 com uma 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; acompanhar e analisar as tendências do quadro sanitário 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; 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; coordenar 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 oscilam 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 de São Paulo**

Promulgada em 1990, a Lei Orgânica de São Paulo ao assegurar a saúde enquanto direito de todos estabelece os instrumentos e diretrizes capazes de propiciar a garantia deste direito. São eles:

- O desenvolvimento de políticas que objetivam o bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade, devendo também abranger o ambiente natural, os locais públicos e de trabalho. Vale lembrar que este texto não menciona quais são essas políticas. Contudo, uma vez estando em conformidade com as leis superiores, podemos afirmar que se tratam de políticas sociais, econômicas e ambientais.

- Além da redução do risco de doenças e outros agravos, pretende-se **a busca da eliminação desses fatores**; disposição exclusiva que demonstra uma intenção em ampliar a competência do poder público municipal.

- O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade; e o atendimento integral do indivíduo, abrangendo a promoção, preservação e recuperação da saúde. Tratam-se de disposições que seguem as diretrizes estabelecidas pelas legislações federal e estadual.

Vale ressaltar que o direito à saúde garantido pelo Poder Público Municipal, através das diretrizes acima citadas, conta com a **participação da comunidade**.

São as seguintes as **diretrizes que organizam o Sistema Único de Saúde no âmbito municipal**:

- **direção única no âmbito municipal**, a ser exercida pelo órgão competente;
- a **regulamentação, fiscalização e controle sobre as ações e serviços de saúde** ficam a cargo do poder público municipal;
- a **execução das ações e serviços de saúde** deve ser feita preferencialmente de forma direta pelo poder público e **supletivamente** através de terceiros.
- a requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas com justa indenização pode ser feita pelo poder público em razão da ocorrência de situações de perigo iminente, entre

eles o de calamidade pública ou epidemias. Vale lembrar que o artigo 15, incisos XIX e XXI, da Lei Orgânica da Saúde (8080/90) indica a possibilidade de desenvolvimento de atendimento emergencial, enquanto responsabilidade comum às três esferas de governo. Porém, não explicita a abrangência dessa ação como o faz a legislação municipal, tratando-se, portanto, de uma disposição exclusiva, sem similar nos demais textos constitucionais.

**- O Município deverá regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde.**

Recorrendo à Lei Orgânica da Saúde (8080/90), artigo 18, verifica-se que estão ampliadas as atribuições específicas do âmbito municipal frente ao Sistema de Saúde. Além das funções acima mencionadas, a Lei Orgânica da Saúde estabelece, enquanto atribuição específica da esfera municipal, a **elaboração, implementação e avaliação sobre as ações e serviços de saúde.**

- O **método epidemiológico** deve ser utilizado enquanto instrumento para estabelecer prioridades, a instituição de distritos sanitários, alocação de recursos e orientação programática. Trata-se de uma disposição exclusiva da Lei Orgânica, não tendo correspondente nos demais textos. A Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 10, parág. 2º, faz menção somente à organização de distritos, estabelecendo seus objetivos.

- Quanto à política de insumos e equipamentos para a saúde no âmbito municipal, a Lei Orgânica de São Paulo estabelece, em seu artigo 216, inciso V, diretrizes detalhadas especificando sua competência, bem como as substâncias de interesse para a saúde. Sendo assim, ao Município cabe "**participar da fiscalização e controle** da produção, armazenamento, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e teratogênicos, bem como de outros medicamentos, equipamentos e imunobiológicos, hemoderivados e insumos". Uma vez tendo comparado estas disposições à Lei Orgânica da Saúde (8080/90) verificam-se algumas especificidades. Enquanto atribuição específica do Município esta última estabelece a **execução da política de insumos e equipamentos para a saúde naquele âmbito** (Lei Orgânica da Saúde 8080/90, Art. 18, inciso IV). Trata-se, portanto, de uma diretriz genérica que não indica a extensão da competência municipal. Nesse sentido, a Lei Orgânica de São Paulo acompanha, em certo sentido, as diretrizes apontadas nas

legislações estadual e federal, considerando as respectivas especificidades de cada esfera de governo.

- No que se refere à alimentação e nutrição, a legislação municipal estabelece ao Sistema de Saúde neste âmbito a sua **participação na fiscalização e inspeção** neste setor. Esta diretriz apresenta certa discordância com o estabelecido pela Lei Orgânica da Saúde (8080/90), em seu artigo 18, inciso IV, no qual prevê enquanto **atribuição específica do Município a execução do serviço de alimentação e nutrição**. Novamente, trata-se de uma disposição genérica, que não esclarece a competência do âmbito municipal. Dessa forma a legislação municipal acompanha de modo similar as diretrizes estadual e federal.

Em conformidade com a legislação estadual, a Lei Orgânica de São Paulo estabelece as seguintes **diretrizes para a área de Recursos Humanos**: é vedada a nomeação ou designação, para cargo ou função de chefia ou assessoramento na área da saúde, em qualquer nível, da pessoa que participe na direção, gerência ou administração de entidade ou instituição que mantenha contrato com o Sistema de Saúde, ou seja por ele creditada" (Lei Orgânica de São Paulo, art. 214, Parág. 4º).

Já a Lei Orgânica da Saúde (8080/90) traz as diretrizes gerais que organizam a política de Recursos Humanos, estabelecendo atribuições comuns para as três esferas de governo. São elas: "a elaboração, implementação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde em conjunto com outros órgãos governamentais" (Lei Orgânica da Saúde 8080/90: Art. 15, inciso IX). Esta diretriz, por sua vez, atribui maior concretude ao estabelecido na Constituição Federal: "ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: **ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde**" (Art. 200, inciso III).

São as seguintes as ações e serviços de saúde que integram a **Programação em Saúde** estabelecida pela Lei Orgânica de São Paulo:

- vigilância sanitária e epidemiológica; saúde do trabalhador; da mulher; do idoso, da criança e do adolescente; portadores de deficiências; doente mental; saúde odontológica e zoonoses.

No que diz respeito à **saúde da mulher**, o texto municipal traz disposições exclusivas e detalhadas a respeito das ações a serem desenvolvidas neste campo. São as seguintes: a garantia de assistência integral à saúde pré-natal, no parto e pós-parto, o direito de evitar e interromper a gravidez, sem prejuízo para a saúde, garantindo o atendimento na rede pública municipal de saúde.

Quando se recorre à **legislação federal**, as disposições a respeito da saúde da mulher nela inscritas estão relacionadas à **mulher gestante**, estando assegurados os seguintes direitos:

- licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias;

- é vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa da empregada gestante, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto (Constituição Federal: Art.7º, inciso XVIII e Art.10, inciso IIb das Disposições Transitórias).

A **legislação estadual**, por sua vez, apresenta apenas dois tópicos a respeito, que compreendem as seguintes disposições:

- o desenvolvimento de ações referentes à saúde da mulher, sem no entanto especificá-las;
- o atendimento médico, pela rede pública de saúde, para a prática do aborto nos casos previstos pela legislação.

A **legislação municipal**, em conformidade com a Constituição Estadual, assegura o direito à autoregulação da fertilidade com livre decisão do homem, da mulher ou do casal.

**São exclusivas do texto municipal as diretrizes referentes às ações em saúde mental, odontológica e zoonoses.**

Em especial, a Lei Orgânica de São Paulo reserva em seu artigo 216 duas disposições que prevêm ações referentes à saúde mental, bem como ao doente mental:

- os serviços de **saúde mental** devem ser coordenados pelo Sistema de Saúde no âmbito municipal, estando incluídas as ações preventivas e extra-hospitalares, a implantação de emergências e internação psiquiátricas;

- ao **doente mental** está previsto o seu atendimento através do desenvolvimento das seguintes ações: criação e manutenção de serviços relativos ao setor; o desenvolvimento de ações preventivas e extra-hospitalares e implantação de emergências psiquiátricas; o direito de cidadania do doente mental, ficando vedada a utilização de procedimentos violentos e desumanos.

A Lei Orgânica de São Paulo estabelece ao Município sua participação no **Sistema Nacional de Sangue**, conforme o âmbito de sua atuação (Art. 216, inciso VIII). Como se observa, trata-se de uma disposição genérica que não esclarece a dimensão da real competência do Município no setor. Recorrendo à Lei Orgânica da Saúde (8080/90), em seu artigo 18, inciso I, esclarece-se em parte a função do Município neste campo, como sendo de **gerência de laboratórios públicos de saúde e hemocentros**.

Vale lembrar que a legislação estadual estabelece de maneira mais detalhada os procedimentos que envolvem esse tipo de intervenção.

A remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante deve ser facilitada pelo Sistema de Saúde no âmbito municipal.

Exclusivo da legislação municipal é a disposição que estabelece o fomento, coordenação e execução de programas de atendimento emergencial, sem correspondência com as legislações estadual e federal, mas em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde 9080/90), em seu artigo 15, inciso XXI.

A criação e manutenção de serviços e programas de **prevenção e combate ao uso de entorpecentes, o alcoolismo ou drogas** está assegurado pela Lei Orgânica de São Paulo. A esse respeito, a legislação estadual mostra-se mais precisa, uma vez que garante o funcionamento de unidades terapêuticas com esse fim.

As **formas de tratamento de assistência alternativa, reconhecidas**, poderão ser oferecidas ao usuário, quando possível, pelo Sistema de Saúde no âmbito municipal. Trata-se de uma disposição exclusiva do texto municipal, sem correspondente nas legislações estadual e federal, bem como na Lei Orgânica da Saúde (8080/90).

Referente ainda à **Programação em Saúde**, tem destaque na Lei Orgânica de São Paulo um capítulo exclusivo a respeito da **Segurança do Trabalho e Saúde do Trabalhador**. As diretrizes que regem as ações nesse sentido são as seguintes:

- As ações referentes à saúde do trabalhador devem ser coordenadas pelo Município, conjuntamente com a União, o Estado e as entidades representativas dos trabalhadores;

- Essas ações têm por objetivo a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos provenientes das condições de trabalho;

A segurança do trabalho e saúde do trabalhador devem ser asseguradas mediante:

- o controle das condições de segurança, redução e eliminação das nocividades do trabalho, promovendo condições dignas e seguras de trabalho;

- vigilância sanitária e epidemiológica;

- assistência às vítimas de acidentes do trabalho e portadores de doenças profissionais e do trabalho.

A legislação municipal garante ao trabalhador:

- o direito de acompanhar, através de suas representações sindicais e de locais de trabalho, as ações de controle e avaliação dos ambientes e das condições de segurança de trabalho;

- a interrupção pelo empregado de suas atividades quando existirem condições de risco no local de trabalho, sem prejuízo de seus direitos.

- a expedição de licenças para construir, dos autos de conclusão e das licenças para instalação e funcionamento está condicionada ao atendimento das exigências legais relativas à segurança, integridade e saúde dos trabalhadores e usuários;

- o auto de vistoria de segurança deverá ser renovado periodicamente, para verificação de obediência ao disposto na parágrafo anterior;

- a legislação municipal assegura a participação de representantes dos trabalhadores nas decisões em todos os níveis em que a segurança do trabalho e a saúde do trabalhador sejam objeto de discussão e deliberação.

As disposições relativas ao **controle público/participação social** podem ser identificadas em dois momentos na legislação municipal:

- o Município deve garantir o direito à saúde com a participação da comunidade;
- deve ser permitido aos usuários do Sistema de Saúde o acesso às informações de interesse da saúde e a divulgação, obrigatória, de qualquer dado que coloque em risco a saúde individual ou coletiva.

A **Conferência Municipal de Saúde**, anual, compreendida enquanto instrumento de controle público da gestão do setor, deverá ser promovida pelo Sistema de Saúde. Vale lembrar que o texto municipal não segue estritamente as diretrizes estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde (08080/90), já que esta prevê a convocação da Conferência de Saúde a cada 04 (quatro) anos.

A legislação municipal determina a criação do **Conselho Municipal de Saúde**, enquanto órgão normativo e deliberativo, com estrutura colegiada. Dentre suas atribuições está a promoção de mecanismos necessários à implementação da política de saúde nas unidades prestadoras de assistência. Sua composição compreende representantes do Poder Público, trabalhadores da saúde e usuários.

As disposições acerca do **financiamento do setor saúde** presentes na Lei Orgânica de São Paulo seguem as disposições das legislações estadual e federal.

São identificadas a seguir as diretrizes que estabelecem a **relação setor público/setor privado** quanto à execução das ações e serviços de saúde do Sistema de Saúde no âmbito municipal:

- A legislação municipal veda a destinação de recursos públicos municipais para auxílio, subvenções ou **incentivos fiscais** às instituições privadas com fins lucrativos. Este último item (em negrito) é exclusivo da legislação municipal, não tendo correspondência com os demais textos.

- A **execução das ações e serviços de saúde** deve ser feita preferencialmente de forma direta pelo poder público e **supletivamente** através de terceiros. A esse respeito, a legislação municipal não faz menção explícita sobre a participação do setor privado na execução dessas ações, uma vez que utiliza somente o termo "terceiros". Vale lembrar que as legislações federal e estadual não condicionam a participação para o caso de "terceiros" ao caráter suplementar, como o faz a Lei Orgânica de São Paulo.

- No que diz respeito especificamente à **participação do setor privado no Sistema de Saúde**, o texto municipal apresenta-se em conformidade com as legislações federal e estadual. São as seguintes as disposições a esse respeito:

- as instituições privadas, ao participarem do Sistema de Saúde, ficam sujeitas às suas diretrizes, tratando-se, portanto, de uma participação em caráter complementar;

- a assistência à saúde é livre à iniciativa privada;

- estão vedadas as cobranças aos usuários pela prestação de serviços no âmbito do Sistema de Saúde e a participação direta e indireta de empresas ou capitais estrangeiros.

## II. A INFRA-ESTRUTURA URBANA DO MUNICÍPIO: UM PADRÃO FAVORÁVEL FRENTE À REALIDADE ESTADUAL

A cobertura pelos serviços de infra-estrutura urbana é bastante razoável, em que pese a inexistência de dados detalhados, sistematizados e acessíveis sobre estes serviços. No entanto, tomando-se por 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 S.Paulo é bastante satisfatória em termos de cobertura, superando a verificada para o conjunto dos municípios paulistas, que por sua vez é muito superior a da média do País. O município de S.Paulo conta com 2.539.953 domicílios permanentes, estando apenas 2 % deles ( 52.902 ) localizados na zona rural. A média de pessoas por domicílio é de 3,7 , sendo que cerca de 43 % deles possuem até 4 cômodos e apenas 28,5 % do total de domicílios têm de 6 a 9 cômodos ( Cf. Tabela 2 ).

Em relação à cobertura dos serviços de saneamento, 98,5 % do total de domicílios possuem água canalizada interna, sendo 97,5 % ligados à rede geral ( água tratada ); 99 % possuem algum tipo de instalação sanitária, sendo que apenas 81 % deles são ligados à rede geral de esgoto; e 98,5 % 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 de lixo ( Cf. Tabelas 7, 8 e 10 ). Do total de domicílios no Estado, 34,5% possuem até 4 cômodos ( Cf Tabela 9 ).

As estatísticas disponíveis para iluminação pública 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 percentuais de cobertura de 82%. Em relação à pavimentação de ruas, de um total de 18.000 km.,o município apresenta cerca de 44,5 % (8.000 km.) das vias desprovidas desse benefício, conforme informações da Secretaria Municipal de Planejamento.

Em relação à infra-estrutura urbana, o município de S.Paulo apresenta uma situação em que existe demanda por serviços tais como a pavimentação de vias, a construção de moradias e a iluminação dos locais de habitação da população de baixa renda, mesmo considerando-se que

em relação às duas últimas não se dispõem de estimativas mais precisas. Esse padrão apresentado para a infra-estrutura urbana resulta em pressão sobre as disponibilidades orçamentárias, implicando grande tensão no processo decisório sobre a alocação dos recursos orçamentários.

Se do ponto de vista da igualdade pode-se considerar como razoável a infra-estrutura urbana, o mesmo não ocorre quando se considera o ponto de vista da equidade. Assim, 43.593 domicílios permanentes (1,5 % do total) não possuem água canalizada interna e 12.685 deles (0,5 %) não dispõem de nenhum tipo de instalação sanitária. Isto é, em um dos municípios mais ricos do País, capital do Estado responsável por cerca de 40 % do PIB nacional, cerca de 161.294 habitantes não dispõem de água encanada e 47.000 não têm acesso a qualquer tipo de instalação sanitária em seus domicílios ( Cf. Tabelas 4 e 5 ). Acrescem-se a isto a demanda declarada pela Prefeitura da necessidade de serem construídas 1.180.000 novas casas e o fato de 1.014.009 famílias, ou 4.051.529 pessoas, correspondendo a 43 % da população residente, habitarem domicílios classificados como sub-habitação, e localizados nas 1.520 favelas e 88.200 cortiços do município.

Estes últimos dados, quando relacionados a padrões de equidade, apontam para a necessidade de um grande esforço da administração municipal para minorar os padrões de desigualdade. Apesar da legislação vigente no País não precisar com clareza as competências dos diversos níveis da administração em relação aos investimentos nas áreas de infra-estrutura urbana e de políticas sociais, a análise do orçamento geral do município permite supor que os problemas habitacionais e urbanos, se não foram desconsiderados pela administração em termos de prioridade, foram preteridos em benefício dos setores de Saúde e Educação.

A evolução dos gastos reais da Área Social com a função Habitação/Urbanismo situam-se em 3º. lugar quando comparado aos das outras funções. Assim, no período 1988-91 ( que inclui a reforma tributária constitucional ) o desempenho ainda que positivo (média de 42,5 %) situa-se 6 pontos percentuais abaixo da média verificada para a evolução do orçamento municipal (48 %). Este desempenho apresenta ligeira melhora no período subsequente, 1989-91, apresentando-se 5 pontos percentuais acima da evolução verificada para o orçamento geral ( média de -3,02 % ). No entanto, deve-se ressaltar que a tradição vigente no nível municipal, sobretudo em relação aos investimentos em saneamento e habitação, é a da dependência em

grande medida dos recursos e financiamentos advindos das esferas de governo estadual e federal.

**TABELA 1**  
**SÃO PAULO**

**Distribuição de Domicílios particulares permanentes e média de pessoas moradoras por Domicílio na cidade de São Paulo**

<b>Total</b>	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>	<b>Média de pessoas moradoras por Domicílio</b>	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>	<b>Total</b>
2.539.953	(2.487.051)	(52.902)		(9.297.456)	(229.970)	(9.527.426)
100%	97,91%	2,08%	3,74%	97,58%	2,41%	100%

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

**TABELA 2**

**Domicílios particulares permanentes por nº de cômodos na cidade de SÃO PAULO**

<b>Domicílio</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>- Até 2</b>	196.043	7,71%
<b>- 3 e 4</b>	900.585	35,45%
<b>- 5</b>	538.430	21,19%
<b>- 6 a 9</b>	726.936	28,62%
<b>- 10 ou +</b>	177.959	7,0%
	2.539.953	100%

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

**TABELA 3**  
**Percentual de coleta do lixo por domicílios particulares permanentes na cidade de SÃO PAULO**

<b>Coleta de lixo</b>	<b>Domicílios</b>
<b>Coletado</b>	98,35% (2.498.099)
<b>Não Coletado</b>	1,65% (41.854)
<b>Total</b>	100%

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

**TABELA 4**  
**Abastecimento de água por domicílios particulares permanentes na cidade de SÃO PAULO**

<b>Abastec. de água</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Água Canalizada Interna</b>	2.496.360	98,28%
<b>Rede Geral</b>	2.471.565	97,30%
<b>Outras formas (poço, nascente, etc.)</b>	24.745	0,97%
<b>s/água canalizada interna</b>	43.593	1,71%
<b>Total</b>	2.539.953	100%

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

**TABELA 5****Instalação Sanitária por domicílios particulares permanentes na cidade de SÃO PAULO**

<b>Instal. Sanitária</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Com algum tipo de instal. sanit.</b>	2.539.953	98,86%
<b>Rede Geral</b>	2.061.286	81,15%
<b>Vala</b>	73.607	2,89%
<b>s/instalação sanitária</b>	12.685	0,49%
<b>Não sabe</b>	3.582	0,14%

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

**TABELA 6****Distribuição dos Domicílios particulares permanentes no Estado de São Paulo segundo situação do domicílio**

<b>Total</b>	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>
8.039.661	7.508.078	531.583
100%	93,38%	6,61%

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

TABELA 7

**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 8

**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 instalação 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 9**  
**Domicílios particulares permanentes por nº de cômodos e pessoas moradoras no Estado de São Paulo**

<b>Domicílios</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Total de Pessoas</b>	<b>% Pessoas</b>
- 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%
<b>Total Geral</b>	<b>8.039.661</b>	<b>100%</b>	<b>31.284.067</b>	<b>100%</b>

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

**TABELA 10**  
**Percentual de coleta de lixo no Estado de São Paulo, por domicílios particulares permanentes e de pessoas moradoras**

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

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



### III. A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO: DO REAL AO IDEAL

#### 1. A Rede de Serviços

A rede de serviços de saúde instalada no município totaliza 1.132 estabelecimentos, sendo 165 hospitais. O município dispõe de 3,0 leitos gerais por 1.000 habitantes, sendo que a Organização Mundial da Saúde preconiza como referência a disponibilidade de 4.5 leitos gerais por 1.000 habitantes. Isto significa que segundo este parâmetro São Paulo apresenta um déficit estimado em cerca de 14.200 leitos gerais cuja distribuição não é uniforme, ou seja, este déficit é significativamente maior na periferia do município do que nas regiões centrais. Assim, mesmo considerando-se o número expressivo de equipamentos de saúde de diferentes complexidades tecnológicas existentes no município, em conjunto eles são insuficientes para o atendimento das necessidades mínimas da cidade, sobretudo no que se refere aos equipamentos de atenção predominantemente secundária como são os hospitais gerais.

A rede hospitalar instalada dispõe de 32.675 leitos, distribuídos entre cerca de 91 hospitais gerais<sup>4</sup> e 74 especializados. Os leitos especializados somam 4.287<sup>5</sup>, correspondendo a cerca de 13 % do total, sendo que apenas 15,5 % deles são controlados pelo setor público.

Dos 28.388 leitos gerais ( 87 % do total), 71 % são controlados pelo setor privado, sendo 37,5 % do total (10.666 leitos) lucrativos e 33,5 % ( 9.559 leitos) não lucrativos. Os demais 29 % (8.163 leitos) são controlados pelo setor público, sendo que a administração municipal controla o correspondente a 7 % do total dos leitos, enquanto as esferas estadual e federal controlam respectivamente 13,5% e 8 % . Assim, o setor público como um todo detém apenas 30 % do total dos leitos gerais no município, enquanto que a esfera municipal, quando comparada às outras esferas públicas, é a que detém o menor percentual dos leitos (7%). Ademais, é sabido não existir mecanismos formais de articulação entre as diversas esferas públicas, mesmo em situações em que desempenham o mesmo tipo de atendimento no mesmo município, como é o caso em tela. Resulta disto que no setor público, considerando-se a vigência de convênio entre as esferas estadual e federal<sup>6</sup>, é a Secretaria Estadual de Saúde quem

---

<sup>4</sup> Este número é aproximado, uma vez que não há uniformidade entre as diferentes fontes consultadas acerca da definição do que seja um hospital geral.

<sup>5</sup> Este número é aproximado, e certamente está subestimado, pois além de depender da definição do tipo de estabelecimento, a fonte consultada ( Anuário Estatístico do Estado de S.Paulo 1992 - Fundação SEADE) classifica como especializados apenas os hospitais de psiquiatria, tisiologia e dermatologia sanitária.

<sup>6</sup> Convênio SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) que, dentre outras coisas, resultou na transferência de equipamentos de saúde federais localizados no Estado de S.Paulo (dentre eles a rede hospitalar do

detém o maior controle sobre os serviços de saúde no município, seja dos leitos governamentais (alcançando, agora, 21,5% do total) seja através da intermediação que exerce no pagamento das internações hospitalares da rede contratada. No entanto, persiste a situação em que todos os contratos hospitalares do município são realizados diretamente com a esfera federal, através do Ministério da Saúde.

O caso dos leitos especializados, mesmo considerando-se as restrições da definição utilizada e o tipo de especialidade selecionada, segue esta mesma tendência acentuando ainda mais o desequilíbrio em detrimento do setor público. Assim, o setor privado responde por 84,5% do total dos leitos especializados no município de São Paulo, sendo que 90,5% (correspondendo a 3.285 leitos, todos de psiquiatria) deles são controlados pelo setor privado lucrativo. Neste caso, a administração municipal não dispõe de nenhum mecanismo de interferência uma vez que os demais 15,5% dos leitos pertencentes ao setor público o são através da esfera estadual.

A rede ambulatorial conta com cerca de 753 estabelecimentos, 424 com atendimento geral nas áreas médicas básicas ( clínica médica e cirúrgica, obstetrícia e pediatria ), e 329 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 172 deles, ou 23 % do total, são equipamentos pertencentes à rede pública municipal, sendo 142 Unidades Básicas de Saúde e 30 ambulatórios de especialidades, estes últimos correspondendo a 9 % dentre os serviços especializados. Agregam-se a esta rede os serviços de atendimento a pacientes externos existentes em 109 (72,5%) dos 150 hospitais do município.

Em suma, a administração municipal praticamente não possui nenhum tipo de mecanismo de controle sobre parcela significativa dos equipamentos de saúde destinados à atenção primária, bem como sobre os de atendimento secundário e terciário. No entanto, em 1991, os gastos da União em saúde no município, via pagamento por serviços hospitalares prestados, alcançam a expressiva soma de US\$ 235,688,060.00 (cerca de 1/3 do gasto orçamentário em saúde/saneamento), o que representa um per capita em torno de US\$ 25. Este

---

ex-INAMPS) para a ação administrativo-financeira da Secretaria de Estado da Saúde, e possibilitou a intermediação da administração estadual, via repasse da instância federal, na distribuição das cotas e pagamento das Internações Hospitalares

gasto, ao ser comparado com aquele dos outros três municípios estudados (Santo André, Itu, Botucatu) mostra-se significativamente superior, evidenciando, dentre outros aspectos, a maior complexidade tecnológica e operacional da rede de prestação de serviços de saúde no município, superior em quantidade e qualidade técnica a de muitos Estados brasileiros, bem como a enorme trama de interesses a ela articulados.

A ausência quase completa de controle da esfera municipal sobre os serviços hospitalares é agravada pelo significativo déficit de leitos gerais no município e pela perversidade da disponibilidade regional daqueles existentes.

Neste sentido, o preceito constitucional do comando único em cada esfera de governo como diretriz do Sistema Único de Saúde está muito longe de ser atingido no município de S.Paulo. Aliás, deve-se registrar que S.Paulo é um dos poucos municípios em que o processo de descentralização da saúde (a denominada municipalização) não ocorreu, bloqueado, por razões diversas, nas fases iniciais de elaboração de protocolos de intenções entre as três esferas de governo (municipal, estadual e federal).

Este descontrole da esfera local sobre a rede assistencial no município decorre, principalmente, de um lado, da falta de maior precisão nas definições legais das competências de cada esfera de governo, e de outro, das dificuldades políticas, além de no caso do processo de municipalização em São Paulo agrega-se as de natureza técnico-operacional, na implementação de uma descentralização na área da saúde com transferência de poder decisório que contemple a esfera municipal.

Na realidade, o setor privado além de controlar significativa parcela dos leitos do município, em 1991 absorveu cerca de 52 % do gasto federal com as internações hospitalares, percentual em involução nos anos subseqüentes em benefício dos hospitais universitários de pesquisa (sendo o maior deles o Complexo Hospitalar das Clínicas com mais de 2.000 leitos) que isoladamente, em 1993, respondem por 43 % destes gastos. Este último aspecto recoloca o problema da ausência de canais formais de integração político-administrativa, neste caso, entre a Universidade e o Governo Municipal, cada qual atuando em função de lógicas e necessidades próprias, certamente resultando em perdas na eficácia social do sistema de saúde.

Este tipo de desintegração político-administrativa entre diferentes instâncias do setor público contribui para criar situações propícias 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 realça alguns dos problemas presentes no processo de descentralização da saúde: os conflitos de definição de competências de cada esfera de governo e aqueles decorrentes do poder de controle sobre equipamentos assistenciais estratégicos, como os de maior complexidade tecnológica. Ademais, esta situação assume particular importância ao colocar em questão as relações do Sistema Único de Saúde com certos tipos de instituições, que dadas suas finalidades sociais demandam prerrogativas político-administrativas, tais como a da autonomia no caso das universidades. Acresce-se a isto o fato de que estas relações encontram-se insuficientemente precisadas na legislação vigente referente ao SUS.

Assim, o poder público municipal, além de responder apenas por uma pequena parcela da produção de serviços de saúde no município, não dispõe de instrumentos político-administrativos que lhe permitam cumprir as diretrizes do Sistema Único de Saúde, mesmo gastando ,como em 1991, US\$ 69,70 per capita do orçamento municipal na Área da Saúde. Por outro lado, as esferas federal e estadual, com um gasto per capita cerca de 3 vezes inferior através dos recursos do SUS alocados no município, na prática detém um poder de intervenção significativamente superior àquele da área municipal da saúde, já que é o Ministério da Saúde quem contrata a prestação dos serviços hospitalares e a Secretaria de Estado quem realiza as distribuições das cotas de AIH e providencia os pagamentos correspondentes.

## **2. O Perfil de Mortalidade**

No período estudado a mortalidade geral situa-se em torno de 6.6 (1989) e 6.4 (1992) por 1.000 habitantes. Neste período, compõem as quatro principais causas de mortalidade, segundo a Classificação Internacional de Doenças, as doenças do aparelho circulatório, as causas externas, os neoplasmas e as doenças do aparelho respiratório. Estes agravos são responsáveis por 73% dos óbitos ocorridos no município em 1989, e 73.2% dos ocorridos em 1992. Dentre estes destacam-se as doenças do aparelho circulatório como a principal causa isolada de mortalidade. Para o ano de 1989, estes agravos representam 33.7% do total de óbitos apresentando, na faixa etária dos 45 aos 64 anos, a taxa de 4.5 óbitos por 1.000, taxa esta que apresenta significativo incremento, passando a 27.3 por 1.000, ao considerar-se a faixa etária de 65 e mais anos.

Em 1992, as doenças do aparelho circulatório correspondem a 33% do total de óbitos, sendo 4.1 óbitos por 1.000 na faixa etária de 45 a 64 anos, e 25.3 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 3.2 e 2.6 por 1.000, respectivamente em 1989 e 1992. Seguem-se as doenças do aparelho respiratório, com taxas de 1.5 e 1.1 óbitos por 1.000, respectivamente em 1989 e 1992.

No que diz respeito às causas externas, dentre as três causas de óbitos selecionadas para os 4 municípios (homicídios; acidentes de veículos a motor; demais acidentes), destacam-se os homicídios, apresentando percentuais de 6.0% (1989) e 6.1% (1992) do total de óbitos, manifestando-se, de modo mais acentuado, na faixa etária dos 10 aos 44 anos, com taxas de 6.1 e 6.0 por 10.000, respectivamente em 1989 e 1992. Em 1989, seguem os demais acidentes correspondendo a 3.8% do total dos óbitos e, em 1992, os acidentes de veículos a motor responsáveis por 2.9% dos óbitos.

### **3. As Propostas da Administração**

Dentre as propostas de governo da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo distinguem-se claramente três, todas elas referidas ao padrão de gestão:

1) Democratização da gestão, com a estruturação da gestão dos serviços de modo a incorporar a participação de vários setores sociais (principalmente dos movimentos de saúde do município), a abertura ao controle dos serviços pelos usuários e a participação dos funcionários da saúde.

A participação da população não se daria apenas no nível do controle dos serviços, mas também na formulação das políticas de saúde, com a necessária democratização do conhecimento e das relações de poder.

A operacionalização desta proposta se daria através da organização do Conselho Municipal de Saúde como instância de avaliação e formulação das propostas de mudanças na atuação da Secretaria, composto pelos setores sociais da cidade interessados na saúde. E, no plano administrativo, através das Comissões de Gestão nas unidades prestadoras de serviços, com representantes da Secretaria de Saúde, dos trabalhadores e dos usuários, e com espaço

reservado aos Conselhos Populares de Saúde para controlar, orientar e fiscalizar as atividades da Secretaria. A participação da população se daria também pelas formas próprias de participação dos trabalhadores e da população, como Comissões Sindicais de Base, Conselhos Populares Eleitos.

Além disso, a democratização se estende à Câmara, com a criação de canais permanentes de comunicação com a sociedade e seus representantes na Câmara Municipal via Assessoria Parlamentar, Assessoria de Participação Popular e Assessoria de Comunicação e Imprensa.

2) Construção do Sistema Único de Saúde no município, nos moldes previstos pela Constituição Federal, com:

- Integração dos serviços
- Descentralização política, financeira e administrativa, caracterizando um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde
- Aumento da cobertura assistencial
- Universalização da assistência
- Democratização da estrutura administrativa e dos serviços
- Municipalização do Sistema de Saúde no município.

3) Implementação de um novo modelo assistencial que tem como eixo orientador o enfrentamento das condições violentas de vida através da mudança de concepção da saúde dentro de um contexto mais amplo de mudança das relações sócio-econômicas. Citando o documento: "O enfrentamento das condições violentas de vida passa necessariamente pela intervenção política do conjunto da sociedade, com a mudança das relações sociais e econômicas hoje estabelecidas".

O novo modelo aqui apresentado tem uma base claramente política, além do seu caráter racionalizador.

Dentro desse modelo assistencial, há a progressiva incorporação das ações de saúde coletiva e de vigilância na rede municipal, uma vez que o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde e de saúde coletiva é um instrumento estratégico de intervenção nas

condições de vida. Sendo para tanto "fundamental que os diversos níveis da Secretaria se integrem à população em sua área de atuação, somando esforços com o movimento social na luta pela melhora da qualidade de vida". Esta citação mostra um importante elemento deste modelo, que é a relação da Secretaria de Saúde com as demais e com a população organizada e não organizada via canais institucionais (Conselho Municipal de Saúde, Conferência Mun. de Saúde, etc.) de participação e por mecanismos não institucionais (como a Plenária Municipal de saúde).

Como elementos técnicos deste modelo temos: desenvolvimento de atividades permanentes para avaliar a situação da saúde e da doença nas áreas próximas às unidades de saúde, rompendo as barreiras colocadas entre as ações dos diversos grupos envolvidos com a questão da saúde e da doença (como educação, habitação, saneamento, transporte, meio ambiente, por exemplo); a ênfase na rede básica através das programações e do planejamento das ações, des-hospitalizando a saúde e focalizando o plano coletivo em lugar do modelo assistencial individual; desenvolvimento do trabalho em equipe, de ações inter-setoriais e discussão do papel do funcionário no processo de trabalho.

Dentro destas três propostas, a maior ênfase desta administração está na democratização da gestão, em todos os níveis. A questão da participação social ampla e da democratização é abordada em todas as três propostas desta gestão que, durante seus quatro anos se intitulou "governo democrático e popular", caracterizando uma proposta técnico-política de atuação centrada na democracia e participação social.

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

**Comparação das ações e programas desenvolvidos no município de São Paulo no período 1989-1992 com um modelo teórico de intervenção nos principais problemas de saúde do município**

Apresenta-se neste tópico, discussão análoga, àquela desenvolvida nos Cadernos CEDEC nº 38, 41 e 42 para os municípios de Itú, Botucatu e Santo André, respectivamente, que problematizou a coerência e a compatibilização das ações e programas desenvolvidos naqueles três municípios entre 1989-1992 com um modelo teórico de atenção à 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 de o município elaborar programas e executar ações a partir de um diagnóstico técnico dos problemas locais.

A capacidade técnica do município de São Paulo em elaborar programas e executar ações é aqui verificada a partir de material obtido na fase de trabalho de campo com ênfase na "Proposta de Implantação do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo" elaborada em dezembro de 1990. Logo na apresentação, essa proposta registra que apresenta "os compromissos da Secretaria Municipal de Saúde assumidos na I Conferência Municipal de Saúde, em agosto de 1990, cujas resoluções estão incorporadas nesta proposta", além de "representar um consolidado das discussões e acordos da Comissão Especial Inter-Institucional constituída através da Deliberação CIS/SP 46/90 de 26 de outubro de 1990". Outros dois documentos produzidos posteriormente pela gestão, "Construindo o Sistema Único de Saúde" de maio de 1991, e "Levantamento da Morbidade Atendida na Rede de Serviços Ambulatoriais da Secretaria Municipal da Saúde - julho, agosto, setembro/1991" que foi elaborado em 1992, complementam a verificação da capacidade técnica da gestão para elaborar programas e executar ações.

Os dados de mortalidade foram obtidos na Fundação SEADE, órgão do governo do Estado de São Paulo, e complementados com dados obtidos a partir dos documentos locais. Esses dados permitiram 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. Diferentemente das análises feitas para os outros três municípios, o exame de São Paulo conta também com dados de morbidade, conferindo-lhe caráter menos limitado.

### **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, através da caracterização do perfil da mortalidade (e quando possível o perfil da morbidade), o seu referencial. Não se pretende completo, entendendo portanto que não contempla diagnóstico, necessidades e demandas percebidas pela população local.

Em 1989, São Paulo apresentava o seguinte perfil de morbi-mortalidade:

1. As doenças circulatórias como a primeira causa de morte, seguidas pelas causas externas (morte violenta), neoplasmas e doenças do aparelho respiratório. Esses 4 grandes grupos de causa representaram 73% de todos os óbitos registrados no período (65% em Itú, 74% em Botucatu, 73% em Santo André).

2. Os grupos etários 45-64 e 65+ são os que apresentam o maior risco de morrer por doenças do aparelho circulatório (45/10.000 e 273/10.000 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 (55+) são os mais vulneráveis às doenças respiratórias (15/10.000 e 18/10.000, respectivamente).

3. Vale ressaltar que entre os homens de 15 a 60 anos as mortes por causas violentas são as mais importantes, principalmente na periferia da cidade, e é a principal causa de perda de anos potenciais de vida na cidade de São Paulo.

4. As afecções perinatais representaram 5% dos óbitos totais em 1989 sendo o componente que mais contribui em termos percentuais com a mortalidade infantil, indicando a baixa qualidade de assistência pré-natal e ao parto.

5. As doenças infecciosas e parasitárias apresentaram em São Paulo um impacto na mortalidade da ordem de 4.1% dos óbitos totais registrados em 1989, em comparação com Itú (5.5%), Botucatu (3.3%), e Santo André (2.9%).

6. As pneumonias, as diarreias, a desnutrição e o sarampo ainda formam um importante grupo de causas da mortalidade infantil que produziu o coeficiente de 31/1000 nascidos vivos em

1990<sup>7</sup>. Cumpre assinalar as discrepâncias observadas nesse coeficiente quando se comparam taxas de sub-distritos com características sócio-econômicas distintas como por exemplo a Aclimação (13/1000) e a Brasilândia (52/1000). Tais dados são incontestáveis no que tange às condições sócio-econômicas determinando padrões diferenciados de morrer.

7. O perfil de mortalidade em São Paulo não é diferente do perfil encontrado em Itú, Botucatu e Santo André. De uma forma geral, o perfil da mortalidade descrito para esses quatro municípios é representativo da transição epidemiológica vivida pela maioria das cidades brasileiras, em que as ditas "doenças da pobreza", como por exemplo as infecciosas, em fase de constante redução temporal, estariam sendo substituídas pelas "doenças da riqueza", como por exemplo as cardíacas, em ascenso gradual. Importante assinalar que as camadas mais pobres da população sofrem o peso das duas categorias de doenças, inclusive com taxas mais altas para as "doenças da riqueza" do que as taxas dos grupos mais favorecidos<sup>8</sup>.

8. Os documentos consultados se valem ainda de dados de morbidade para avaliar a situação de saúde da população com o objetivo de propor ações. Assinalam que a AIDS, a tuberculose, outras doenças infecciosas (sarampo, difteria, tétano, meningite meningocócica), epidemias de leptospirose, surtos de hepatite e de intoxicação alimentar, as doenças mentais, a desnutrição, as cáries dentárias e as doenças periodontais necessitam de uma ação firme do executivo municipal.

É importante mencionar que o exercício diagnóstico aqui elaborado coincide na sua totalidade com o diagnóstico elaborado pela equipe municipal de saúde de São Paulo, que enfatiza de forma clara o desafio da desigualdade social a ser enfrentado pela proposta de governo para o setor saúde.

De posse desses dados, que inferência de problemas poderia ser feita, pela equipe de saúde de São Paulo que inicia sua gestão em 1989, para o desencadeamento das ações de governo na área da saúde?

Poderia-se apontar os seguintes problemas a serem enfrentados:

---

<sup>7</sup> Dado obtido no Anuário Estatístico do Estado de São Paulo 1991, Fundação SEADE.

<sup>8</sup> Ver o estudo "Intra-Urban Differentials in Developing Countries" (1994) editado pela London School of Hygiene and Tropical Medicine de autoria de Stephens, C.; Timaeus, I, Akerman, M. et all, que mostra as taxas mais altas de doenças circulatórias para a zona composta pelos distritos de São Paulo com as piores condições sócio-econômicas.

1. As cardiopatias e as neoplasias indicando envelhecimento da população, incrementando o aumento de pessoas com maior número de limitações funcionais e com o impacto crescente sobre a demanda aos serviços de saúde.

2. A vulnerabilidade do adulto jovem indicada pelas mortes prematuras por violência atestam as várias análises feitas em relação à violência urbana, com as maiores taxas incidindo sobre a população masculina que reside na periferia da cidade.

3. As mortes por doenças respiratórias poderiam ser apenas a ponta do iceberg das conseqüências da deterioração da qualidade do ar.

4. As mortes por doenças infecto-parasitárias, afecções perinatais, além de demonstrarem resquícios de precárias condições de vida, seriam indícios de precariedades na prática médica assistencial, por uma provável baixa cobertura durante o pré-natal e precária assistência ao parto.

5. Problemas emergentes, como por exemplo a AIDS, associados a fenômenos comportamentais urbanos; a re-emergência de problemas dados como controlados, no caso das doenças infecciosas, e a eclosão de surtos epidêmicos de intoxicação alimentar; o quadro grave da saúde bucal; o modo tradicional e muitas vezes desumano como se trata a loucura e o agravamento da desnutrição entre as crianças são também problemas que foram apontados pelo governo municipal que tomava posse na cidade de São Paulo em 1989.

6. Outro dado diagnóstico relevante para a elaboração coerente de propostas de governo é a constatação das disparidades do morrer e do adoecer entre áreas geográficas distintas na cidade.

Um diagnóstico técnico que coincidir com os problemas principais acima sublinhados, deveria em conseqüência propor:

1. Políticas de promoção da saúde que contemplassem hábitos de vida - alimentação, exercício físico, fumo - uso de drogas, sexualidade, 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, do câncer e da AIDS, para citar alguns exemplos.

3. Políticas dirigidas aos jovens no que tange à educação e ao emprego e às crianças no sentido de equacionar as deficiências alimentares e os problemas dentários.

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

5. Ações gerenciais nos serviços de saúde que tivessem como critério a "inadmissibilidade" de óbitos por determinadas doenças, como por exemplo, diarreias, pneumonias e mortes por complicações do parto, criando alertas para a identificação de gargalos institucionais, e posterior investigação dos problemas detectados, de forma a equacionar as principais deficiências do aparato médico assistencial<sup>9</sup>.

6. A estruturação de um eficiente sistema de vigilância sanitária e epidemiológica que pudesse fazer frente aos problemas emergentes e re-emergentes acima apontados, e ainda com capacidade de antever e prevenir a emergência e re-emergência de outros agravos.

7. Alternativas para a saúde mental que pudessem humanizar e des-medicalizar a atual lógica de tratamento, centrada no hospital, que é cronificante ao criar laços de dependência entre paciente e hospital.

8. Planejar e alocar recursos de forma a privilegiar as áreas mais desfavorecidas, pois as disparidades entre espaços geográficos distribuídos pela cidade fazem com que qualquer programa de governo interessado em reverter tal situação possa criar caminhos para a superação dessas disparidades.

9. O enfrentamento dos problemas apontados dentro de uma estratégia inter-setorial, uma vez que o arsenal disponível no âmbito do setor médico-assistencial seria insuficiente para o equacionamento desses problemas. Portanto, espera-se que os programas de saúde do município de São Paulo contemplem a interface de suas ações com outros setores e departamentos da administração municipal.

### **Ações e programas desenvolvidos pelo município de São Paulo no período 1989-1992**

O governo municipal que se instaurou em São Paulo no ano de 1989, declarava, através de documento que explicitava suas propostas para a saúde, que "a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS) representa um marco histórico da luta dos movimentos populares dos trabalhadores da saúde e de todos que se esforçaram para garantir uma política de saúde que responda efetivamente aos problemas hoje existentes".

Apesar de respaldar essa proposta setorial, a nova gestão entendia que "os determinantes do processo saúde-doença não podem ser enfrentados apenas no âmbito do setor saúde, e que deve também passar por articulações inter-setoriais e por políticas gestadas a partir da participação popular". O executivo aponta o projeto "Cidades Saudáveis" como um instrumento importante para reforçar a ação inter-setorial.

Enquanto estratégia setorial o Executivo se compromete então com a implementação do SUS através de quatro frentes de ação: (1) a municipalização dos serviços de saúde, (2) um novo modelo de assistência, (3) a democratização na gestão e (4) uma nova política de recursos humanos. Para cumprir-se o objetivo de analisar a coerência e a compatibilização das propostas elaboradas pelo Executivo frente aos problemas detectados, enfocam-se aqui apenas as ações e os programas pertinentes à construção do novo modelo assistencial.

Esse novo modelo, antes de se preocupar com a sua estruturação física, propõe desenvolver um sistema de avaliação permanente dos determinantes de saúde e da doença nos níveis distritais e locais. A iniciativa pioneira de criação do PROAIM representa a consubstanciação dessa proposta<sup>10</sup>.

Como eixo aglutinador para a ação do governo municipal elegeu-se o problema das condições violentas de vida, em geral, e da violência institucional, em particular, tendo a questão do acesso aos serviços de saúde e o hospital aberto como dois pontos estratégicos.

O resgate imediato, nos casos de acidente, agravos agudos à saúde e partos; as centrais de vagas, nos casos de AIDS, politraumatizados, queimados, partos, etc; e o reconhecimento das

---

<sup>9</sup> Esse 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.

dimensões da demanda espontânea através do instrumental epidemiológico são o três aspectos principais propostos pelo Executivo para o equacionamento da problemática acesso aos serviços.

A proposta do Hospital Aberto, que incluiria o parto humanizado, política anti-manicomial, hospital-dia, e lares abrigados, viria como uma busca de uma nova ética nas relações com a população. Essa nova ética deveria pressupor transparência das ações executadas nos serviços, com a possibilidade de auditorias para apuração de situações de violência institucional.

A partir dos dois pontos estratégicos, acesso e hospital aberto, o Executivo Municipal propõe que várias ações se desenvolvam aglutinadas nos programas de saúde da criança, da mulher, do trabalhador, do idoso, bucal, mental e AIDS, procurando fazer frente aos problemas específicos de cada grupo de risco. A proposta da distritalização aparece como reconhecimento da necessidade de se conhecer e de se planejar de acordo com as necessidades locais, demonstrando a sensibilidade da gestão para as disparidades geográficas contidas no espaço urbano. Portanto, a definição da ação prioritária se daria em comum acordo com a prioridade geográfica, assim ditada pelo diagnóstico distrital.

A gestão que assume em 1989 faz ainda uma proposta abrangente de municipalização das ações de vigilância sanitária e epidemiológica com objetivo de agir sobre muitos dos determinantes do processo saúde-doença na perspectiva de que "apenas uma articulação dos diferentes setores responsáveis pelas políticas públicas" poderá fazer frente a esse desafio.

### **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 inter-setorial entre diversos setores municipais.

---

<sup>10</sup> PROAIM - Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade.

Verifica-se que a questão da ação intersectorial é colocada de forma clara nos documentos consultados. O seguinte trecho extraído da "Proposta de Implantação do SUS no município de São Paulo" não deixa margem a dúvidas: "a articulação inter-setorial e o processo de democratização dos serviços com a descentralização das decisões administrativas, permeados pela participação popular e sindical são as características mais marcantes da administração que se quer implementar". A análise da gestão aponta para um desequilíbrio entre esses dois pontos: avanços significativos na descentralização e democratização da saúde e percalços sérios nas tentativas modestas de ação intersectorial.

Quanto às ações relativas ao processo de envelhecimento da população de São Paulo, demonstradas pelas estatísticas de mortalidade e pelos documentos produzidos localmente, observa-se o levantamento da questão do idoso como um problema emergente e a tentativa de enfrentamento do problema a partir da proposição do programa de saúde do idoso. Entretanto, analisando as estatísticas da morbidade atendida nos serviços municipais, observa-se que as crianças e as mulheres na faixa etária entre 20 e 49 anos formam a clientela principal desses serviços, sugerindo a forma na qual se estruturam os serviços de saúde municipais, onde tradicionalmente se prioriza o atendimento materno-infantil.

Os programas de saúde mental, bucal, do trabalhador e AIDS são respostas precisas à situação de saúde no município. Os dados disponíveis não permitem avaliar se esses programas se constituem apenas numa relação de atividades isoladas ou se realmente foram elaborados para contribuir para a integralidade das ações de saúde.

Quanto ao enfrentamento dos problemas decorrentes dos agravos ocasionados pela violência, as propostas do Executivo apontam a necessidade da melhoria do acesso para as vítimas de violência através de sistemas de resgate imediato, além da central de vagas que pudesse rastrear rapidamente a disponibilidade de serviços para politraumatizados, queimados, etc. Não há entretanto, nos documentos consultados, nenhuma menção a ações para evitar a morte violenta fora do âmbito médico-assistencial.

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 contemplam tal estratégia dentro

de uma outra perspectiva. Por um lado, através da criação do PROAIM que facilitou o acesso rápido às estatísticas de mortalidade possibilitando a vigilância do óbito, e por outro lado, ao propor transparência nas ações executadas, autoriza auditorias para apuração de eventos indesejáveis, que são, na visão do Executivo, caracterizados como violência institucional.

O esforço de desenvolvimento de um processo de vigilância à saúde através da municipalização das ações sanitárias e epidemiológicas poderia ser o caminho inicial para se desenvolver a capacidade de antever e prevenir a emergência e re-emergência de problemas. A questão da deterioração da qualidade do ar não aparece nos documentos consultados, podendo ser no futuro uma área importante de atuação para a vigilância à saúde.

### **Conclusão**

O exame dos documentos produzidos pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, e que serviram de base para a produção da análise aqui apresentada, demonstraram a capacidade local de produzir um diagnóstico com base epidemiológica e de propor ações consoantes com esse diagnóstico.

Além disso, os documentos mostram com clareza o compromisso político da gestão que declara que "a saúde de uma população está intimamente relacionada ao modo de produção da sociedade". Esse posicionamento facilita a compreensão da limitação das ações uni-setoriais, fazendo com que os documentos da gestão explicitem sempre a necessidade da articulação inter-setorial.

Isso no entanto não faz com que a Secretaria Municipal de Saúde se exima de suas obrigações setoriais, o que pode ser demonstrado com a apresentação clara de projetos no âmbito médico-assistencial. Como a rede municipal de São Paulo, com suas UBSs, PSs, ambulatórios especializados e hospitais gerais, não tem capacidade para responder a todos esses projetos, o Executivo Municipal, na administração que assumiu em 1989, entendia que "a municipalização dos serviços de saúde poderia favorecer a integração dos equipamentos públicos de saúde, abrindo perspectivas para equacionar o repasse dos recursos financeiros e o controle do setor privado pelo setor público".

Há muito ainda por se fazer nesse campo, mas o Executivo Municipal não via a "municipalização como suficiente para a implantação do SUS". Entendia que priorizar as ações de caráter coletivo, a integralidade da assistência, a profissionalização do servidor e o controle social, reforçariam muito mais o SUS do que a municipalização propriamente dita. Portanto, se o Executivo Municipal igualava municipalização com descentralização, pode-se dizer que, apesar de vê-la como fundamental não entendia que a descentralização seria condição suficiente para a implantação e o fortalecimento do SUS como um sistema de saúde que garantisse a equidade do acesso e da qualidade de atenção à saúde.

#### 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 minimamente a infra-estrutura urbana, de modo a estimar a virtual pressão que esta infra-estrutura 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 53%, com crescimento médio real anual de 48 % . 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 da expansão da capacidade tributária própria do município. No período imediatamente subsequente à reforma tributária constitucional (1989-91), esta tendência inverte-se, pois a média anual é decrescente, correspondendo a -3 %, devido principalmente à diminuição orçamentária verificada no biênio 1989-90, de -7,24 %, não compensada, em termos de média, no biênio seguinte (1990-91), apesar do crescimento do orçamento da ordem de 9 % (Cf. Tabela 11). Este fato deve-se não só à recessão verificada na

economia brasileira, mas provavelmente ao embate entre os Poderes Executivo e Legislativo acerca da definição das alíquotas do IPTU (Imposto sobre a Propriedade Territorial Urbana) - ao lado do ISS (Imposto Sobre Serviços), principal tributo arrecadado pelo município - conforme depende-se do material referente à cobertura da Imprensa e da documentação da administração.

Em termos do montante real disponível no orçamento o melhor ano do período é o de 1991 com um aporte em torno de US\$ 4 bilhões - 53 % superior ao de 1988 -, seguindo-se o ano de 1989 com US\$ 3.9 bilhões, ou seja, 51 % maior em relação a 1988 (Cf. Tabela 11). Deste modo, é inequívoco o crescimento real de recursos financeiros para o tesouro do município no período estudado. Não obstante S.Paulo constituir-se no principal polo econômico do País, o grau de dependência do orçamento municipal às transferências orçamentárias mantém-se elevado no período estudado: em média 47,5 % do montante de recursos são devidos às transferências externas. Esta dependência é agravada pelo fato de que parte dos recursos transferidos tem destinação específica, impedindo desta maneira sua livre alocação pela administração municipal.

Finalmente, cabe um breve comentário em relação à função Assistência/Previdência. Em 1988, dos recursos alocados nesta função 63% dizem respeito às despesas exclusivas com o funcionalismo público municipal (atividade de previdência) e 36 % destinam-se às atividades propriamente assistenciais. Para o ano de 1991 tem-se 68 % para as atividades previdenciárias do funcionalismo público e 32 % gastos em assistência. Este padrão descaracteriza este gasto enquanto pertencente à Área Social, dado o seu caráter restritivo e não universalista (Cf. Tabela 14).

Destaque-se que apesar do gasto real em atividades assistenciais no período 1988-91 apresentar uma evolução discretamente inferior aos dos orçamentos geral e da Área Social, respectivamente, 50,5% contra 53 % e 64 %, os gastos previdenciários com o funcionalismo apresentam uma evolução de 41,5 %; pouco inferior portanto àquela verificada principalmente em relação aos gastos totais do município. Assim, no período 1988-91, as atividades estritamente assistenciais receberam um aporte de US\$ 87,126,000,00 enquanto que no mesmo período às atividades restritivas ao funcionalismo corresponde o montante de US\$ 216,930,000.00. Ressalte-se ainda que os gastos com atividades restritivas ao funcionalismo (US\$ 154,956,000.00) respondiam por 6% do total dos gastos orçamentários em 1988,

enquanto que estes mesmos gastos em 1991 (US\$ 371,887,000.00) ascendem a 9,5% do total dos gastos municipais (Cf. Tabela 14). Estes fatos, aliados ao padrão de composição interna entre as atividades de assistência e previdência, sugerem que os recursos orçamentários advindos da reforma tributária constitucional praticamente não modificaram o padrão de gasto e a sua composição interna à função Assistência/Previdência, propiciando a manutenção de percentuais significativos dos gastos em atividades restritas ao funcionalismo, e até mesmo, desta forma, possibilitando o aumento relativo destes gastos no orçamento municipal.

## **2. Orçamento da Área Social**

A análise orçamentária comparativa mostra uma oscilação na tendência anual da participação relativa da área social no total do orçamento. Assim, a área social que em 1988 corresponde a cerca de 66 % do orçamento, em 1991 cai para 64 % (Cf. Tabela 11). A análise da evolução orçamentária real da Área Social mostra no período 1988-91 um crescimento inferior em 3,5 pontos percentuais àquele verificado no orçamento geral. O maior diferencial orçamentário deste período ocorre no biênio 1988-89 em que o orçamento geral cresce 51 % enquanto que o da Área Social apresenta um crescimento de 40%, portanto inferior (Cf Tabela 11).

Este mesmo tipo de análise para o período 1989-91 mostra uma inversão da tendência, já que o crescimento real do orçamento da Área Social supera em 8 pontos percentuais o do orçamento geral. A maior variação orçamentária deste período ocorre no biênio 1989-90, em que o orçamento da Área Social apresenta um incremento de 4,5%, enquanto que o orçamento geral apresenta um decréscimo de 7 % (Cf Tabela 11).

Dado que o aumento do montante orçamentário municipal é mais significativo no período 1988-91, há também um aporte maior em termos absolutos no orçamento da Área Social, correspondente a US\$ 819,558,000.00, ou seja, cerca de metade da disponibilidade orçamentária da área em 1988, da ordem de US\$ 1,700,000.00 ( Cf. Tabela 11). No período subsequente, 1989-91, a variação deste aporte para a Área Social sofre significativa queda, diminuindo para US\$ 131,386,000.00 (Cf Tabela 11).

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 médio situa-se em 44,5%,

correspondendo a um aumento absoluto de aproximadamente US\$ 819,000,000.00, enquanto que para o período 1989-91 o incremento percentual médio é da ordem de 5%, correspondendo a aproximadamente US\$ 131,000,000.00 (Cf. Tabela 12).

Ressalte-se o fato de que pelo menos parte das receitas provenientes da reforma tributária constitucional devem ter sido alocadas na Área Social. No período 1988-91 o orçamento geral do município cresce em termos reais médios 48%, e a Área Social apresenta um crescimento real médio de 45%, portanto com variação negativa de apenas 3 pontos percentuais. Não obstante, há um aporte real de recursos financeiros para a Área Social neste mesmo período, correspondente à metade do gasto orçamentário efetivado em 1988 em Política Social (Cf. Tabela 11).

A análise do percentual relativo do gasto anual na Área Social, comparado ao total orçamentário, corrobora este padrão, passando de 66% (1988) para 64% (1991), apresentando decréscimo em 1989 (5 pontos percentuais), e recuperando-se em 1990 a um patamar superior em 3 pontos percentuais àquele da participação relativa em 1988, para tornar a cair, em 1991, 2 pontos percentuais em relação a 1988 (Cf. Tabela 11). Deste modo, verifica-se no período um incremento real do gasto orçamentário na Área Social abaixo do ocorrido com o orçamento geral do município combinada a uma intensa variação da participação relativa da Área Social no total do gasto orçamentário municipal. Este fato recoloca a questão da utilização dos recursos provenientes das transferências das esferas federal e estadual pelas administrações municipais, desautorizando uma certa visão que imputa às administrações municipais uma má utilização dos recursos decorrentes destas transferências.

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 Educação/Cultura que no período 1989-91 ganha posição em relação a Habitação/Urbanismo. Esta mudança deve-se, de um lado, à expressiva participação da função Transporte no percentual relativo do gasto orçamentário, só reequilibrada em 1991, e de outro, pelas perdas no aporte real de recursos da função Habitação/Urbanismo que ocorre em 1990 insuficientemente compensada no ano seguinte (Cf. Tabela 11). Assim, no orçamento da Área Social do período 1988-91 a prioridade de gastos percentuais médios contempla, em ordem decrescente, as funções Transporte (31%); Habitação/Urbanismo (23,5%); Saúde/Saneamento (23%); e Educação/Cultura (22,5%). A

amplitude da variação percentual no período é de 8,5 pontos. Para o período 1989-91 tem-se Transporte (28%); Educação/Cultura (24.5%); Saúde/Saneamento (24%); e Habitação/Urbanismo (23%), alcançando variação de apenas 5 pontos percentuais, mostrando um certo equilíbrio interno nos gastos da Área Social (Cf. Tabela 12).

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 Transporte como a principal, apesar do maior equilíbrio nos gastos verificada no período 1989-91. No entanto merece destaque a análise do biênio 1988-89 que mostra um substancial aporte de recursos no orçamento municipal e a priorização dos gastos, pela ordem, nas áreas de Educação, Saúde e Habitação. Ocorre que este ordenamento de prioridades não se manteve, sobretudo no ano subsequente (1990) em que o montante orçamentário real decresce em relação ao ano anterior. Mesmo assim, o ano de 1990 presta-se para evidenciar as tendências das principais prioridades da administração na Área Social uma vez que mesmo com a diminuição do montante financeiro do orçamento geral, as áreas Saúde e Transporte são preservadas em detrimento das de Educação e Habitação que apresentam perda real de recursos orçamentários (Cf. Tabela 11). Neste sentido, a partir destes dados, pode-se indicar as áreas de Transporte, Saúde e Educação, nesta ordem, como as principais prioridades da administração na Área Social.

### **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 15 % no período 1988-91 e de 15,5 % em 1989-91, pós reforma tributária constitucional, apresentando uma evolução percentual crescente em ambos os períodos. (Cf. Tabela 11).

No período 1988-91, a participação percentual real média da função Saúde/Saneamento apresenta um sensível incremento quando comparada aos totais dos gastos do orçamento geral e da Área Social. Destaque-se que este crescimento é igual - 17,5 pontos percentuais - tanto em relação à Área Social como ao orçamento geral. No caso do período 1989-91 esta relação apresenta substancial modificação, já que a área da Saúde apresenta um crescimento de 21 pontos percentuais acima da do orçamento geral e de apenas 13 pontos percentuais acima do orçamento da Área Social (Cf. Tabelas 11 e 12). 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 o fato de o crescimento real do gasto na Área Social no primeiro período (1988-91) não ter acompanhado a evolução real dos gastos totais do município.

Ao realizar-se a comparação das diversas funções do orçamento da Área Social verifica-se que a função Saúde/Saneamento ocupa a penúltima posição em termos do gasto percentual médio para ambos os períodos, com 23 % em 1988-91 e 24 % em 1989-91, com uma amplitude de variação em relação à primeira posição (Transporte), respectivamente, de 8 e 4,5 pontos percentuais, confirmando a distribuição mais homogênea dos gastos nas Políticas Sociais no segundo período (Cf. Tabela 12). Em termos do gasto percentual real verifica-se um incremento de 83,5 % para o primeiro período e de 24 % para o segundo, que correspondem a um aporte financeiro de recursos da ordem de US\$ 300,880,000.00 no período 1988-91, próximo do total do montante gasto em 1988, e de US\$ 128,783,000.00 no período 1989-91 (Cf. Tabela 12). Este aporte significativo de recursos em grande parte é devido não só às transferências constitucionais e à capacidade tributária do município, mas também ao grau de prioridade dado à Saúde no interior da Área Social, em ambos os períodos.

A análise comparativa entre os dois períodos evidencia uma pequena variação na média relativa da participação da função Saúde/Saneamento no total do orçamento da Área Social, com 23 % no período 1988-91 e 24 % no período 1989-91. No entanto, a análise em ambos os períodos da participação média real da função Saúde/Saneamento comparada à evolução real do orçamento da Área Social apresenta um mesmo comportamento sempre favorável à Saúde, apresentando um diferencial maior no período 1988-91 - 21 pontos percentuais - em comparação ao período 1989-91 - 13 pontos percentuais (Cf. Tabelas 11 e 12). No entanto, ao compará-los ao percentual médio real da Área Social nos dois períodos, estes diferenciais tornam-se mais expressivos, representando 47 % em relação ao primeiro período, e 138 % em relação ao segundo.

Este fato significa que internamente à Área Social, a apropriação real de recursos cresce em ambos os períodos, sendo significativamente maior no segundo do que no primeiro período, não obstante manter-se praticamente estável a participação média relativa da função Saúde/Saneamento (23% e 24%) no total do gasto orçamentário da Área Social.

Em resumo, para os períodos 1988-91 e 1989-91, a participação orçamentária da função Saúde/Saneamento apresenta um significativo incremento quando comparada à evolução dos

gastos do orçamento geral e da Área Social. Destaque-se que no período 1988-91 este crescimento é mais significativo em relação à Área Social (47% acima da média da Área) do que em relação ao orçamento geral (36,5% acima da média do orçamento); e que no período 1989-91 esta relação inverte-se, apresentando um crescimento mais significativo em relação ao orçamento geral (595,5% acima da média do orçamento) do que em relação à Área Social (163% acima da média da Área).

#### ***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 usuais disponíveis referem-se apenas à AIH (Autorização de Internação Hospitalar), mesmo assim só a partir de 1991, não se dispendo 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. Mesmo no caso dos serviços pagos à rede hospitalar própria do município, o montante financeiro recebido pela administração municipal é realizado através de conta vinculada ao setor saúde (Fundo Municipal de Saúde - FUMDES) e a sua movimentação depende de aprovação de um Conselho Deliberativo, composto por representantes da Administração, do Conselho Municipal de Saúde e da Câmara Municipal.

Os gastos com internações no município para o ano de 1991 montam a US\$ 235,688,060.00, distribuídos entre as diversas modalidades hospitalares (Cf. Tabela 13). Dado que as estatísticas referentes à modalidade Universitário de Ensino não estão desagregadas, de modo a permitir a identificação entre os setores público e privado, fica comprometida a análise

da apropriação global de recursos entre esses setores. No entanto, importantes tendências gerais podem ser identificadas ao tomarem-se os dados disponíveis para o triênio 1991-93.

Assim, temos que:

a) o crescimento do gasto orçamentário real neste período foi da ordem de 28 %, correspondendo a US\$ 66,000.00, sendo maior no biênio 1992-93;

b) as modalidades mais beneficiadas por este crescimento, por ordem de volume relativo de recursos recebidos, são os Filantrópicos e os Universitários de Pesquisa que apresentam uma evolução no período respectivamente de 85 % e 68,5 %, correspondendo à variação de 57 e 40,5 pontos percentuais acima do crescimento real do total dos gastos no período (Cf Tabela 3);

c) a modalidade que mais perdeu recursos neste mesmo período é a contratada, apresentando um desempenho de -33 %, correspondendo à variação de 61 pontos percentuais abaixo do crescimento do total dos gastos no período e uma perda real em torno de US\$ 26,710,000.00, correspondendo a cerca de 33 % do montante apropriado pelo setor em 1991. Este desempenho do setor certamente reflete o movimento de auto-descredenciamento dos hospitais contratados junto ao SUS;

d) os hospitais próprios municipais apresentam um razoável desempenho no período, com crescimento real de recursos da ordem de 35%, não obstante a significativa retração verificada no biênio 1992-93, de -6 % possivelmente indicando problemas nos serviços hospitalares municipais no momento da transição administrativa decorrente das eleições de 1992.

Dada a disponibilidade de informações apenas para o ano de 1991, o impacto no Orçamento Geral do Município do gasto com internações corresponde a 6 % do total dos gastos, e a 35,5 % 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 (35,5%) é menos significativo do que aquele 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 às transferências segue a tendência verificada em

relação à composição do orçamento geral, sendo pouco menor para a saúde (35,5%) do que para o município como um todo (53%); 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%). O mesmo não ocorre em relação ao orçamento da função Saúde/Saneamento, em que estes gastos representam mais de 1/3 do orçamento executado em 1991. Nestes termos, a concretização da possibilidade da transferência dos gastos com internação para a esfera municipal implica antes de tudo uma decisão fora da alçada técnica, ou seja, uma decisão estritamente política com impacto direto na alocação dos gastos orçamentários. Em outras palavras, uma recomposição das prioridades da administração.

**TABELA 11**  
**ORÇAMENTO GERAL E FUNÇÕES DA ÁREA SOCIAL**  
**MUNICÍPIO DE S. PAULO**

US\$

FUNÇÃO/ANO	1988*	%	1989**	%	1990	%	1991	%	M.Relat.	M.ABSOL ***
ED/CULT.	273,999,296.00	10.55	593,777,201.00	15.13	568,605,220.00	15.62	671,709,847.00	16.91		
	1		116.70		107.52		145.15		14.55	123.12
			1		-4.23		13.12		15.88	4.44
HAB/URB.	403,676,506.00	15.55	568,261,304.00	14.48	561,580,172.00	15.42	594,168,907.00	14.96		
	1		40.77		39.11		47.18		15.10	42.35
			1		-1.17		4.55		14.95	1.69
SAÚDE/SAN.	359,917,149.00	13.86	532,014,829.00	13.55	594,318,846.00	16.32	660,797,934.00	16.64		
	1		47.81		65.12		83.59		15.09	65.50
			1		11.71		24.20		15.50	17.95
TRANSP.	677,047,954.00	26.08	708,759,478.00	18.06	784,653,230.00	21.55	607,521,954.00	15.29		
	1		4.68		15.89		-10.26		20.24	3.43
			1		10.70		-14.28		18.30	-1.79
TOTAL ÁREA SOCIAL	1,714,640,905.00	66.04	2,402,812,812.00	61,22	2,509,157,468.00	68,91	2,534,198,642.00	63,80		
	1		40,13		46,23		47,79		65,52	44,71
			1		4,42		5,46		65,35	4,94
TOTAL ORÇAM.	2,596,165,332.00	100	3,925,364,134.00	100	3,640,984,433.00	100	3,972,207,759.00	100		
	1		51.19		40.24		53.00			48,14
			1		-7.24		1.19			-3,02

FONTE: FUNDAÇÃO SEADE . DADOS BRUTOS.

\* ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1988-91

\*\* ANO REFERÊNCIA = 1.PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1989-91

**\*\*\* MÉDIA DA EVOLUÇÃO REAL DOS GASTOS ORÇAMENTÁRIOS.**

**TABELA 12**  
**ORÇAMENTO DA ÁREA SOCIAL. MUNICÍPIO DE S.PAULO 1988-91**

US\$											
FUNÇÃO/ANO	1988(1)	%	1989(2)	%	1990	%	1991	%	M.Relat.	ORDEM	
ED/CULT.	273,999,296.00	15,97	593,777,201.00	24,71	568,605,220.00	22,66	671,709,847.00	26,91			
	*		*					*	22,46	4o.LUG	
									*	24,62	2o.LUG
HAB/URB.	403,676,506.00	23,54	568,261,304.00	23,64	561,580,172.00	22,38	594,168,907.00	23,44			
	*		*					*	23,25	2o.LUG	
									*	23,15	4o.LUG
SAÚDE/SAN.	359,917,149.00	20,99	532,014,829.00	22,14	594,318,846.00	23,68	660,797,934.00	26,07			
	*		*					*	23,22	3o.LUG	
									*	23,96	3o.LUG
TRANSP.	677,047,954.00	39,48	708,759,478.00	29,49	784,653,230.00	31,27	607,521,954.00	23,97			
	*		*					*	31,05	1o.LUG	
									*	28,24	1o.LUG
TOTAL ÁREA SOCIAL	1,714,640,905.00	100	2,402,812,812.00	100	2,509,157,468.00	100	2,534,198,642.00	100			
	1		40,13		46,23		47,79		44,71(3)		
			1		4,42		5,46		5,46(3)		

FONTE: FUNDAÇÃO SEADE . DADOS BRUTOS.

(1) ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1988-91

(2) ANO REFERÊNCIA = 1. PARA COMPARAÇÃO DO PERÍODO 1989-91

(3) MÉDIA ABSOLUTA.

**TABELA 13****GASTO COM AIH DA ESFERA FEDERAL NO MUNICÍPIO DE S.PAULO 1991-93**

US\$

MODALIDADE	1991(1)	%	1992(1)	%	1993	%
HOSPITALAR						
	GASTO		GASTO		GASTO	
CONTRATADO	81,465,429.00	35	69,706,000,00	27	54,754,924.00	18
	1		-14,43		-32,78	
			1		-18,35	
ESTADUAL	22,147,595.00	9	27,274,888.00	10	23,233,874.00	8
	1		23,15		4,9	
			1		-14,44	
MUNICIPAL	14,783,048.00	6	21,294,817.00	8	19,969,726.00	7
	1		44,04		35,08	
			1		-6,22	
FILANTRÓPICO	39,412,136.00	17	50,706,000.00	20	72,990,548.00	24
	1		28,65		85,19	
			1		43,94	
UNIV. ENSINO	0		0		0	
UNIV. PESQUISA	77,879,858.00	33	90,592,888.00	35	131,093,320.00	43
	1		16,32		68,32	
			1		44,70	
TOTAL	235,688,060.00	100	259,575,040.00	100	302,042,420.00	100
	1		10,13		28,15	
			1		16,36	

FONTE :DATA SUS (Acesso Remoto através do Programa Síntese). DADOS BRUTOS  
(1) ANO REFERÊNCIA = 1.

TABELA 14

**ATIVIDADES DA FUNÇÃO ASSISTÊNCIA/PREVIDÊNCIA NO ORÇAMENTO.  
MUNICÍPIO DE S.PAULO 1988 E 1991.**

US\$				
ANO ATIVIDADES	1988	%	1991	%
ASSISTÊNCIA	89,003,288.00 1	36	176,130,189.00 97,89	32
PREVIDÊNCIA	146,462,002.00 1	60	340,812,850.00 132,69	62
PASEP	8,494,649.00 1	3	31,074,149.00 265,80	6
TOTAL ASS/PREVIDÊNCIA	243,959,939.00 1	100	548,017,189.00 124,63	100
TOTAL ORÇAMENTO	2,596,165,332.00 1		3,972,207,759.00 53,0	

FONTE: FUNDAÇÃO SEADE . DADOS BRUTOS.

(1) ANO REFERÊNCIA = 1

## V. PENSANDO A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

### 1. A Relação Executivo/Legislativo

Cabe destacar, em primeiro lugar, os partidos políticos que se caracterizaram enquanto oposição ao governo, assim como aqueles que trabalharam junto à administração, no período entre 1989 a 1992.

Partidos de Situação: Partido dos Trabalhadores - PT (Partido do Governo no período entre 1989 a 1992) ; Partido Comunista do Brasil - PC do B; Partido Socialista Brasileiro - PSB; Partido Democrático Trabalhista - PDT.

Partidos de Oposição: Partido Democrático Social - PDS; Partido do Movimento Democrático Brasileiro - PMDB; Partido da Social Democracia Brasileira - PSDB; Partido Trabalhista Brasileiro - PTB; Partido da Frente Liberal - PFL; Partido Liberal - PL.

Quanto à origem dos distintos projetos, vale ressaltar aqui o peso da iniciativa do Legislativo frente ao Executivo, o que contrasta com as experiências dos municípios de pequeno e médio porte.

#### Quadro I

#### Quadro Comparativo: Projetos de Lei de iniciativa do Poder Executivo e Poder Legislativo

<b>Temas</b>	<b>Poder Executivo</b>	<b>Poder Legislativo</b>	<b>Total</b>
Programação em Saúde	--	33 (68.7%)	33 (55%)
Recursos Humanos	06 (50%)	06 (12.5%)	12 (20%)
Orçamentação	03 (25%)	--	03 (5%)
Rede Física	--	02 (4.2%)	02 (3.4%)
Descentralização	01 (8,4%)	--	01 (1.7%)
Vigilância Sanitária	--	04 (8.3%)	04 (6.5%)
Organização da Assistência Médica	--	03 (6.3%)	03 (5%)
Outros	02 (16.6%)	--	02 (3.3%)
<b>Total</b>	<b>12 (100%)</b>	<b>48 (100%)</b>	<b>60 (100%)</b>

*Projetos de Lei de iniciativa do Executivo*

**Quadro II**

**Projetos de Lei de Inciativa do Poder Executivo para a Área da Saúde**

<b>Temas</b>	<b>Aprovados</b>	<b>Em Tramitação</b>	<b>Total</b>
Recursos Humanos	06	--	06 (50,00%)
Orçamentação	03	--	03 (25,00%)
Descentralização	01	--	01 (8,33%)
Outros	01	01	02 (16,67%)
<b>Total</b>	11 (91,6%)	01 (8,4%)	12 (100%)

Chama a atenção o fato de nenhum Projeto de Lei de iniciativa do Poder Executivo para a área da saúde foi rejeitado em votação na Câmara Municipal, constituindo **Recursos Humanos** o Macrotema que concentra a maior parte (50%) dos Projetos de Lei de iniciativa do Executivo, todos aprovados.

No que se refere à tramitação dos Projetos de Lei constantes neste Macrotema, o Legislativo interferiu, através de emendas provenientes do conjunto dos partidos de oposição e ainda de um partido da situação - PDT, sobre um único Projeto relacionado à transformação e lotação de cargos na Secretaria Municipal da Saúde, sendo que o Substitutivo apresentado foi aprovado pela Câmara e sancionado pelo Executivo.

No sentido de esclarecer as disposições presentes no Projeto de Lei sobre a criação de cargos e concessão de abono aos Servidores Municipais da Saúde, constantes no Macrotema Recursos Humanos, as comissões de Constituição e Justiça, de Administração Pública e de Finanças e Orçamento apresentaram emendas alterando, dessa forma, o Projeto original.

Relacionado à celebração de convênio, presente no Macrotema **Outros**, somente um Projeto de Lei, elaborado em 1992, aguardava votação pelo Legislativo no final daquele ano, já

tendo sido aprovado pelas comissões de Constituição e Justiça, de Política Urbana e Meio Ambiente e de Administração Pública.

Os Projetos de Lei relacionados à Orçamentação e Descentralização foram aprovados sem sofrer qualquer substitutivo por parte do Legislativo e das comissões. Portanto, à exceção dos Projetos de Lei sobre a transformação e lotação de cargos e abono aos servidores municipais da saúde - Macrotema Recursos Humanos - o restante dos Projetos encaminhados pelo Executivo para apreciação pelo Legislativo foi aprovado sem sofrer alterações.

*Projetos de Lei de iniciativa do Legislativo*

**Quadro III**

**Projetos de Lei de iniciativa do Poder Legislativo para a Área da Saúde**

<b>Temas</b>	<b>Aprovados</b>	<b>Em tramitação</b>	<b>Arquivados</b>	<b>Vetados</b>	<b>Total</b>
Programação em Saúde	06 (66.6%)	13 (76.4%)	12 (60%)	02(100%)	33(68.7)
Recursos Humanos	--	02 (11.8%)	04 (20%)	--	06(1.25)
Rede Física	--	--	02 (10%)	--	02(4.16)
Vigilância Sanitária	02 (22.2%)	02 (11.8%)	--	--	04(8.3)
Org. da Assistência. Médica	01 (11.1%)	--	02 (10%)	--	03(6.25)
<b>Total</b>	<b>09 (100%)</b>	<b>17 (100%)</b>	<b>20 (100%)</b>	<b>02(100%)</b>	<b>48(100%)</b>

O Macrotema **Programação em Saúde** apresenta o maior número de Projetos de Lei de iniciativa do Legislativo. Os temas de destaque são:

- Programação em Saúde para Mulher, aos portadores do vírus da AIDS e saúde do escolar da Rede Municipal de Ensino.

Dentre os Programas de Saúde da Mulher, foram discutidos Projetos sobre saúde da adolescente (do vereador Oswaldo Sanches do PDT - situação), saúde da gestante e saúde física

e mental da mulher (da vereadora Irede Cardoso do PMDB - oposição) e planejamento familiar (do vereador Paulo Kobayashi do PSDB - oposição), sendo que nenhum deles consta de aprovação até dezembro de 1992.

O mesmo ocorre com programas voltados aos portadores do vírus da AIDS. Somente um Projeto de Lei (de autoria do vereador Adriano Diogo do PT - partido de governo), de caráter educativo e informativo foi promulgado.

Também não é diferente a situação dos Projetos de Lei relacionados a ações de saúde para o escolar da Rede Municipal de Ensino - nenhum Projeto aprovado.

Há somente dois vetos do Poder Executivo aos Projetos de Lei encaminhados pelo Legislativo no que se refere:

- à Programação em Saúde do Escolar - Projeto elaborado em 1989 pelo vereador do PMDB - oposição - Nelson Guerra.

- ao Programa de Orientação à população sobre higiene e saneamento básico - Projeto elaborado em 1989 encaminhado pelo vereador Robson Tuma do PL - oposição.

#### Quadro IV

##### Projetos de Lei referentes aos Partidos Políticos de Situação e de Oposição.

Temas	Partidos Políticos		Total
	Oposição	Situação	
Programação em Saúde	25(71.4%)	08(61.5%)	33(54.16%)
Recursos Humanos	04(11.4%)	02(15.4%)	06(12.5%)
Rede Física	01(2.9%)	01(7.7%)	02(4.16%)
Vigilância Sanitária	04(11.4%)	--	04(8.3%)
Organização da Assistência Médica	01(2.9%)	02(15.4%)	03(6.2%)
Total	35(100%)	13(100%)	48(100%)

Os Partidos de Oposição (PDS, PMDB, PSDB, PTB, PFL e PL) sobressaem de maneira geral quanto à iniciativa de Projetos de Lei, e com relação ao Macrotema **Programação em Saúde** cabe destacar que têm maior destaque, tanto entre os projetos apresentados pela situação quanto pela oposição.

Vale lembrar que, segundo demonstra o quadro III, a grande maioria dos Projetos, elaborados no período entre 1989 a 1992, permaneceu em tramitação ou foi arquivada, considerando-se tanto os Projetos de iniciativa de Partidos de Oposição como de Situação.

#### Quadro V

##### Projetos de Lei encaminhados pelos Partidos de Oposição para a área da saúde

Temas	PDS	PMDB	PSDB	PTB	PFL	PL	Total
Programação em Saúde	10	09	02	02	--	02	25(71.4%)
Recursos Humanos	01	01	--	--	01	01	04(11.4%)
Rede Física	--	--	--	01	--	--	01(3.0%)
Vigilância Sanitária	02	--	02	--	--	--	04(11.4%)
Organização da Assistência Médica	--	--	01	--	--	--	01(3.0%)
<b>Total</b>	13(37%)	10(28.6%)	05(14.3)	03(8.6%)	01(2.9%)	03(8.6%)	35(100%)

Os Partidos Políticos que se sobressaem quanto à iniciativa em Projetos de Lei para a área da saúde são os seguintes:

O PDS, Partido Democrata Social, encaminhou 13 (treze) Projetos de Lei, dos quais, 03 (três) foram aprovados e tratam da Programação em Saúde quanto à prevenção do Glaucoma (do vereador Walter Abrahão de 1989), uso de drogas (do vereador Biro Biro, de 1989) e utilização do uso de combustível metanol pela população (do vereador W. Abrahão, de 1991) .

Os Projetos em tramitação, 07 (sete), dizem respeito à Programação em Saúde - Saúde Auditiva, Saúde Visual, Saúde do Escolar, de autoria do vereador Walter Abrahão e elaborados no ano de 1989 - e à Vigilância Sanitária - Campanha de Higiene, Saneamento Básico e Fiscalização junto à população, elaborados pelos vereadores Bruno Feder (em 1991) e Walter Abrahão ( em 1989) .

Foram arquivados três Projetos: dois deles tratavam da Programação em Saúde do Escolar, do vereador Walter Abrahão, elaborados em 1991 e um de Recursos Humanos, referente ao atendimento ao público do Município de São Paulo (do vereador Bruno Feder, elaborado em 1991) .

O Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) não apresenta nenhum Projeto de Lei aprovado. Em tramitação, até dezembro de 1992, estavam os Projetos de Lei referentes à Programação em Saúde da Saúde da Mulher, elaborado pela vereadora Irede Cardoso, às pessoas portadoras de deficiências, do vereador José Índio, e ao atendimento aos portadores do vírus da AIDS, do vereador Jooji Hato.

Foram arquivados aqueles Projetos referentes à Programação em Saúde da Mulher (vereadora Irede Cardoso) ; aos portadores de deficiências (do vereador Caruso); aos portadores do vírus da AIDS (vereadora Lídia Correia) . Quanto ao Macrotema **Recursos Humanos** foi arquivado o Projeto referente à criação de cargos (vereador Jooji Hato) . Um único Projeto foi vetado e refere-se à Programação em Saúde do Escolar (do vereador Nelson Guerra) .

Os vereadores do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) apresentaram 05 (cinco) Projetos, dos quais 03 (três) foram aprovados, sendo que dois se referem ao Macrotema **Vigilância Sanitária**, de autoria do vereador Gabriel Ortega, e um a **Recursos Humanos**, de autoria do vereador Walter Feldman:

### Quadro VI

#### Projetos de Lei encaminhados pelos Partidos de Situação para a área da saúde

Temas	Partidos de Situação				Total
	PT	PDT	PSB	PC do B	
Programação em Saúde	03	03	01	01	08
Recursos Humanos	01	--	01	--	02
Rede Física	01	--	--	--	01
Organização da Assistência Médica	--	02	--	--	02
Total	5(38.6%)	5(38.6%)	2(15.3%)	01(7.6%)	13(100%)

O Partido dos Trabalhadores (PT) , Partido do Governo, obteve aprovação de dois Projetos de Lei encaminhados pelo vereador Adriano Diogo e Henrique Pacheco. Respectivamente, referem-se à Programação em Saúde aos portadores do vírus da AIDS e fornecimento de remédios. Em tramitação, até dezembro de 1992, permaneceu o Projeto sobre jornada de trabalho, de autoria do vereador Mauro Puerro.

Somente um Projeto foi arquivado, de autoria do vereador Arselino Tatto, relacionado à Programação em Saúde da Mulher.

O Partido Democrático Brasileiro - PDT - não apresentou nenhum Projeto aprovado. Permaneceram arquivados os Projetos referentes à Programação em Saúde do Escolar e Organização da Assistência Médica, ambos do vereador Oswaldo Sanches.

Em tramitação, até dezembro, permaneceu o Projeto de Lei, também do vereador Oswaldo Sanches, sobre Saúde da Mulher.

Dois Projetos de Lei foram encaminhados pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB), sendo que um foi arquivado e tratava da Programação em Saúde para os portadores do vírus da AIDS e outro, em tramitação até dezembro de 1992, sobre Recursos Humanos, ambos do vereador Júlio Cesar Caligiuri.

Quanto à tramitação dos Projetos:

- temas envolvendo Projetos sobre pessoas portadoras de deficiências e o atendimento a alunos tiveram seu arquivamento, a pedido do próprio autor - vereador Caruso do PMDB - previamente à sua apreciação;

- diversos Projetos que permaneceram em tramitação até dezembro de 1992, somente aguardando votação pelos vereadores, já haviam obtido o parecer por parte das Comissões, como é o caso de temas relacionados à AIDS (Projeto encaminhado pelo vereador Jooji Hato, em 1992), Programa de Saúde da Mulher (Projetos de autoria da vereadora Irede Cardoso, elaborados em 1990 e 1992), atendimento ao Público do Município (vereador Oswaldo Sanches - PDT, elaborado em 1992) , jornada de trabalho (Mauro Puerro - PT de 1991), atendimento a alunos da Rede Municipal de Ensino (de autoria do vereador Walter Abrahão, de 1989).

- geralmente, quando ocorre algum substitutivo por parte das Comissões, este promove alterações de caráter corretivo quanto à sua redação.

- em especial, o Projeto, de autoria do vereador Vital Nolasco, do PC do B, elaborado em 1991, relativo a atendimento odontológico ao público, recebeu emenda da Comissão de Finanças e Orçamento no sentido de adequar as disposições nele contidas à Lei de Diretrizes Orçamentárias, a fim de facilitar a consolidação das ações previstas no Projeto.

- com relação ao projeto sobre assistência médica a índios (do vereador Walter Abrahão), houve um parecer contrário por parte de um membro da Comissão de Constituição e Justiça (vereador Arselino Tatto do PT), apontando ilegalidades em suas disposições. Vale lembrar que este Projeto encontrava-se ainda em tramitação.

Os substitutivos elaborados pelas Comissões têm como objetivo o seguinte:

- adequar a redação às normas exigidas;

- definir precisamente termos utilizados nos Projetos e que podem causar dúvida de interpretação;
- adequar disposições presentes nos Projetos a fim de viabilizar seu encaminhamento;
- estabelecer normas no caso do não cumprimento da lei, quando estas não constam do Projeto original;
- ocorre parecer contrário ao Projeto quanto o mesmo traz disposições que já constam em lei;
- o parecer de ilegalidade se dá quando um Projeto de iniciativa do Legislativo trata de competências que dizem respeito ao Poder Executivo, como é o caso de criação de cargos, ou a alteração da estrutura física da Secretaria da Saúde.

Sobre o parecer do Poder Executivo, ocorre o veto quando o Projeto apresenta vício de iniciativa, como é o caso de Projetos sobre assistência médica aos servidores, campanha de higiene e saneamento, jornada de trabalho, exames médicos biométricos para alunos.

Com base nos dados apresentados até aqui, destacam-se as seguintes tendências: em primeiro lugar a aprovação de todos os projetos de lei apresentados e levados à votação pelo Executivo (até o final da gestão), sendo a maior parte relativa a recursos humanos (transformação e lotação de cargos na Secretaria Municipal de Saúde, criação de cargos e concessão de abono aos servidores municipais, entre outros); o Legislativo apresentou um maior número de projetos, e dentre estes, a maior parte foi proposta pela oposição. No conjunto dos projetos apresentados, incluindo-se Executivo e Legislativo, coube à oposição 35 projetos, num total de 60 apresentados; a temática que predominou para o conjunto de projetos apresentados, incluídos aqueles apresentados pela oposição, foi a de **Programação em Saúde**, que engloba projetos relativos à Saúde Auditiva, Visual, Prevenção do Glaucoma, Programação em Saúde da Mulher, etc, perfazendo um total de 33 projetos, sendo 25 de autoria da oposição e 8 da situação.

Quanto à primeira tendência - aprovação de todos os projetos de origem no Executivo - , observa-se inicialmente que as iniciativas do Executivo estiveram de acordo com o ideário da

gestão presente nas propostas de governo, pois as proposições sobre Recursos Humanos se ligam diretamente à viabilização destas propostas, assim como o único projeto que não se enquadra nesta temática, mas que se refere à Descentralização e Orçamentação.

Mas cabe destacar sobretudo que enquanto o Executivo, na área de saúde, não teve nenhum dos seus projetos rejeitado, o governo, minoritário, enfrentou forte oposição na Câmara. As possíveis explicações para tanto não podem ser encontradas levando-se em conta exclusivamente o levantamento dos projetos apresentados e aprovados na Câmara relativos especificamente à saúde, mas é possível levantar como caminhos de explicação para tanto as seguintes questões: em primeiro lugar, qual a real possibilidade de rejeição na Câmara de projetos necessários para a viabilização do funcionamento de equipamentos já prontos (a gestão inaugurou 5 hospitais, além de outros equipamentos), isto é, qual seria o "custo político" a ser assumido pelos vereadores se não aprovassem tais projetos? Em segundo lugar, a Secretaria Municipal de Saúde esforçou-se por criar um tipo diferenciado de relação com a Câmara, pois foi a primeira Secretaria a investir na abertura de canais de interlocução com os vereadores, viabilizando o processo de negociação de projetos do seu interesse. Isto sem dúvida distingue esta Secretaria das demais e aponta para uma das razões para a aprovação de 100% de seus projetos.

Quanto à caracterização da atuação específica do Legislativo, fica claro, inicialmente, que a saúde foi um setor sobre o qual o Legislativo, incluindo a oposição, teve um grande interesse em legislar. Com relação às tendências majoritárias (predomínio da Programação em Saúde como temática, sendo a maior parte dos projetos apresentados pela oposição), observa-se que, apesar de as proposições do Legislativo serem limitadas *a priori* quanto à criação, extinção ou transformação de empregos públicos; fixação ou aumento de remuneração dos servidores; organização administrativa, serviços públicos e matéria orçamentária, e quanto aos bens imóveis municipais (vide Lei Orgânica do Município de São Paulo, seção VI, artigo 37), os projetos apresentados dizem respeito a temáticas e interesses circunscritos a grupos bastante específicos. Não se encontra, assim, proposições diferentes das concepções clássicas de intervenção em saúde, destacando-se o predomínio de uma atuação dos vereadores, e com maior ênfase por parte daqueles da oposição, particularizada e pouco voltada para intervenções mais abrangentes e relativas à determinação de prioridades a serem enfrentadas no âmbito da gestão do município.

## **2. A Perspectiva dos Distintos Atores**

A análise das entrevistas realizadas em São Paulo tem como objetivo, inicialmente, verificar o nível de informação dos diversos atores com relação à política de saúde desenvolvida no período estudado. Esta análise será realizada de acordo com os temas abordados no questionário: 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 Secretário de Saúde, a diretora do COAS e os diretores das Administrações Regionais de Saúde (ARS) 1, 2 e 9.

Os membros da Administração mencionam, como **propostas**, a Constituição Federal e as leis 8080 e 8142, destacando as diretrizes daí decorrentes (municipalização, descentralização e democratização da saúde). O Secretário fornece mais detalhes, descrevendo como propostas da gestão a inversão das prioridades, descentralização, democratização das informações e do

processo de decisão, o atendimento visando o “resgate da pessoa enquanto cidadão” e a conclusão de obras deixadas pela gestão anterior.

O Secretário não menciona o **processo de formulação e implementação das propostas**, enquanto os membros da Administração destacam três pontos distintos: de um lado, há a afirmação de que houve participação da sociedade civil na definição das diretrizes gerais através da realização de três Conferências Municipais de Saúde; de outro, afirma-se que as propostas originaram-se das propostas mais gerais do PT, do movimento de saúde brasileiro e do movimento sanitarista. Por fim, há ênfase no fato de que os instrumentos legais determinavam e viabilizavam as propostas.

Apenas os membros da Administração fazem uma **avaliação das propostas**, qualificando-as como mais avançadas do que a Constituição Federal (que é, segundo, um deles, “um grande acordo”), destacando que houve mudança na concepção de atenção à saúde e criticando a forma pela qual o financiamento da saúde é definido na Constituição, decorrente da pressão de lobbies do setor privado e da fraca atuação do movimento sindical, na opinião de outro entrevistado.

As avaliações gerais da gestão aparecem também somente nas entrevistas com os membros da Administração, segundo os quais a Secretaria Municipal de Saúde avançou mais do que as outras Secretarias nas diretrizes de democratização e descentralização. Segundo um dos entrevistados, no entanto, o SUS avançou teoricamente mas não avançou tanto na prática.

Quanto aos **impactos e resultados da política implementada**, menciona-se principalmente, como aspectos positivos ou **avanços**, a ampliação da rede física e expansão e melhoria dos serviços (através da construção de hospitais, pronto-socorros, ambulatórios, unidades de especialidades, da realização de trabalhos interdisciplinares, do aumento do número de funcionários, da realização do chamado Hospital aberto e da “problematização” de áreas como Saúde Mental, Idosos e Deficientes, do incremento da saúde do trabalhador); a ampliação da noção e ação em saúde (ou de outro modo, o entendimento de que saúde não é igual à assistência médica ou ainda o desenvolvimento de novos modelos assistenciais); a criação de assessorias técnicas que atuavam na Câmara, a descentralização da Secretaria Municipal de Saúde, com a criação de distritos e regionais de saúde, a ampliação da

participação popular (através dos diversos conselhos e conferências de saúde) e a ampliação das unidades orçamentárias.

As **dificuldades ou obstáculos** mencionados são os seguintes: a existência de conflitos com outras secretarias, a falta de agilidade do Legislativo na aprovação de projetos e a não institucionalização de alguns dos avanços atingidos, além da forte presença do setor privado na Câmara Municipal, a dificuldade de relacionamento com os governos estadual e federal e a restrição orçamentária e ausência de repasses federais e estaduais no início da gestão, dificuldades relativas às políticas de Recursos Humanos (não se conseguiu mudar o perfil do funcionalismo, houve resistência por parte dos funcionários), a falta de mobilização popular na região central e a “acomodação” dos movimentos populares ligados à saúde.

A relação **Executivo/Legislativo** é descrita por este grupo de entrevistados de modo semelhante e qualificada como “intensa”, “muito tensa” e “bastante difícil”. Os pontos principais enfatizados foram, de um lado, a resistência encontrada na Câmara (devido a pequena representatividade do PT ou a forte oposição ao partido) e a responsabilidade do Legislativo pela não aprovação de projetos e pela falta de agilidade na aprovação de outros deles. Por outro lado, destacam o esforço realizado pela Administração para que projetos do seu interesse fossem aprovados, através das assessorias técnicas, dos assessores do Centro de Orientação da Atenção a Saúde (COAS) e também através de pressão dos movimentos populares e dos meios de comunicação (meios que, segundo o Secretário, não resultaram em aprovação de projetos).

Há, ainda em relação à atuação da Administração, referências a sua inexperiência ao trabalhar com o Legislativo, por acreditar que seria possível obter a aprovação de projetos através da pressão popular, assim como a afirmação de que não se adotou uma postura de “troca de favores”. Neder afirma que, apesar das dificuldades e da resistência encontrada, 90% dos projetos apresentados já foram aprovados.

A **relação Executivo/Sociedade** é abordada por todos os entrevistados, com referências sobretudo positivas à atuação da Administração. Segundo o Secretário, a Administração criou mecanismos de participação que viabilizavam a participação popular, atuando de dois modos: ajudando na organização dos movimentos populares (apesar de os movimentos acreditarem que o governo não deveria interferir) e consolidando mecanismos de participação na própria Administração (via Conselhos de Saúde, Conselhos Gestores, FUMDES e assessorias). A

finalidade destes mecanismos era , ainda segundo o Secretário, a de que as políticas de saúde não fossem elaboradas exclusivamente por técnicos.

Os representantes da Administração descrevem mais algumas características desta relação, tal como a ênfase na relação do COAS com a sociedade como sendo de assessoria e auxílio no processo de descentralização e democratização, e a observação quanto à singularidade da saúde enquanto o setor que mais avançou em termos de democratização e participação na gestão, devido ao histórico do movimento de saúde. Há ainda a formulação de críticas, por parte de um dos entrevistados, e segundo o qual “houve pouca troca entre a Administração e a massa”, apesar da criação de vários canais de participação, devido ao medo de cooptação por parte dos movimentos populares, mas também devido ao excesso de confiança por parte destes movimentos na Administração. O mesmo entrevistado critica também o tipo de demanda formulado pela população - demandas “imediatistas” -, que não compreenderia a proposta da Administração.

O tema da **descentralização**, com referência à **relação entre Município, Estado e União**, é abordado com maiores detalhes pelo Secretário e, segundo ele, o Município dependeu poucas vezes do Legislativo Federal e a gestão assumiu numa fase de transição que mistura aspectos do SUS, SUDS e AIS. Faz críticas à forma vigente do repasse de verbas (por produção) e ao fato de que tal repasse se baseia nos recursos da Seguridade Social, quando, a seu ver, deveria provir também dos Tesouros Estadual e Federal. Sugere ainda que a descentralização deveria ser financeira, pois com isso o Município receberia verbas sem a intermediação estadual. Critica, por fim, o favorecimento à terceirização dos serviços por parte do governo estadual.

Os representantes da Administração destacam a ausência de apoio dos governos estadual e federal à municipalização da saúde, fornecendo justificativas diversas.

Quanto à **descentralização local**, há coerência nas afirmações deste grupo de entrevistados, que de modo geral, destaca a atuação descentralizadora da Secretaria da Saúde e sua dificuldade de relacionamento com as outras Secretarias (Finanças, Administração e, segundo o Secretário, Planejamento), que reforçavam uma tendência centralizadora. Há ainda menção ao fato de que a reforma administrativa não atingiu seu principal objetivo, isto é, a criação de sub-prefeituras.

Os temas relativos ao **controle público** são mencionados em detalhes e, em relação ao **encaminhamento e atendimento de demandas**, aparece o seguinte: o processo de descentralização criou, segundo Neder, Comissões Gestoras e Conferências de Saúde. Este processo foi, no entanto, moroso, o que propiciou reivindicações diretamente à Prefeita e ao Secretário. As outras afirmações dos representantes da Administração reforçam estes dois pontos: a criação de canais institucionais de participação na gestão pela Secretaria da Saúde e a existência de “demandas espontâneas”, desvinculadas destes canais. Acrescentam que a Administração tentou mobilizar setores da comunidade que não participavam dos Conselhos, além da crítica, por parte de um deles, à “falta de visão” e participação da população na “solidificação” destes canais.

Quanto aos **mecanismos de participação na gestão**, é dado destaque pelo Secretário aos Conselhos de Saúde, ao Fórum da Cidade, aos Conselhos no nível da Secretaria de Governo ligados à Assessoria de Conselhos e aos Conselhos Gestores, e pelos representantes da Administração ao Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Gestores e Conferências de Saúde.

Afirma-se que houve dificuldade de participação de grupos representando direta ou indiretamente o setor privado ligado à saúde nos Conselhos, sendo que os próprios Conselhos bloquearam a participação destes grupos (são citados Lions e medicina de grupo). Os representantes da Administração destacam que houve avanço na participação através das instâncias mencionadas acima e formula-se aqui também uma crítica, segundo a qual, com exceção do Conselho Municipal de Saúde, todos os outros conselhos não têm caráter deliberativo e decisório, o que os descaracteriza enquanto “canais efetivos de participação popular na gestão”.

Os **grupos mais demandantes** são pouco citados, aparecendo uma menção genérica aos “setores organizados”, tal como o movimento de saúde e aos grupos mais demandantes na perspectiva do COAS (Deficientes, Idosos e Saúde Mental).

O **modo pelo qual a Administração processa as demandas** é tratado longamente pelos membros da Administração, que afirmam o seguinte: a falta de informação da população sobre os seus direitos soma-se à dificuldade de interpretação das demandas por parte da Administração, demandas que são, além disso, “socialmente condicionadas”. Diante disso, a Administração tentou realizar um “processo educativo, para que a população aumente sua

autonomia no controle da própria saúde” - os objetivos eram os de “democratização da relação entre o Estado e a população e das informações”. Afirma-se também que “é difícil corresponder às demandas da população”, devido à perda do poder aquisitivo e à falta de verbas, além da ênfase, já mencionada anteriormente, na dificuldade em conciliar a proposta da Administração e as demandas, “imediatistas e voltadas para a assistência”.

O tema do **financiamento** aparece do seguinte modo: o Secretário afirma que os recursos fiscais do município consistem na principal fonte de financiamento da saúde e que a gestão Erundina aumentou o orçamento para a saúde, que passou de 8% para 15%. Acrescenta que o repasse federal (através do FUMDES) aconteceu somente a partir de 1991, e correspondia a apenas 13% dos gastos totais com a saúde. Os representantes da Administração destacam como principais as mesmas fontes de financiamento (orçamento municipal e repasses federais), criticando o critério utilizado para este repasse.

O Secretário não acrescenta novas informações quanto à composição orçamentária pelas distintas fontes e os representantes da Administração afirmam que 87% dos gastos com saúde no Município provinham dos recursos orçamentários e 13% correspondiam aos repasses federais; um outro entrevistado apresenta porcentagens semelhantes (o total da verba federal - 50% relativo a consultas ambulatoriais e 50% relativos a despesas hospitalares - correspondia a 20% do orçamento para saúde; os 80% restantes eram provenientes do orçamento municipal - 15% dele destinado à saúde).

A distribuição dos recursos no interior da Secretaria é mencionada apenas pelo Secretário, segundo o qual a verba do FUMDES foi utilizada basicamente para custeio, com o objetivo de garantir obras e também garantir a isonomia salarial para os funcionários comissionados do Estado. Afirma ainda que o gasto com o funcionalismo corresponde a aproximadamente 70% dos gastos totais com a saúde.

Os **mecanismos de participação na distribuição, execução e controle do orçamento** se concretizaram, segundo o Secretário, através dos fóruns democráticos, dos Conselhos Técnicos e Administrativos junto ao Gabinete e nos distritos com participação das assessorias.

Segundo os dois representantes da Administração que mencionam este tema, não houve grande participação da população em relação aos recursos orçamentários. Critica-se novamente as tentativas de participação, afirmando que não eram “articuladas” e portanto não foram

efetivas. Há a descrição, em relação à região central, da realização de discussões do orçamento em plenárias públicas, mas afirma-se que “a Administração mostrou o que seria feito” e a população colocou apenas uma demanda: o término da construção do Pronto-Socorro da Barra Funda.

Assim, o perfil deste grupo de entrevistados quanto ao nível de informações, em que pese o fato de serem membros do Executivo e Administração, é visivelmente alto em comparação ao conjunto de entrevistas, uma vez que todos os temas são mencionados de modo abrangente e detalhado.

### **Legislativo**

Foram entrevistados vereadores da situação (PT) e da oposição (PSDB).

Os dois entrevistados mencionam como **propostas** da Administração a intensificação ou o incentivo à participação popular. O vereador da situação menciona ainda a implantação do SUS e a criação de uma estrutura administrativa para tanto, além da contratação do número necessário de funcionários. Afirma, além disso, que a Administração tinha como proposta assumir as UBS do Estado já construídas, porém sem funcionários.

O vereador da oposição destaca a criação de uma estrutura descentralizada para a saúde, com a criação de uma rede de atenção primária e hierarquização do sistema, além da ênfase, no setor da saúde, do “social como prioridade”.

Quanto ao processo de **formulação e implementação de propostas**, os vereadores apresentam visões distintas: segundo o vereador da situação, as propostas se originaram nos movimentos populares; para o vereador da oposição, elas foram formuladas pela Secretaria de Saúde, com pouca participação da Câmara.

Os vereadores não qualificam as propostas em termos de avanços e limites e como **avaliação geral** da gestão, afirmam que “a atuação na saúde foi positiva”(oposição) e que houve melhora na qualidade de vida da população (situação).

Os **impactos resultados da política implementada** mencionados como **avanços** foram: a elevação orçamentária, com conseqüente recuperação da rede física e contratação de pessoal; o início da municipalização da saúde; a criação de uma estrutura descentralizada da saúde; a

“criação de mecanismos para a elevação da consciência sanitária”, tal como o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (citados pelo vereador da oposição), e o avanço na prevenção (citado pelo vereador da situação). Os **obstáculos**, segundo o vereador da oposição, foram os seguintes: as resistências à priorização da saúde, por parte da Prefeita e do Secretário de Finanças, a “excessiva politização da saúde”, a estrutura “arcaica e conservadora” do funcionalismo, mas também a falta de um boa política de Recursos Humanos por parte da Administração. O vereador da situação menciona também as dificuldades relativas aos Recursos Humanos, enfatizando que os profissionais, sobretudo os médicos, foram refratários a mudanças. Acrescenta a falta de apoio na Câmara para as políticas de pessoal e a demora na realização de concursos.

A **relação Executivo/Legislativo** também é apresentada de modos distintos: segundo o vereador da oposição, esta relação foi “boa” e “cordial” e sua justificativa para tanto é a de que a Saúde foi o setor com o maior número de projetos aprovados.

Já segundo o vereador da situação, a relação entre Executivo e Legislativo “não foi boa”, devido à concepção do Executivo a respeito da Câmara, particularmente quanto à política de alianças, ao comportamento do Legislativo (o que chama de “vícios da Câmara”, tais como favorecimentos e privilégios), às divergências partidárias e à rejeição à convocação de concursos. Mas acrescenta que a saúde teve a aprovação da maioria dos projetos, apesar de terem sido mal recebidos por causarem ônus orçamentários.

Os dois vereadores tratam da relação **Executivo/Sociedade**, mas abordam tópicos distintos: o vereador de situação aborda a relação entre o Executivo e o funcionalismo, destacando as dificuldades de relacionamento, sobretudo com os médicos, e afirmando que havia grande expectativa por parte da Administração de que “todos estivessem mobilizados em torno do mesmo ideal”. Já o vereador da oposição considera como “elementos positivos” desta relação o processo de descentralização da estrutura da saúde, a melhoria do atendimento médico, o trabalho realizado pelo CEFOR e a criação de mecanismos para a “elevação da consciência sanitária”. Faz críticas ao que chama de “excessiva politização da saúde” e ao privilégio dado pela Administração ao atendimento de entidades ligadas ao PT.

Com referência à **descentralização**, os dois vereadores descrevem como “difícil” a relação do Município com os governos estadual e federal, o que “emperrou” a municipalização da saúde ou resultou em uma descentralização “incipiente”.

O vereador da situação não menciona a **descentralização local** e o vereador da oposição afirma que foi “positiva” e “visualizável” através das Administrações Regionais e Distritos de Saúde. Acrescenta que o Conselho Municipal de Saúde “demonstrou a existência de representação local” e critica a priorização de atividades “meio”(burocráticas), o que a seu ver gerou “inchaço” da máquina administrativa.

O primeiro dos temas relativos ao **Controle Público (relação com as demandas e encaminhamento e atendimento delas)** é citado apenas pelo vereador da oposição, segundo o qual “houve um controle público relativo”, pois os funcionários não se sentiram contemplados (pelo contrário, sentiram-se “agredidos”), mas foram, na sua opinião, “intransigentes e corporativistas”. O mesmo entrevistado afirma que os Conselhos Locais de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde atuavam como mecanismos de pressão junto à Câmara e à Administração. Afirma, finalmente, que a “demanda social” foi atendida, com ampliação e melhoria do atendimento nos postos de saúde.

Os **mecanismos de participação na gestão** são mencionados pelos dois entrevistados, que enfatizam ampliação e efetivação desta participação. O vereador da oposição critica a “segmentação” dos Conselhos e o da situação destaca a “falta de compreensão dos profissionais”, que se sentiram “invadidos” e consideravam as mulheres participantes dos conselhos “controlistas”.

Identificam como mais demandantes os seguintes grupos: o setor médico (setor mais demandante do funcionalismo), a “periferia” (zonas leste e sul) e os “grupos organizados”, tal como as mulheres (oposição). O movimento de Saúde da Zona Leste foi, segundo o vereador da situação, o grupo mais demandante, sendo que a principal demanda era por participação popular, e que foi, a seu ver, atendida.

O vereador da oposição afirma que manifestações espontâneas foram muito raras, enquanto o segundo descreve a ocorrência de demandas de dois tipos: a organizada (cita trabalhadores e mulheres) e a “de massa” ou “espontânea”.

Quanto ao modo pelo qual a Administração processa as demandas, o vereador da situação afirma que a Administração se preocupou com “o grau de retorno” dos serviços prestados, questionando, no entanto, a eficácia do sistema e modos de operacionalizá-lo.

A principal fonte de **financiamento** da saúde foi, segundo o vereador da oposição, o orçamento municipal e houve, segundo ele, muitas dificuldades na captação de verbas e nos repasses. O vereador da situação destaca a importância do incremento de verbas para a saúde após a criação do FUMDES e afirma que falta uma “discussão mais ampla” sobre as responsabilidades pelos serviços e sobre a captação de verbas, identificando dificuldade de captação de recursos do setor privado e falta de incentivo do governo estadual.

Não mencionam a composição orçamentária pelas distintas fontes e quanto à distribuição de recursos no interior da Secretaria, o vereador da situação diz apenas que o orçamento da saúde não incluía o custeio de pessoal (parte da caixa geral do funcionalismo), enquanto o vereador da oposição descreve a distribuição de recursos como “adequada”, destacando que a Administração priorizou a conclusão de obras em andamento.

Os mecanismos de participação na distribuição, execução e controle dos recursos orçamentários foram, segundo o vereador da oposição, “muito bem realizados” pela Câmara e pelo Conselho Municipal de Saúde, sobretudo por este.

Percebe-se, a partir da contraposição destas duas entrevistas, que os dois vereadores apresentam aproximadamente o mesmo grau de domínio de informações, divergindo quanto aos seguintes temas: formulação e implementação das propostas, relação Executivo/Legislativo e Executivo/Sociedade, e quanto à existência ou não de demandas espontâneas.

## **Distintos Setores da Sociedade**

### *Movimentos Populares*

Foi entrevistado o representante da Zona Norte no Conselho Municipal de Saúde.

Quanto às **propostas**, o entrevistado menciona, em primeiro lugar, a democratização do atendimento de saúde, como um meio de implantar o SUS no Município. Em seguida destaca a

municipalização da saúde (que implica em descentralização e maior "autoridade para os municípios"), afirmando que isso está na Constituição (Lei 8080). Afirma também que um objetivo fundamental da gestão petista foi o de participação da população e respeito à cidadania.

Não menciona, no entanto, **processos de formulação e implementação das propostas**, e como **avaliação geral da gestão** ressalta que a Administração priorizou os "problemas sociais", deixando de lado "obras faraônicas".

Os **impactos e resultados das políticas implementadas** são mencionados com detalhes, e os avanços foram, segundo o entrevistado, a prática do Hospital aberto, que possibilitou participação e controle por parte da população, assim como os avanços no atendimento ao doente mental, e a criação de centros de Convivência da Mulher, Criança e Deficiente, além da criação dos centro de referência da saúde do trabalhador, do centro de zoonoses e do CEFOR. Menciona ainda a descentralização do sistema de saúde, com a criação da ARS e dos Distritos de Saúde, a melhoria do atendimento e a realização de pesquisas epidemiológicas nos distritos. Acrescenta como um dos avanços a realização de discussões sobre o orçamento no Conselho Municipal de Saúde. O único obstáculo mencionado refere-se ao funcionalismo, que, segundo o entrevistado, foi "corporativista e elitista".

Sobre a relação **Executivo/Legislativo**, afirma que em alguns momentos houve "bons entendimentos" entre ambos, mas que no final da gestão (1992) surgiram problemas, naturais, a seu ver, por se tratar de "interesses políticos" e de dificuldades "pessoais" (cita como exemplo e em detalhes a questão da criação de cargos para o hospital da Vila Maria).

A relação **Executivo/Sociedade** é descrita pelo entrevistado como "muito democrática". Enfatiza seu apoio à Administração Erundina, afirmando que esta Administração tratou os movimentos populares de forma "respeitosa, democraticamente".

Descreve a **relação do governo municipal com os governos estadual e federal** como "difíceis", sendo que a maior dificuldade estava relacionada ao cumprimento da Constituição e das Leis Complementares da Saúde que garantem a municipalização da saúde. O entrevistado acrescenta que o Estado não repassou verbas para o Município e critica o critério de repasse de verbas federais, dizendo que o "pagamento por faturamento" é uma forma "patronal" de repasse que, além de pagar valores defasados, exclui verbas para o controle de endemias e saneamento

de esgoto sanitário. A municipalização da saúde foi portanto, a seu ver, apenas uma transferência de responsabilidades ao Município, sem o respectivo financiamento.

Quanto à **descentralização local**, afirma que a Secretaria Municipal de Saúde teve, em todos os momentos, o apoio da Prefeita e liberdade de ação, mas acrescenta que soube da existência de sérias dificuldades entre as Secretarias, mencionando apenas a ocorrência de dificuldades no entrosamento com a Secretaria de Administração. Em seguida, afirma que houve entendimento, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, com as Secretarias da Educação e do Bem-Estar Social.

O entrevistado afirma, sobre o tema do **encaminhamento e atendimento das demandas**, que todas as questões solicitadas pela população que, depois de discutidas foram consideradas importantes, foram atendidas. Diz também que algumas das solicitações, apesar de importantes, não eram prioritárias, e enfatiza que houve respeito e estímulo para os movimentos de saúde, tratados com "respeito e consideração" pela Administração.

Quanto aos **mecanismos de participação na gestão**, e segundo o entrevistado, a Administração estimulou a criação de Conselhos Gestores para que houvesse participação na própria Administração. Acrescenta que a Administração procurou sempre não tomar atitudes quanto às políticas de saúde sem antes discutir com Conselho Municipal de Saúde, com órgãos de representatividade popular e com Comissões Gestoras de UBS. Enfatiza ainda que enquanto representante da Zona Norte, estava integrado como participante da população na gestão.

Segundo o entrevistado, há uma grande diferença entre o Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Regional de um lado e a UBS, de outro. É nesta que, segundo ele, se apresentam de fato as deficiências, tais como a baixa qualidade de atendimento, o comportamento dos médicos, enfermeiros e de outros funcionários.

O entrevistado descreve a composição das Comissões Gestoras (Administração, população e funcionários) e o seu funcionamento (os problemas da unidade são discutidos, respeitando-se a Administração), afirmando que a participação e cobrança por parte da população deveriam ter sido maiores. Mas pondera que o processo de organização das Comissões Gestoras nas UBS e dos Conselhos estava começando a se estruturar, o que a seu ver não é fácil. Destaca ainda a resistência do funcionalismo para discutir com a população apesar de o Conselho Municipal de Saúde ter tido grande participação nas discussões sobre

políticas e aperfeiçoamento de Recursos Humanos. Não faz menção aos grupos mais demandantes.

Quanto ao **financiamento da saúde**, o entrevistado fornece as seguintes informações: as principais fontes de financiamento são, segundo ele, o orçamento fiscal e o FUMDES, através do qual se faz o repasse de internações hospitalares. Descreve em detalhes a composição da Unidade de Controle Ambulatorial (UCA) e da AIH, fornecendo também dados relativos a janeiro de 1993 (valor estimado da UCA destinada a São Paulo e da AIH).

Quanto aos **mecanismos de participação na distribuição, execução e controle do orçamento**, o entrevistado menciona a existência das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde (municipais, estaduais e federais) como os três tipos de controle do SUS. Afirma que o Conselho Municipal de Saúde participou da discussão do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde e que tinha controle e participação no FUMDES. Segundo ele, o Secretário de Saúde reunia-se com trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, que traziam as questões orçamentárias para a discussão no Conselho Municipal de Saúde. Destaca que a forma pela qual a Administração atendia aos participantes do Conselho era "muito educada e solícita", fornecendo todas as informações e esclarecendo dúvidas.

Destaca que o controle social adquirido sobre o SUS, apesar da resistência de muitos "executivos", foi o grande avanço ocorrido na gestão Erundina. Acrescenta que isto é importante porque, a seu ver, a iniciativa privada e os filantrópicos não prestam contas, além do fato de alguns poderes públicos se fecharem porque não possuem seus próprios controles. Cita como exemplo, a não existência de controle quanto aos valores da AIH para a iniciativa privada (contratada, conveniada e filantrópica).

#### *Trabalhadores*

Foram entrevistados o representante da Associação Paulista de Medicina no Conselho Municipal de Saúde (setor privado) e o representante do funcionalismo municipal (setor público).

Os entrevistados não fazem qualquer menção às **propostas de governo** ou ao **processo de formulação e implementação das propostas**. O representante do setor privado faz, no entanto, uma **avaliação geral da gestão**, comparando a Administração anterior (1986-1988)

com a Administração petista (1989-1992) e afirmando que esta foi “mais organizada” porque possibilitou uma maior integração entre os serviços, através da criação de distritos de saúde.

Quanto aos **impactos e resultados das políticas implementadas**, são mencionados, pelo representante do setor privado, os seguintes **avanços**: a descentralização dos serviços e a criação dos distritos de saúde, a boa participação dos diversos setores sociais nos conselhos de saúde, avanços nas políticas de RH, com a criação de cargos e realização de concursos, a atualização de informações epidemiológicas e criação de grupos de estudo, além da melhoria do saneamento básico. A representante do funcionalismo menciona também a ampliação da participação popular através da implantação do Conselho Municipal de Saúde, e acrescenta que a Administração realizou um trabalho de informação e educação da população, assim como implantou a área de saúde do trabalhador, que incluía discussões com os próprios trabalhadores. Quanto às políticas de Recursos Humanos, menciona a criação do CEFOR e de unidades de RH regionalizadas.

Os obstáculos ou dificuldades na implementação das políticas foram citados em maior número pela representante do funcionalismo municipal, que destaca sobretudo as dificuldades surgidas na relação do funcionalismo com a Administração. Ela menciona o seguinte: a dificuldade em se respeitar a hierarquização dos serviços, por parte dos funcionários e da população; a falta de comunicação entre a Administração e os funcionários; a produtividade como parâmetro de avaliação do atendimento; dificuldades no trabalho das equipes multiprofissionais; as formas de contratação de médicos; a não operacionalização do Código Municipal de Saúde; o funcionamento do Hospital Municipal, insuficiente no atendimento do funcionalismo; a necessidade de alteração das formas de pressão da Administração em relação aos funcionários (critérios para a punição de faltas); a falta de engajamento do funcionalismo na efetivação das propostas; falta de interesse da Administração em conquistar tal “cumplicidade”; e finalmente a ausência de aprofundamento das questões dos funcionários nos Conselhos Gestores, o que acirrou as divergências entre os funcionários de um lado e a população e Administração de outro. O representante do setor privado menciona as seguintes dificuldades: o número insuficiente de profissionais e o predomínio de contratações de emergência, o não atendimento de reivindicações do funcionalismo por planos de cargos e salários, a falta de verbas e de repasses federais.

Nenhum dos entrevistados menciona a relação **Executivo/Legislativo** e **Executivo/Sociedade**, mas o representante do funcionalismo trata da relação entre o Legislativo e o Conselho Municipal de Saúde, afirmando que os vereadores da situação ajudavam a divulgar projetos do Conselho na Câmara, e destacando a atuação do próprio Conselho, que "ia de vereador em vereador solicitar apoio, independentemente do partido".

A **relação entre o Município, o Estado e a União** é mencionada pelos dois entrevistados, sendo que o representante do setor privado afirma que houve pouco apoio dos Governos Federal e Estadual à gestão petista e, referindo-se ao Governo Estadual, diz que houve repasse de UBS mas não houve apoio, pois a Prefeitura tinha que arcar com grande parte do ônus, inclusive com a isonomia salarial. Mas, a seu ver, a população foi beneficiada com a municipalização. Afirma ainda que a "estadualização" de equipamentos anteriormente mantidos pelo Governo Federal não contribuiu para a melhoria do atendimento.

A representante do funcionalismo destaca pontos semelhantes, afirmando que o relacionamento com o Governo Estadual foi difícil, pois não houve o repasse integral, isto é, apenas a estrutura física foi repassada, sem que houvesse repasse de recursos para RH, manutenção de equipamentos, etc. Acrescenta que o Governo Quéricia deu prioridade às prefeituras do PMDB. Quanto ao município, diz que houve incentivo à municipalização com Neder, que considerava esta questão como "ponto de honra".

Nenhum dos entrevistados menciona a **descentralização local**, havendo apenas referências à Reforma Administrativa, em outro momento da entrevista, por parte da representante do funcionalismo, dando a entender que houve descentralização do setor da saúde com a ampliação e reforma dos Distritos.

Quanto ao **controle público**, não há menção à relação com as demandas sociais e **formas de encaminhamento e atendimento das demandas** e tampouco aos **grupos mais demandantes**. Já em relação aos **mecanismos de participação na gestão**, o representante do setor privado destaca que a criação do Conselho Municipal de Saúde estava prevista em lei, mas diz também que resultou de luta dos movimentos organizados, destacando os movimentos da zona leste. Afirma que a maior parte da população não participa dos Conselhos por falta de conscientização.

O representante do funcionalismo, ao tratar deste tema, focaliza sobretudo a participação da categoria que representa: quanto aos Conselhos Gestores, afirma que houve grandes divergências entre funcionários, Administração e população. A seu ver, as discussões se resumiam a cobranças por parte da população, que desconhece "a dinâmica e especificidade do trabalhador em saúde" e que em alguns momentos pretendeu "fiscalizar o ponto dos funcionários".

Menciona em seguida a reivindicação por diminuição da carga horária do trabalhador em saúde, enfatizando a necessidade desta diminuição e defendendo assim a posição dos funcionários.

Afirma que, em razão destas divergências, decidiu-se, durante o III Congresso do Funcionalismo Municipal, que os funcionários não participariam dos Conselhos Gestores, visto que os problemas dos funcionários não eram discutidos.

Aparecem como demandas apenas as demandas específicas do funcionalismo: implantação de um plano de carreira, cargos e salários, para que se valorize e se perceba as diferenças de cargos e responsabilidades; modificação do acesso a chefia exclusivo a médicos e redução da jornada de trabalho (reivindicação antiga, nacional, justificada pela natureza do trabalho em saúde, que acarreta "pressões psicológicas").

Quanto ao Conselho Municipal de Saúde, o mesmo entrevistado ressalta sua importância enquanto mecanismo de participação na gestão e acrescenta que é necessário melhorar a relação e participação dos sindicatos dentro do Conselho, pois não houve participação dos trabalhadores.

**O modo pelo qual a Administração processa as demandas** é citado apenas pelo representante do setor privado, que diz não se lembrar de propostas de execução que tivessem partido do Conselho Municipal de Saúde, mas sim de queixas. Afirma que o que era discutido partia do Executivo, mas que nem tudo que este propunha era consensual.

As **principais fontes de financiamento** são, segundo o representante do funcionalismo, as seguintes: o Tesouro Municipal, o repasse de verbas estaduais e federais controlado pelo Fundo Municipal de Saúde, convênios com entidades particulares, até mesmo internacionais (caso do projeto "Cidades Saudáveis", financiado por uma entidade canadense). O

representante do setor privado afirma apenas que o repasse de verbas melhorou com a criação do FUMDES e fornece a única informação quanto às porcentagens pelas distintas fontes: 20% do orçamento da saúde em 1992 foi proveniente de repasses.

A representante do funcionalismo afirma que através do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde se tinha controle e conhecimento do modo pelo qual era utilizada a verba para saúde e principalmente da sua distribuição. Enfatiza que a transparência predominou quanto ao orçamento (e devido a tal transparência foi possível a utilização de verbas de complementação para dar benefícios ao funcionalismo, como o vale refeição), mas que o Conselho Municipal de Saúde não tinha o poder de modificá-lo.

A única ressalva que faz diz respeito às verbas provenientes dos convênios, pois segundo ele não ficou claro qual era o montante destas verbas e, portanto, falta fiscalização quanto a maneira pela qual foram gastas.

O representante do setor privado, de modo semelhante, afirma que o orçamento foi elaborado pelo Executivo e exposto e discutido no Conselho Municipal de Saúde, mas que não sofreu alterações porque este tipo de planejamento é baseado em dados técnicos aos quais somente o Executivo tem "acesso e competência para realizar".

#### *Setores do Empresariado*

Foi entrevistado um representante dos produtores de serviços de saúde do setor privado, também membro do Conselho Municipal de Saúde.

Quanto às **propostas de governo**, o entrevistado afirma que a PMSP “aplicou e seguiu à risca” a legislação existente para a saúde, destacando que São Paulo foi o segundo Município a “assinar com o Governo Federal” a municipalização da saúde e mencionando também o projeto de criação de Sub-Prefeituras.

Não há no entanto menção aos processos de formulação e implementação das propostas, nem uma avaliação delas em termos de avanços e limitações.

Segundo sua **avaliação geral**, houve durante a gestão um “processo de amadurecimento”, pois não se tinha experiência da prática democrática. Os representantes da população também se incluem neste processo, pois não havia consciência dos direitos e da cidadania.

Os **avanços** que menciona, em relação às **políticas implementadas**, são: a implantação do Conselho Municipal de Saúde, a criação dos Conselhos Regionais de Saúde, com intensa participação da população, além da ampliação do número de leitos, construção de hospitais, criação e reativação de UBS e contratação de pessoal, através de concursos. Os obstáculos encontrados foram a existência de “um certo bloqueio” à Administração na Câmara, a não realização integral da municipalização por parte do governo estadual e a falta de apoio à assessoria de imprensa da Secretaria Municipal de Saúde na divulgação das conquistas e do trabalho realizado.

Segundo o entrevistado, houve dificuldades na **relação Executivo/Legislativo**, sobretudo na questão da criação de cargos para as novas unidades de saúde, além da atuação da oposição na Câmara bloqueando as propostas da Administração.

De outro modo, a relação **Executivo/Sociedade** foi, a seu ver, "altamente benéfica", visto que a Administração procurou sempre ouvir a população, através das ARS e inclusive quanto à proposta orçamentária.

Quanto à **descentralização**, diz que os Governos Federal e Estadual não cumpriram sua parte na municipalização. O Governo Estadual não repassou unidades e não discutiu a questão salarial, sendo que nas discussões ocorridas teve uma postura "política", isto é, de favorecimento partidário. Não há menção à **descentralização local**.

Em relação ao **controle público**, e falando sobre o **atendimento e encaminhamento de demandas**, o entrevistado afirma que houve grande liberdade de participação e transparência, o que significou, a seu ver, um crescimento da cidadania. Ele acrescenta que há uma "Secretaria de Participação" dentro da Secretaria Municipal de Saúde, que é bastante ativa e dá apoio aos Conselhos e reuniões paralelas da população.

Quanto aos **mecanismos de participação na gestão**, afirma que, além de a Administração ouvir a população, o Conselho Municipal de Saúde esteve sempre aberto aos seus representantes, sobretudo antes da criação dos Conselhos Regionais e Setoriais na área da saúde. Houve também, a seu ver, erros dos próprios conselheiros que, como no seu caso, "não estavam acostumados a sentar para discutir com a população": muitas vezes pensava-se de modo "grandioso", enquanto que as demandas da população eram mais pontuais.

Acrescenta que se desenvolveu, dentro do Conselho Municipal de Saúde, um clima de confiança mútua entre os diversos setores; superados os antagonismos iniciais, "cada um foi adquirindo consciência da importância dos valores sociais" em detrimento dos valores individuais e respeitava-se os limites de ação da Administração.

Descreve, além disso, a atuação do Conselho Municipal de Saúde visitando hospitais públicos com o objetivo de demonstrar ao servidor a sua obrigação de atender bem e corretamente à população, e a sua importância profissional, concluindo que tal trabalho teve resultados positivos, como a mudança da percepção dos funcionários acerca do atendimento, e que foi realizado com criatividade.

Não menciona **grupos mais demandantes**, e em relação ao **modo pelo qual a Administração processa as demandas**, elogia a atuação da Administração e a implantação dos Conselhos ("foi uma experiência magnífica"), afirmando que o "homem público deve estar aberto a tudo que vem da população", mesmo o que vem de correntes políticas diversas.

Sobre as **principais fontes de financiamento da saúde**, afirma que a Prefeitura aplicou muito mais do que os 10% do orçamento municipal destinados à saúde, porque esta área foi priorizada, e diz ainda que o Município, em 1992, não recebeu nada do Governo Estadual e da União pelos serviços prestados. Acrescenta que o valor dado para a UCA no Estado de São Paulo não remunera por todos os serviços prestados, o que ocasiona cortes nestes serviços.

Quanto às **porcentagens pelas distintas fontes**, afirma o seguinte: em 1993, 20% do orçamento municipal é destinado à saúde e saneamento, sendo que 70% disto vai para a saúde, na proporção de dois terços de receitas correntes e um terço de receitas de capital; além disso, recebe-se por serviços prestados, através de verbas que vêm para o Fundo Municipal de Saúde. Acrescenta que o valor pago pelo SUS-INAMPS cobria apenas 60% dos custos e que o resto era financiado pela União.

Sobre a **distribuição de recursos no interior da Secretaria**, afirma que cerca de seis oitavos da verba municipal destinada a saúde é aplicada em atividades e dois oitavos em projetos. Segundo o entrevistado, a verba recebida através do Fundo Municipal de Saúde é aplicada sobretudo em investimento.

De acordo com o entrevistado, o **controle público do orçamento** foi feito de modo "muito positivo" e a lei foi aplicada com firmeza: na Administração do FUMDES havia participação de três conselheiros e os técnicos da Secretaria de Planejamento levavam seus relatórios ao Conselho Municipal de Saúde para que fossem analisados, sendo que o próprio orçamento foi aprovado pelo Conselho.

### **Síntese**

As **propostas da Administração** para a gestão da saúde são mencionadas pela maioria dos entrevistados (com exceção dos representantes dos trabalhadores, dos setores público e privado) e há coerência quanto aos temas mencionados por todos eles, que podem ser resumidos nos seguintes termos: municipalização, descentralização e democratização do atendimento e do processo de decisão (participação popular).

As referências ao processo de formulação das propostas são feitas somente pelos membros do Executivo e Administração, com ênfases distintas quanto à origem das propostas (Secretaria de Saúde, de um lado e, de outro, Conferências de Saúde, PT e movimentos de saúde).

Os membros da Administração são os únicos entrevistados que avaliam as propostas em termos de avanços e limites, criticando sobretudo as limitações presentes na Constituição Federal.

Assim, percebe-se que tais propostas aparecem através do conjunto de entrevistas como bastante consistentes (uma vez que há coerência e abrangência na descrição delas) e difundidas, pois presentes na maioria das entrevistas.

O conjunto de entrevistados faz também uma **avaliação geral da gestão**, com exceção do Secretário de Saúde, e predominam avaliações positivas, referentes à democratização, descentralização, melhoria da qualidade de vida da população, organização e integração dos serviços, priorização do setor social e consciência de direitos e responsabilidades.

Os elementos através dos quais os entrevistados avaliam a gestão, elencados a partir do tema do roteiro de entrevistas "**Impactos e resultados da política implementada**" são

numerosos e podem ser agrupados do seguinte modo: referências à assistência médica (que inclui menções majoritariamente positivas quanto à mudança na concepção de assistência médica, ampliação da rede física, melhora do atendimento e serviços); referências a recursos humanos (políticas de RH, contratações e ampliação de cargos, relação do funcionalismo com a Administração e com a população - há avaliações positivas e negativas quanto a estes pontos); descentralização local (referências à atuação da Secretaria de Saúde e à criação de Distritos de Saúde e Administrações Regionais de Saúde, na maioria positivas); em seguida aparecem referências à ampliação do controle e participação na gestão (menções genéricas e sobretudo menções aos canais institucionalizados); referências ao financiamento da saúde (ampliação do orçamento municipal e ausência de repasses estaduais e federais) e, por fim, referências ao Legislativo (tais como de bloqueio à Administração e ineficiência).

Há, portanto, uma qualificação da gestão e uma percepção da saúde bastante abrangentes, pois não se restringem à noção de assistência médica e se definem claramente em termos de definições de políticas por parte do Estado, já que a gestão é percebida e avaliada em termos da assistência médica (que é em muitos casos problematizada) mas também através da participação popular, financiamento, descentralização, da relação com o funcionalismo, entre outros.

A **relação Executivo/Legislativo** não aparece nas entrevistas com os representantes de trabalhadores, e nas restantes é descrita predominantemente como “difícil” ou “tensa”, com um maior detalhamento das razões destas dificuldades por parte dos representantes do Executivo e Administração e do Legislativo (situação). As principais características desta relação, segundo estes entrevistados, são as seguintes: concepção do Executivo a respeito da Câmara, particularmente quanto à política de alianças, comportamento do Legislativo (“vícios da Câmara”, tais como favorecimentos e privilégios), divergências partidárias, rejeição à convocação de concursos; resistência encontrada na Câmara (devido a pequena representatividade do PT ou a forte oposição ao partido), responsabilidade do Legislativo pela não aprovação de projetos e pela falta de agilidade na aprovação de outros deles.

Os representantes da Administração destacam também o esforço realizado pela Administração para que projetos do seu interesse fossem aprovados, através das assessorias técnicas e também através da pressão dos movimentos populares e dos meios de comunicação.

O vereador de oposição e o representante dos movimentos populares descrevem a relação entre Executivo e Legislativo como “boa” ou de “bom entendimento”, argumentando que a saúde foi o setor com o maior número de projetos aprovados (o que é citado também pelo Secretário e pelo vereador de situação) e que houve “dificuldades naturais”, sendo a principal delas relativa à aprovação da criação de cargos.

O Legislativo aparece, portanto, como espaço de negociações e embates na apresentação de projetos e interesses diferenciados durante a gestão em questão.

O tema da **relação Executivo/Sociedade**, que aparece bastante detalhado nas entrevistas com o Secretário e representantes da Administração e Legislativo, não é mencionado apenas pelos representantes dos trabalhadores. O Secretário descreve a atuação da Administração, através da criação de mecanismos institucionais de participação na gestão e do incentivo aos movimentos populares; os representantes da Administração qualificam o tipo de relação que se configurou entre a Administração, os movimentos organizados e a sociedade de modo geral.

O vereador de situação descreve, por sua vez, as dificuldades no relacionamento com o funcionalismo e o vereador de oposição menciona temas distintos dos que apareceram até aqui: o processo de descentralização da estrutura da saúde, a melhoria do atendimento médico, a “elevação da consciência sanitária” são os pontos positivos na relação Executivo/Sociedade destacados por ele. Critica ainda o que chama de “excessiva politização da saúde” e o privilegiamento, por parte da Administração, no atendimento de entidades ligadas ao PT.

Já o representante dos movimentos populares afirma que a relação Executivo/Sociedade foi muito democrática, com a Administração adotando uma postura de “respeito” para com os movimentos populares.

O representante do empresariado enfatiza também os aspectos positivos desta relação, descrevendo-a como “altamente benéfica” e citando as ARS como locais através dos quais a Administração “procurou ouvir” a população, segundo ele, inclusive quanto à proposta orçamentária.

A **relação entre o Município, o Estado e a União** é mencionada por todos os entrevistados, e predomina o destaque à dificuldade de relacionamento entre estas esferas, sobretudo na relação com o governo estadual (o Secretário de Saúde critica o privilégio dado

por este governo à terceirização dos serviços; o vereador de oposição destaca as divergências partidárias como fator de dificuldade na relação com o Estado e com a União; o representante dos movimentos populares afirma que a dificuldade no relacionamento com estas duas esferas se deu em função do não cumprimento da Constituição e das leis complementares que garantem a municipalização, criticando também o Estado por não repassar verbas aos municípios; os representantes dos trabalhadores, de ambos os setores, criticam também o governo estadual por repassar a estrutura física sem repassar recursos; o representante do empresariado faz a mesma crítica, mas afirmando que o Estado não repassou unidades, além de mencionar as dificuldades partidárias, assim como a representante do funcionalismo).

Há ainda críticas à forma vigente de repasse de verbas com base na produção (Secretário e Administração, Movimentos Populares), acompanhadas da defesa de uma “descentralização financeira” (por parte do Secretário) e da qualificação da municipalização da saúde como uma transferência de responsabilidade sem o respectivo financiamento (Movimentos Populares).

O tema da **descentralização local** não é citado pelo vereador de situação, pelo representante dos trabalhadores do setor privado e pelo representante do empresariado. Os pontos destacados pelos entrevistados restantes são basicamente dois: o primeiro enfatizando o avanço realizado pela Secretaria da Saúde em termos de descentralização e o segundo descrevendo a dificuldade de relacionamento entre esta Secretaria e as outras (sobretudo Administração, com Finanças e Planejamento citadas um menor número de vezes).

O primeiro dos temas relativos ao **controle público (atendimento e relação da Administração com as demandas)** é bastante citado, não aparecendo nas entrevistas com o vereador de situação e com representantes dos trabalhadores.

Percebe-se, de um lado, através dos pontos destacados pelos representantes do Executivo e Administração, a tentativa de descrever a sua atuação e de qualificar o tipo de demanda com as quais se confrontaram (descrevem a criação de mecanismos institucionais para o encaminhamento de demandas e qualificam este processo como “moroso”, propiciando a formulação de demandas diretamente à Prefeita ou ao Secretário; uma das entrevistadas critica a população pela falta de participação através destes mecanismos e outra delas destaca a tentativa por parte da Administração em mobilizar setores que não participavam).

O vereador de oposição menciona a ampliação e melhoria do atendimento como o modo pelo qual a Administração atendeu à “demanda social”, além de citar as dificuldades no relacionamento com o funcionalismo e os Conselhos de Saúde (Municipal e Locais) como mecanismos de pressão à Administração e à Câmara

O representante dos movimentos populares, por sua vez, descreve a atuação da Administração como sendo de “respeito e estímulo” aos movimentos e é bastante favorável a ela, afirmando que as questões consideradas importantes após as discussões foram atendidas. O representante do empresariado afirma apenas que houve “liberdade de participação” e “transparência”.

Quanto ao tema da **participação popular na gestão**, citado com detalhes por todos, são mencionados os mecanismos institucionalizados de participação na gestão (Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Gestores, Fórum da Cidade, Conferências de Saúde) e destacada a importância deste mecanismo, a ampliação da participação através deles. E como dificuldades, a resistência do funcionalismo em discutir com a população (vereador de situação, movimentos populares, representante do funcionalismo) e o bloqueio, por parte dos próprios Conselhos, à participação de entidades privadas ligadas à saúde.

O **modo pelo qual a Administração processa as demandas** é também abordado em detalhes por todos os entrevistados, que qualificam tanto a atuação da Administração quanto o próprio processo de discussão e formulação de demandas pelos distintos setores da sociedade.

Os representantes da Administração descrevem as dificuldades encontradas tanto no reconhecimento quanto no atendimento de demandas, e isto é atribuído ora ao tipo de demanda, “imediatista” segundo uma das entrevistadas, ora a dificuldades mais amplas próprias do setor.

De outro modo, há uma crítica ao tipo de discussão que se fez no Conselho Municipal de Saúde na fala do representante da APM e segundo o qual o Conselho não fez propostas de execução e sim “queixas”, além de afirmar que a pauta de discussões era proposta pelo Executivo. O representante dos movimentos populares não acrescenta novas informações além daquelas já destacadas, contraditórias com esta avaliação, pois afirma que as demandas formuladas no Conselho foram atendidas, sem criticar o tipo de demanda ou a imposição de temas por parte da Administração.

O representante do empresariado avalia como bastante positiva a atuação da Administração no Conselho Municipal de Saúde (“ouve a população”), as discussões realizadas (houve, segundo ele, um “clima de confiança mútua” após a superação de dificuldades iniciais) e os resultados da atuação do conselho. Destaca que houve “erros” por parte dos próprios conselheiros, que não estavam “acostumados a discutir com a população” e diz ainda que as demandas formuladas pela população eram pontuais.

Os **grupos mais demandantes** são citados apenas pelos representantes da Administração e pelos vereadores e são, segundo eles, os seguintes: “setores organizados” (movimentos de saúde, mulheres, trabalhadores), Deficientes, Idosos, Saúde Mental (na perspectiva do COAS), setor médico (setor mais demandante do funcionalismo) e Movimento de Saúde da Zona Leste. Há ainda menção a demandas “de massa” ou “espontânea”, existentes, segundo o vereador de situação e “muito raras”, segundo o vereador de oposição.

As **principais fontes de financiamento** são citadas por todos os entrevistados e há razoável coerência quanto às informações fornecidas: o orçamento municipal é descrito como a principal fonte, seguida dos repasses controlados pelo FUMDES.

A **composição orçamentária pelas distintas fontes** é também bastante citada (com exceção dos vereadores e da representante do funcionalismo, que não mencionam o tema) e as informações apresentadas são aqui também semelhantes: 13%, 15% e 20% são as porcentagens mencionadas como provenientes de repasses e o restante correspondente como proveniente do orçamento municipal.

A **distribuição dos recursos no interior da Secretaria** é menos citada (não mencionam o tema os representantes da Administração, movimentos populares, trabalhadores) e as informações apresentadas são: a verba do FUMDES destina-se ao custeio - obras e isonomia salarial- e o gasto do funcionalismo representa 70% dos gastos totais com saúde (Secretário); 6/8 da verba municipal para a saúde são gastos em atividades, 2/8 em projetos e a maior parte da verba do FUMDES é aplicada em investimentos (representante do empresariado); os representantes do Legislativo não apresentam porcentagens, mas fazem avaliações (segundo o vereador da oposição, a Administração priorizou a conclusão de obras em andamento e segundo o vereador da situação o custeio de pessoal não estava incluído no orçamento da

saúde, e sim na “caixa geral” do funcionalismo - o que contradiz a informação fornecida pelo Secretário).

Quanto aos **mecanismos de participação na distribuição, execução e controle dos recursos orçamentários**, tema citado por todos os entrevistados, há consenso entre a maior parte deles, afirmando que se efetivou tal controle - através de fóruns democráticos, conselhos técnicos e administrativos junto ao Gabinete e nos distritos, com participação das assessorias, Conferências de Saúde e Conselho Municipal de Saúde; da Câmara e do Conselho Municipal de Saúde segundo o vereador da oposição, nas Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde municipais, estaduais e federais, de acordo com o representante dos movimentos populares; através do Conselho Municipal de Saúde segundo o representante da APM, também citado pela representante do funcionalismo, que menciona além disso o FUMDES, ambos novamente citados pelo representante do empresariado.

Apenas dois membros da Administração questionam o tipo de controle realizado, enfatizando a iniciativa da Administração neste processo e criticando a “desarticulação” por parte da população. O representante da APM, apesar de destacar a existência de controle através do Conselho Municipal de Saúde, afirma que se tratou de uma exposição por parte do Executivo da elaboração do orçamento, mas que não houve alterações pois tal planejamento é baseado em “dados técnicos” aos quais apenas o Executivo tem “acesso e competência para realizar”.

### **Demandas e Canais de Participação**

Percebe-se inicialmente e a partir da síntese dos relatos, que o tema do controle público é bastante presente no conjunto de entrevistas, pois é citado na maioria delas e quase sempre em detalhes.

O conteúdo a respeito do tema, por sua vez, permite que sejam destacadas três características principais quanto ao tipo de controle público proposto e exercido durante a gestão 89-92: a primeira delas consiste na valorização dos canais institucionalizados criados, percebida através do destaque dado a importância deles, e no fato de que se constituem como a

referência central ao se abordar o tema do controle público, além do consenso quanto à ampliação da participação na gestão através de tais canais.

Os grupos mais demandantes são pouco caracterizados, não havendo um consenso claro quanto a eles, mas há no entanto uma referência pequena a “demandas espontâneas” o que, diante da acentuada ênfase aos mecanismos institucionalizados de participação na gestão, reforça a centralidade destes mecanismos como modo predominante de formulação de demandas e participação.

A segunda característica, decorrente da primeira, é a de que houve disputas e embates no espaço criado por estes canais de participação, o que pode ser percebido através das entrevistas nas menções às dificuldades de relacionamento entre o funcionalismo e a Administração, de um lado, e de outro entre o funcionalismo e o próprio Conselho Municipal de Saúde. Estes conflitos aparecem ainda na fala do Secretário de Saúde quando menciona o bloqueio à participação de entidades ligadas a grupos privados pelos próprios conselheiros.

Uma terceira característica relativa ao processo de ampliação da participação na gestão diz respeito à atuação da Administração, problematizada tanto pelos próprios membros da Administração como por outros entrevistados.

Na perspectiva dos representantes do Executivo e da Administração, percebe-se que houve iniciativas no sentido de tornar o poder público mais permeável às demandas da sociedade civil, através da ênfase dada aos diversos conselhos de saúde, e até mesmo com a descentralização da estrutura da saúde favorecendo uma maior participação local.

A relação com os movimentos sociais é outro tema presente no conjunto de entrevistas com estes atores, que avaliam a participação destes movimentos identificando uma certa “acomodação” por parte deles, ou “medo de cooptação”, e definem a própria atuação como sendo de estímulo à participação tanto dos movimentos organizados como de setores não organizados.

Um último ponto presente nas entrevistas com os membros do Executivo e Administração que merece destaque é a discussão em algumas entrevistas da dificuldade na identificação de demandas por parte da Administração, ou até mesmo uma desqualificação do tipo de demanda surgida, além da caracterização do processo de ampliação da participação na

gestão como “moroso”, o que teria propiciado a ocorrência de demandas diretas ao Secretário e à Prefeita. Apesar de distintos, estes temas indicam um esforço por parte da Administração na consolidação de canais de participação, mas também as dificuldades e expectativas surgidas uma vez instituídos tais canais.

Já assumindo-se a perspectiva dos diversos setores da sociedade, a atuação da Administração é qualificada de modo coerente com o que esta define a respeito da própria atuação, ou seja, houve incentivo e estímulo à participação na gestão. Mas há também algumas menções que apontam para uma predominância da iniciativa da Administração nos espaços institucionalizados de participação, definindo os temas a serem discutidos, ou na eleição de prioridades, além da opinião do vereador de oposição de que foram privilegiados grupos favoráveis ao partido no poder (PT).

Independentemente do viés presente em cada fala, crítico ou de apoio, fica clara a centralidade do ideário da gestão, que no caso tem como um dos principais temas a democratização da gestão e a participação, na criação de mecanismos de participação e na condução do processo criado, com a atuação da Administração aparecendo como parâmetro central.

Considerando-se o tema do financiamento da saúde e do controle público deste financiamento, destaca-se inicialmente que todos os entrevistados mencionam as principais fontes de financiamento e demonstram conhecer o peso relativo de cada uma delas (orçamento municipal como principal fonte, completado por repasses estaduais e federais). Detalhes sobre a distribuição de recursos no interior da Secretaria são menos conhecidos, mas ainda assim, aparecem em várias entrevistas. Isto indica, antes mesmo de considerada a questão que trata diretamente do controle público do orçamento, que há no conjunto das entrevistas um domínio relativamente alto das informações acerca do financiamento, o que a princípio possibilita a realização de um controle por parte dos distintos setores da sociedade.

Sobre o tema específico do controle público do orçamento exercido durante a gestão, evidencia-se na maioria das entrevistas um consenso quanto à realização de tal controle, sobretudo através do Conselho Municipal de Saúde, e destacam-se qualificações como as de “transparência”, “fiscalização”, “controle e conhecimento”.

Há em algumas entrevistas uma ênfase um pouco distinta na caracterização deste controle que, apesar de considerar a atuação da Administração como satisfatoriamente “transparente” e de mencionar a realização de discussões abertas do orçamento, ressalta que a participação da sociedade através do Conselho Municipal de Saúde foi principalmente de fiscalização e não de interferência direta na alocação de recursos (segundo um dos representantes da Administração, “a Administração mostrou o que seria feito” nas plenárias públicas na região central, diante de apenas uma demanda por parte da população e, nas palavras do representante da APM, já citadas, a Administração elaborou e expôs o orçamento, discutido mas não alterado pois o “acesso e competência” para este tipo de planejamento é, na sua opinião, restrito ao Executivo). Há ainda, novamente por parte de um dos representantes da Administração, uma desqualificação do tipo de controle realizado pelos representantes da sociedade: segundo ele, houve tentativa de participação na elaboração do orçamento, mas tal participação, por não ser “articulada”, não foi “efetiva”.

Assim, é possível perceber também, através da problematização do controle público do orçamento presente nas entrevistas, a centralidade do papel da Administração, tanto na iniciativa de tornar-se mais permeável à participação e ao controle público, quanto, uma vez instituídos canais e espaços para tanto, na avaliação deste processo feita pelos entrevistados-que de um lado valorizam positivamente a possibilidade de participação criada e, de outro, atribuem as dificuldades sobretudo à ausência de organização, “competência” ou “articulação” da sociedade.

A presença de movimentos organizados interagindo direta ou indiretamente com a Administração aparece, no entanto, sob outros dois diferentes temas, e é enfatizada por membros do próprio Executivo ou Administração: na formulação das propostas da Administração, em algumas das referências às origens dessas propostas, e na relação Executivo/Legislativo, em relação à qual é destacada a importância da pressão exercida pelos movimentos populares para a aprovação de projetos.

### **A saúde como questão social: a gestão na perspectiva dos atores**

Em primeiro lugar, nota-se que o nível de informação a respeito dos diversos temas propostos nas entrevistas é bastante alto em seu conjunto, tal como se destacou acima para o tema do financiamento, e é também percebido com clareza no que se refere, por exemplo, às

propostas da gestão, conhecidas pela maior parte dos entrevistados e coerente com o que se verificou através da análise das próprias propostas.

Um segundo ponto diz respeito à qualificação da gestão feita pelos distintos atores que, como descrito acima, aparece de modo abrangente, já que não se restringe a demandas por assistência médica (o tema aparece, mas com avaliações sobretudo positivas e ênfase na mudança de concepção proposta) e inclui avaliações acerca de diversos aspectos envolvidos na implementação das políticas de saúde (tais como Recursos Humanos, financiamento, participação e atuação do Legislativo).

Finalmente, cabe destacar a centralidade e problematização dos canais institucionalizados de participação (na relação Administração/sociedade) feita pelos entrevistados para caracterizar o modo pelo qual a saúde se constituiu como uma questão social na gestão em questão.

Percebe-se, através destes três ângulos, que houve, de um lado, iniciativas efetivas por parte da própria Administração em tornar-se mais permeável às demandas - o que é destacado tanto pelos próprios membros da Administração como pelos outros entrevistados. De outro lado, e também através das três características descritas acima, percebe-se que os distintos setores da sociedade de fato interagiram com a Administração, apesar das limitações descritas (tal como a ausência de poder deliberativo dos Conselhos para alterar as propostas ou o orçamento, ou a desqualificação do tipo de demanda surgida feita por um membro da Administração).

Quanto ao Legislativo, e mais especificamente, à relação Executivo/Legislativo, além da pressão dos movimentos organizados, parece ter sido fundamental na aprovação dos projetos da saúde a atuação da própria Secretaria Municipal de Saúde no enfrentamento das dificuldades descritas pelos entrevistados, dificuldades estas não relacionadas especificamente à saúde e que aparecem nas entrevistas com peso semelhante ao das menções à saúde como setor com o maior número de projetos aprovados.

## **VI. DESCENTRALIZAÇÃO, SAÚDE E DEMOCRACIA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

A experiência do município de São Paulo, na gestão 1989-1992, no que diz respeito à relação e/ou articulação entre descentralização, saúde e democracia ganha relevo por pelo menos três fatores : a magnitude do município, e em consequência dos problemas de saúde que demandam respostas a curto, médio e longo prazo; a concentração de interesses os mais divergentes presentes no setor privado da saúde dada a densidade tecnológica e a presença de estabelecimentos privados de saúde, bem como da clientela dos serviços e seguros privados; e finalmente, o esforço daquela administração em promover um processo de descentralização - no nível municipal - da gestão do setor.

Indubitavelmente a Lei Orgânica do Município, promulgada em 1990, reflete a forte presença do ideário e das forças políticas presentes na Reforma Sanitária, com marcada presença do partido político - Partido dos Trabalhadores - no governo e com larga tradição nos movimentos populares por saúde. Tal fato faz-se presente, por exemplo, na menção específica à saúde mental, saúde da mulher, saúde do trabalhador, do idoso, da criança e do adolescente, bem como à garantia do acesso dos cidadãos à informação sobre sua saúde.

Da mesma forma, reafirma o caráter deliberativo do Conselho Municipal de Saúde e veda qualquer forma de subsídio e incentivos fiscais às instituições privadas de saúde com fins lucrativos. Exatamente porque a presença do setor privado de saúde é aqui proeminente, regulamentar a relação setor público/setor privado de saúde significa ao mesmo tempo enfrentar fortes interesses já estabelecidos e imprimir, ao fazê-lo, a marca da saúde como responsabilidade do Estado, aproximando-se do entendimento do público como estatal. De fato, a Lei Orgânica Municipal ao mesmo tempo que obedece as diretrizes das leis superiores, estabelece que a execução das ações e serviços de saúde deve ser feita preferencialmente de forma direta pelo poder público ( o estatal ) e supletivamente pelo que denomina de "terceiros" - o setor privado em suas distintas modalidades.

Encontra-se já na Lei Orgânica do Município, no que se refere à saúde, a marca prevaiente do ideário da administração local : a ênfase na participação da comunidade, na descentralização, e sobretudo nos direitos do cidadão. Neste ponto em particular, este documento representa de fato um avanço frente aos demais, na medida em que nas ações

voltadas para grupos específicos - adolescentes, mulheres, trabalhadores, doentes mentais, entre outros - a preservação dos direitos a tratamento digno, à informação e ao respeito da pessoa humana está aí presente.

Em princípio, frente aos dados disponíveis, a infra-estrutura urbana do município é bastante favorável. Por exemplo, 97,5% dos domicílios encontram-se ligados à rede geral de abastecimento de água e 81,0% deles estão ligados à rede geral de esgotos. E embora não se disponha de dados precisos sobre iluminação e pavimentação de vias públicas, ao que se associa a necessidade de construção de novas moradias - seguindo cálculos daquela administração 43% da população residente, à época, vivia em domicílios classificados como sub-habitação. No decorrer da Administração, essas demandas acabaram resultando em forte pressão sobre as disponibilidades orçamentárias.

Por outro lado, do ponto de vista da equidade mesmo os dados favoráveis sobre saneamento, por exemplo, acabam por revelar uma outra magnitude do problema a ser enfrentado. Por exemplo, o fato de 1,5% do total de domicílios não terem água canalizada dentro do domicílio, e 0,5% não disporem de nenhum tipo de instalação sanitária, representa enfrentar a questão em 43.593 e 12.685 domicílios permanentes, respectivamente. Não obstante isso, a análise da gestão como um todo permite concluir que as questões habitacionais e urbanas foram preteridas frente à Saúde e Educação, apesar da prioridade da Administração para a área social.

Da mesma forma que no caso do saneamento básico, a rede de serviços de saúde instalada no município é deficitária, porém não em termos alarmantes: enquanto se preconiza que a disponibilidade de leitos gerais por 1.000 habitantes deva ser de 4,5 o município apresenta um coeficiente de 3,0 leitos. O problema que resta é o da distribuição desses equipamentos de saúde por área geográfica e pelos anéis centrais, intermediário e periférico do município.

Acresce-se à distribuição desigual desses equipamentos, em detrimento das áreas periféricas, o fato de 71% dos leitos gerais serem controlados pelo setor privado, na sua maioria lucrativo, e somente 23% do total da rede ambulatorial pertencer ao município, uma vez que a municipalização não se efetivou. Em consequência, a administração municipal, no caso de São Paulo, praticamente não possui nenhum tipo de mecanismo de controle sobre os equipamentos de saúde, sejam eles voltados para a atenção primária ou para a secundária e a terciária.

Isso leva a um ponto crucial do processo de descentralização e que está diretamente relacionado com a autonomia da administração local : a sua dependência financeira dos demais níveis de poder. Senão vejamos : em 1991 o município gastou US\$69,70 per capita com saúde, enquanto os gastos federal e estadual através de repasses de recursos foram cerca de 1/3 daquele montante. E apesar disso a autonomia do município no que se refere à gestão e formulação de sua política de saúde encontra-se drasticamente reduzida: de um lado, pelo fato de a grande maioria da rede de serviços ser privada; e de outro, pelo fato de ser o Ministério da Saúde que contrata a prestação dos serviços hospitalares e a Secretaria de Estado da Saúde que realiza as distribuições das quotas de AIH.

Fato esse tão mais significativo na medida em que o perfil de mortalidade da população paulistana tem suas principais causas compostas por enfermidades que exigem, ao lado da atenção primária, forte presença da atenção de níveis secundário e terciário. Em consequência, à complexidade do perfil das principais causas de mortalidade no município corresponde a necessidade de uma complexidade de atendimento e de serviços de saúde que acaba por dar lugar de destaque à rede hospitalar. Haja vista o fato de as causas externas (homicídios, acidentes de veículos e demais acidentes) se configurarem como a segunda principal causa de mortalidade.

Frente aos constrangimentos representados pela lógica de implantação do SUS , e portanto do processo de descentralização num caso em que a municipalização não se deu, as propostas da administração estudada referiram-se basicamente a um novo padrão de gestão local. Esse novo padrão pode ser assim resumido: democratização da gestão, buscando incorporar vários setores da sociedade organizada e dos funcionários da saúde em colegiados com poder deliberativo; atendimento integral e universalização dos serviços de saúde; e implementação de um novo modelo assistencial, com a incorporação progressiva das ações de saúde coletiva e de vigilância na rede municipal. Esses três eixos apresentaram progressos diferenciados em função de constrangimentos no interior da própria máquina administrativa e/ou da maior ou menor receptividade e disponibilidade dos diferentes atores envolvidos.

Chama a atenção, no primeiro caso, a lógica centralizadora da máquina administrativa, herança de nossa tradição histórica, frente às tentativas de imprimir maior autonomia às distintas administrações regionais de saúde em que foi dividido o município. E no segundo caso, dois fatores chamam a atenção: de um lado, a resistência dos trabalhadores da saúde, que entendiam

a presença dos usuários nas instâncias colegiadas como um fator de controle sobre eles; de outro, a resistência à participação direta na gestão do serviço de saúde, das instâncias intermediárias e da instância central por parte daqueles movimentos populares de saúde mais incipientes e com menor tradição, tendendo a ver nessa experiência um perigo de cooptação e de deslegitimação de suas lideranças frente às suas bases sociais. Em consequência, a implantação dos Conselhos de Gestão foi marcada por uma grande diferenciação interna.

Não obstante essa diferenciação, a tônica geral evidenciou os trabalhadores da saúde como aquele setor que mais resistiu à abertura da administração pública para o usuário, revelando um forte traço corporativista. Mas essa experiência revela, uma vez mais, o papel central da iniciativa da administração local - da iniciativa política, portanto - na criação de canais institucionais de participação e no incentivo para que ela ocorra.

Expressa esse último ponto a relação Executivo/Legislativo. Ao contrário das demais experiências analisadas, em municípios paulistas de médio porte, coube ao Executivo a iniciativa de 12 projetos de lei, enquanto foram de iniciativa do Legislativo 48 projetos de lei. Se da mesma forma que nas demais experiências nenhum projeto de lei de origem no Executivo foi rejeitado, 42% daqueles de origem no Legislativo o foram.

No caso do município de São Paulo, ao contrário dos demais, portanto, o Legislativo efetivamente configurou-se como um espaço de negociação política, apesar de se evidenciar uma certa imagem negativa, por parte do Executivo, com relação àquela instância. No que diz respeito especificamente à saúde, a Secretaria Municipal de Saúde tratou de instituir uma assessoria que fizesse a intermediação entre Executivo e Legislativo no que diz respeito às matérias em pauta atinentes ao setor.

Não só o Legislativo se configura com um espaço de negociação política. Na medida em que a proposta central do programa da Administração consiste na incorporação dos movimentos populares de saúde, e também dos demais setores da sociedade, em instâncias administrativas as mais distintas, permeia todo o período da gestão uma série de tensões entrecruzadas. Uma delas diz respeito à relação do Executivo com os movimentos populares. Enquanto a Administração priorizou o acabamento de obras iniciadas em gestões anteriores, e apesar de ter mantido a participação média da saúde no orçamento entre 15% e 15,5% durante os quatro anos, as camadas populares apresentaram demandas de caráter mais imediato, correspondentes às suas necessidades, tendo o Executivo pouca capacidade de resposta a elas.

Outra tensão, agora no interior da máquina administrativa, refere-se aos conflitos com outras Secretarias tanto no que se refere à participação no orçamento quanto à tendência descentralizadora da Secretaria Municipal de Saúde frente à tendência centralizadora das demais Secretarias. E na relação Executivo/Legislativo a tensão de uma negociação política, onde o governo não contava com a maioria, manifestava-se na falta de agilidade do Legislativo para responder à institucionalidade necessária à gestão, com exceção do eterno problema de contratação de recursos humanos para manter a rede funcionando. Por outro lado, nem sempre o Executivo revelou-se suficientemente ágil para institucionalizar os avanços e conquistas realizados, tais como os Conselhos de Gestão.

Aqui também, apesar da magnitude e do peso relativo do setor privado da saúde, durante todo o período desta gestão não se evidenciou uma relação tensa entre ele e o Executivo. Ao contrário, havendo já uma divisão do mercado pré-estabelecida, e com as implicações anteriormente apontadas no que diz respeito ao que ela representa de limitação para a autonomia local na formulação e implementação de uma política de saúde, o setor privado da saúde avalia positivamente a Administração. Refere-se a ela como tendo sido uma gestão mais organizada por comparação às anteriores, buscando "ouvir" a população e melhor adequar e organizar os serviços de saúde às necessidades de saúde. Ressalte-se aqui a instalação de um sistema de informação de saúde, no âmbito da Secretaria, permitindo compor um quadro atualizado do perfil técnico de necessidades de saúde da população.

Assim, um balanço geral da experiência do Município de São Paulo, na gestão 89-92, permite detectar que o setor da saúde avançou relativamente mais que os demais setores, na ampliação da rede física de serviços, no processo de descentralização da máquina administrativa (embora não lograsse institucionalizar em lei em sua integralidade esse processo), na ampliação e melhoria dos serviços, bem como na ampliação da compreensão das noções - e consequentes competências da Secretaria de Saúde - sobre modelos e programas de ações em saúde.

Mas talvez o principal significado desta experiência resida no fato de ter demonstrado a viabilidade de articulação entre democracia representativa e democracia direta no avanço da construção de um espaço público onde o aprendizado do exercício da cidadania ativa assume um papel central. Se assim é, o poder local configura-se como um espaço privilegiado de se fazer avançar a democratização das políticas públicas de corte social, num processo não linear,

mas que aponta a viabilidade de a descentralização poder levar à democratização por aproximar o governo da população, possibilitando assim o exercício do controle público e a participação ativa dos cidadãos na formulação e implementação das políticas setoriais.

Se não resta dúvida que o caminho a percorrer é longo, tampouco resta dúvida sobre sua tortuosidade: se a iniciativa da Administração no sentido de favorecer a participação evidenciar-se uma vez mais como central, o risco de se estabelecer uma relação de cooptação e de cumplicidade entre governo e setores populares organizados da sociedade está sempre presente. Tão mais presente quando se evidencia, no geral, a baixa capacidade de resposta do Executivo às demandas que se originam na população e a diferenciação da capacidade dos distintos setores organizados da população de formularem, terem acesso a informações e participarem, na qualidade de co-responsáveis, do governo local. E para tanto, já é um passo significativo a proposta da Administração - e que necessariamente não depende do partido político no poder - de buscar uma nova ética na relação com a população, tal como expresso nas propostas de governo dessa gestão.