

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

**1995**

**Cadernos CEDEC nº 42      Amélia Cohn (coord.)**

**DESCENTRALIZAÇÃO, SAÚDE E DEMOCRACIA**  
**O CASO DO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ**  
**(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 Nº 42**

### **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. INFRA-ESTRUTURA URBANA DO MUNICÍPIO: UM PADRÃO FAVORÁVEL FRENTE À REALIDADE ESTADUAL.....	22
III. ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO: DO REAL AO IDEAL.....	29
1. Rede de Serviços .....	29
2. O Perfil de Mortalidade.....	30
3. As Propostas da Administração .....	31
4. Entre o Real e o Ideal: outras possibilidades para a ação.....	32
IV. O PERFIL DO GASTO ORÇAMENTÁRIO: O LUGAR DA ÁREA SOCIAL .....	40
1. Orçamento Geral .....	40
2. Orçamento da Área Social .....	42
3. Orçamento da Área de Saúde/Saneamento .....	43
4. Análise dos Recursos Oriundos das Outras Esferas Administrativas para a Função Saúde/Saneamento .....	46
V. PENSANDO A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	52
1. A Relação Executivo/Legislativo.....	52
2. A Perspectiva dos Distintos Atores.....	57
VI. DESCENTRALIZAÇÃO, SAÚDE E DEMOCRACIA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ .....	77

## **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, de acordo com o texto constitucional, pelos seguintes princípios [Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II - Da Seguridade Social, Seção I - Disposições Gerais]:

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

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

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

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

Essas ações e serviços públicos de saúde, ao integrarem 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:

---

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

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

---

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

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".

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

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

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

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

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

fica bastante indefinido o grau de autonomia da esfera municipal para elaboração e execução de uma política de saúde naquele âmbito.

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

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

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

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

- **normatizar:** padrões de qualidade e parâmetros de custos de assistência e vigilância sanitária à saúde inclusive para a promoção da saúde do trabalhador; as atividades de serviços privados de saúde tendo em vista sua relevância pública; a promoção, proteção e recuperação da saúde através de normas técnico-científicas; padrões éticos para pesquisas, ações e serviços

---

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**É da competência específica do nível federal:**

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

- **normatizar:** o Sistema Único de Saúde de abrangência nacional; 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 Santo André**

Promulgada em 1990, esta Lei estabelece, em conformidade com as leis superiores, a saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado. A forma pela qual a saúde deve ser garantida - **em articulação com a União e o Estado** - se diferencia das disposições presentes no texto federal. Este prevê, enquanto competência dos Municípios, a prestação de serviços de atendimento à saúde da população **com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado** (Constituição Federal: art. 30, VIII).

Por outro lado, a Lei Orgânica da Saúde (8080/90) estabelece diferentes formas de relação entre os entes da federação, considerando a competência de cada esfera de governo, assim como a diversidade das ações e serviços a serem prestados. Assim, a respeito da competência específica do âmbito municipal, a Lei 8080/90 apresenta a seguinte disposição, com certa correspondência com o texto municipal: "cabe ao Município, **em articulação com a direção estadual**, participar do planejamento, da programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (Lei Orgânica da Saúde 8080/90: art. 18, II).

As diretrizes e estratégias apresentadas pela Lei Orgânica de Santo André que possibilitam a garantia da saúde estão em conformidade com os demais textos constitucionais. Vale destacar algumas especificidades desta Lei. Podemos verificar que o texto municipal apresenta uma intenção em ampliar sua competência no que se refere à garantia da saúde, uma vez que **não se limita à redução do risco de doenças e outros agravos, prevendo também a eliminação desses fatores**, disposição exclusiva deste texto.

A **gestão do Sistema Único de Saúde** no âmbito municipal compreende as seguintes diretrizes básicas:

- descentralização com direção única em cada esfera de governo;
- atendimento integral priorizando as atividades preventivas;
- gratuidade dos serviços prestados;
- universalização da assistência de igual qualidade, com instalação e acesso aos serviços de saúde prestados a todos os níveis da população;
- integração das ações e serviços das três esferas com vistas ao atendimento individual e coletivo;
- participação da comunidade;
- garantia de atendimento preventivo de endemias e epidemias;
- garantia de uma **política de recursos humanos**. Esta política, em especial, assegura as seguintes garantias aos profissionais da saúde: planos de carreira; isonomia salarial; admissão através de concurso público; incentivo à dedicação exclusiva e tempo integral; capacitação e reciclagem permanente e condições adequadas de trabalho para a execução de suas atividades em todos os níveis.

Referente ainda a **recursos humanos**, o texto municipal veda a nomeação ou designação, para cargo ou função de chefia ou assessoramento na área de saúde, de pessoa que participe de direção, gerência ou administração de entidades que mantenham contratos ou convênios com o Sistema de Saúde no âmbito municipal.

**A Lei Orgânica de Santo André permite ao Município suplementar a legislação estadual e federal referente à regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde.** Recorrendo a leis superiores pode-se verificar algumas incompatibilidades a respeito. Verifica-se na **Constituição Federal** que fica a critério do Município a extensão dessa suplementação, uma vez que "**competete aos Municípios suplementar a legislação no que couber**" (Art. 30, II). Já a **Lei Orgânica da Saúde (8080/90)**, em seu artigo 18, inciso XII, estabelece para o Município a possibilidade de **complementar somente o que se refere à normatização/ regulamentação sobre as ações e serviços de saúde, e não suplementar a legislação acerca das várias funções da esfera municipal como quer a Lei Orgânica de Santo André.** Depreende-se daí certa discordância entre a legislação municipal e a Lei

Orgânica da Saúde (8080/90), quanto à capacidade de atuação que a esfera municipal tem sobre a legislação.<sup>4</sup>

A **execução das ações e serviços de saúde** devem ser realizadas, preferencialmente, de forma direta, pelo Poder Público, ou através de terceiros, e pela iniciativa privada.

A **Programação em Saúde**, que envolve o desenvolvimento de ações e serviços de saúde voltados para os diversos setores, está assegurada pelas seguintes diretrizes:

- **o ambiente natural, assim como os locais públicos e de trabalho** são alvo das ações e serviços de preservação da saúde;

- programas e ações referentes à vigilância sanitária e epidemiológica; saúde da mulher; do trabalhador; da criança e do adolescente; saúde do idoso; de pessoas portadoras de deficiências; saúde mental; e de saúde e higiene bucal devem ser formuladas, organizadas e coordenadas pelo Poder Público Municipal.

Considerando a disposição acima, foram identificadas algumas especificidades do texto municipal que não constam nas constituições federal e estadual, assim como na Lei Orgânica da Saúde (8080/90), e que dizem respeito a dois alvos de atuação do Poder Público: **a saúde e higiene bucal e a saúde mental**.

Para o primeiro grupo de ações - saúde e higiene bucal - a Lei Orgânica de Santo André prevê o desenvolvimento de ações de caráter preventivo e corretivo. No que se refere ao doente mental o texto municipal apresenta um artigo exclusivo, no qual especifica uma série de garantias a serem asseguradas pelo Sistema de Saúde naquele âmbito (Art. 226, parágrafo 1º, 2º e 3º).

O texto municipal confere às **questões de meio ambiente nele incluído o do trabalho** três disposições assegurando as seguintes garantias aos trabalhadores:

- as fontes de riscos do ambiente de trabalho são passíveis de avaliação, devendo ser encaminhadas as medidas de resolução. O desenvolvimento destas ações pelo Poder Público Municipal conta com a celebração de convênio com a União ou com o Estado;

---

<sup>4</sup> O mesmo ocorre na Lei Orgânica do Município de Botucatu.

- relacionado ao processo produtivo, esta Lei garante o acesso dos trabalhadores, através de seus respectivos sindicatos, às atividades que causam riscos à saúde, aos métodos de controle e avaliação. Também, a adoção de medidas preventivas e de acidentes e de doenças do trabalho;

- quanto ao trabalho médico, está assegurada a análise e emissão de parecer técnico sobre projetos de construção e ampliação de prédios para aquele fim. Está prevista a implantação de **serviços de atendimento integral aos idosos e aos aposentados por invalidez**, disposição que também não encontra correspondência nos demais textos.

No que se refere às **peças portadoras de deficiências**, tanto o texto estadual quanto o municipal se mostram detalhistas em suas disposições, assegurando garantias similares. De um lado, o texto estadual prevê o atendimento integral envolvendo a atenção primária, secundária e terciária de saúde, contando, ainda, com o fornecimento de todos os equipamentos necessários. (Constituição Estadual: art.223,IX). Já o texto municipal amplia a abrangência das ações a serem desenvolvidas pelo poder público municipal, uma vez que assegura, além das disposições previstas no texto estadual, o atendimento odontológico.

Com relação à **pesquisa e o desenvolvimento científico e tecnológico**, a Lei Orgânica de Santo André apresenta uma disposição detalhada, na qual especifica a competência da esfera municipal ampliando, de maneira exclusiva, as diretrizes constantes na Lei Orgânica da Saúde (8080/90, Art. 15, incisos XVI e XVII), nos seguintes termos:

- está previsto o **envolvimento de instituições de ensino superior em conjunto com a direção municipal do SUS** para a elaboração de diretrizes orientadoras de projetos de pesquisa científicos e tecnológicos que visam contribuir para as áreas de recursos humanos, materiais e físicos daquele Sistema, considerando o referendo do Conselho Municipal de Saúde.

A disposição presente na Lei Orgânica de Santo André que garante o **direito à autorregulação da fertilidade** é similar à redação apresentada pela Constituição Estadual, lembrando que esta é a única lei superior que faz menção sobre este assunto.

O mesmo ocorre com relação à garantia da **prática do aborto**, serviço que poderá ser prestado pela rede pública no âmbito municipal, considerando os casos previstos pela

legislação. Também a esse respeito, somente a Constituição do Estado conta com uma redação correspondente.

Cabe ao Poder Público Municipal criar condições necessárias para a implementação das seguintes ações:

- implantação de unidades terapêuticas destinadas à recuperação dos **usuários de substâncias que geram dependência física ou psíquica;**

- criação de **banco de órgãos, tecidos e substâncias humanas**, considerando o acesso à população.

Estes dois campos de atuação contemplados pela Lei Orgânica de Santo André têm correspondência com o texto estadual.

O atendimento da **saúde materno-infantil** deverá ser realizado pela Fundação de Assistência à Infância de Santo André-FAISA, com recursos provenientes do orçamento municipal.

Está assegurada pela Lei Orgânica de Santo André, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde (8080/90), a **celebração de consórcios intermunicipais**. São duas as diretrizes estabelecendo a forma e os objetivos desta ação. Em seu artigo 222, parágrafo 6º, o texto municipal confere a esses consórcios o objetivo de atender as necessidades do Sistema de Saúde. Já no artigo 231, o mesmo texto especifica os municípios do Grande ABC como sendo os participantes, reiterando os objetivos desta diretriz, apresentando mais detalhes.

A Lei Orgânica de Santo André prevê no âmbito municipal a **regulamentação e execução da política nacional de insumos e equipamentos**. Verifica-se nesta disposição certa ampliação da competência municipal, uma vez que a Lei Orgânica da Saúde (8080/90) estabelece somente a execução desta política (Art. 18, inciso V).

Cabe ao Município participar, em caráter suplementar, das ações da União e Estado referentes ao controle e fiscalização da produção, armazenamento, transporte, guarda e utilização de **substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e teratogênicos**. Esta disposição tem correspondência com as leis federal e estadual, à exceção do fato de que a Lei Orgânica de Santo André especifica a forma de participação da esfera municipal como sendo suplementar.

Chama a atenção o fato de esta disposição não apresentar similar na Lei Orgânica da Saúde (8080/90).

Cabe ao SUS no âmbito municipal implantar o **plano de alimentação e nutrição**, de conformidade com os planos estadual e nacional. O texto municipal traz ainda uma disposição exclusiva especificando a relação entre o Município e o órgão específico de abastecimento, como sendo de forma articulada e suplementar.

A respeito do **saneamento básico**, a Lei Orgânica de Santo André respeita as diretrizes superiores e especifica o campo de atuação municipal, como sendo de **participação da formulação da política e da execução das ações referentes**. Vale lembrar que esta última atribuição (execução) é considerada pela Lei 8080/90 não somente como comum às três esferas de governo, mas específica do nível municipal (Art. 18, inciso IV).

São, ainda, atribuições da esfera municipal:

- acompanhamento, avaliação e divulgação dos **indicadores de morbi-mortalidade**;
- fiscalização e controle de **equipamentos e aparelhagem do Sistema de Saúde**, conjuntamente com o Estado;

As diretrizes a respeito do **controle público/participação social** podem ser identificadas em dois momentos no texto municipal. De um lado, esta Lei Orgânica assegura "o direito à obtenção de informações e esclarecimentos de interesse da saúde individual e coletiva, assim como das atividades desenvolvidas pelo sistema"(art.220,III). Em outro momento, o texto municipal assegura a participação da população através dos seguintes mecanismos: **Conferência Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Diretor de Unidade de Saúde**. Vale lembrar que não é feita referência sobre a forma dessa participação ou sua abrangência frente ao Sistema de Saúde.

Recuperando as diretrizes superiores que tratam do mesmo assunto, tem-se que a Constituição do Estado especifica os setores envolvidos e esclarece a abrangência dessa participação, que compreende a elaboração e controle das políticas de saúde, formulação, fiscalização e acompanhamento do Sistema de Saúde naquele âmbito.

O texto federal conta, por sua vez, com duas disposições. A primeira relacionada diretamente ao setor saúde prevê a participação da comunidade no Sistema de Saúde, sem apresentar maiores esclarecimentos. A segunda disposição, que se refere à organização da Seguridade Social, é mais abrangente e estabelece "o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados" (art.194,VII).

Por fim, é na Lei Orgânica da Saúde 8.142/90 que estão especificadas as atribuições tanto da **Conferência de Saúde**, bem como a composição e o caráter do **Conselho de Saúde**.

Quanto à **Conferência**, trata-se de um mecanismo que deve ser convocado a cada 04 (quatro) anos pelo poder executivo em cada esfera de governo ou de forma extraordinária pelo respectivo Conselho de Saúde. Tem como atribuição propor as diretrizes para a formulação da política de saúde e avaliar a situação da saúde (Lei Orgânica da Saúde nº 8142/90, Art.17, Par. 1º).

O **Conselho de Saúde** é um órgão colegiado em caráter permanente e deliberativo composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários. Cabe ao Conselho "deliberar sobre as estratégias e atuar no controle de execução da política de saúde inclusive nos aspectos econômicos e financeiros" (Lei Orgânica da Saúde 8.142/90, Art. 17, Par. 2º e Par. 4º).

As disposições referentes ao **Financiamento do Setor Saúde** estão em conformidade com os textos federal e estadual, considerando que o Fundo Municipal de Saúde deverá constituir-se de todos os recursos provenientes do orçamento do Município, Estado, União, Seguridade Social e demais fontes. O texto municipal prevê, ainda, a destinação de recursos do orçamento municipal para o atendimento da **saúde materno-infantil**, ficando a cargo da Fundação de Assistência à Infância de Santo André - FAISA.

No que se refere à **relação público-privado**, no âmbito municipal a regulamentação segue em conformidade com a legislação estadual e a federal, estando prevista a **participação do setor privado no Sistema de Saúde em caráter complementar**. Têm preferência as entidades filantrópicas ou sem fim lucrativo quanto à celebração de contratos ou convênios com o Sistema de Saúde. Vale lembrar que o texto estadual não faz menção a respeito.

## II. 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. André é bastante satisfatória em termos de cobertura, superando a verificada para o conjunto dos municípios paulistas, que por sua vez é muito superior à da média do País. O município de S. André conta com 161.699 domicílios permanentes, todos localizados na zona urbana, com média de 3,7 pessoas por domicílio, sendo que cerca de 40% deles possuem até 4 cômodos, e apenas 29 % 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 96,5 % ligados à rede geral ( água tratada ); 99 % possuem algum tipo de instalação sanitária, sendo que 87,5% deles são ligados à rede geral de esgoto; e a totalidade 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 e pavimentação referem-se apenas à população de baixa renda ( segundo informações prestadas pela administração municipal e apresentadas na publicação “Perfil Habitacional Municipal” da Secretaria da Habitação do Governo do Estado de S. Paulo), e apresentam percentuais de cobertura de apenas 70 % para iluminação pública e de 50% para pavimentação de ruas.

Em relação à infra-estrutura urbana, o município de S. André situa-se na condição em que a demanda por tais serviços é relativamente pequena, à exceção da iluminação e pavimentação de ruas dos locais de habitação da população de baixa renda, para o que não se dispõem de estimativas precisas. Esse padrão apresentado para a infra-estrutura urbana não se

constitui em fonte de grande pressão sobre as disponibilidades orçamentárias, liberando, deste modo, os gastos em outros setores. 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, 2.228 domicílios permanentes ( 1,5 % do total ) não possuem água canalizada interna, e 1013 deles ( 0,5 %) não dispõem de nenhum tipo de instalação sanitária. Isto é, em um município situado numa das regiões mais ricas do País (o grande ABCD ), cerca de 8.444 habitantes não dispõem de água encanada, e 3.839 não tem 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 50.000 novas casas, e o fato de 15.000 famílias, ou 72.000 pessoas, habitarem domicílios localizados nas 89 favelas do município.

Estes últimos dados, quando relacionados a padrões de equidade, apontam para a necessidade de um esforço da administração municipal para minorar os padrões de desigualdade. Apesar de a 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, em termos de prioridade, se não foram desconsiderados pela administração, foram preteridos em benefício de outros setores, dentre os quais os de Saúde e Educação.

A evolução dos gastos reais da área social com a função Habitação/Urbanismo, apesar de ocupar a primeira posição nos dois períodos delimitados neste estudos, apresenta um desenvolvimento díspar entre eles. Assim, no período 1988-91 (que inclui a reforma tributária constitucional) o desempenho ainda que positivo (média de 66,5 %) situa-se 111,5 pontos percentuais abaixo da média verificada para a evolução real do orçamento municipal (178 %). Esta evolução piora muito no período subsequente, 1989-91, já que o desempenho torna-se negativo, seja em relação aos gastos em Habitação/Urbanismo (-27,5 %), seja em comparação ao orçamento geral, de 58 pontos percentuais (Cf. Tabela 11, p.). 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 de recursos das esferas de governo estadual e federal.

**TABELA 1**

**Distribuição de domicílios particulares e pessoas moradoras no município de Santo André segundo situação do domicílio**

<b>Total</b>	<b>Urbano</b>	<b>Nº pessoas por domicílio</b>
161.699	100%	3,79%

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

**TABELA 2**

**Domicílios particulares permanentes por nº de cômodos no município de Santo André**

<b>Domicílio</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
- Até 2	9.529	5,89
- 3 e 4	55.515	34,33
- 5	41.481	25,65
- 6 a 9	471.150	29,13
- 10 ou +	8.059	4,98
	161.699	100

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

**TABELA 3**

**Percentual de coleta do lixo por domicílios particulares permanentes no município de Santo André**

<b>Coleta de lixo</b>	<b>Total</b>	<b>% Domicílios</b>
<b>Coletado</b>	160.667	99,36%
<b>Não Coletado</b>	1.032	0,64%
<b>Total</b>	161.699	100%

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

**TABELA 4**

**Abastecimento de água por domicílios particulares permanentes no município de Santo André**

<b>Abastecimento de água</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Água Canalizada Interna</b>	159.471	98,62%
<b>Rede Geral</b>	156.432	96,74%
<b>Outras formas (poço, nascente etc.)</b>	3039	1,87%
<b>S/água canalizada interna</b>	2.228	1,37%

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

**TABELA 5**  
**Instalação Sanitária por domicílios particulares permanentes**  
**no município de Santo André**

<b>Instal. Sanitária</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Com algum tipo de instal. sanit.</b>	160.613	99,32%
<b>Rede Geral</b>	141.384	87,43%
<b>Vala</b>	2.550	1,57%
<b>S/instalação sanitária</b>	1.013	0,62%
<b>Não sabe</b>	67	0,04%

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

**TABELA 6**  
**Distribuição dos Domicílios particulares permanentes e pessoas moradoras 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 instal. sanitária	1,44% (116.170)	1,02% (77.046)	7,35% (39.124)	1,34% (421.291)	0,92% (269.876)	6,76% (151.415)
não sabe informar	0,12% (10.064)	0,12% (9.475)	0,11% (589)	0,12% (40.116)	_____	_____

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

**TABELA 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. ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO: DO REAL AO IDEAL**

#### **1. Rede de Serviços**

A rede de serviços de saúde instalada no município totaliza 98 estabelecimentos, sendo 16 hospitais. O município dispõe de 2,3 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. Assim, mesmo considerando-se o número expressivo de equipamentos de saúde existentes no município, eles são insuficientes para o atendimento das necessidades mínimas de uma cidade de mais de 600.000 habitantes, apresentando-se, pelos parâmetros da OMS, um déficit de 1320 leitos gerais.

A rede hospitalar da cidade dispõe de 1.530 leitos distribuídos em 11 hospitais gerais e 5 especializados. Os leitos especializados somam apenas 127, correspondendo a cerca de 8,5% do total, e são controlados pelo setor privado. Dado o tipo de relação existente entre o setor público e o privado no atual sistema de saúde brasileiro, mesmo estes poucos leitos especializados não são passíveis de qualquer interferência do poder municipal.

Dos 1.403 leitos gerais (91,5% do total), 92 % são controlados pelo setor privado, sendo 74 % (1.094 leitos) lucrativos e apenas 18 % ( 253 leitos) filantrópicos. Os demais 8% (112 leitos) são controlados pelo setor público e localizam-se no Hospital Municipal.

A rede ambulatorial conta com cerca de 81 estabelecimentos, 38 com atendimento geral nas áreas médicas básicas ( clínica médica e cirúrgica, obstetrícia e pediatria ), sendo 21 deles específicos em puericultura, e apenas 50 voltados exclusivamente para o atendimento especializado, 5 deles pertencentes ao município. Agregam-se a esta rede os serviços de atendimento a pacientes externos existentes em 15 dos 16 hospitais do município. Apesar de não se dispor de informações sobre a vinculação de todos estes estabelecimentos - se públicos ou privados - sabe-se que pelo menos 29 deles, ou 36 % do total, são equipamentos pertencentes à rede pública municipal.

Em suma, o setor público praticamente não possui nenhum tipo mecanismo de controle sobre os equipamentos de saúde destinados à atenção secundária e terciária. Não obstante, em 1991, os gastos da União em saúde no município, via pagamento por serviços hospitalares prestados, alcançam a expressiva soma de US\$ 5,566,889.00 (cerca de 1/5 do gasto orçamentário em saúde/saneamento), o que representa um per capita de US\$ 9.

A ausência quase completa de controle do setor público sobre os serviços hospitalares é agravada pelo significativo déficit de leitos para internação no município, sejam gerais ou especializados, bem como pelo pequeno porte da rede de serviços públicos de atenção primária frente à demanda potencial da população.

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. André. Esta situação 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 na implementação de uma descentralização com transferência de poder decisório na área da saúde que contemple a esfera municipal.

Na realidade, o setor privado além de controlar a quase totalidade dos leitos do município, em 1991 absorveu cerca de 70% do gasto federal com as internações hospitalares, percentual em evolução. Assim, o poder público municipal além de responder apenas por uma pequena parcela da produção de serviços de saúde do município, principalmente os hospitalares, não dispõe de instrumentos político-administrativos que lhe permitam cumprir as diretrizes do Sistema Único de Saúde, mesmo gastando ,como em 1991, US\$ 49,60 per capita do orçamento municipal na Área da Saúde. Por outro lado a esfera federal, com um gasto per capita cerca de 5 vezes menor no município, na prática detém um poder de intervenção no município significativamente superior à aquele da área municipal da saúde, já que o Ministério da Saúde é o contratante dos serviços hospitalares.

De modo genérico o município de S. André conta com uma estrutura física de serviços insuficiente, em termos quantitativos e qualitativos, expressa sobretudo pela carência em serviços de maior complexidade tecnológica, necessários para o atendimento de uma população da ordem de 600.000 habitantes.

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

No período estudado a mortalidade geral situa-se em torno de 6.3 (1989) e 6.0 (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, os neoplasmas, as causas externas, e as doenças do aparelho respiratório. Estes agravos são

responsáveis por 73.3% dos óbitos ocorridos no município em 1989, e 72.2% dos ocorridos em 1992.

Dentre estas, destacam-se as doenças do aparelho circulatório como a principal causa isolada de mortalidade. Para o ano de 1989, estes agravos representam 39.9% do total de óbitos, apresentando, na faixa etária dos 45 aos 64 anos, a taxa de 5.0 óbitos por 1.000, taxa esta que apresenta significativo incremento, passando a 32.3 por 1.000, ao considerar-se a faixa etária de 65 e mais anos.

Em 1992, as doenças do aparelho circulatório correspondem a 34.4% do total de óbitos, sendo 3.8 por 1.000 na faixa etária de 45 a 64 anos, e 24.3 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 3.6 e 2.7 por 1.000, respectivamente em 1989 e 1992. Seguem-se as doenças do aparelho respiratório, com taxas de 10 e 7.2 óbitos por 10.000, respectivamente em 1989 e 1992.

Dentre as três causas externas de óbitos selecionadas para os 4 municípios (homicídios; acidentes de veículos a motor; demais acidentes), destacam-se os homicídios apresentando percentuais de 4.4% (1989) e 4.2 % (1992) do total de óbitos, manifestando-se, de modo mais acentuado, na faixa etária dos 10 aos 44 anos, correspondendo a taxas de 4.3 (1989) e 3.8 (1992) por 10.000. Seguem-se os acidentes de veículo a motor com 3.2% e 3.8% do total de óbitos, respectivamente em 1989 e 1992.

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

Os documentos com diretrizes e metas da Secretaria Municipal de Saúde de Santo André configuram como proposta de governo a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no município.

Os alvos desta proposta, que se embasam nos princípios do SUS e na Constituição Federal, são os seguintes:

- Universalização do atendimento.

- Aumento da cobertura assistencial, com a meta do atendimento a 100% da população, principalmente às custas da ampliação da rede física.

- Integralização das ações de saúde, através do trabalho em equipes multiprofissionais e do enfoque em ações programáticas de saúde (ênfase em ações preventivas).

- Regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço, incorporando atividades de planejamento ascendente.

- Descentralização da gestão, com a participação dos diversos setores da sociedade através da Conferência Municipal de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Diretores das Unidades de Saúde (que são as instâncias colegiadas gestoras do SUS no nível municipal), objetivando o controle social das ações e serviços de saúde. Os Conselhos Diretores são órgãos auxiliares, hierarquicamente subordinados ao Conselho Municipal de Saúde, tendo como finalidade definir as prioridades de atuação nas unidades de saúde, além de avaliar o desempenho das Unidades, fiscalizar o desenvolvimento das diretrizes estabelecidas e divulgar as ações de interesse da comunidade.

- E o estabelecimento de um novo modelo assistencial, fundado na interrelação da Secretaria de Saúde com as Secretarias de outras áreas (Educação, Cultura, Esporte, Abastecimento, Administração, etc), sendo as áreas meio fundamentais para o equacionamento de questões administrativas e também as áreas fim, tais como Abastecimento, Educação, Cultura, por interferirem nos determinantes das condições de vida da população. Os documentos examinados fazem apenas as menções acima descritas, não aprofundando como se daria, na prática, esta relação entre as distintas secretarias.

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

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

Este tópico, à semelhança de material já publicado para os municípios de Itú e Botucatu, analisa a coerência e a compatibilização das ações e programas desenvolvidos no Município de

Santo André 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 do município de elaborar programas e executar ações a partir de um diagnóstico técnico dos problemas locais.

Verificamos esta capacidade do município de elaborar programas e executar ações a partir de material obtido na fase de trabalho de campo com ênfase no Plano Municipal de Saúde produzido por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, em junho de 1989. Essa análise foi complementada por cinco outros documentos produzidos posteriormente pela gestão em questão, e que abordam aspectos políticos, administrativos e operacionais do SUS em Santo André<sup>5</sup>.

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 constituem a base para o diagnóstico técnico e a determinação dos principais problemas locais que formam o arcabouço do modelo teórico<sup>6</sup>.

### **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, o seu referencial. Não se pretende completo, entendendo portanto que não contempla diagnóstico, necessidades e desejos percebidos pela população local.

Em 1989, Santo André apresentou o seguinte perfil de mortalidade:

---

<sup>5</sup>Saúde: uma conjuntura de crise (agosto de 1990); O SUS e a Administração Municipal no ano de 1991 (dezembro de 1990); SUS: uma proposta que está dando certo (dezembro de 1992); Diagnóstico Administrativo (sem data); Programa Especial de Redução da Mortalidade por Causas Perinatais no Município de Santo André (sem data).

<sup>6</sup>Um diagnóstico local deve-se valer também dos dados de morbidade. Entretanto o acesso de forma completa a esses dados é dificultado pela falta de mecanismos de compilação que compreendam serviços públicos, privados e filantrópicos.

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

2. Os grupos etários 45-64 e 65+ são os que apresentam o maior risco de morrer por doenças do aparelho circulatório (50/10.000 e 323/10.000 respectivamente); as causas externas atingem mais o adulto jovem (15-44 anos, 10/10.000), enquanto as crianças (0-4 anos) e os mais idosos (55+) são os mais vulneráveis às doenças respiratórias (10/10.000 e 31/10.000, respectivamente).

3. As afecções perinatais representaram 5.5% dos óbitos totais em 1989 e dados obtidos em documentos produzidos pela equipe local mostram o crescimento da contribuição relativa dessas afecções no conjunto da mortalidade infantil. Por exemplo, em 1975 as afecções perinatais representavam 28% do conjunto da mortalidade infantil crescendo para taxas da ordem de 49% em 1985.

4. As doenças infecciosas e parasitárias apresentaram em Santo André um menor impacto na mortalidade total do que em Itú (5.5%) e Botucatu (3.3%), contribuindo com apenas 2.9% dos óbitos totais registrados em 1989.

5. Segundo documentos obtidos localmente, observou-se no período 1970-1989 importante redução das taxas de mortalidade da população em geral, com queda da mortalidade geral (7.6/1000 em 1970 e 7.1/1000 em 1989) e infantil (85/1000 em 1970 e 24/1000 em 1989). Apesar dessa melhoria nos coeficientes de mortalidade infantil, em 1989 quase 60% dos óbitos foram causados por diarreias, pneumonias e afecções ligadas ao parto.

6. Vale ressaltar que no grupo etário 5-19 anos, os homicídios representaram quase 25% de todos os óbitos do grupo.

7. Resumindo, o perfil de mortalidade em Santo André não é diferente do perfil encontrado em outros municípios da Grande São Paulo. As causas perinatais predominam no grupo de menores de 1 ano, as pneumonias na faixa de 1 a 4 anos, os homicídios no grupo 5-19, seguidos de perto pelas mortes causadas por acidentes de trânsito, os homicídios na faixa 20-49, as doenças cérebro-vasculares e os tumores malignos no grupo 50-64, e as doenças isquêmicas do

coração nos idosos acima de 65 anos. Para o sexo feminino, o grupo 5-49 teve os tumores malignos como a primeira causa de morte.

É importante mencionar que o exercício diagnóstico aqui elaborado coincide na sua totalidade com o diagnóstico elaborado pela equipe municipal de saúde de Santo André. Chama a atenção o refinamento do diagnóstico municipal elaborado pela equipe local, ao dividir a cidade em pequenas áreas geográficas, para levantamento dos recursos existentes e análise de necessidades.

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

Poderia-se apontar 3 problemas básicos:

1. As cardiopatias e as neoplasias indicando envelhecimento da população. De fato, em 1989, 64% dos óbitos foram acima de 50 anos, em comparação aos 45% de 1975. Essas percentagens, além de indicarem envelhecimento da população do município demonstram ainda melhoria do nível de saúde. Entretanto, o Plano Municipal de Saúde menciona que a "mortalidade nesse grupo pode ainda estar indicando uma baixa cobertura deste grupo etário pelos serviços de assistência médica".

2. A vulnerabilidade do adulto jovem indicada pelas mortes prematuras por violência atestam as várias análises feitas em relação à violência urbana.

3. As mortes por doenças infecto-parasitárias, respiratórias e 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.

Qualquer ideário de governo que não entenda o enfrentamento dos problemas de saúde-doença dentro de uma estratégia inter-setorial estaria falhando, 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 Santo André contemplem a interface de suas ações com outros setores e departamentos da administração municipal.

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

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

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

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

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

5. Ações gerenciais nos serviços de saúde que tivessem como critério a "inadmissibilidade" de óbitos por determinadas doenças, como diarreias, pneumonias e mortes por complicações do parto, criando alertas para a identificação de gargalos institucionais, e posterior investigação dos problemas detectados<sup>7</sup>.

### **Ações e programas desenvolvidos pelo município de Santo André no período 1989-1992**

A gestão da saúde que iniciou em 1989 pautou-se pelas linhas básicas do SUS como atesta o Plano Municipal de Saúde no seu parágrafo introdutório ao mencionar que, "foi elaborado tendo como diretriz principal a concretização dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde". Esse mesmo Plano diz que "à par de questões técnicas a recuperação e criação de serviços de atenção à saúde se faz urgente", caracterizando uma vontade política de extensão de cobertura da rede municipal. A criação de unidades de saúde, de serviços especializados, do centro de vigilância epidemiológica e sanitária, da integração dos postos de pediatria e puericultura, dos centros de saúde do Estado, e do PAM ao Sistema Municipal de Saúde atestam esse esforço.

---

<sup>7</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.

Hoje, a infra-estrutura da assistência médico-odontológica municipal está composta pelos seguintes serviços: (1) 1 Hospital Municipal, (2) 1 Hospital Infantil, (3) 13 Unidades de Saúde, (4) 21 Postos de Puericultura e Pediatria (5) 2 Pronto Atendimentos Infantis, (6) Ambulatórios de Especialidades, (7) Módulos Odontológicos.

Apesar de todo o esforço de ampliação a equipe municipal percebeu que "a oferta não acompanhou o crescimento da demanda, principalmente no Hospital Municipal, ainda aquém do desejável".

Os principais programas de saúde são: (1) saúde bucal, (2) saúde escolar, (3) saúde mental, (4) saúde da mulher (5) saúde da criança, (6) saúde do adulto e (7) saúde do trabalhador. Outras ações coletivas são desenvolvidas através do Centro de Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

Cumprir assinalar ainda a existência do "Programa Especial de Redução da Mortalidade e Morbidade por Causas Perinatais" que atesta a capacidade municipal de propor ações em função de diagnóstico técnico anteriormente elaborado, que aponta as causas perinatais com impacto importante na mortalidade infantil.

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

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

Primeiramente, buscou-se verificar, a partir dos documentos disponíveis, se há propostas de que a ação em saúde passe por colaboração intersetorial entre os diversos Departamentos municipais.

Verificamos que a questão da ação intersetorial é colocada de forma clara nos documentos consultados. O seguinte trecho extraído do Plano Municipal de Saúde não deixa dúvidas: "saindo das questões que se põem como emergenciais, a Secretaria de Saúde pode e deve se interrelacionar com todas as demais áreas da administração, sejam elas meio ou fim. As áreas meio são fundamentais no equacionamento das questões administrativas, e as áreas fim quando se acredita que a saúde não é a simples falta de doença e portanto depende também do acesso à

alimentação, transporte, educação, lazer, etc.". Se essa citação se configurou em ação concreta, isso constitui reflexão para estudos futuros.

Quanto às ações relativas ao processo de envelhecimento da população de Santo André, demonstradas pelas estatísticas de mortalidade e pelos documentos produzidos localmente, observa-se uma tentativa de enfrentamento do problema no âmbito da prática assistencial a partir da diversificação das especialidades nos serviços municipais.

Não há, entretanto, segundo os documentos, iniciativas de propiciar apoio institucional ao idoso, nem de programas de promoção da saúde no que concerne às doenças cardíacas e ao câncer.

Quanto à conformação de um serviço de urgência que faça frente aos problemas decorrentes dos agravos ocasionados pela violência, o Plano Municipal de Saúde de 1989 menciona que "apesar de todo o esforço dispendido, a oferta de serviços no Pronto Socorro Municipal ainda está aquém da necessidade", e alerta que "por ser o P.S. do Hospital Municipal aquele que a população mais conhece e identifica" o transforma em referência para todo o tipo de agravo, "distorcendo o objetivo primeiro de um pronto socorro". O Plano complementa que esse modelo só será superado "se o município puder oferecer aos adultos uma rede de Unidades Básicas descentralizadas para todos os bairros". Apesar desses problemas, a tentativa de equacioná-los demonstra a sensibilidade da administração municipal para o enfrentamento de problemas identificados na fase diagnóstica.

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, no que se refere às mortes perinatais, através da proposição de um sistema de indicadores para análise permanente da situação dos óbitos por causas perinatais. O fato de o executivo municipal ter sob seu controle e gestão parte das unidades hospitalares, pode ter facilitado em algum grau a proposição de tal sistema de indicadores, que não se constatou nas cidades de Itú e Botucatu anteriormente analisadas. Mais uma vez, a adoção desse programa de

ação por parte da administração confirma a capacidade técnica da equipe de planejar ações em função de problemas detectados na fase diagnóstica.

## **Conclusão**

O exame dos documentos produzidos pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Santo André, 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.

Provalvemente, essa competência local foi construída como parte integrante da vontade política da gestão municipal de reverter o quadro tradicional do sistema local e criar as condições para a construção de um sistema de saúde. O documento *SUS: uma proposta que está dando certo*, indica essa premissa ao afirmar que em "Santo André, o esforço da municipalização da saúde criou, de fato, um SISTEMA DE SAÚDE".

Parece que essa vontade política foi mais forte que a verticalização de programas federais e estaduais, fazendo com que predominassem no projeto de Santo André propostas definidas no nível do município, conferindo a esse projeto um caráter distinto em relação aos projetos de Itu e Botucatu, cidades analisadas em publicações anteriores do CEDEC.

Outro fator que pode ter contribuído para a conformação dessa competência local foi a presença de hospitais sob a gestão e controle municipais, facultando à equipe local uma visão mais global da prestação de serviços.

Apesar da competência técnica local em diagnosticar e propor ações estar clara nos documentos consultados, acredita-se que o esforço da gestão em implantar unidades para aumentar a cobertura possa ter comprometido a organização dos serviços, dificultando a implementação das ações propostas. Se o aumento da demanda era uma necessidade local, pode-se também detectar nesse movimento uma obediência ao mecanismo de financiamento por parte da instância federal que privilegia a produtividade dos serviços.

De qualquer forma, a equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Santo André acredita que o "futuro é algo a ser construído em conjunto, mas o alicerce já foi plantado", embora sensatamente nos lembre que "*somente o controle desse alicerce por parte da população será capaz de consolidar o SISTEMA DE 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, no que se refere 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 infraestrutura urbana, de modo a estimar a virtual pressão que ela 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 189%, com crescimento médio real anual de 178 %. 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), mantém-se a tendência ao crescimento real do orçamento, ainda que em menor velocidade, apresentando uma média anual de 30,5%. A conjugação desses dois movimentos resulta num maior aporte real de recursos financeiros para o município. Não obstante, o grau de dependência do orçamento municipal às transferências orçamentárias mantém-se elevado no

período estudado: em média 58 % do montante de recursos são devidos às transferências externas. Esta dependência é agravada pelo fato de que parte dos recursos transferidos têm destinação específica, impedindo desta maneira sua livre alocação pela administração municipal.

Finalmente, cabe um breve comentário em relação à função Assistência/Previdência, dado seu comportamento díspar no período estudado. Em 1988, dos recursos alocados nesta função, 91 % dizem respeito às despesas exclusivas com o funcionalismo público municipal<sup>8</sup> (atividade de previdência) e apenas 8 % destinam-se às atividades propriamente assistenciais. Para o ano de 1991 o comportamento destes gastos alteram-se significativamente, sendo que 50% deles destinam-se às atividades de previdência e os outros 50 % destinam-se àquelas de assistência. Este padrão de gastos descaracteriza a função Assistência/Previdência enquanto pertencente à Área Social, dado o seu caráter restritivo e não universalista. Não obstante, a precariedade dos dados disponíveis e o alto grau de agregação por eles apresentados impossibilitam uma análise mais precisa tanto da evolução como dos alvos finais dos gastos nesta função. Dessa forma, o conjunto destes fatores mencionados desaconselham a inclusão da função Assistência/Previdência como parte da Área Social. Não obstante, destaque-se a vertiginosa queda dos recursos financeiros alocados na função Assistência/Previdência sobretudo no período 1989-91. Assim, apesar de a função Assistência/Previdência apresentar uma participação média relativa de 5 % no total dos gastos do orçamento geral, em termos reais ocorre um decréscimo médio de 85,5 % no montante dos recursos alocados nesta função, correspondendo a cerca de US\$ 20,000,000.00 (Cf Tabela 13). Este fato, aliado à análise da evolução real do gasto orçamentário do município neste mesmo período (crescimento de 30.5 %), sugere que não só os recursos orçamentários advindos da reforma tributária constitucional não foram carreados para gastos restritivos com a previdência do funcionalismo municipal, mas principalmente que estes gastos sofreram um significativo corte por parte da administração municipal atingindo, em 1991, o montante de US\$ 1,669,504.00, ou seja, apenas 0,7 % do total do gasto orçamentário do município naquele ano.

---

<sup>8</sup> As diversas fontes consultadas não oferecem um adequado grau de desagregação dos dados que possibilitem a discriminação dos gastos pelas diversas atividades.

## **2. Orçamento da Área Social**

A análise orçamentária comparativa mostra uma tendência anual de estabilidade da participação relativa da Área Social no total do orçamento. Assim, a Área Social que em 1988 corresponde a cerca de 71,5 % do orçamento, em 1991 passa a 70,5 % . Não obstante, dado o aumento do montante orçamentário municipal no período 1988-91, há um incremento em termos absolutos do orçamento da Área Social correspondente a US\$ 107,724,000.00, ou seja, cerca do dobro da disponibilidade orçamentária da área em 1988, da ordem de US\$ 58,000,000.00 ( 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 absoluto situa-se em 155,5 % , correspondendo a um expressivo aumento de aproximadamente US\$ 67,000,000.00 - quase o dobro do total gasto em 1988 -, enquanto que para o período 1989-91 o incremento percentual real médio é da ordem de 28 % , correspondendo a aproximadamente US\$ 40,000,000.00 . (vide tabela 12)

Em resumo, ressalta o fato de que pelo menos parte das receitas provenientes da reforma tributária constitucional foram alocadas na Área Social. No período 1988-91 o orçamento geral do município cresce em termos reais médios 178 % e a Área Social apresenta um crescimento real médio de 155.5%, portanto com variação negativa de 22.5 pontos percentuais. Entretanto, há um notável aporte de recursos financeiros para a Área Social neste mesmo período, a ponto de praticamente dobrar o gasto orçamentário em Política Social.

A análise do percentual relativo do gasto anual na Área Social, comparado ao total orçamentário, segue este mesmo padrão, passando de 71.5% (1988) para 70.5% (1991), apresentando significativo decréscimo nos dois anos intermediários (10 pontos percentuais), recuperando em 1991 o mesmo patamar de participação relativa corrente em 1988. Deste modo, verifica-se no período um desempenho real do gasto orçamentário na Área Social significativamente inferior aquele ocorrido com o orçamento geral do município, combinada a uma determinada queda na variação da participação relativa da Área Social no total do gasto orçamentário municipal, recuperada no último ano ao montante do início do período. Este fato traz elementos para alimentar o debate sobre os efeitos da reforma tributária constitucional nos municípios, ou seja, o tipo de utilização dos recursos decorrentes dos ganhos das transferências financeiras da União, pelas administrações municipais.

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 perde a posição para Transporte. Esta mudança deve-se, em grande parte, ao expressivo e contínuo incremento dos gastos com a função Transporte, principalmente no biênio 1989-90 (Cf. Tabela 12). Assim, no período 1988-91 a prioridade de gastos percentuais médios contempla, em ordem decrescente, as funções Habitação/Urbanismo (38.5%); Educação/Cultura (23%); Transporte (22.5%); e Saúde/Saneamento (16%). A amplitude da variação percentual no período é de 22.5 pontos. Para o período 1989-91 tem-se Habitação/Urbanismo (34%); Transporte (24.4%); Educação/Cultura (24.3%); e Saúde/Saneamento (17%), alcançando variação de 17 pontos percentuais, apresentando pequena queda da amplitude da variação nos gastos da área social.

Em resumo, as modificações orçamentárias decorrentes das transferências constitucionais e da capacidade tributária do município não produziram alterações significativas nas prioridades internas à Área Social, mantendo-se Habitação como a principal. No entanto, merece destaque a inflexão verificada na função Transporte. A persistir a tendência do período 1989-91, a função Transporte passa a disputar com a Educação o segundo lugar nos gastos orçamentários, mas a confirmação desta tendência carece de estatísticas disponíveis no momento.

### **3. Orçamento da Área de Saúde/Saneamento**

A análise da participação da função Saúde/Saneamento no total do gasto orçamentário anual mostra uma participação média de 11% nos períodos 1988-91 e 1989-91, pós reforma tributária constitucional (Cf. Tabela 11).

No período 1988-91, a participação percentual real média da função Saúde/Saneamento apresenta um significativo incremento quando comparada aos totais dos gastos do orçamento geral e da área social. Destaque-se que este crescimento é mais significativo em relação à área social (75.5 pontos percentuais) do que em relação ao orçamento geral (53 pontos percentuais). No caso do período 1989-91 mantem-se esta mesma tendência, apresentando um crescimento de 10.5 pontos percentuais em relação à área social e de 8 pontos percentuais acima do crescimento do orçamento geral (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 nos dois períodos 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 última posição em termos do gasto percentual médio para ambos os períodos, com 16 % em 1988-91 e 17 % em 1989-91, com uma amplitude de variação em relação à primeira posição (Habitação/Urbanismo) respectivamente de 22,5 e 17 pontos percentuais. Em termos do gasto absoluto verifica-se um incremento de 287,5 % para o primeiro período, e de 38,5 % para o segundo. Assim, verifica-se um significativo incremento do montante orçamentário real no primeiro período (US\$ 22,835,000.00), correspondendo a cerca de três vezes o gasto realizado em 1988. Este aporte significativo de recursos em grande parte é devido não só às transferências constitucionais mas também à capacidade tributária do município, embora esta tendência não se mantenha nos mesmos níveis, no período subsequente (1989-91), caindo pela metade, com um incremento de US\$ 10,302,000.00, provavelmente devido estritamente à capacidade tributária do município.

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 16 % no período 1988-91 e 17 % no período 1989-91. No entanto, a participação média real da função Saúde/Saneamento comparada à evolução real do orçamento da Área Social é significativa em ambos os períodos, apresentando um diferencial maior no período 1988-91 (75,5 pontos percentuais) em comparação ao período 1989-91 (10,5 pontos percentuais). Não obstante, comparados ao percentual médio real desta função nos dois períodos, estes diferenciais aproximam-se em termos percentuais, sendo de 32,5 % para o primeiro período e 27,5 para o segundo.

Este fato significa que internamente à Área Social, a apropriação real de recursos cresce em ambos os períodos, sendo maior no primeiro do que no segundo período, não obstante manter-se praticamente estável a participação média relativa da função Saúde/Saneamento (16% e 17%) 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 aos totais dos gastos do orçamento geral e o da Área Social. Destaque-se que para os dois períodos este

crescimento é mais significativo em relação ao orçamento da Área Social (respectivamente, 75,5 e 10,5 pontos percentuais) do que em relação ao do orçamento geral (respectivamente, 53 e 8 pontos percentuais).

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

Realizando-se o mesmo tipo de análise para a função Saúde/Saneamento em relação aos gastos do orçamento geral e do orçamento na área social, verifica-se, no período estudado, um significativo incremento do gasto nesta função; isto é, ocorreu uma participação crescente da função Saúde/Saneamento no gasto orçamentário do município. Ressalte-se que esta constatação corrobora as análises de alguns especialistas e estudiosos acerca das tendências do comportamento do financiamento do setor saúde no Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde.

Finalmente, as verificações referentes às análises da peça orçamentária municipal e dos seus desdobramentos por áreas e funções dão suporte à afirmação de que pelo menos parte das receitas provenientes da reforma tributária constitucional foram alocadas na Área Social, privilegiando-se inclusive as funções Transporte, Saúde e Educação. As mudanças tributárias significaram alterações nas prioridades internas à Área Social, sendo que no período 1989-91 a função Educação é deslocada da segunda para a terceira posição pela área de Transporte. Ressalte-se, ainda, que apesar do substancial aporte de recursos alocados à área da Saúde, sobretudo no período 1989-91, esta mantém-se estabilizada na quarta posição quando comparada às demais funções da Área Social.

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

A análise das transferências financeiras para a saúde oriundas das administrações federal e estadual está em parte comprometida pela ausência de informações disponíveis nas

fontes usualmente utilizadas. Assim, não se obteve o montante preciso das transferências da Secretaria de Estado da Saúde realizado através de convênios específicos ( como por exemplo as do Convênio SUDS ). O mesmo ocorre em relação ao total dos gastos da União alocados no município por conta dos serviços assistenciais contratados junto ao SUS. As estatísticas disponíveis, mesmo assim só a partir de 1991, referem-se apenas à AIH (Autorização de Internação Hospitalar), não se 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.

Os gastos com internações no município para o ano de 1991 montam a US\$ 5,566,889.00, distribuídos entre as diversas modalidades hospitalares existentes no município. Assim, o setor privado apropria-se de 69 % do total desses recursos, divididos entre os Hospitais contratados (52 %), filantrópicos (8 %) e universitário de pesquisa (9 %). Os 31 % restantes são destinados ao setor público, através do Hospital Municipal. Em 1992 esta distribuição entre o setor privado e setor público mantém-se praticamente inalterada, sendo respectivamente de 71% e 29 % . Destaque-se o crescimento em termos relativo e absoluto dos Hospitais contratados em detrimento, principalmente, dos Hospitais filantrópicos e municipal. A análise da série de três anos (1991-93) sugere a acentuação desta tendência, incluindo-se dentre os privilegiados na apropriação de recursos, apenas o Hospital universitário de pesquisa. Chama a atenção a evolução do gasto real da esfera federal no município, que cresce quase 50% em apenas três anos (Cf. tabela 14).

Dada a disponibilidade de informações orçamentárias do município apenas para o ano de 1991, o impacto no Orçamento Geral do gasto com internações corresponde a 2,3 % do total dos gastos, e a 18,2 % 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 (2 %) e da Saúde (18 %) é bem menos significativo do que o impacto produzido pelas

transferências tributárias advindas dos níveis Federal e Estadual. Este fato autoriza duas ordens de suposições: 1) que o grau de dependência do município em relação as transferências é significativamente menor para a saúde (18 %) do que para o município como um todo (46,5 %); 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 (2 %) e no orçamento da função Saúde/Saneamento, que correspondem a um aporte inferior a 1/5 dos gastos.

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

TABELA 11

**ORÇAMENTO GERAL E FUNÇÕES DA ÁREA SOCIAL . MUNICÍPIO DE S. ANDRÉ  
1988-91**

US\$

FUNÇÃO/ANO	1988*	%	1989**	%	1990	%	1991	%	M.REL.	M.ABSOL ***
ED./CULTURA	11,257,427.00	13,85	26,593,285.00	14,15	36,816,822.00	14,41	46,363,535.00	19,76		
	1		136,22		227,04		311,84		15,54	225,03
			1		38,44		74,34		16,10	56,39
HAB./URBANISMO	29,532,286.00	36,34	60,145,429.00	32,01	41,919,813.00	16,41	45,472,666.00	19,38		
	1		103,65		41,94		53,97		26,03	66,52
			1		-30,30		-24,39		22,60	-27,34
SAÚ./SANEA.	7,662,941.00	9,43	20,196,419.00	10,75	25,384,143.00	9,93	30,498,682.00	13,00		
	1		163,55		231,25		298,00		10,77	230,93
			1		25,68		51,01		11,22	38,34
TRANSPORTES	9,651,818.00	11,88	18,261,843.00	9,72	50,977,045.00	19,95	43,011,439.00	18,33		
	1		89,20		428,16		345,63		14,97	287,66
			1		179,14		135,52		16,00	157,33
TOTAL ÁREA SOCIAL	58,104,472.00	71,49	125,196,976.00	66,62	155,097,823.00	60,69	165,346,322.00	70,45		
	1		115,46		166,92		184,56		67,31	155,64
			1		23,88		32,06		65,92	27,97
TOTAL ORÇAMENTO	81,276,268.00	100	187,917,546.00	100	255,530,253.00	100	234,687,889.00	100		
	1		131,20		214,39		188,75			178,11
			1		35,97		24,88			30,42

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 DO GASTO REAL.

TABELA 12

## ORÇAMENTO DA ÁREA SOCIAL. MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ 1988-91

US\$										
FUNÇÃO/ANO	1988 (1)	%	1989 (2)	%	1990	%	1991	%	M.REL.	No. Ordem
ED./CULTURA	11,257,427.00	19,37	26,593,285.00	21,24	36,816,822.00	23,73	46,363,535.00	28,04		
	*		*				*		23,09	2o.LUG.
									24,33	3o.LUG.
HAB./URBANIS MO	29,532,286.00	50,82	60,145,429.00	48,04	41,919,813.00	27,02	45,472,666.00	27,50		
	*		*				*		38,34	1o.LUG.
							*		34,18	1o.LUG.
SAÚ./SANEA.	7,662,941.00	13,18	20,196,419.00	16,13	25,384,143.00	16,36	30,498,682.00	18,44		
	*		*				*		16,02	4o.LUG.
							*		16,97	4o.LUG.
TRANSPORTES	9,651,818.00	16,61	18,261,843.00	14,58	50,977,045.00	32,86	43,011,439.00	26,01		
	*		*				*		22,51	3o.LUG
							*		24,48	2o.LUG
TOTAL ÁREA SOCIAL	58,104,472.00	100	125,196,976.00	100	155,097,823.00	100	165,346,322.00	100		
	1		115,46		166,92		184,56		155,64	
			1		23,88		32,06		27,97	
TOTAL ORÇAMENTO	81,276,268.00		187,917,546.00		255,530,253.00		234,687,889.00			
	1		131,20		214,39		188,75			
			1		35,97		24,88			

FORNE: 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 DA EVOLUÇÃO DO GASTO REAL.

\* DELIMITAÇÃO DOS REFERIDOS PERÍODOS.

TABELA 13

**ORÇAMENTO E ATIVIDADES DA FUNÇÃO ASSISTÊNCIA/PREVIDÊNCIA E  
ORÇAMENTO GERAL.  
MUNICÍPIO DE S. ANDRÉ 1988 E 1991**

US\$

ANO	1988*	%	1989*	%	1990	%	1991	%	M.REL.	M.ABS **
ATIVIDADE:										
ASSISTÊNCIA	836,535.00						1,677,127.00			
PREVIDÊNCIA	8,579,518.00						0			
PASEP	873,447.00						1,669,504.00			
TOTAL ASS/PREV.	10,289,501.00	12,66	23,220,187.00	12,36	3,468,161.00	1,36	3,346,631.00	1,43		
	1		125,66		-66,29		-67,47		6,95	-2,7
			1		-85,06		-85,58		5,05	-85,32
TOTAL ORÇAMENTO	81,276,268.00		187,917,546.00		255,530,253.00		234,687,889.00			
	1		131,20		214,39		188,75			178,11
			1		35,97		24,88			30,42

FONTE: FUNDAÇÃO SEADE. DADOS BRUTOS.

\* ANO REFERÊNCIA = 1.

\*\* MÉDIA DA EVOLUÇÃO DO GASTO REAL.

**TABELA 14**  
**GASTOS EM AIHs (US\$) DA ESFERA FEDERAL NO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ 1991-93**

US\$ ANO	1991*	%	1992*	%	1993	%
MODALIDADE HOSPITALAR	GASTO US\$		GASTO US\$		GASTO US\$	
CONTRATADO	2,882,934.00	52	3,530,258.00	56	4,803,467.00	59
	1		22.45		66.61	
			1		36.06	
ESTADUAL	0		0		0	
MUNICIPAL	1,698,629.00	31	1,848,558.00	29	1,841,065.00	23
	1		8.8		8.38	
			1		-0.4	
FILANTRÓPICO	462,670.00	8	391,782.00	6	433,058.00	5
	1		-15.32		-6.4	
			1		10.53	
UNIV. ENSINO	0		0		0	
UNIV. PESQUISA	522,656.00	9	547,801.00	9	1,062,400.00	13
	1		4.8		103.26	
			1		93.93	
TOTAL	5,566,889.00	100	6,318,400.00	100	8,139,990.00	100
	1		14		46.22	
			1		28.82	

FONTE: DATA SUS (Acesso Remoto através do Programa Síntese).DADOS BRUTOS.

\* ANO REFERÊNCIA = 1.

## V. PENSANDO A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

### 1. A Relação Executivo/Legislativo

Os seguintes Partidos Políticos, durante a gestão municipal de 1989 a 1992, colocaram-se como situação e oposição ao governo municipal:

Partido no Governo: Partido dos Trabalhadores - PT

Partidos na situação: PDT - Partido Democrático Trabalhista; PSB - Partido Socialista Brasileiro.

Partidos na oposição: Partido do Movimento Democrático Brasileiro - PMDB; Partido Democrático Social - PDS; Partido da Frente Liberal - PFL; Partido da Social Democracia Brasileira - PSDB.

Os Projetos de Lei da área de saúde apresentados pelos Poderes Executivo e Legislativo no período entre 1989 e 1992 estão dispostos no quadro abaixo :

<b>Projetos de Lei para a Área da Saúde</b>			
<b>Macrotemas</b>	<b>Poder Executivo</b>	<b>Poder Legislativo</b>	<b>Total</b>
Rede Física	07(33%)	--	07(27%)
Recursos Humanos	08(38%)	--	08(31%)
Programação em saúde	02(9.5%)	02 (40%)	04(15.0%)
Descentralização	01(5.0%)	--	01(4,0%)
Movimento e Participação Social	01(5.0%)		01(4.0%)
Outros	02(9,5%)	03 (60%)	05(19,0%)
<b>Total</b>	<b>21(100%)</b>	<b>05(100%)</b>	<b>26(100%)</b>

**Projetos de Lei apresentados/aprovados- Poder Executivo**

<b>Temas Identificados</b>	<b>Lei</b>	<b>Rejeitados</b>	<b>Total</b>
<b>1. Recursos Humanos</b>			
Servidores Municipais	03	--	03
Disposições sobre cargos	--	02	02
Bolsa/auxílio	03	--	03
<b>2. Rede Física</b>			
Doação e aquisição de área/ imóvel	06	--	06
Ampliação da Rede Física	01	--	01
<b>3. Programação em Saúde</b>			
Convênio	02	--	02
<b>4. Descentralização</b>			
S. U.S.	01	--	01
<b>5. Movimentos e Participação social</b>			
Conselho de Saúde	01	--	01
<b>6. Outros</b>			
Prestação de Serviços	01	--	01
Tranf. do Hospital Municipal em autarquia	--	01	01
<b>Total</b>	<b>18(85,5%)</b>	<b>03 (14,5%)</b>	<b>21 (100%)</b>

**Poder Executivo**

Considerando os Projetos de Lei elaborados pelo Executivo, foram identificam-se enquanto temas de destaque:

- Recursos Humanos, compreendem a criação de cargos, implantação de ações em saúde e desenvolvimento de programas de bolsa/auxílio para os servidores municipais.

- Rede Física, cujos Projetos tratam basicamente da sua extensão através de doação e aquisição de imóveis para a instalação de Unidades Básicas de Saúde e Pronto Socorros.

Relacionados aos dois temas acima destacados, o Legislativo rejeitou 03 ( três ) Projetos de Lei encaminhados pelo Executivo, referentes a:

- dois Projetos de Lei sobre disposições sobre cargos (Recursos Humanos) , elaborados em 1990 e 1992;

- um Projeto, elaborado em 1990, sobre a transformação do Hospital Municipal em autarquia (Rede Física).

Vale destacar os Projetos inscritos nos Macrotemas Descentralização e Movimentos e Participação Social:

- Com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (macrotema Descentralização), implantou-se um novo modelo de gestão para a saúde no Município, exigindo formas diferenciadas de atuação por parte da administração local, e assim da população usuária.

- as disposições sobre a criação da Conferência Municipal de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho Diretor de Unidade de Saúde (presentes no Macrotema Movimento e Participação Social) vêm ao encontro das diretrizes traçadas pela Lei Orgânica do Município, fixando na forma de Lei mecanismos que asseguram a participação da população na gestão deste Sistema. (Lei Orgânica do Município de Santo André, artigo 124 ).

No monotema outros, o Legislativo rejeitou 1 Projeto de Lei que dispunha sobre a transformação do Hospital Municipal em autarquia, elaborado em 1990.

Referente ao conjunto dos Projetos de Lei pesquisados sobre a gestão municipal de 1989 a 1992, o Poder Legislativo, à exceção dos Projetos por ele rejeitados, não apresentou nenhum Substitutivo aos Projetos de autoria do Executivo.

### Projetos de Lei apresentados/aprovados - Poder Legislativo

<b>Temas/partidos</b>	<b>Lei</b>	<b>Rejeitados</b>	<b>Total</b>
<b>1. Programação em Saúde</b>			<b>(02)</b>
Atendimento a deficientes físicos(PT)	01	--	01
Atendimento a portadores do vírus daAIDS (PT)	--	01	01
<b>2. Outros</b>			<b>(03)</b>
Convênio entre a Câmara e seguradoras (da mesa)	01	--	01
Contrato entre a Câmara e empresas de medicina de grupo (da mesa)	01	--	01
Criação de estacionamentos em frente as farmácias (PTB)	01	--	01
<b>Total</b>	<b>04</b>	<b>01</b>	<b>05</b>

### Poder Legislativo

Os Projetos de Lei referentes à Programação em Saúde destacam-se dentre aqueles de iniciativa do Poder Legislativo, versando principalmente sobre o desenvolvimento de ações pontuais relativas à AIDS e à deficiência física.

À exceção do Projeto de Lei referente à AIDS, rejeitado pelas Comissões, os demais Projetos de iniciativa do Legislativo foram sancionados sem sofrer qualquer alteração.

Considerando o número reduzido de Projetos para a área da saúde da iniciativa do Legislativo em comparação aos Projetos do Executivo, vale observar que o Partido dos Trabalhadores - Partido do Governo na Câmara, apresentou dois Projetos: o primeiro, voltado às pessoas portadoras de deficiências físicas, foi aprovado sem sofrer qualquer alteração; o segundo Projeto, referente à destinação de 05% a 10% dos leitos hospitalares particulares aos doentes portadores do vírus da AIDS, foi rejeitado na Comissão de Constituição e Justiça, com parecer pela institucionalidade.

A tramitação desse projeto causou certa polêmica, já que o Município apresenta uma estimativa bastante preocupante em termos de pacientes portadores do vírus da AIDS, ocupando em 1992, o quarto lugar no Estado de São Paulo.

A mesa da Câmara Municipal foi responsável pela proposição de dois Projetos de Lei elaborados em 1990 e 1991, voltados ao funcionalismo público, ambos aprovados.

Um vereador do PTB - oposição- elaborou em 1992, Projeto de Lei tratando do estacionamento de veículos a motor defronte às farmácias.

A partir das informações descritas até aqui quanto aos projetos apresentados pelos poderes Executivo e Legislativo para a saúde durante a gestão estudada, as tendências que se destacam são: em primeiro lugar, a clara predominância de apresentação de projetos por parte do Poder Executivo em relação à maior parte dos macro temas analisados - o Legislativo apresentou cinco projetos, contra vinte e um do Executivo.

Houve rejeição de três projetos de autoria do Executivo, dois deles referentes à disposição de cargos, e um relativo à transformação do hospital municipal em autarquia, indicando que o Executivo conseguiu a aprovação da maior parte dos seus projetos relativos à saúde.

Dentre os projetos de autoria do Executivo, a maior parte deles se divide entre Recursos Humanos e Rede Física. Verificando-se o conteúdo de tais projetos, percebe-se que são coerentes com o ideário da gestão anteriormente descrito, já que dizem respeito à viabilização da proposta de implantação do SUS no município, o mesmo se verificando quanto aos projetos apresentados sob os temas Descentralização e Movimentos e Participação Social.

Quanto ao Legislativo, além do pequeno número de projetos apresentados tanto por parte dos partidos de oposição quanto da situação, e verificando-se o tipo de projetos apresentados (temas predominantes: programação em saúde e outros), percebe-se que a iniciativa do Legislativo quanto à saúde foi mínima, e no geral voltada para grupos e questões

bastante específicos (deficientes físicos, portadores do vírus da AIDS, convênios com empresas seguradoras, entre outros).

Assim, é bastante clara a predominância do Executivo na iniciativa de legislar tendo em vista a viabilização da gestão da saúde no município, sendo que obteve a aprovação da maior parte dos seus projetos, que se mostraram, além disso, coerentes com as propostas de governo. O Legislativo não formulou qualquer proposta mais abrangente relativa à saúde, o que, além do reduzido número de projetos apresentados, caracteriza o papel dos vereadores como limitado ao atendimento de demandas pontuais, e praticamente nulo na apresentação de projetos na área da saúde.

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

A análise das entrevistas realizadas em Santo André tem como objetivo, inicialmente, verificar o nível de informação e desinformação por parte dos diversos atores a respeito da política de saúde desenvolvida pela administração no período estudado, através dos seguintes temas: propostas de governo, impactos da política implementada, relação Executivo/Legislativo e relação 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 dessas políticas no âmbito da administração municipal.

## **O nível de informação**

### *Executivo e Administração*

Foram entrevistados o Secretário Municipal de Saúde e uma das assessoras da mesma Secretaria.

O Secretário e a assessora descrevem como principal proposta da Administração a implantação do SUS, e ambos afirmam que houve intensa participação popular na formulação e implementação das propostas: afirmam que “as propostas foram colocadas a público e trabalhadas ao longo da gestão com a comunidade”, e que houve grande participação na formulação do texto da Lei Orgânica do Município, o único apresentado na Câmara como emenda popular.

Os entrevistados não avaliam a propostas em termos de avanços ou limites, mas um deles afirma, fazendo uma avaliação geral da gestão, que houve “melhoria das condições de saúde da população naquilo que se altera via sistema de saúde”, concluindo que a experiência foi muito positiva.

Os impactos e resultados da política implementada descritos pelo Secretário consistem no impacto da reforma administrativa e da legislação, na implantação e reorganização dos serviços de saúde - com extensão da rede física e dos serviços - além da municipalização integral do Serviço de Vigilância Epidemiológica e de outras atividades sanitárias. Como obstáculos, são mencionadas dificuldades relativas aos Recursos Humanos (não se conseguiu uma mudança qualitativa expressiva da relação entre os servidores e o público, da “conscientização” do servidor quanto ao SUS). O Secretário diz ainda que a organização dos serviços foi deficiente devido à expansão, e que o clientelismo foi o maior obstáculo, sobretudo na questão da transformação do hospital municipal em autarquia.

A assessora descreve como grande avanço a implantação do Conselho Municipal de Saúde e das conferências Municipais de Saúde, destacando também o processo de participação (dos trabalhadores da saúde e dos movimentos dos bairros) na formulação da Lei Orgânica da Saúde. Como obstáculo, critica a atuação da Secretaria da Saúde em relação ao problema da falta de leitos hospitalares, afirmando que a administração deveria ter sido mais “ousada”.

Quanto aos recursos humanos, descreve como avanço a criação de uma política de reciclagem de pessoal e de contratação de agentes de saúde.

A relação Executivo/Legislativo é descrita pelo Secretário como sendo “meio ambígua”, pois apesar dos conflitos foi um relação “produtiva”. Ressalta ainda a atuação do Executivo, que segundo ele foi à Câmara discutir com os vereadores e participou das sessões públicas defendendo o ponto de vista da Secretaria. Descreve como “imprescindível” o apoio do Movimento de Saúde e do Sindicato dos Trabalhadores para a aprovação de projetos.

Os dois entrevistados mencionam o processo de aprovação da Lei Orgânica do Município, sendo que a assessora cita também a regulamentação dos canais de participação popular (segundo ela, os dois processos levaram cerca de um ano e meio).

A relação Executivo/Sociedade é descrita como “muito produtiva” devido à existência de uma razoável organização da sociedade no município e de pessoas “que têm consciência do que é o SUS, do que é controle social” e da necessidade da participação da população junto ao Executivo. A assessora não menciona diretamente o tema, abordando apenas os conflitos pessoais que enfrentou por participar de movimentos organizados antes de ingressar na Administração.

Apenas o Secretário menciona a relação entre o Município, o Estado e a União, afirmando que as dificuldades enfrentadas por Santo André em relação à municipalização foram as mesmas enfrentadas por todos os municípios, sobretudo na relação com o governo estadual - que segundo ele não contribuiu no que diz respeito ao financiamento. O governo federal apenas cumpriu “a tabela de procedimentos” e o financiamento foi também insuficiente.

A descentralização local, também mencionada apenas pelo Secretário, é descrita como problemática devido à manutenção de uma “visão centralizadora” por parte do governo. Menciona a Secretaria de Finanças e afirma que houve pouca descentralização financeira.

O primeiro dos temas relativos ao controle público, atendimento e encaminhamento de demandas, é abordado somente pelo Secretário, que enfatiza o clientelismo como principal dificuldade a ser enfrentada pela Administração por ser esta a característica predominante nas gestões anteriores. Acrescenta que houve a mesma dificuldade no relacionamento com a população, que “espera do poder público este tipo de resposta à sua demanda pessoal”. Como solução, aponta para a ampliação da cobertura assistencial (“para combater o clientelismo a gente tem que ter estruturas de serviços que efetivamente funcionem”).

Quanto à participação na gestão, a assessora descreve o processo de normatização dos canais de participação, destacando o 1º Encontro de Saúde em 1990, a formação dos Conselhos Gestores nas UBS e do Conselho Municipal de Saúde.

O Secretário, por sua vez, destaca a institucionalização do Conselho Municipal de Saúde durante a sua gestão e avalia a participação ocorrida: segundo ele, o movimento de saúde é ainda pouco organizado, em termos da “consciência das pessoas, da capacidade de mobilização”, o que resultou numa fragilidade do Conselho Municipal de Saúde. Mas descreve também avanços por parte dos Sindicatos, através da implantação do Centro de Referência da Saúde do Trabalhador. Menciona ainda a criação de um serviço, Disque-Saúde, para o recebimento de reclamação da população não organizada e prestação de informações.

Quanto aos grupos mais demandantes, nenhum dos entrevistados faz menção direta a eles: o Secretário destaca a existência de grupos demandantes “nos bairros”, sem especificar quais são eles, além de mencionar a participação dos Sindicatos dos Químicos e dos Metalúrgicos; segundo a assessora, a participação do Movimento de Saúde foi bastante importante (destaca o casos da Lei Orgânica do Município, o aumento do número de leitos, a implantação do terceiro turno nas unidades de saúde e a FAISA<sup>9</sup>, entre outros). A mesma entrevistada cita ainda que a principal demanda surgida foi pelo aumento do número de leitos, e que teria provocado uma cisão dentro do Movimento de Saúde.

As demandas eram processadas, segundo o Secretário, do seguinte modo: aquelas apresentadas coletivamente eram encaminhadas de acordo com Plano Municipal de Saúde, que obedecia a diretrizes traçadas pelo Conselho Municipal de Saúde, seguindo-se então o encaminhamento pelas vias usuais da Administração. As demandas que envolviam maiores discussões políticas eram tratadas em audiência com o Prefeito, com a presença do Secretário e do diretor responsável pela área em questão.

As principais fontes de financiamento e a respectiva distribuição são, segundo o Secretário, as seguintes: 80% dos recursos são provenientes do próprio município e 20% do governo federal; as contribuições do governo estadual não chegam a atingir 1%. A distribuição dos recursos no interior da Secretaria não é mencionada, assim como os mecanismos de participação na distribuição, execução e controle dos recursos orçamentários. Destaca-se que a participação da saúde no bolo orçamentário municipal aumentou, passando de 6,5% em 1988 para cerca de 13%, sendo ainda, apesar deste aumento, insuficiente, devido à falta de investimento por parte das administrações posteriores.

---

<sup>9</sup> Fundação de Assistência à Infância de Santo André, instituição administrada pelo Lions (clube de serviços da sociedade civil) e mantida fundamentalmente pelo município.

## **Legislativo**

Foram entrevistados dois vereadores da oposição (PL e PMDB) e um vereador da situação (PT).

### *Oposição*

A municipalização da saúde é citada como principal proposta da Administração, mas não há menção ao processo de formulação e implementação das propostas, ou a avanços em relação a elas. Um dos vereadores, no entanto, critica a administração afirmando que houve “prefeiturização” no lugar da municipalização, o que na sua opinião significa “estatização” da saúde, e defende a ampliação do setor privado, lucrativo e filantrópico, destacando que a administração pública não deve ser o único responsável pela saúde. Enfatiza que apoia a municipalização no que diz respeito à maior autonomia decisória do município.

Não há uma avaliação geral da gestão, e quanto aos impactos e resultados da política implementada, mencionam como limites ou obstáculos as mudanças ocorridas no modo de financiamento da FAISA, o descaso do INAMPS na manutenção de convênios utilizado como “justificativa” para a ausência de ampliação do número de leitos, esta sendo considerada a maior deficiência, devido ao descredenciamento dos hospitais privados. Há críticas à política de Recursos Humanos quanto ao excesso de contratações e má distribuição de pessoal (muitos nas UBS e poucos nos hospitais).

Os avanços mencionados referem-se à ampliação da rede física voltada à assistência básica (UBS).

A relação Executivo/Legislativo passou, segundo o vereador do PMDB, por várias “fases”: “boa, regular, e muito complicada”, destacando que houve muitas divergências quanto à saúde; o outro vereador enfatiza a ocorrência de muitos atritos, apontando como causa a “intransigência do Executivo que, além disso tinha maioria na Câmara”.

Quando questionados acerca da relação Executivo/Sociedade, ambos destacam a insatisfação da população em relação à administração: um deles critica esta participação de oposição da população, e o outro destaca que “nunca viu tantos segmentos da sociedade se rebelarem contra o poder público”, dando como exemplo o movimento contra o IPTU.

A relação entre o Município, o Estado e a União é descrita como sendo de “colaboração técnica”, e não política, apesar de ser destacada a ausência ou insuficiência de repasses de

verbas para o município. Um dos vereadores responsabiliza o Executivo municipal por esta ausência, sem no entanto esclarecer as razões disto. A descentralização local não é mencionada.

Os temas relativos ao controle público são pouco mencionados: não descrevem o atendimento e encaminhamento de demandas e tampouco os mecanismos de participação na gestão - quanto a estes últimos um dos vereadores descreve a realização de “palestras e debates” com o intuito de incentivar a participação da população nas deliberações relativas à Lei Orgânica do Município. Os grupos mais demandantes também não são mencionados, aparecendo apenas um comentário genérico, segundo o qual os movimentos estão cada vez mais organizados e exigentes na cobrança do poder público”, o que é avaliado positivamente.

Quanto ao modo pelo qual a administração processa as demandas, há apenas a afirmação de que houve reivindicações mas que poucas delas foram atendidas. Não há qualquer menção aos canais institucionalizados de participação.

Quanto às principais fontes de financiamento um dos vereadores afirma que “praticamente não houve financiamento para a saúde”, explicando que houve somente repasse de verbas estaduais e federais referentes ao pagamento por serviços prestados. Ambos os vereadores afirmam desconhecer a composição orçamentária pelas distintas fontes e a distribuição dos recursos no interior da Secretaria, sendo que um dos vereadores afirma, sem certeza, que o município investe 12% do seu orçamento na saúde, e outro diz que o maior gasto da Secretaria é com pessoal e custeio.

Quanto aos mecanismos de participação na distribuição, execução e controle dos recursos orçamentários, há a afirmação, por parte de um dos vereadores, de que “os movimentos e a sociedade estão mais organizados”, mas que ainda assim não há participação nas deliberações relativas ao orçamento.

### *Situação*

O vereador da situação cita como principal proposta da administração a descentralização da saúde e afirma, quanto à formulação das propostas, que surgiram da “discussão interna do partido”, assim como de diagnósticos elaborados pela Câmara, além da existência de “um processo de discussão envolvendo a população” e os profissionais de saúde. O vereador não discute as propostas em termos de avanços e limites, não fazendo também uma avaliação geral da gestão.

Quanto à relação Executivo/Legislativo, destaca os seguintes pontos: a grande discussão ocorrida em torno do convênio com o SUDS, a ausência de compreensão por parte do Legislativo como um todo quanto à saúde (como por exemplo quanto ao orçamento e à relação

com os governos estadual e federal) e as divergências com a oposição em relação à criação dos mecanismos de participação na gestão na aprovação da Lei Orgânica do Município.

Em relação aos impactos e resultados da política implementada, o vereador descreve avanços no atendimento em saúde mental, saúde do trabalhador, atendimento a alcoólatras e toxicômanos e reestruturação de postos de atendimento, além da equiparação dos salários dos servidores com a média do mercado.

O vereador avalia positivamente a relação Executivo/Sociedade, afirmando que houve uma boa participação dos movimentos populares e dos sindicatos (sobretudo os sindicatos dos metalúrgicos e dos químicos) na aprovação da Lei Orgânica do Município e na criação do Conselho Municipal de Saúde. Acrescenta que houve atritos entre a Câmara e os movimentos populares, referentes à reivindicação por leitos hospitalares, e conclui que tais conflitos resultaram em uma institucionalização da participação e do controle público.

Quanto à relação entre o Município, o Estado e a União, há ênfase na falta de investimentos por parte do governo estadual e críticas à atuação do Secretário Estadual de Saúde (“inexpressiva”, segundo o vereador). Destaca a importância da Associação dos Secretários Municipais de Saúde<sup>10</sup>, que funcionou como um órgão de pressão junto ao governo Estadual nas questões relativas ao SUDS. A descentralização local não é mencionada.

Quanto ao controle público, faz apenas uma avaliação genérica, ressaltando, de um lado, que houve uma “relação de tensão” sem esclarecimento quanto aos setores envolvidos e, de outro, a importância da institucionalização dos canais de participação por constituírem instrumentos efetivos de controle público. Por fim destaca a dificuldade encontrada pela Administração em atender integralmente às demandas da população.

O vereador afirma não possuir dados exatos quanto ao financiamento, mas descreve como principais fontes a verba orçamentária proveniente de impostos e o repasse do governo estadual através do SUDS, destacando que a maior parte dos recursos era proveniente do município. Não menciona a distribuição dos recursos no interior da Secretaria e, em relação aos mecanismos de participação na distribuição, execução e controle dos recursos orçamentários, afirma que houve um processo de concretização desta participação que foi, nos primeiros três

---

<sup>10</sup> Associação Doutor Sebastião de Moraes de Secretários Municipais de Saúde, entidade associativa que reúne as Secretarias Municipais de Saúde do Estado de São Paulo.

anos, consultiva, pois a maior parte do orçamento já se encontrava definida.

## **Distintos setores da sociedade**

### *Trabalhadores - setor público*

Foi entrevistado o Presidente do Sindicato dos Funcionários Públicos Municipais. O entrevistado descreve como o ponto central das propostas da administração a participação popular, mas critica o processo de formulação dessas propostas: segundo ele, a discussão com a população foi limitada pois ouviu-se a população quanto às propostas já existentes. A seu ver, a população foi "usada", uma vez que não tinha possibilidade de modificação dessas propostas.

O entrevistado não questiona as propostas em termos de avanços ou limites, e tampouco faz uma avaliação geral da gestão; quanto aos impactos e resultados da política implementada, diz que a principal limitação foi a falta de verba, a "máquina administrativa" e que não houve avanços quanto à "conscientização" da população quanto à saúde. Como avanços, menciona apenas a melhoria do atendimento. Sobre Recursos Humanos, diz que a Administração não conseguiu informar suficientemente os servidores quanto às propostas, e que portanto não se avançou nesse sentido, além de faltar um plano de carreira. Destaca que houve uma melhoria da política salarial.

Quanto à relação Executivo/Legislativo, afirma que a relação com a Câmara foi "ruim" devido à forma pela qual a Administração encaminhava os projetos para a votação. O entrevistado defende uma atuação do Executivo que não dependa da conquista de uma maioria na Câmara, mas que busque obter a aprovação de projetos do seu interesse através da pressão da população, ficando assim subentendido que a atuação do Executivo não foi exatamente esta.

A relação Executivo/Sociedade é descrita de modo bastante sucinto: segundo o entrevistado, houve diálogo com os movimentos populares, mas a Administração forneceu para a "população como um todo" informativos que foram, na sua opinião, "muito débeis".

Com referência à relação entre o Município, o Estado e a União, o entrevistado destaca que os repasses estaduais e federais para o município deixaram muitas vezes de ocorrer, e que o poder municipal não informou suficientemente a população quanto a isto. Já em relação à descentralização local, afirma que houve uma reforma administrativa no conjunto da Prefeitura,

e não especificamente na saúde - não havendo tampouco descentralização das decisões da Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação ao controle público, destaca o Conselho Municipal de Saúde como principal mecanismo de participação na gestão, sendo o Conselho mais organizado e que “abriu as portas” para os outros conselhos. Mas em seguida critica a todos eles, afirmando que estão “capengas”, e que o próprio Conselho Municipal de Saúde não tem ainda peso nas instâncias decisórias - por falta de organização, e devido a seus membros (a ampliação de seu poder depende “das pessoas que fazem parte dele”).

O entrevistado não descreve grupos mais demandantes, mas afirma que “todos se mobilizaram”. Segundo a sua avaliação, recuaram ao não encontrarem espaço nos processos decisórios; descreve a ocorrência de um processo de “cooptação” dos movimentos organizados (“como quem mais fazia parte dos movimentos era PT, quando ele assumiu a Prefeitura muitos participantes nos bairros foram cooptados e abandonaram o movimento”). O entrevistado não faz menções mais detalhadas quanto ao modo pelo qual a Administração processa as demandas.

Quanto ao financiamento, afirma não saber quais são as principais fontes e sua composição orçamentária (afirma, sem certeza, que a Prefeitura investe provavelmente cerca de 20% do orçamento municipal na saúde) e tampouco conhece a distribuição dos recursos no interior da Secretaria. Em relação aos mecanismos de participação na distribuição, execução e controle dos recursos orçamentários, diz que a Administração adotou um discurso segundo o qual “quem decide é a população”, mas que de fato tomava sozinha as decisões e aceitava algumas das reivindicações apenas para se mostrar coerente com este discurso.

### *Trabalhadores - setor privado*

Foram entrevistados representantes da Força Sindical e do Sindicato dos Trabalhadores das Indústrias Petroquímicas

São citadas como propostas da Administração, por parte do representante do Sindicato das Indústrias Petroquímicas, a municipalização da saúde, com ampliação do atendimento médico através da extensão da rede básica, e a participação da população. Aparece como proposta específica a criação do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, com o gerenciamento feito pelos sindicatos.

Nenhum dos entrevistados faz menção aos processos de formulação dessas propostas, ou avaliam as propostas em termos de avanços e limites. Não fazem tampouco uma avaliação

geral da gestão e, quantos aos impactos e resultados da política implementada, destacam como avanços a ampliação da rede física e do atendimento básico, além das mudanças na FAISA; os limites ou obstáculos enumerados foram o descredenciamento dos hospitais particulares e a “reação das elites” quanto às mudanças na FAISA. Em relação aos recursos humanos é destacada a melhoria da política salarial, e na opinião de um dos entrevistados (representante do Sindicato dos Petroquímicos) houve uma política de valorização do servidor que resultou num maior envolvimento dos profissionais e numa melhor qualidade de atendimento. Já na opinião do representante da Força Sindical, faltou um programa intensivo de formação dos profissionais médicos voltados para o atendimento público.

A relação Executivo/Legislativo é descrita por ambos como sendo conflituosa, mas as ênfases são distintas: segundo o representante da Força Sindical, a principal fonte de dificuldades foi o tipo de relação, qualificada por ele como “não-política”, mantida na Câmara pelo PT e pela Administração; já segundo o representante do Sindicato dos Trabalhadores nas petroquímicas, a principal barreira foi o próprio Legislativo, que só aprovava projetos de interesse da Administração mediante pressão popular, sobretudo quando a Administração perdeu vereadores que votavam a seu favor. O primeiro descreve ainda a existência de dois tipos de negociação na Câmara: a negociação direta entre membros do Conselho Municipal de Saúde e vereadores, eventualmente intermediada pela Força Sindical, e a via de convencimento direto dos vereadores, forma esta mais eficiente de negociação. Ambos afirmam que a Secretaria Municipal de Saúde teve um relacionamento com a Câmara bom, se comparado a outros setores.

A relação Executivo/Sociedade é descrita somente pelo representante do Sindicato dos Petroquímicos, e segundo ele a Administração “buscou dar ouvido às aspirações populares, mas não criou canais eficientes para esta discussão”. Defende a criação de um fórum permanente que reunisse os movimentos sociais, os sindicatos e a Administração.

Há pouca referência à relação entre o Município, o Estado e a União, segundo a qual se afirma que houve pouco empenho por parte da Administração em fazer cobranças mais incisivas e em envolver a população. Quanto à descentralização local, as referências são também sucintas: um dos entrevistados afirma que não houve reforma administrativa, e o segundo entrevistado diz ter havido uma grande mudança, sem no entanto fornecer explicações.

O tema do controle público é bastante citado e em relação ao atendimento e encaminhamento de demandas afirma-se que a Secretaria Municipal de Saúde “escutava a população” e atuava de acordo com as deliberações da Conferência Municipal de Saúde, mas resguardando sua autonomia (“sem perder a sua característica de Administração”).

Quanto aos mecanismos de participação na gestão, o representante da Força Sindical descreve o seguinte processo: a participação se iniciou, durante a gestão em questão, a partir do CIMS (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde), pois antes disso era mera formalidade, já que as decisões eram tomadas de antemão. Daí em diante foram sendo instituídos outros canais de participação, até que se formou o Conselho Municipal de Saúde. Quanto a este último, faz a seguinte avaliação da participação: “as pessoas ainda não têm uma idéia do que ele seja, elas não se percebem co-participantes (...); na medida que forem percebendo, vão assumir o Conselho Municipal de Saúde como algo deles e não da Administração”.

O representante do Sindicato dos Petroquímicos cita as Conferências Municipais de Saúde e faz uma crítica à atuação dos sindicatos, que, segundo ele, se envolveram apenas nas questões do Centro de Referência do Trabalhador.

Os grupos mais demandantes são citados por este último e foram as Comunidades de Bairro, os movimentos de favelas, o pequeno movimento de saúde de Santo André, além do crescimento do movimento das mulheres. O entrevistado critica novamente o movimento sindical, afirmando que sua participação foi “mínima” em relação a estes grupos, pois não se integrou a eles.

Quanto ao modo pelo qual a Administração processa as demandas, a única referência é a de que a demanda por hospital público não foi atendida.

Um dos entrevistados cita, como principais fontes de financiamento, a Prefeitura e o INSS, distinguindo este último como recursos para serviços prestados (não sendo por isso financiamento, na sua opinião). Os dois entrevistados afirmam que a Prefeitura aplica cerca de 10% ou 12% do orçamento municipal na saúde (o que é segundo um deles “razoável”, mas não ideal embora uma segunda opinião avalie que a Prefeitura “aplica percentuais acima do que era obrigação dela”). A distribuição dos recursos no interior da Secretaria não é mencionada.

Quanto aos mecanismos de participação na distribuição, execução e controle dos recursos orçamentários, afirma-se que a Secretaria apresentava as propostas mais gerais e discutia-se então a distribuição dos recursos de acordo com tais propostas. Na opinião de um dos entrevistados, a decisão sobre a distribuição dos recursos “foi mais técnico-administrativa” do que de cunho popular, devido à ausência de uma tradição de Movimentos de Saúde no município, apesar do incentivo da Secretaria.

*Produtores de serviços de saúde*

Foi entrevistado um proprietário de hospital privado

O entrevistado não faz qualquer menção às propostas da Administração, à formulação delas ou aos seus avanços e limites, não fazendo também uma avaliação da gestão. Quanto aos impactos e resultados da política implementada diz que houve avanços na implantação de UBS, e cita como obstáculos ou limitações a mudança na FAISA como um retrocesso, além da forma de pagamento do INAMPS, que resultou no descredenciamento de hospitais privados.

Quanto à relação Executivo/Legislativo, afirma que a atuação da Administração foi “partidarista e sectária”, e que utilizou a saúde como instrumento de propaganda política. Não cita a relação Executivo/Sociedade e também não menciona nenhum dos temas relativos à descentralização.

Quanto ao controle público, descreve os mecanismos de participação na gestão como excessivos: na sua opinião a quantidade de conselhos (Conselho Municipal de Saúde, Centro de Referência do Trabalhador, etc.) é muito elevada e desnecessária, sendo “redundante e pouco prático”. Na sua opinião, “um pequeno colegiado resolveria o problema”.

Prossegue criticando a formação dos Conselhos de Saúde, afirmando que o Conselho Mun. de Saúde e demais conselhos são formados em grande parte por “representantes radicais, com influências partidaristas”, criticando a não participação do diretor do Hospital Municipal no Conselho Municipal de Saúde, e a ausência de representação do patronato no Conselho de Saúde do Trabalho. Cabe destacar que o entrevistado fora escolhido pela Câmara para representá-la no Conselho Municipal de Saúde, e afirma não ter tido qualquer participação na formulação das políticas, pois segundo ele “a maior parte das votações já estava decidida, direcionada” e o seu voto “não fazia diferença”. Descreve como setor que representou a “principal demanda” o dos “trabalhadores desempregados”, por não terem acesso ao atendimento médico via empresas ou convênios. A principal reivindicação da população foi, segundo ele, pelo aumento do número de leitos, que seria atendida com a conclusão do Hospital das Clínicas. O entrevistado não menciona formas de encaminhamento ou atendimento das demandas ou o modo pelo qual eram processadas pela Administração.

O entrevistado não menciona nenhum dos temas relativos ao financiamento da saúde do município, afirmando “não ter noção” de quais são as principais fontes.

### *Empresariado*

Entrevista com representante da Associação Comercial e Industrial de Santo André no Conselho Municipal de Saúde

As propostas da Administração não são mencionadas, assim como a formulação delas ou seus avanços e limitações. Como avaliação geral da gestão, o entrevistado afirma que a gestão foi “boa” na perspectiva da população.

Menciona como impactos e resultados da política implementada a ampliação da rede básica de serviço, a reforma do Hospital Municipal, o trabalho de Vigilância Sanitária. Como dificuldades, menciona a falta de verbas, a ausência de um Fundo Municipal de Saúde, além de a demanda ser “muito grande”, dificultando seu atendimento integral.

Quanto à relação Executivo/Legislativo, o entrevistado afirma que sempre há dificuldades, mas destaca a falta de conhecimento por parte do Legislativo sobre as matérias a serem votadas e a resultante ausência de discussões como dificuldades para a ação do Executivo. Não há menção à relação Executivo/Sociedade.

A relação entre o Município, o Estado e a União não é propriamente mencionada: a entrevistada apenas cita dois mecanismos de relação entre estas esferas: a Associação de Secretários Municipais de Saúde, da qual o Secretário de Saúde de Santo André participava, possibilitaria a formulação de reivindicações junto ao governo estadual, e a Conferência Nacional de Saúde favoreceria o intercâmbio entre as três esferas. Não há menção à descentralização no nível local.

Dentre os temas relativos ao controle público afirma, com referência aos mecanismos de participação na gestão, que a Administração fez um “convite amplo” de participação, incluindo “todos os setores”, através dos jornais e de entidades representativas. O resultado foi, na sua avaliação, positivo, pois se conseguiu iniciar discussões no setor da saúde. Completa destacando que atualmente os movimentos nos bairros estão mobilizados.

Em relação aos setores sociais mais demandantes, afirma que os Movimentos de Saúde “foram a alavanca para muitas realizações no Município”. Além deles, menciona os aposentados e os usuários do sistema público de saúde como setores muito ativos no Conselho Municipal de Saúde.

A entrevistada não menciona as formas de encaminhamento e atendimento das demandas, nem o modo pelo qual a Administração processa as demandas.

Quanto ao financiamento, diz apenas que as principais fontes são os governos estadual e federal, além do próprio município, sem mencionar as percentagens pelas distintas fontes (diz apenas que “o município investe muito em saúde”).

### *Entidades não governamentais*

#### Entrevista com representante do Lions

Segundo o entrevistado, e com referência às propostas da Administração, a Secretaria Municipal de Saúde priorizou o atendimento primário voltado para a periferia. Fazendo uma avaliação geral da gestão, diz que, “apesar de ser do PT”, a Administração não fez uma gestão “populista”, pois investiu no atendimento primário e não em hospitais - que dariam maior visibilidade política.- não entrando assim em conflito com o setor privado.

Os impactos e resultados da política implementada mencionados foram os avanços no atendimento nos Postos de Saúde e, por outro lado, a inexistência de leitos públicos em uma determinada região do município.

O entrevistado não menciona a relação Executivo/Legislativo, e quanto à relação Executivo/Sociedade, destaca a importância da participação do usuário - que é, a seu ver, uma necessidade, e foi um vitória desta gestão. Defende este tipo de participação inclusive em hospitais privados, pois na sua opinião, a participação da população local na discussão de prioridades favorece uma “dinamização administrativa”, além de uma “maior resolubilidade” tanto para o hospital, como para os usuários. Diz ainda que a “sociedade tem o direito de questionar e opinar” mesmo em relação aos hospitais privados.

Quanto à relação entre o Município, o Estado e a União, acredita que houve dificuldades no relacionamento com o governo estadual pelo fato de a prefeitura ser do Partido dos Trabalhadores, mas não sabe quais foram elas. Quanto ao governo federal, diz apenas que houve participação do município na Conferência Nacional de Saúde.

Segundo o entrevistado, o atendimento e encaminhamento de demandas se deram através de discussões na Secretaria Municipal de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde. E quanto aos mecanismos de participação na gestão, afirma que, independentemente das representações nas Comissões de Saúde ou no Conselho Municipal, há participação direta da comunidade nas próprias regiões.

Quanto aos grupos mais demandantes, destaca as Pastorais como grupos bastante atuantes, tanto em termos da sua organização interna, quanto da sua capacidade de pressão na Câmara.

Não há qualquer menção mais específica em relação ao financiamento. O entrevistado diz apenas que a Secretaria Municipal de Saúde procurou investir no setor primário e não em grandes obras.

## **Síntese**

Percebe-se, inicialmente, que a caracterização mais geral da gestão resultante das descrições feitas pelos distintos grupos de atores é bastante diferenciada, sobretudo quando comparadas as entrevistas com membros do Executivo e Administração com aquelas dos vereadores da oposição, o que evidentemente indica a existência de posições conflitantes entre estes atores.

Destacando-se os temas principais mencionados pelo conjunto dos entrevistados e seguindo-se a sequência do roteiro de entrevistas, as **propostas da gestão** aparecem do seguinte modo: são definidas como propostas principais aquelas de implantação do SUS , municipalização e descentralização da saúde, participação popular, ampliação do atendimento médico com ênfase na rede básica ou ainda priorização do atendimento primário voltado para a periferia. Os representantes dos produtores de serviços médicos e do empresariado não mencionam propostas e um dos vereadores da oposição critica a municipalização da saúde dizendo que se tratou de "prefeiturização e "estatização" da saúde.

Quanto aos **processos de formulação e implementação das propostas**, as descrições destacam a participação da população, mas com ênfases distintas: de um lado, há a afirmação de que contaram com intensa participação popular (Executivo e Administração), ou que surgiram no interior do próprio partido, ao lado de diagnósticos formulados pela Câmara, associados a um "processo de discussão envolvendo a população"(vereador da situação); há uma crítica por parte do representante do funcionalismo, segundo a qual as propostas foram apresentadas à população que não tinha, no entanto, possibilidade de modificá-las.

Na qualificação da gestão feita através da descrição dos impactos e resultados da política implementada destaca-se a ampliação da rede física e do atendimento nas UBS, citada pela maior parte dos entrevistados. A política de recursos humanos, avaliada tanto positiva como negativamente, é o segundo tema mais presente. Além disso aparecem menções à

transformação da FAISA, avaliada de modos distintos e, em menor número, à falta de verbas para a saúde, a insuficiência de leitos hospitalares (com críticas ao tipo de repasse federal, ocasionando o descredenciamento de hospitais privados) e à ampliação da participação popular através do Conselho Municipal de Saúde e Conferências de Saúde.

A **relação Executivo/Legislativo** é qualificada segundo críticas, de um lado à atuação do Executivo e, de outro, ao Legislativo. O Secretário de Saúde descreve a relação como "produtiva", apesar de difícil, destacando o esforço do Executivo na defesa de projetos do seu interesse através de discussões na Câmara, além do apoio dos movimentos de saúde e dos sindicatos como fundamentais para a aprovação dos projetos.

As críticas a esta atuação são de dois tipos: de um lado, afirma-se que a atuação do Executivo foi "partidarista e sectária", ou "não política" (representantes dos produtores de serviços de saúde e da Força Sindical); de outro, aparece a crítica oposta, segundo a qual o Executivo não deveria ter negociado os projetos na Câmara, mas sim apoiado-se exclusivamente na pressão dos movimentos organizados para a aprovação de projetos (representante do funcionalismo).

Já em relação ao Legislativo, aparecem críticas sobretudo quanto à desinformação do conjunto dos vereadores em relação à saúde, dificultando a atuação do Executivo (vereador da situação e representante do empresariado), além da ausência de uma maioria na Câmara, dificultando também a aprovação de projetos.

A **relação Executivo/Sociedade** é avaliada positivamente pelos representantes do Executivo e da Administração, pelo vereador da situação, pelos representantes dos trabalhadores e pelo representante das ONGs, que, de modo geral, descrevem a atuação da Administração como permeável às demandas, além da existência de movimentos organizados e participativos. Os vereadores da oposição, por outro lado, destacam que houve grande insatisfação popular em relação à Administração.

Quanto a **relação entre o Município, o Estado e a União** destacam-se, quando o tema é mencionado, a insuficiência das verbas repassadas ou a irregularidade e ausência destes repasses, além do relacionamento com o governo estadual como a principal dificuldade. Os vereadores da oposição enfatizam, diferentemente, a Administração municipal como principal empecilho no relacionamento com as outras esferas de governo, aparecendo ainda uma crítica ao Secretário Municipal de Saúde, por parte do vereador da situação, que qualifica sua atuação como inexpressiva.

A **descentralização local** é um tema pouco mencionado: o Secretário de Saúde afirma que tal descentralização foi "problemática", citando a Secretaria de Finanças como um

obstáculo; o representante do funcionalismo diz apenas que houve uma reforma administrativa do conjunto da prefeitura e um dos representantes dos trabalhadores afirma, contrariamente, que não houve reforma administrativa.

O tema do **controle público** é de modo geral bastante mencionado, e em relação ao atendimento e encaminhamento das demandas, o Secretário destaca a necessidade de enfrentar o padrão clientelista predominante nas gestões anteriores, criticando também o tipo de demanda da população, que espera respostas às suas "demandas pessoais". Em relação ao mesmo tema, um dos representantes dos trabalhadores descreve a Secretaria Municipal de Saúde como permeável às demandas ("escutando a população"), sem no entanto perder a sua autonomia.

Quanto aos mecanismos de participação na gestão, há menção por parte da maioria dos entrevistados aos canais institucionalizados de participação, com destaque para o Conselho Municipal de Saúde, sendo também citados os Conselhos Gestores nas UBS, as Conferências de Saúde e o Centro de Referência do Trabalhador. Os vereadores da oposição são os únicos que não fazem qualquer menção a tais canais, descrevendo apenas a realização de "palestras e debates" para incentivar a participação nas deliberações relativas à Lei Orgânica do Município. As avaliações a respeito destes mecanismos são, por outro lado, distintas: segundo os representantes do Executivo e Administração, o Conselho Municipal de Saúde encontrava-se ainda muito "frágil" devido à baixa capacidade de mobilização por parte dos movimentos de saúde, mas identificam avanços quanto ao Centro de Referência do Trabalhador e aos sindicatos; o vereador da situação enfatiza a importância destes canais enquanto mecanismos de controle público, assim como o representante do funcionalismo, destacando o Conselho Municipal de Saúde. Mas este entrevistado descreve em seguida o pequeno peso de todos os conselhos nas instâncias decisórias dada a falta de organização dos seus membros. O representante da Força Sindical faz críticas semelhantes e o representante do Sindicato dos Petroquímicos critica especialmente os sindicatos por participarem exclusivamente nas questões referentes ao Centro de Referência do Trabalhador.

O representante dos Produtores de Serviços de Saúde faz, por sua vez, uma crítica bastante distinta das anteriores: afirma que há excesso de mecanismos institucionalizados de participação na gestão, além de desqualificar os participantes dos mesmos por serem "radicais" e "partidários". Critica ainda a ausência de representantes do patronato no Centro de Referência do Trabalhador. De outro modo, o representante do empresariado avalia positivamente os mecanismos de participação na gestão, destacando que a Administração fez um "convite amplo" à participação, destacando ainda a mobilização dos movimentos nos bairros.

Em relação aos grupos mais demandantes, há destaque para os Sindicatos dos Químicos e dos Metalúrgicos, para o movimento de saúde, para a população "dos bairros", os movimentos de favelas e das mulheres, e as Pastorais, além dos aposentados e usuários do

sistema público de saúde como setores ativos no Conselho Municipal de Saúde. Já segundo o representante do funcionalismo, houve um processo de "cooptação" dos movimentos organizados, esvaziando os movimentos nos bairros. As demandas citadas são: o aumento do número de leitos, a implantação do terceiro turno nas UBS, a conclusão do Hospital das Clínicas.

O modo pelo qual a Administração processa as demandas é detalhado pelo Secretário, que descreve o cumprimento das diretrizes traçadas pelo Conselho Municipal de Saúde e a realização de audiências com o Prefeito no caso de temas mais polêmicos; os vereadores da oposição e da situação descrevem a dificuldade encontrada pela Administração no atendimento às demandas, com ênfases opostas nas fontes de tais dificuldades.

Quanto ao **financiamento**, são citadas por alguns dos entrevistados as principais fontes (a maior parte dos recursos é municipal e o restante compõe-se de repasses estaduais e federais), a respectiva distribuição ( 80% proveniente do próprio município, 20% do governo federal e 1% do governo estadual) é citada apenas pelo Secretário de Saúde, e nenhum deles menciona a distribuição dos recursos no interior da Secretaria.

Em relação aos mecanismos de participação na execução, distribuição e controle dos recursos orçamentários, tema citado pelos vereadores e pelos representantes dos trabalhadores, a caracterização geral é a de que a Administração tomou iniciativas no sentido de expor o orçamento e sua distribuição à participação e controle da sociedade, mas que tal participação não se concretizou, por razões distintas (falta de organização por parte dos movimentos, impossibilidade de modificação do orçamento anteriormente definido, aceitação por parte da Administração de algumas das reivindicações "apenas para mostrar -se coerente" com o seu discurso).

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

A partir do conjunto de depoimentos, é possível, em primeiro lugar, destacar a centralidade dos canais institucionalizados de participação, com destaque para o Conselho Municipal de Saúde, nas referências ao controle público e à participação na gestão. Embora as avaliações quanto ao peso destes canais variem segundo as distintas perspectivas, a referência às "demandas espontâneas" ou ao contato direto com o Prefeito ou Secretário de Saúde é praticamente inexistente, reforçando esta centralidade.

Nas avaliações quanto a estes canais a crítica dirige-se predominantemente à fragilidade da "organização" por parte da sociedade, destacando-se, ao mesmo tempo, a iniciativa da Administração em tornar-se permeável às demandas.

Mas tais críticas não parecem coerentes quando se trata de identificar os setores mais demandantes pois, embora não haja um consenso claro quanto a eles, percebe-se que estão bastante presentes nos depoimentos como grupos que interagiram com a Administração na gestão da saúde. Na avaliação da relação Executivo/Sociedade predomina também a presença de tais movimentos e a "abertura" por parte da Administração a eles. Os "movimentos sociais" são ainda citados quanto à relação Executivo/Legislativo, tanto nos depoimentos que destacam a sua importância para aprovação de projetos (Administração), como na crítica a este tipo de atuação (vereadores da oposição e representante da Força Sindical).

Em relação ao financiamento da saúde, com exceção dos representantes do Executivo e Administração, os demais entrevistados demonstram não possuir informações precisas ou desconhecer por completo a questão, destacando-se as críticas aos vereadores por desconhecerem os aspectos relativos à saúde de modo geral.

Mas quando se trata dos mecanismos de controle público do orçamento, há um certo consenso em relação à iniciativa da Administração em permitir este controle e ao mesmo tempo quanto à ineficácia da participação da população neste processo, atribuída tanto à limitação desta iniciativa da Administração, quanto à "incapacidade" da população em realizar tal controle.

Assim, percebe-se que houve por parte da Administração na gestão estudada uma clara iniciativa em tornar-se mais permeável às demandas, e que os canais institucionalizados de participação foram o modo pelo qual se tentou concretizar esta iniciativa, apesar de as avaliações quanto à efetividade deste processo serem distintas e apontarem para várias limitações, atribuídas tanto ao poder público, quanto aos distintos setores da sociedade.

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

O nível de informação dos entrevistados mostrou-se razoavelmente alto quanto às propostas da Administração e em relação a diversos temas relativos ao controle público. Mas o mesmo não ocorre quanto aos demais temas (descentralização, e sobretudo financiamento), além de as avaliações quanto a alguns temas (tais como a relação Executivo/Legislativo) variarem bastante de acordo com a perspectiva dos entrevistados.

A qualificação da gestão é feita, no conjunto de entrevistas, sobretudo com referência à assistência médica (a melhoria do atendimento primário é a menção mais frequente), seguida por referências à política de Recursos Humanos. Há poucas menções à participação na gestão ou aos canais institucionalizados de participação, ou ainda referências mais específicas quanto ao financiamento da saúde (este tema aparece indiretamente na menção à insuficiência de leitos hospitalares ocasionada

pelo descredenciamento de hospitais privados, o que neste caso gerou certa polêmica quanto à atuação da Administração).

Como descrito anteriormente, e apesar de o tema do controle público não estar presente como um elemento de avaliação da gestão, os diversos Conselhos de Saúde foram a forma predominante de concretização da participação na gestão e do controle público, e a iniciativa do Executivo neste sentido é consensual no conjunto de entrevistas. Mas a atuação do Executivo aparece como central sobretudo quando se leva em conta a relação Executivo/Legislativo: a partir da análise dos projetos apresentados na Câmara verificou-se que a participação dos vereadores foi muito pequena e, completando-se esta análise com os depoimentos dos diversos atores, a predominância da atuação do Executivo é reforçada tanto pelo desconhecimento de diversos temas por parte dos vereadores entrevistados, quanto pelas menções explícitas à desinformação por parte dos vereadores em geral em relação à saúde.

Cabe destacar, ainda, que através das entrevistas percebe-se que houve um esforço de dois tipos por parte do Executivo para garantir a aprovação dos projetos de seu interesse: através da discussão na Câmara e do apoio e pressão dos movimentos organizados. Apesar das polêmicas em torno da atuação do Executivo, a avaliação do Secretário Municipal de Saúde parece ser correta quando define a relação Executivo/Legislativo como "meio ambígua" mas "produtiva", visto que a rejeição de projetos da saúde originários no Executivo foi mínima.

A saúde se configurou portanto como uma "questão social" durante a gestão estudada sobretudo com referência à atuação do Executivo na ampliação da assistência médica primária, na relação com o Legislativo e através dos canais institucionalizados de participação. Os temas mais frequentes foram relativos ao controle público, e houve destaque às questões que provocaram maiores conflitos, como as que envolviam a relação do setor público com o privado (no caso da FAISA, e também nas menções à insuficiência de leitos hospitalares e demandas por hospitais públicos), além de os depoimentos serem bastante explícitos quanto ao viés de apoio ou oposição à Administração na avaliação dos temas propostos nas entrevistas.

## **VI. DESCENTRALIZAÇÃO, SAÚDE E DEMOCRACIA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ**

Santo André, um município da Grande São Paulo, apresenta uma complexidade da organização de serviços de saúde marcada pela presença significativa do setor privado hospitalar. E por compor o conjunto de municípios do ABCD, com concentração industrial de peso, apresenta ainda a peculiaridade da forte presença de uma população assalariada com acesso a seguro de saúde privado.

Município de médio porte, Santo André conta com indicadores de infra-estrutura urbana, inclusive de acesso a saneamento, bastante favoráveis por relação à média dos municípios do Estado de São Paulo.

A experiência de descentralização da gestão 1989-1992, no entanto, apresenta traços comuns àquelas de municípios de menor porte, como Itu e Botucatu, ao mesmo tempo que se destaca por alguns traços da gestão que indicam e reforçam a descentralização como possibilidade efetiva de o nível local conquistar autonomia na formulação de implementação de sua política de saúde.

No que diz respeito ao arcabouço legal-institucional, a Lei Orgânica Municipal, chamam a atenção o processo de sua formulação - com grande mobilização e envolvimento de vários setores da sociedade -, e a explicitação do objetivo de ampliar a competência municipal no que diz respeito à garantia da saúde, não se limitando sua atuação sobre os fatores de risco da doença em termos das clássicas ações de prevenção, mas também da busca de eliminação desses fatores.

A partir dessa preocupação presente, a Lei Orgânica contempla todos os ingredientes clássicos do Sistema Único de Saúde - descentralização, integração das ações e serviços, política de recursos humanos, atendimento integral, etc. - mas enfatiza dois outros fatores, com destaque: a universalização do acesso às ações de saúde com igualdade de qualidade e a preocupação com o desenvolvimento, em parceria com o ensino superior, de uma política de Ciência e Tecnologia.

Da mesma forma que chama a atenção esse traço ousadamente abrangente da Lei Orgânica, chama também a atenção o marco relativamente tradicional com que são tratados os

temas da participação social e do controle público, institucionalizando o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Diretores nas unidades básicas de saúde. No que diz respeito à especificação de vários programas setoriais - saúde e higiene bucal, idosos, saúde do trabalhador, controle de transporte de produtos tóxicos e psicoativos, dentre outros -, esse fato parece refletir o processo de elaboração da própria Lei Orgânica, que ao promover e incentivar uma ampla participação dos distintos segmentos sociais, acabou por contemplar seus interesses e necessidades, respondendo assim à própria especificidade do município e de seus munícipes.

Quanto às condições reais de o município poder ter uma relativa maior autonomia frente aos níveis estadual e federal na formulação e implementação de sua política de saúde, cabem algumas considerações:

a) apesar de a função habitação/urbanismo durante todo o período estudado ocupar o primeiro posto no orçamento municipal, a excepcional cobertura de esgoto e coleta de lixo indica que diante desse padrão a demanda por serviços de infra-estrutura não parece constituir fonte de pressão sobre a ordem de prioridades orçamentárias. Tanto assim que em termos da evolução real sua participação no orçamento diminuiu no decorrer do período.

b) a experiência de Santo André chama a atenção pela competência técnica dos diagnósticos de saúde presentes nos documentos oficiais. Não obstante, os dados disponíveis evidenciam que a oferta de serviços e ações de saúde não acompanhou, no período estudado, o crescimento da demanda - percebida e diagnosticada - da população. À guisa de exemplo: os dados de mortalidade, através do diagnóstico epidemiológico realizado, indicam a presença de um processo de envelhecimento da população; não obstante, não se logrou implementar um programa para o idoso.

Isso não significa, contudo, a ausência de sensibilidade da administração local para enfrentar os problemas diagnosticados. Mas por outro lado evidencia que a capacidade técnica e a vontade política sofrem constrangimentos de ordem orçamentária e financeira, da própria lógica da máquina administrativa, e da capacidade de pressão dos distintos grupos envolvidos.

c) no que diz respeito à dimensão orçamentária e financeira, evidencia-se uma relativa estabilidade do gasto municipal na área social durante todo o período, sendo que em parte ela advém da receita proveniente da reforma tributária. Da mesma forma, evidencia-se uma relativa estabilidade no ordenamento das distintas funções para a área social, sendo que a função

transporte aumenta sua participação no segundo período da gestão, galgando para o segundo posto.

- quanto à função Saúde/Saneamento, sua participação foi em média de 11% do orçamento no decorrer do período. Não obstante, evidencia-se um aumento do gasto nesta função no decorrer dos quatro anos. Isso não significa, contudo, a sua tradução imediata em termos de autonomia crescente do nível local frente aos níveis estadual e federal. No primeiro caso - nível estadual -, sua participação em termos de aporte financeiro é ínfima, estando praticamente ausente. No segundo caso - nível federal -, embora os gastos efetivados no município sejam 5 vezes inferior aos gastos orçamentários do próprio município, eles dizem respeito fundamentalmente ao pagamento de serviços hospitalares privados através das AIH (autorização de internação hospitalar). Segundo dados das AIH, 69% dos recursos foram destinados ao setor privado e 31% ao setor público.

- quanto à rede de serviços de saúde, ela caracteriza-se pelo setor hospitalar ser basicamente privado, detendo 92% dos leitos gerais, sendo que somente 36% da rede ambulatorial é municipal. Esta característica tem como consequência, e isto é fundamental, o fato de o setor público não possuir praticamente nenhuma forma de controle sobre os equipamentos de saúde relativos às ações de maior complexidade, que correspondem aos níveis secundário e terciário de atenção médica.

Assim, não só o setor privado de saúde daquele município absorve 70% do gasto federal com internações hospitalares, como a formulação de uma política de saúde que integre os diferentes níveis de atenção - primário, secundário e terciário - enfrenta a séria limitação de não exercer controle sobre o setor hospitalar, o que compromete a possibilidade de formulação de um modelo integrado de atenção à saúde, universal e equânime, garantindo a igualdade da qualidade técnica e humana do atendimento.

- finalmente, ainda no que se refere a este tópico, cabe o registro de que a análise dos gastos em saúde evidencia que o grau de dependência municipal em relação às transferências dos níveis estadual e principalmente federal é significativamente menor no caso da saúde (18%) do que do município como um todo (46,8%). Isso significa, por exemplo, que em tese existe a possibilidade de os gastos com internação hospitalar serem absorvidos pelo orçamento municipal, o que no entanto não supera a limitação imposta pelo fato de o setor público não dispor de mecanismos para exercer controle sobre a rede privada de serviços de saúde.

d) também nesta experiência de descentralização ressalta a importância do Executivo nas iniciativas não só de montagem do arcabouço institucional da implantação do SUS como da instituição de canais de participação da sociedade no exercício do controle público sobre o setor. Nesse sentido é paradigmática a análise dos projetos enviados à Câmara pelo Executivo, de caráter mais amplo, frente àqueles de origem no próprio Legislativo, de caráter mais restrito e em número bastante inferior. Registre-se, nesse ponto, que a própria Lei Orgânica Municipal foi formulada através de emenda popular.

e) do ponto de vista do Executivo e da Administração, ficam claros os esforços no sentido de buscar mecanismos de contato com os setores organizados da população, o que é denominado como “trabalho com a comunidade”, bem como no sentido de superar o traço centralizador da máquina administrativa e clientelista dos estilos de gestão anteriores. Esforços esses nem sempre bem sucedidos, mas que no entanto permitem uma vez mais constatar o papel do Executivo no processo de descentralização. Ao mesmo tempo, também neste caso o Legislativo, à exceção do caso da formulação do LOM, não se traduz num espaço efetivo de negociação política.

f) contrasta com o que se poderia qualificar de um padrão de gestão que busca associar qualidade técnico-gerencial com constante negociação política com as distintas forças em presença, o baixo nível de informação destes distintos setores, ao que se associa o Legislativo, sobre questões relativas à saúde, em particular sobre financiamento.

g) a avaliação geral, no entanto, é a de que houve no decorrer do período uma melhoria da qualidade do atendimento, uma valorização dos recursos humanos e ampliação da rede básica de serviço. No entanto, dados o próprio perfil de mortalidade e a complexidade da rede de serviço, o processo de descentralização da saúde implica, necessariamente, que a formulação no nível local da política de saúde contemple a integração entre ações coletivas e individuais, e dentre estas a articulação entre a extensão de serviços básicos de saúde e o acesso a serviços de maior complexidade, no âmbito hospitalar.

É importante ressaltar este ponto na medida em que é corrente o entendimento de que o processo de descentralização da saúde deveria contemplar fundamentalmente as ações primárias de saúde. A experiência de Santo André demonstra que para que a atenção à saúde ganhe eficiência e eficácia, e se constitua num direito universal e equânime a todos os cidadãos, a assistência de níveis secundário e terciário deve ser contemplada com a mesma prioridade, e

de forma articulada, daqueles de nível primário. Nesse sentido, nos municípios com maior complexidade da rede de serviços o setor hospitalar passa a constituir um desafio, não pela ausência desse equipamento de saúde como é o caso dos municípios de médio porte, mas pela sua presença estar sendo ofertada fundamentalmente pelo setor privado de saúde. Em resumo, do ponto de vista da eficiência e eficácia das políticas de saúde um dos maiores desafios que se apresenta no processo de descentralização é a questão da assistência hospitalar.

h) finalmente, no que diz respeito ao processo político, estrito senso, da descentralização, cabe registrar dois fatores: em primeiro lugar, que a proposta de implantação do SUS no município constituiu o eixo central da Administração em estudo, sendo marcante sua iniciativa em tornar-se permeável às demandas sociais, permitindo a possibilidade de maior presença da sociedade no interior do Estado. Em segundo lugar, que essa iniciativa confrontou-se com uma relativa fragilidade das distintas organizações sociais, o que acabou por redundar numa prática mais defensiva de seus interesses imediatos do que propriamente propositiva. Não resta dúvida no entanto, que a análise da experiência permite apreender um processo de dinamização administrativa com a participação dos usuários nos Conselhos (mais do que com a participação dos trabalhadores da saúde), em que pese o fato de as decisões serem mais de cunho técnico-administrativo do que político.

Resta, no entanto, uma última questão, que aponta para a complexidade da relação entre descentralização e democracia: ao mesmo tempo em que se verifica avanços na democratização da saúde, se constata um deslocamento do locus político por excelência - a tendência de se estreitar a relação do Executivo com a sociedade não vem acompanhada do fortalecimento do Legislativo enquanto espaço de negociação política e de captação e expressão das distintas demandas sociais. Noutros termos, corre-se o risco de processos de maior permeabilidade do Estado às demandas sociais, por estarem estreitamente vinculados a iniciativas do Executivo virem acompanhados do enfraquecimento das instituições clássicas de representação política. Em outras palavras, evidencia-se nesta experiência, para além dos desafios técnico-operacionais desafios relativos à difícil e complexa articulação entre democracia direta e democracia representativa, sobretudo quando a presença e a iniciativa do Executivo revelam-se nucleares nesses processos.